

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

INSPECTIEVERSLAG: FORENSISCH PSYCHIATRISCHE CENTRA

INRICHTENDE MACHT

Naam	Forensisch Psychiatrische Centra
Juridische vorm	NV
Ondernemingsnummer	0555926992
Adres	Hurstweg 9, 9000 Gent

INSPECTIEPUNTEN

Naam	Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent
Adres	Hurstweg 9, 9000 Gent
Dossiernummer	ZH-PSY-FOR-001

Naam	Forensisch Psychiatrisch Centrum Antwerpen
Adres	Beatrijslaan 96, 2050 Antwerpen
Dossiernummer	ZH-PSY-FOR-002

UITBATINGSPLAATSEN

Naam	Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent
Adres	Hurstweg 9, 9000 Gent

Naam	Forensisch Psychiatrisch Centrum Antwerpen
Adres	Beatrijslaan 96, 2050 Antwerpen

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	26/05/2023
Verslagnummer	ZI-2023-00421
Inspecteurs	

INSPECTIEBEZOEKEN

Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent

Aangekondigde inspectie op 20/04/2023 (9:00-15:30) en op 27/04/2023 (9:00-15:30)

Forensisch Psychiatrisch Centrum Antwerpen

Aangekondigde inspectie op 08/05/2023 (9:00-15:30) en op 16/05/2023 (9:00-15:00)

Gesprekspartners Zie 1.3

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	3
1.1	Leeswijzer	3
1.2	Toezicht door Zorginspectie op de forensisch psychiatrische centra	4
1.3	Inspectieproces	5
1.4	Lijst met afkortingen	7
2	Situering van de voorziening	9
2.1	Zorg voor geïnterneerden	9
2.2	FPC Gent en FPC Antwerpen	9
2.3	Directie	10
2.4	Organisatie van de zorg	10
3	Leiderschap	14
3.1	Beleidsorganen	14
3.2	Organisatiestructuur	15
4	Beleid en strategie	17
4.1	Beleid 17	
4.2	Lerende omgeving	17
4.3	Formele samenwerkingsovereenkomsten	19
5	Middelen	21
5.1	Infrastructuur	21
5.2	Patiëntendossier	23
6	Medewerkers	25
6.1	Personeelsbeleid	25
6.2	Bestaffing	33
6.3	Vorming, training en opleiding (VTO)	40
7	Processen	42
7.1	Behandelproces	42
7.2	Procedurebeheer	53
7.3	Medicatiebeleid	53
7.4	Agressiebeleid	57
7.5	Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM)	62
7.6	Suïcidepreventiebeleid	71
7.7	Interne rechtspositie	74
7.8	Klachtenmanagement en ombudsfunctie	82
8	Resultaten	84
8.1	Patiëntenparticipatie	84
8.2	Behandelrapportage	85
9	Conclusie	86

1 INLEIDING

1.1 LEESWIJZER

Situering Zorginspectie

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

- organisaties 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.

Binnen 30 dagen na het inspectiebezoek ontvangt het inspectiepunt 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.

De definitieve inspectieverslagen kunnen opgevraagd worden via <https://www.departementwvg.be/aanvraag-passieve-openbaarheid-van-bestuur-zorginspectie> of telefonisch via 02 553 34 34.

Meer informatie is te vinden op onze website: www.zorginspectie.be.

1.2 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE OP DE FORENSISCH PSYCHIATRISCHE CENTRA

Bevoegdheid

De Forensisch Psychiatrische Centra (FPC) in Gent en Antwerpen zijn in Vlaanderen de enige twee voorzieningen in hun soort, opgericht voor de opvang en behandeling van geïnterneerden met een high security-profiel. Het zijn federale instellingen die noch een gevangenis, noch een psychiatrisch ziekenhuis zijn.

Hierdoor is Zorginspectie niet automatisch bevoegd om er toezicht uit te oefenen.

Deze bevoegdheid werd gecreëerd middels het "Protocolakkoord tussen de Federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap betreffende de uitoefening van inspectiebevoegdheden in de forensisch psychiatrische centra van Gent en van Antwerpen" (in werking tredend op 30 november 2018).

Het toezicht door Zorginspectie focust voornamelijk op de zorgaspecten binnen beide FPC, en daarnaast op de beveiliging wanneer deze onlosmakelijk verbonden is met de behandeling (maar niet op het aspect beveiliging binnen de koude zone – cfr. infra). Zoals bij het toezicht op (psychiatrische) ziekenhuizen ligt de focus van Zorginspectie hierbij op kwaliteitsbeleid, kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

Kader

De federale overheid heeft de bedoeling dat geïnterneerden in de FPC zouden verzorgd worden zoals in een gesloten, psychiatrisch ziekenhuis. Zorginspectie opteert er dan ook voor om de beoordeling van deze centra zoveel mogelijk op basis van dezelfde standaarden te doen als bij psychiatrische ziekenhuizen (PZ), uiteraard rekening houdend met de specifieke context. Vanuit dezelfde optiek opteren we ervoor om in het verslag de term patiënten i.p.v. geïnterneerden te gebruiken.

In het reeds vernoemde protocolakkoord tussen de Federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap werd dan ook vastgelegd om bij het toezicht te werken aan de hand van hetzelfde referentiekader dat wordt gebruikt als kader bij inspecties in psychiatrische ziekenhuizen, en dat te vinden is op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-voor-psychiatrische-ziekenhuizen>.

Er is evenwel nood aan een meer specifiek referentiekader voor forensische geestelijke gezondheidszorg. Door de ontwikkeling van dergelijk referentiekader kan het toezicht door Zorginspectie op termijn beter aangepast zijn aan de specificiteit van deze zorg, en op die manier ook beter bijdragen tot de verbetering van de kwaliteit van die zorg.

Er werd door het agentschap Zorg en Gezondheid gestart met de ontwikkeling van dergelijk specifiek referentiekader; dit gebeurt in overleg met het werkveld, waaronder vertegenwoordigers van de federale overheid en van de FPC van Gent en Antwerpen.

Toeziethouding en opvolging

Ook de toeziethouding en de toezichtfrequentie wil Zorginspectie op termijn zoveel mogelijk laten aansluiten op het model dat wordt gebruikt bij het toezicht op psychiatrische ziekenhuizen.

Bij dit alles wordt uiteraard rekening gehouden met de specificiteit van een FPC. Die specificiteit wordt onder meer gekenmerkt door het verplichte karakter van de opname (zowel voor de patiënten als voor het FPC), waardoor er geen exclusiecriteria (kunnen) gehanteerd worden en waardoor de patiënt niet noodzakelijk gemotiveerd is voor behandeling of soms zelfs niet in het FPC wil verblijven.

In november 2015 en januari 2017 gebeurde een inspectie in FPC Gent en in februari 2019 in FPC Antwerpen.

De remediëring van de vastgestelde knelpunten van de verschillende inspectiebezoeken wordt opgevolgd door het Opvolgingscomité van de federale overheid (zie 2.2).

1.3 INSPECTIEPROCES

Vorbereiding

Ter voorbereiding van deze inspectie werd door het FPC een zelfevaluatie gemaakt aan de hand van zelfevaluatie-instrumenten die door Zorginspectie werden ontwikkeld. De voorziening heeft zelfevaluaties gemaakt voor volgende thema's: leiderschap en organisatiebeleid, behandelbeleid, personeelsbeleid, lerende omgeving en kwaliteitsbeleid, rechtspositie en klachtenbeleid, medicatiebeleid en vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) en agressiebeleid.

Daarnaast werden heel wat documenten opgevraagd, bv. als bijlage van de zelfevaluaties. Enkele voorbeelden hiervan zijn visieteksten, vergaderverslagen van beleids- en overlegorganen, procedures, interne reglementen en het kwaliteitshandboek.

Aan de hand van deze zelfevaluaties en de ontvangen documenten vond een risicoanalyse plaats door het inspectieteam van Zorginspectie.

Inspectie ter plaatse

Zorginspectie ging twee dagen ter plaatse in FPC Gent en twee dagen in FPC Antwerpen, waarbij de verschillende thema's werden behandeld volgens onderstaand inspectieplan.

Tijdens de inspectiegesprekken werd dieper ingegaan op de informatie die tijdens de voorbereidende fase verkregen werd. Er werden 61,5 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met directieleden, middenkaderleden, psychiaters, afdelingshoofden en andere verpleegkundigen, afdelingspsychologen, behandelcoördinatoren, therapeutisch assistenten, de ombudspersonen, behandelrapporteurs, patiënten en de patiëntenraad.

Volgende afdelingen werden tijdens de inspectie bezocht:

- In FPC Gent: Sluizeken, Schelde (ZIZ), Muide, Ringvaart, Tolhuis, Grootdok, Park, Mercatordok, Houtdok, Lieve (ZIZ), Rabot en Sifferdok.
- In FPC Antwerpen: Westerschelde (ZIZ), Rupel-Dijle, Nete-Dam, Kiel-Statie, Luchtbal-Kievit, Kanaal-Kattendijkdok, Asiadok-Amerikadok.

Er werden daarbij ook patiëntendossiers ingekeken, inclusief blokkenroosters (individuele weekschema's van patiënten met hun activiteiten en therapieën).

DONDERDAG 20 APRIL 2023 – FPC GENT				
	Inspecteur 1	Inspecteur 2	Inspecteur 3	Inspecteur 4
9u00 – 9u30	Voorstelling en situering inspectiebezoek			
9u30 – 11u00	Centraal activiteitsaanbod (sport / arbeid / diagnostiek / therapie)	Gesprek patiëntenraad		Medicatiebeleid op afdeling Tolhuis
11u00 – 13u00	Afdelingsbezoek Sluizeken	Afdelingsbezoek ZIZ Schelde	Afdelingsbezoek Muide	Afdelingsbezoek Grootdok
13u00 – 14u00	Middagmaal + overleg inspecteurs			
14u00 – 15u30	Behandelbeleid	Vrijheidsbeperkende maatregelen	Afdelingsbezoek Ringvaart (suïcidepreventie)	Afdelingsbezoek Park

DONDERDAG 27 APRIL 2023 – FPC GENT				
	Inspecteur 1	Inspecteur 2	Inspecteur 3	Inspecteur 4
9u00 – 11u00	Afdelingsbezoek Sifferdok	Afdelingsbezoek Mercatordok	Agressiebeleid	/
11u00 – 12u30	Rechtspositie en klachtenbeleid	Afdelingsbezoek Lieve	Afdelingsbezoek Rabot (suicidepreventie)	/
12u30 – 13u30	Middagmaal + overleg inspecteurs			
13u30 – 15u30	Afdelingsbezoek Houtdok	Psychiatrische zorg – medische zorg	Suicidepreventie-beleid + dossiercontrole in afgesloten dossiers	Personeelsbeleid

MAANDAG 8 MEI 2023 – FPC ANTWERPEN				
	Inspecteur 1	Inspecteur 2	Inspecteur 3	Inspecteur 4
9u00 – 9u30	Kennismaking en praktische afspraken			
9u30 – 11u00	Centraal activiteitenaanbod (sport / arbeid / diagnostiek / therapie)	Gesprek patiëntenraad		/
11u00 – 13u00	Afdelingsbezoek Rupel-Dijle	Afdelingsbezoek Nete-Dam	Afdelingsbezoek Kiel-Statie (suicidepreventie)	/
13u00 – 14u00	Middagmaal + overleg inspecteurs			
14u00 – 15u30	Behandelbeleid	Afdelingsbezoek ZIZ Westerschelde	Afdelingsbezoek Kanaal-Kattendijkdok	/

DINSdag 16 MEI 2023 – CAMPUS ANTWERPEN				
	Inspecteur 1	Inspecteur 2	Inspecteur 3	Inspecteur 4
9u00 – 11u00	/	Afdelingsbezoek Asia-Amerikadok	/	Personeelsbeleid en VTO
11u00 – 12u30	Leiderschap en organisatiebeleid	Psychiatrische zorg – medische zorg	Afdelingsbezoek Kievit-Luchtbal (suïcidepreventie)	
12u30 – 14u00	Middagmaal + overleg inspecteurs			
14u00 – 15u00	Terugkoppeling			

Verslag en opvolging

De vaststellingen in het inspectieverslag zijn gebaseerd op informatie uit de geraadpleegde documenten, op informatie verkregen tijdens de interviews, op observaties tijdens de rondgang van diensten en op steekproeven (van bv. patiëntendossiers, blokkenroosters, registratiegegevens).

In het inspectieverslag worden de bezochte afdelingen niet apart besproken. De bevindingen op de verschillende afdelingen worden doorheen het verslag gekoppeld aan de bespreking van de organisatiebrede aspecten.

Dit verslag eindigt met een conclusie, waarin de belangrijkste werkpunten en sterke punten worden opgesomd. Hierbij worden volgende kwalificaties gehanteerd:

- **Sterke Punten (SP)**

Dit zijn punten die worden beoordeeld als opvallend beter dan in andere voorzieningen (psychiatrische ziekenhuizen).

Het minimaal voldoen aan de normen of verwachtingen wordt niet als een sterk punt aanzien.

- **Inbreuken (IN)**

Zorginspectie handelt conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheids-toezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, waarbij de term "inbreuk" wordt gebruikt voor het niet naleven van regelgeving of geformaliseerde afspraken (zoals het referentiekader PZ).

- **Aandachtspunten (AAN)**

Bij aandachtspunten wordt aandacht gevraagd voor bijsturing van bepaalde elementen, in functie van verbetering van de kwaliteit van zorg.

Het ontwerpverslag werd per e-mail bezorgd aan het FPC en aan het Opvolgingscomité van de federale overheid (zie 2.2). Vervolgens was een periode van 14 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het inspectieverslag te formuleren d.m.v. een gemotiveerde reactienota.

Tijdens een slotbespreking op 22 juni 2023 in Brussel werden de opmerkingen van het FPC besproken, in aanwezigheid van de directieleden en leden van het Opvolgingscomité.

Op basis van de reactienota's en de bespreking werd het inspectieverslag op een aantal punten aangepast, waarna het definitief werd.

Normaliter bezorgt Zorginspectie audit- en inspectieverslagen aan de bevoegde functionele entiteit van de Vlaamse overheid, die instaat voor de verdere opvolging van de vastgestelde knelpunten. In het geval van FPC Gent en FPC Antwerpen worden de audit- en inspectieverslagen bezorgd aan het Opvolgingscomité van de federale overheid, bestaande uit vertegenwoordigers van de FOD Volksgezondheid, de FOD Justitie, het RIZIV en de Regie der Gebouwen (zie 2.2). Dit Opvolgingscomité zal instaan voor de verdere opvolging.

1.4 LIJST MET AFKORTINGEN

ADL	Activiteiten van het Dagelijks Leven
AED	Automated External Defibrillator
AHT	Agressiehantering
AZ	Algemeen Ziekenhuis
BOT	Bedrijfs Opvang Team
BS	Belgisch Staatsblad
CPT	European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment
CVO	Centrum voor Volwassenenonderwijs
DECT	Digital Enhanced Cordless Telecommunications
EC	Ethische Commissie
EHBO	Eerste Hulp bij Ongevallen
EIP	Eerste Interventie Ploeg

EPD	Elektronisch Patiëntendossier
EFQM	European Foundation for Quality Management
FOD	Federale Overheidsdienst
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum / Forensisch Psychiatrische Centra
FWT	Fysieke weerbaarheidstraining
HR	Huishoudelijk Reglement
IAC	Interne Advies Commissie
IB	Individueel begeleider
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IOP	Invrijheidstelling op proef
KB	Koninklijk Besluit
KBM	Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij
KPI	Key Performance Indicators
KU	Katholieke Universiteit
LFPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum voor Langverblijf
MDR	Multidisciplinaire richtlijn
NTR	Niet te reanimeren
NV	Naamloze Vennootschap
OPZC	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum
PAK	Prikkelarme Kamer
PC	Psychiatrisch Centrum
PSD	Psychosociale Dienst (van de gevangenis)
PSO	Patiënten-Staf Overleg
PVT	Psychiatrisch Verzorgingstehuis
PZ	Psychiatrisch Ziekenhuis / Psychiatrische Ziekenhuizen
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
RMG	Risicomanagementgroep
RvB	Raad van Bestuur
TA	Therapeutisch assistent
TBS	Terbeschikkingstelling (Nederlandse variant van internering)
UDS	Urine Drug Screening
UPC	Universitair Psychiatrisch Centrum
USB	Universal Serial Bus
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VBM	Vrijheidsbeperkende maatregelen
VBP	Verpleeg- en behandelplan
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
VIM	Veilig Incident Melden
VTE	Voltijds equivalent(en)
VTO	Vorming, training en opleiding
WLS	Werken – Leren – Sport
ZIZ	Zeer Intensieve Zorgen

2 SITUERING VAN DE VOORZIENING

2.1 ZORG VOOR GEÏNTERNEERDEN

Zodra een internering wordt uitgesproken, is de Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij (KBM) bevoegd voor de uitvoering van de maatregel. De KBM (een kamer van de strafuitvoeringsrechtbank die uitsluitend bevoegd is voor interneringszaken) heeft in dit verband verschillende beslissingsmogelijkheden, zoals plaatsing in de gevangenis (i.c. in een afdeling of inrichting tot bescherming van de maatschappij), plaatsing buiten de gevangenis (hetzij in een FPC, hetzij in een andere voorziening die in staat is de gepaste zorgen te verstrekken aan de geïnterneerde persoon en in dit kader een overeenkomst heeft met de bevoegde overheid), Elektronisch Toezicht, Invrijheidsstelling op Proef (IOP), vervroegde invrijheidsstelling met het oog op verwijdering van het grondgebied of overlevering, en definitieve invrijheidsstelling. In het kader van plaatsingen kan de KBM bovendien beperkte detentie, uitgaansvergunningen en verloven toekennen.

Geïnterneerden met een low security-profiel kunnen voor behandeling of begeleiding in principe terecht in het reguliere zorgaanbod. Voor mensen met nood aan een medium security behandelomgeving werden de voorbije jaren verschillende specifieke behandelvormen opgestart. Binnen de geestelijke gezondheidszorg betreft het bv. speciale eenheden in UPC Sint-Kamillus (Bierbeek), PC Sint-Jan-Baptist (Zelzate) en OPZC Rekem; daarbij aansluitend werden ook specifieke PVT-bedden (psychiatrisch verzorgingstehuis) en plaatsen voor geïntegreerde dagbehandeling (en beschut wonen) voor deze doelgroep gecreëerd.

Tot 2014 werden geïnterneerden met een high security-profiel in België enkel in gevangenissen opgevangen, waar het ontbreekt aan mogelijkheden om hen adequaat te behandelen. Enkele jaren geleden koos de federale overheid er voor om deze behandelmogelijkheden te voorzien in minstens twee forensisch psychiatrische centra, met name in Gent (opgestart eind 2014) en in Antwerpen (opgestart in augustus 2017). In de loop van 2016 werd ook een high security-afdeling voor vrouwen gecreëerd in PC Sint-Jan-Baptist (Zelzate). In UPC Sint-Kamillus (Bierbeek) kwam daarnaast een long stay-afdeling voor mannen met een high security-profiel.

Doel van de Forensisch Psychiatrische Centra is om – in een beveiligde omgeving – het recidiverisico te verminderen, te zorgen voor een adequate psychiatrische behandeling en gepaste zorg, te ijveren voor psychosociale re-integratie en te zorgen voor de doorstroming van de geïnterneerden naar andere vormen van zorg.

Geïnterneerden worden in een FPC geplaatst door de KBM. Dit impliceert dat noch het FPC, noch de geïnterneerde deze opname kunnen weigeren.

Dit verschilt met het verblijf in andere zorgvormen (bv. in de rest van de geestelijke gezondheidszorg of in VAPH-voorzieningen), waar geïnterneerde patiënten in Vlaanderen quasi altijd verblijven met het statuut "invrijheidsstelling op proef", en waar de voorzieningen zelf kiezen welke patiënten ze wel (mits een positieve KBM-beslissing) of niet opnemen.

2.2 FPC GENT EN FPC ANTWERPEN

FPC Gent is bedoeld voor 264 mannelijke geïnterneerden. De werking startte eind 2014 en draait sinds het voorjaar van 2016 op volle capaciteit.

FPC Antwerpen heeft 182 bedden. De eerste patiënten namen er hun intrek in augustus 2017; sinds juni 2018 is de volledige capaciteit bereikt.

In FPC Antwerpen worden maximum 18 bedden voorbehouden voor vrouwelijke patiënten; dit aantal kan overschreden worden mits akkoord van het Opvolgingscomité.

De financiering van beide centra gebeurt door de federale overheid: deels door Justitie (facilitaire diensten, bewaking en management van de organisatie) en deels door Volksgezondheid (zorg, geneesmiddelen en medische honoraria).

De uitbating van FPC Gent en FPC Antwerpen – zowel op het vlak van zorg als op het vlak van veiligheid – neemt de federale overheid evenwel niet zelf op zich. Beide centra worden – na een onderhandelingsprocedure met bekendmaking – uitgebaat door de Psychiatrische Forensische Centra NV, met als aandeelhouders Parnassia Groep, FPC de Kijvelanden en Sodexo Belgium.

De opvolging van de uitbating gebeurt door een Opvolgingscomité, bestaande uit vertegenwoordigers van de

Regie der Gebouwen, de FOD Justitie, het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Het is in opdracht van en in overleg met dit Opvolgingscomité dat Zorginspectie haar toezicht uitvoert, en het is ook dit Opvolgingscomité waaraan Zorginspectie rapporteert en dat instaat voor de verdere opvolging van de vastgestelde knelpunten.

De gebouwen worden ter beschikking gesteld door de Regie der Gebouwen, die ze met dit doel liet optrekken. FPC Gent ligt op een terrein ten noorden van de Gentse binnenstad, aan het begin van het havengebied. Het gebouw van FPC Antwerpen ligt op de Antwerpse Linkeroever.

De verschillende facetten zijn geformaliseerd in:

- Exploitatie-overeenkomsten tussen de Belgische Staat en de uitbaters van beide FPC.
- Het KB van 21 juli 2017 - Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 19 december 2014 in uitvoering van artikel 56, § 3ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voor de forensische psychiatrische centra (BS 17/8/2017).

2.3 DIRECTIE

Algemeen directeur	■■■■
Hoofddarts FPC Gent	■■■■
Directeur patiëntenzorg FPC Gent	■■■■
Hoofddarts FPC Antwerpen	■■■■
Directeur patiëntenzorg FPC Antwerpen	■■■■

De 5 directieleden van beide FPC komen ongeveer maandelijks samen in een directiemeeting.

2.4 ORGANISATIE VAN DE ZORG

- Het zorgdepartement is in beide FPC op een gelijkaardige manier georganiseerd. In tegenstelling tot de andere departementen (bv. het juridisch departement, HR, ICT) beschikken de zorgdepartementen van beide centra over aparte leidinggevenden. Er is wel regelmatig overleg tussen de leidinggevenden van beide centra (zie verder).
- In FPC Gent en FPC Antwerpen zijn er respectievelijk 16 en 9 afdelingen, telkens met een aparte personeelsequipe (uitzondering hierop zijn de 4 kleine afdelingen Park in FPC Gent, die samen door één equipe worden gerund).
- De afdelingen zijn per centrum onderverdeeld in verschillende fases: oriëntatie en observatie (blauw), doorgedreven behandeling (geel), resocialisatie (oranje) en (enkel in FPC Gent) re-integratie (groen). Patiënten worden in principe eerst opgenomen op één van de afdelingen binnen de fase observatie en oriëntatie, en stromen vervolgens – naarmate hun behandeling vordert – intern verder door naar de andere fases.

	fase / type afdelingen	kleur	aantal bedden FPC Gent	aantal bedden FPC Antwerpen
Rivier	Oriëntatie en observatie	Blauw	56	38
Stad	Doorgedreven behandeling	Geel	92	69
Haven	Resocialisatie	Oranje	100	75
Park	Re-integratie	Groen	16	0
			264	182

- Elke afdeling wordt gekenmerkt door een type therapeutisch leefmilieu: een supportief milieu (SUPP) of een sociaal-therapeutisch (S-T) milieu (zie ook 7.1). Gedurende hun volledige opname in het FPC (en dus doorheen de verschillende fases) blijven patiënten in principe binnen hetzelfde type therapeutisch milieu, tenzij tijdens de behandeling blijkt dat een ander milieu meer geschikt is.

In het supportief milieu ligt de nadruk op behandeling op maat door ondersteuning te bieden waar nodig. Mentale stabilisatie en een sterk gestructureerde leefomgeving zijn belangrijke pijlers. De supportieve aanpak kent twee doelstellingen: enerzijds het voorkomen van ontregeling en terugval in ongecontroleerd gedrag en anderzijds het versterken van de identiteit van de individuele patiënt.

In een supportief milieu worden patiënten met een psychotische problematiek en patiënten met een verstandelijke beperking opgenomen.

In een sociaal-therapeutisch milieu staat het versterken van het contact en de interactie van de patiënt met zijn omgeving centraal. Door de sociale omgang met medepatiënten en de afdelingsstaf leert de patiënt zich op een acceptabele manier te gedragen en wordt hem de mogelijkheid geboden om nieuw gedrag te oefenen. Patiënten worden op deze wijze geconfronteerd met de gevolgen van gedrag en leren gedrag aan te passen vanuit een passende sociale identiteit.

In een sociaal-therapeutisch milieu verblijven voornamelijk patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

FPC Gent				
Vleugel (fase)	Afdeling	Doelgroep	Bedden	Milieu
Rivier (oriëntatie en observatie)	Lieve	Zeer intensieve zorg (ZIZ)	16	SUPP
	Ringvaart	verstandelijke beperking	16	SUPP
	Leie	psychotische kwetsbaarheid	16	SUPP
	Schelde	Zeer intensieve zorg (ZIZ)	8	SUPP
Stad (doorgedreven behandeling)	Rabot	persoonlijkheidsstoornis	23	S-T
	Sluizeken	persoonlijkheidsstoornis	23	S-T
	Tolhuis	verstandelijke beperking	23	SUPP
	Muide	psychotische kwetsbaarheid	23	SUPP
Haven (resocialisatie)	Sifferdok	persoonlijkheidsstoornis	25	S-T
	Houtdok	persoonlijkheidsstoornis	25	S-T
	Grootdok	verstandelijke beperking	25	SUPP
	Mercatordok	psychotische kwetsbaarheid	25	SUPP
Park (re-integratie)	Zuidpark	persoonlijkheidsstoornis	4	S-T
	Blaarmeersen	persoonlijkheidsstoornis	4	S-T
	Citadel	verstandelijke beperking	4	SUPP
	Groene Vallei	psychotische kwetsbaarheid	4	SUPP
			264	S-T: 104 SUPP: 160

FPC Antwerpen					
Fase	Afdeling	Gang	Doelgroep	Bedden	Milieu
Oriëntatie en observatie	Westerschelde	Westerschelde	Zeer Intensieve Zorg (ZIZ)	10	SUPP
	Rupel-Dijle	Rupel	verstandelijke beperking	10	SUPP
		Dijle	psychotische kwetsbaarheid	9	SUPP
	Nete-Dam	Nete	persoonlijkheidsproblematiek	9	S-T
Doorgedreven behandeling	Nete-Dam	Dam	persoonlijkheidsstoornis	10	S-T
	Eilandje-Zuid	Eilandje	persoonlijkheidsstoornis	10	S-T
		Zuid	persoonlijkheidsstoornis	9	S-T
	Kiel-Statie	Kiel	psychotische kwetsbaarheid	10	SUPP
		Statie	psychotische kwetsbaarheid	10	SUPP
	Luchtbal-Kievit	Luchtbal	psychotische kwetsbaarheid	10	SUPP
		Kievit	verstandelijke beperking	10	SUPP
Resocialisatie	Asiadok-Amerikadok	Asiadok	psychotische kwetsbaarheid	13	SUPP
		Amerikadok	psychotische kwetsbaarheid	12	SUPP
	Bonapartedok-Bevrijdingsdok	Bonapartedok	persoonlijkheidsstoornis	13	S-T
		Bevrijdingsdok	persoonlijkheidsstoornis	12	S-T
	Kanaaldok-Kattendijkdok	Kanaaldok	verstandelijke beperking	13	SUPP
		Kattendijkdok	persoonlijkheidsstoornis	12	S-T
				182	S-T: 75 SUPP: 107

- In FPC Antwerpen opteert men er – uitgezonderd op afdeling ZIZ – voor om in principe nooit minder dan 2 vrouwen op 1 gang op te nemen. Op indicatie kan hier worden van afgeweken (bv. als gedurende langere tijd maar 1 vrouw klaar is om door te stromen naar een oranje afdeling).
- De afdelingen Schelde en Lieve in FPC Gent en de afdeling Westerschelde in FPC Antwerpen zijn afdelingen Zeer Intensieve Zorg. Op de afdelingen ZIZ worden patiënten opgenomen die niet in staat zijn om in groep te functioneren omwille van een tijdelijke crisis of omdat hun psychiatrische gezondheidstoestand het niet toelaat. Patiënten op ZIZ verblijven op de kamer en krijgen een individueel behandelprogramma met minstens één uur buiten de kamer, eventueel samen met één of meerdere medepatiënten.

Aansluitend bij de afdelingen Schelde (in FPC Gent) en Westerschelde (in FPC Antwerpen) is er een apart blok met respectievelijk 8 en 4 separeerkamers, waar patiënten vanop afdelingen tijdelijk kunnen worden opgenomen. Daarnaast is er op verschillende afdelingen een PAK (Prikkelarme Kamer) voorzien (zie 7.5).

- Elke afdeling bestaat uit twee aparte gangen (in FPC Gent aangeduid met "links" en "rechts", in FPC Antwerpen elk met een eigen naam), met telkens een leefruimte (living, kook- en eetruimte) en patiëntenkamers voor 8 tot 13 patiënten.

Tussen beide gangen ligt een verpleegpost, dus één per afdeling (in FPC Antwerpen hebben de verpleegposten geen rechtstreekse toegang tot de gangen, in FPC Gent is dat wel het geval).

Uitzonderingen hierop zijn:

- de afdelingen Zeer Intensieve Zorg Schelde (FPC Gent) en Westerschelde (FPC Antwerpen), die telkens uit 1 gang bestaan;
- de afdelingen Park (FPC Gent), die telkens een wooneenheid met 4 patiënten vormen.

- Elke afdeling wordt multidisciplinair aangestuurd door een afdelingshoofd, -psycholoog (of behandelcoördinator) en -psychiater. De afdelingen op Park (FPC Gent) vormen hierop een uitzondering: deze worden aangestuurd door een behandelcoördinator en een afdelingspsychiater.
- De rest van de equipe bestaat uit verpleegkundigen, therapeutisch assistenten, woon- en leefgroepbegeleiders en ADL-medewerkers (waarbij de eerste drie functies samen de sociotherapeuten genoemd worden). Enkel verpleegkundigen en therapeutisch assistenten voeren de taak van individueel begeleider (IB) uit. Op veel afdelingen heeft de patiënt één IB, en op sommige afdelingen ook nog een co-IB (die fungeert als back-up voor de IB). Op andere afdelingen opteert men er voor om niet met een vaste IB per patiënt te werken.
- Een groot deel van het activiteiten- en therapieaanbod (zie verder bij 7.1) wordt centraal georganiseerd, dus niet op de afdelingen en ook niet door de afdelingsstaf:
 - De arbeids-, sport- en ergotherapeuten maken deel uit van de dienst Werken – Leren – Sport (WLS), aangestuurd door een eigen coördinator.
 - Het grootste deel van de behandelmodules (zie 7.1), wordt ingevuld door een aparte equipe (psychologen, orthopedagogen, vaktherapeuten, in FPC Antwerpen ook een seksuoloog).
 - Het grootste deel van de psychodiagnostiek gebeurt door mensen die daar afdelingsoverstijgend mee bezig zijn.
 - Animatie wordt zowel centraal als op afdelingsniveau georganiseerd door animatoren, die worden aangestuurd door de coördinator WLS.
- De afdelingshoofden worden aangestuurd door de Zorgmanager Behandelorganisatie (in FPC Gent) of de Zorgmanager Sociotherapie (in FPC Antwerpen). De afdelingspsychologen en behandelcoördinatoren worden aangestuurd door de Zorgmanager Behandelinhoud.

Het WLS-aanbod wordt aangestuurd door een Coördinator WLS en animatie.

Het centraal georganiseerde behandelaanbod en de psychodiagnostiek worden in FPC Gent aangestuurd door een coördinator Psychodiagnostiek en behandelaanbod; in FPC Antwerpen valt dit onder de Zorgmanager Behandelinhoud (zie 6.2).

De zorgmanagers en de coördinatoren vallen in beide FPC onder de directeur patiëntenzorg, die samen met de hoofddarts de zorg aanstuurt.

- De medische zorg is in beide FPC de bevoegdheid van een hoofddarts. Elke campus heeft zijn eigen medische dienst.

Volgende disciplines maken deel uit van de medische dienst:

- psychiaters en assistent-psychiaters in opleiding; aan elke afdeling is één van beide toegewezen;
- verpleegkundigen op de medische dienst (bloedafnames, wondzorg, diabeteszorg);
- huisartsen en huisartsen in opleiding;
- tandarts;
- kinesitherapeut.

3 LEIDERSCHAP

3.1 BELEIDSORGANEN

- FPC Gent en FPC Antwerpen hebben Forensische Psychiatrische Centra NV als inrichtende macht. De vennootschap werd in 2014 opgericht door de zorgpartners Parnassia Groep BV en Stichting de Kijvelanden en partner voor bedrijfsvoering Sodexo Belgium NV. 60% van de aandelen zijn in handen van de zorgpartners en 40% in handen van Sodexo Belgium.
- De Raad van Bestuur (RvB) is samengesteld uit 3 bestuurders: 2 zorgbestuurders (waaronder de voorzitter) en 1 bestuurder bedrijfsvoering. De bestuurders hebben uitgebreide expertise in management en forensische zorg. De RvB vergadert maandelijks, met aanwezigheid van alle directieleden van beide FPC.
- De directieleden van beide FPC (de algemeen directeur, de twee hoofdartsen en de twee directeurs patiëntenzorg) komen maandelijks samen in een directiemeeting.
- Er is voor beide FPC een gecombineerde bedrijfsvoering, maar met een aparte zorgorganisatie: er is een gemeenschappelijke algemeen directeur maar een eigen hoofdarts en directeur patiëntenzorg. Daarnaast zijn er een gemeenschappelijke manager communicatie, hoofdjurist, HR-manager, manager Facility, Technics & ICT, Manager Financiën en aankoop.
Door de samenwerking tussen beide FPC zijn synergieën mogelijk op vlak van bv. ICT en telefonie, communicatie, personeelszaken, VTO, aansturing van de programma's en de zorginhoud. De expertise wordt uitgewisseld op verschillende beleidsniveaus (bv. op directieniveau, kwaliteitscoördinatoren tijdens interne audits, ...).
- Per FPC is er maandelijks een management meeting van de plaatselijke directie, de plaatselijke zorgmanagers, de gemeenschappelijke (top)managers en de kwaliteitscoördinator. In FPC Antwerpen wordt dit aangevuld met de siteverantwoordelijke per managementdomein.
- Wekelijks tot tweewekelijks overleggen per FPC de hoofdarts, de directeur patiëntenzorg en de zorgmanagers in het periodiek Overleg Zorg (PO Zorg). Tweemaandelijks is er een overkoepelend PO Zorg van beide FPC samen.
- Beslissingen genomen in het PO Zorg worden doorgegeven naar alle leden van het beleidsoverleg dat in beide FPC plaatsvindt (maandelijks in FPC Gent en driemaandelijks in FPC Antwerpen):
 - afdelingshoofden;
 - afdelingspsychologen/behandelcoördinatoren;
 - afdelingspsychiaters;
 - hoofd griffie en behandelrapportage;
 - coördinator Werken, Leren, Sport (WLS);
 - coördinator behandel aanbod en psychodiagnostiek (enkel in Gent);
 - zorgmanagers.
- Tevens is er in beide FPC wekelijks een afdelingshoofdenoverleg waarin de implementatie van beleidsbeslissingen wordt besproken. Bij dit overleg zijn alle afdelingshoofden en de zorgmanager behandelorganisatie (in FPC Gent) of zorgmanager sociotherapie (in FPC Antwerpen) aanwezig.
Parallel is er wekelijks een afdelingspsychologen-behandelcoördinatorenoverleg, waarbij naast de afdelingspsychologen en behandelcoördinatoren ook de zorgmanager behandelinhoud aanwezig is. Maandelijks komen alle afdelingshoofden, afdelingspsychologen en behandelcoördinatoren samen met de twee zorgmanagers.

- Tijdens het dagelijks ochtendoverleg worden de aandachtspunten m.b.t. de zorg voor patiënten overlopen. Op dit overleg zijn o.m. alle afdelingshoofden en afdelingspsychologen aanwezig, evenals de zorgmanagers, de psychiaters, de directeur patiëntenzorg, de coördinatoren, afdelingshoofd medische dienst, coördinator WLS, de sociale dienst, het hoofd griffie en behandelrapportage, een behandelrapporteur en een medewerker griffie.
- Binnen de medische staf bestaan volgende overlegorganen:
 - een maandelijks psychiater-overleg (alle afdelingspsychiaters, hoofdarts en assistent-psychiater in opleiding), dat om de drie maanden voor beide FPC samenkomt;
 - een maandelijks overleg tussen de zorgmanager en de verpleegkundigen van de medische dienst;
 - een driemaandelijks overleg met de volledige medische dienst (alle disciplines van de medische dienst zoals hierboven beschreven) dat zesmaandelijks doorgaat voor beide FPC samen;
 - een halfjaarlijks medisch farmaceutisch overleg.
- Een overzicht van al deze overlegorganen en hun doelstelling is opgenomen in een foralijst; daarin komen ook nog heel wat andere overlegorganen voor (die bv. eerder met bedrijfsvoering te maken hebben).
- Er is een gemeenschappelijke ethische commissie (EC) voor beide FPC. In het reglement van de EC worden de rol en de opdracht omschreven als: "een begeleidende en raadgevende functie met betrekking tot de ethische aspecten van de forensisch-psychiatrische zorg, een ondersteunende functie bij beslissingen over individuele gevallen inzake ethiek binnen de behandelingscontext door middel van ethische analyse en overleg, en een raadgevende en ondersteunende functie bij beslissingen over de toepassing van recente wetenschappelijke bevindingen en experimentele bevindingen binnen de behandelingscontext."

De EC vergadert acht keer per jaar en bestaat minstens uit één ethicus, één psychiater en één jurist en kan uitgebreid worden tot 12 stemgerechtigde leden. De afgelopen jaren hebben steeds twee ethici, een psychiater, een criminoloog, een psychiatrisch verpleegkundige en een jurist deelgenomen aan de vergaderingen. Door middel van sessies/focusgroepen rondom bepaalde thema's wordt gepoogd input van de verschillende disciplines te verkrijgen.

De voorbije jaren werden door de EC adviezen geformuleerd over bezoek van een prostituee in FPC, over contraceptie bij vrouwelijke patiënten, betreffende media, over euthanasie bij psychisch lijden, over het weigeren van een medisch noodzakelijke behandeling van een somatische problematiek en het gebruik van NTR-codes ("niet te reanimeren"), het weigeren van behandeling, het ethisch denkkader en de mogelijkheid tot dwangbehandeling. Daarnaast werden tal van adviezen gegeven over onderzoeksvragen.

In 2020 werd door de ethische commissie aan het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek een advies gevraagd over de problematiek van het (gedeeltelijk) invoeren van een rookverbod in de FPC. Het advies is raadpleegbaar als advies nr. 81 op de website van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/221124_advies_81_rookverbod_fpc.pdf)

3.2 ORGANISATIESTRUCTUUR

- De algemeen directeur is verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering van beide centra. Deze taak omvat het aankoopbeleid, de facilitaire diensten en beveiliging, human resources, boekhouding en financiën, communicatie, de juridische dienst en ICT. Zoals hierboven beschreven, worden al deze diensten aangestuurd door leidinggevenden die voor beide centra werken.

Het medische en therapeutische luik is opgesplitst per FPC, en wordt telkens aangestuurd door een hoofdarts en een directeur patiëntenzorg, waarbij de hoofdarts verantwoordelijk is voor het zorgbeleid en de directeur patiëntenzorg instaat voor de operationele aansturing van de zorgequipes.
- De hoofdarts van FPC Gent is voor 18 uur per week benoemd [REDACTED]

De hoofdarts van FPC Antwerpen is voor 15 uur per week benoemd [REDACTED]

De hoofdartsen doen geen klinische activiteit in het FPC.

- De afdelingen worden vanuit de directie dual aangestuurd door de hoofdarts en de directeur patiëntenzorg via telkens twee zorgmanagers:
 - de Zorgmanager Behandelorganisatie (in FPC Gent) en de Zorgmanager Sociotherapie (in FPC Antwerpen) sturen de afdelingshoofden aan;
 - de Zorgmanager Behandelinhoud stuurt de afdelingspsychologen/behandelcoördinatoren aan.

Het beleid op elke afdeling wordt gevoerd door het afdelingshoofd (een verpleegkundige), de afdelingspsycholoog (of behandelcoördinator) en de afdelingspsychiater (met uitzondering van afdeling Park in FPC Gent, zie elders).

De medewerkers die instaan voor het centraal georganiseerde WLS-aanbod (arbeidstherapeuten, lesgevers, sportagogen, animatoren) worden aangestuurd door een coördinator WLS en animatie, die op zijn beurt rapporteert aan de directeur patiëntenzorg. Medewerkers die instaan voor het afdelingsoverstijgende diagnostische en behandelaanbod worden in FPC Gent aangestuurd door een coördinator psychodiagnostiek en behandelaanbod; in FPC Antwerpen vallen zij rechtstreeks onder de Zorgmanager Behandelinhoud (zie 6.2).

4 BELEID EN STRATEGIE

4.1 BELEID

- Het beleid binnen FPC Gent en FPC Antwerpen kadert binnen een gemeenschappelijk strategisch plan 2022-2024. Dit plan gaat uit van een gemeenschappelijke missie, visie en kernwaarden.
- Het strategisch plan wordt doorvertaald naar jaarplannen per afdeling. Deze worden opgesteld door de afdelingsleiding (afdelingshoofd, afdelingspsycholoog/behandelcoördinator en psychiater), onder begeleiding van de directeur patiëntenzorg, de zorgmanager behandelinhoud, de zorgmanager sociotherapie/behandelorganisatie en de kwaliteitscoördinator.
- FPC evalueert maandelijks de realisatie van de doelstellingen op basis van 45 KPI (Key Performance Indicators) die worden opgevolgd en besproken tijdens verschillende overlegorganen (directiemeeting, managementteam, RvB), waar bijsturing kan plaatsvinden. Hiervan gaan 26 KPI over de zorg- en juridische aspecten; de andere KPI betreffen human resources, facilities & technics & ICT, communicatie en beveiliging. De KPI zijn zowel op organisatie- als op afdelingsniveau beschikbaar, en kunnen dan ook gebruikt worden voor evaluatie en bijsturing op de verschillende beleidsniveaus.
- Jaarlijks organiseert het FPC drie beleidsnamiddagen met directieleden, managementsleden en andere leidinggevenden van beide centra, waar evaluatie en bijsturing van de doelstellingen uit het strategisch plan centraal staan. Door omstandigheden (bv. de COVID-pandemie en het accrediteringstraject) lag de vergaderfrequentie de voorbije jaren lager dan vooropgesteld. Tussendoor wordt de vooruitgang van de verschillende verbeteracties opgevolgd in de driemaandelijkse directiebeoordeling.
- Aan de hand van een jaarlijks activiteitenverslag per FPC krijgt de opdrachtgever een uitgebreid beeld van het functioneren van beide centra.

4.2 LERENDE OMGEVING

- De missie van beide Forensisch Psychiatrische Centra staat onder meer beschreven in het huishoudelijk reglement, het kwaliteitshandboek en het strategisch plan 2022-2024:
"FPC Gent en FPC Antwerpen voorzien op wetenschappelijk onderbouwde wijze in de vraag naar beveiliging van de samenleving door behandeling van geïnterneerde forensisch psychiatrische patiënten, preventie van herval in forensisch psychiatrische problematiek en uitvoering van specifieke taken op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg."
In FPC Gent en FPC Antwerpen worden forensisch psychiatrische patiënten behandeld met het doel het risico op het plegen van nieuwe strafbare feiten te verminderen en de achterliggende oorzaken van het delictgedrag weg te nemen of beheersbaar te maken, zodat een (hernieuwd) verblijf in de samenleving veilig en mogelijk is.
Zowel FPC Gent als FPC Antwerpen doen dit volgens de behandelvisie in nauwe samenwerking met de patiënt en zijn omgeving. Voor de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten vormt het gepleegde delict (delictanalyse en risico-inventarisatie) in combinatie met de psychiatrische diagnose de basis voor de behandeling.
- De kwaliteitsdoelstellingen zijn vastgelegd in het strategisch beleidsplan en zijn gekoppeld aan de organisatiebrede beleidscyclus. In het kwaliteitshandboek staat beschreven hoe de organisatiedoelstellingen en KPI (Key Performance Indicators) gekoppeld zijn aan de missie en visie. Het gebruikte managementmodel in het kwaliteitshandboek is het Business Excellence Model van de European Foundation for Quality Management (EFQM).

- Het kwaliteitshandboek is (zowel voor FPC Gent als voor FPC Antwerpen) opgesteld naar analogie met het Vlaams decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. De processen zijn in kaart gebracht en beschreven aan de hand van beleidsdocumenten.
- Naar analogie met datzelfde decreet staan de 4 grote domeinen van de zelfevaluatie uitgeschreven in het kwaliteitshandboek, namelijk:
 - de periodieke evaluatie van de klinische performantie;
 - de periodieke evaluatie van de operationele performantie;
 - de periodieke evaluatie door de gebruiker;
 - de periodieke evaluatie door de medewerkers.
- Zowel in FPC Gent als in FPC Antwerpen is er een kwaliteitscoördinator die 80% aangesteld is. Beiden combineren deze functie met die van interne ombudspersoon (20%.) De kwaliteitscoördinatoren worden aangestuurd (m.b.t. welke taken zij dienen op te nemen) door de algemeen directeur. Inhoudelijk worden ze mee aangestuurd door de directeur patiëntenzorg en de hoofddarts. De kwaliteitscoördinator is een vast lid van de maandelijkse management meeting. Dit overlegorgaan volgt o.a. de voortgang en implementatie van de kwaliteitsdoelstellingen op.
- Het kwaliteitsbeleid van FPC Gent en FPC Antwerpen wordt continu op elkaar afgestemd.
- Een vorming over het kwaliteitsbeleid en het incidentmeldsysteem (VIM) is een vast en verplicht onderdeel bij de inscholing van alle medewerkers, met uitzondering van de medewerkers van Sodexo en Securitas.
- Er is een driemaandelijks overleg met de voltallige directie en preventiedienst waarbij het gehele kwaliteitsmanagementsysteem (waar het veiligheidsbeleid onderdeel van uitmaakt) wordt geëvalueerd. Een bijkomend voordeel van deze structuur is dat de hoofddartsen mee betrokken zijn bij het kwaliteitsgebeuren.
- Het FPC krijgt zicht op het niveau van de kwaliteit van zorg door verschillende gegevens te registreren en op te volgen.
 - Tijdens de maandelijkse management meeting worden realisaties van doelstellingen geëvalueerd aan de hand van 45 Key Performance Indicators (KPI).
 - De incidentmeldingen geven bijkomende informatie over risicovolle situaties in de dagelijkse werking van het FPC. Sinds de start zijn er 2 incidentmeldsystemen actief: Vision van Securitas en het Veilig Incident Melden (VIM)-systeem; beide systemen werken complementair (cfr. infra).
 - Op alle afdelingen wordt regelmatig een veiligheidsronde uitgevoerd door de kwaliteitscoördinator of de projectmedewerker kwaliteit, genaamd de kikkertesten. Op een kwantitatieve manier wordt nagegaan of afspraken/procedures nageleefd worden op de diverse afdelingen en waar er knelpunten zijn. Er worden checks gedaan binnen de thema's patiëntendossier, medicatie, milieutherapie, kwaliteit en veiligheid, HACCP, medewerkers en vrijheidsbeperkende maatregelen. Jaarlijks wordt geëvalueerd welke checks relevant zijn. Dit gebeurt tijdens een zorgoverleg met zorgdirectie, zorgmanagers en kwaliteitscoördinator.
 - Elk kwartaal wordt er een cijferrapport opgesteld over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Jaarlijks maakt FPC een uitgebreid analyserapport over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.
 - Er is tweejaarlijks een medewerkersbevraging over het psychosociaal welzijn.
 - Er is tweejaarlijks een patiëntenbevraging over de kwaliteit van zorg.
- Sinds de start van het FPC worden incidenten geregistreerd via verschillende systemen.
 - In het VIM-systeem kunnen medewerkers incidenten melden. Een incident is een gebeurtenis of omstandigheid die tot schade aan een persoon of de omgeving heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden. Via een snelkoppeling op het intranet is dit systeem toegankelijk voor alle medewerkers. Het anoniem melden van een incident is mogelijk. In het systeem zijn 8 types meldingen

voorzien: agressie, suicide(poging), medicatie, somatiek, beveiliging, ontvluchting/onttrekking, arbeidsomstandigheden en brand. De leidinggevende registreert bij het incident welke acties ondernomen zijn. Per meldingstype is een coördinator aangesteld binnen de VIM-commissie. De coördinator verifieert of de melding correct is afgehandeld en registreert zijn besluit in het VIM-systeem.

- Alle incidenten die gemeld worden via het meldingssysteem worden geanalyseerd tijdens de maandelijkse VIM-commissies. In de VIM-commissie kan op basis van een risicomatrix besloten worden om voor specifieke meldingen een diepere analyse te doen aan de hand van de SIRE (systematische incident reconstructie en evaluatie) -methode.
 - Per kwartaal en jaarlijks worden er rapportages van het VIM-systeem opgemaakt. De kwartaal- en jaarrapportages van het VIM-systeem worden besproken op de management meeting en het directieoverleg.
 - Kwartaal- en jaarrapportages van het VIM-systeem worden gepubliceerd op het intranet, waardoor alle medewerkers deze kunnen raadplegen.
 - In het systeem Vision van Securitas worden incidenten geregistreerd die zich op het domein van het FPC voordoen; enkel de incidenten geregistreerd via de camerabewaking worden hierin opgenomen door medewerkers van Securitas.
- De verzamelde gegevens worden regelmatig besproken en geëvalueerd, incidenten en opduikende problemen worden geanalyseerd met verschillende technieken en op verschillende niveaus, het beleid wordt waar nodig bijgestuurd. Tal van voorbeelden hiervan komen uitgebreid aan bod in de andere hoofdstukken: het gebruik van outcomemetingen (IFBE) geïntegreerd in het patiëntendossier, de analyse en bijsturing van het beleid inzake vrijheidsbeperkende maatregelen i.f.v. (inter)nationale richtlijnen, de ontwikkeling van verschillende applicaties (verhoogd toezicht, aanvragen bezoek), de acties inzake personeelsbeleid, het vormingsbeleid met interne trainers bv. voor agressiepreventie. Ook de aanpak van de knelpunten uit vorige inspectieverslagen werd geïntegreerd in het verbeterbeleid.
 - Het gevoerde kwaliteitsbeleid is van een erg hoog niveau, en is geïntegreerd in de werking van de organisatie. Op veel vlakken kan het FPC als een modelvoorbeeld van een lerende organisatie beschouwd worden.
 - In 2019 koos FPC ervoor om in een accreditatietraject te stappen met het oog op het behalen van een NEN 15224-certificaat. De NEN 15224 is de ISO 9001-norm, aangevuld met zorgspecifieke eisen. In oktober 2020 vond een GAP-analyse plaats. Op basis van het rapport gebeurden de nodige aanpassingen en in december 2022 werd het certificaat behaald. Er staat een jaarlijkse evaluatie gepland door een certificeringsbureau en om de drie jaar zal formeel beoordeeld worden of het certificaat hernieuwd wordt.
 - In het strategisch plan wordt wetenschappelijk onderzoek opgesomd als één van de initiatieven. Er verschenen reeds verschillende publicaties in Vlaamse en internationale tijdschriften.

4.3 FORMELE SAMENWERKINGSOVEREENKOMSTEN

- Omwille van de specifieke wetgeving met betrekking tot de bewaking in België, wordt de bewakingsopdracht door een extern hiertoe bevoegd bedrijf uitgevoerd, namelijk Securitas. Het betreft de beveiliging van de koude zone (d. i. de zone waar geen patiëntenverkeer is): in- en uitgangscntrole, controle van binnenkomende en uitgaande goederen, van vrachtwagens en personen, patrouilleren en opvolgen van de controlekamer. De bewakingsfirma heeft geen opdracht in de warme zone (d.i. de zone waar zich patiënten bevinden). De opdracht is via een meerpartijenovereenkomst tussen de Belgische staat, FPC NV en Securitas NV overeengekomen.
- Voor de specialistische medische zorg aan patiënten van FPC Gent is er een raamakkoord met AZ Sint-Lucas, UZ Gent en AZ Jan Palfijn. Voor FPC Antwerpen is er in dit verband een raamakkoord met Vitaz.

- Voor de medicatiedistributie heeft het FPC een samenwerkingsovereenkomst afgesloten met een externe apotheekgroep Lloydspharma.
- FPC Gent heeft een samenwerkingsovereenkomst met PC Gent-Sleidinge met het oog op het uitwerken van een geïntegreerd zorgtraject voor geïnterneerden.
- Rond vorming heeft FPC Gent een akkoord met het Centrum voor Basiseducatie en met het Provinciaal Centrum voor Volwassenenonderwijs Vormingsleergang voor Sociaal en Pedagogisch Werk. FPC Antwerpen heeft een overeenkomst met CVO Kisp. Deze organisaties verzorgen opleidingen voor patiënten in het FPC.
- FPC Gent heeft een overeenkomst met Voluit (vroeger Obra|Baken) met het oog op het optimaliseren van de uitstroom en in functie van dagbesteding buitenshuis. FPC Antwerpen heeft in dit verband een samenwerking met Diensten- en Begeleidingscentrum Openluchtopvoeding (OLO) en met De Vijver.
- Er is een samenwerkingsakkoord met het Wit-Gele Kruis in functie van specialistische verpleegkundige zorg (bv. wondzorg of palliatieve zorg).

5 MIDDELEN

5.1 INFRASTRUCTUUR

- De gebouwen van beide centra waren volledig nieuw bij ingebruikname en worden kosteloos ter beschikking gesteld door de Regie der Gebouwen.

In FPC Gent staat de Regie der Gebouwen in voor het eigenaarsonderhoud van de gebouwen (waarbij de werken deels door de Regie der Gebouwen zelf worden uitgevoerd en deels door een onderaannemer).

In FPC Antwerpen staat het FPC zelf in voor het eigenaarsonderhoud (met fondsen die ter beschikking gesteld worden door de Regie der Gebouwen). Doordat het gebouw in Antwerpen 6 jaar na de ingebruikname nog niet officieel is opgeleverd, kunnen een aantal werken evenwel nog niet worden uitgevoerd.

Er blijft onenigheid over wie (het FPC zelf, de overheid of een aangestelde onderaannemer) de verantwoordelijkheid draagt voor bepaalde aspecten van het curatieve en preventieve gebruikersonderhoud in FPC Gent. Dit zorgt voor een belangrijke verhoging van de werkdruk voor zowel de overheid (FOD Justitie & Regie der Gebouwen) als voor FPC Gent zelf. Onder meer daardoor is er een waslijst aan problemen die niet opgelost geraken. Op het moment van de inspectie staan er meer dan 500 tickets open waarvoor er geen perspectief op een oplossing is.

In FPC Antwerpen valt het gebruikersonderhoud en het onderhoud van het gebouw en de technische installaties onder eigen beheer van het FPC en stelt dit probleem zich niet.

- Alle kamers zijn eenpersoonskamers.
Aanvankelijk waren in FPC Gent 16 tweepersoonskamers voorzien en in FPC Antwerpen 11, maar op initiatief van de uitbater werden deze omgebouwd tot eenpersoonskamers. Ter compensatie werden evenveel prikkelarme kamers omgebouwd tot gewone patiëntenkamers.

De voorbije jaren gebeurden ook heel wat andere infrastructurele aanpassingen.

In FPC Gent werden bv. de separeerruimtes meer vandalismebestendig gemaakt, veel deuren werden vervangen, er werd op heel wat plaatsen airconditioning geïnstalleerd, er werden laadpalen voor elektrische voertuigen geplaatst en de ventilatie werd geoptimaliseerd.

In FPC Antwerpen werd bv. een wacht- en onthaalruimte voor bezoekers gecreëerd ter hoogte van het onthaal, er werden [REDACTED] bijgeplaatst, de separeerkamers werden meer vandalismebestendig gemaakt, er werden doorgeefluikjes geplaatst op de kamerdeuren van de blauwe en gele afdelingen, er werden laadpalen voor elektrische voertuigen geplaatst, de ventilatie werd geoptimaliseerd, de badkamers in de patiëntenkamers werden aangepast in het kader van suïcidepreventie.

- Ondanks de grote inspanningen van de betrokken partijen om problemen met en discussies over de infrastructurele problemen op te lossen, blijven er volgens het FPC nog diverse andere infrastructurele aanpassingen nodig.

In FPC Gent betreft een aantal daarvan kritieke installaties:

- Aanhoudende problemen met de circulatiedeuren (al van bij de opening van het centrum). Een groot aantal deuren werden reeds vervangen, maar nu lopen de hersteltermijnen op.
Daarnaast vallen sommige deuren niet onder een onderhoudscontract, waardoor ze regelmatig problemen veroorzaken. Het personeel heeft bijvoorbeeld geen toegang meer tot het voorraadlokaal op de afdeling, [REDACTED] met veiligheidsrisico's tot gevolg.
- Beheerssystemen beveiliging & veiligheid: een omschakeling in 2022 is zeer moeilijk verlopen, met grote operationele problemen tot gevolg. Op het moment van de inspectie zijn nog niet alle problemen opgelost. [REDACTED]
- DECT-werking: gesprekken vallen soms weg, soms hoort 1 van beide partijen niets en de kwaliteit van de verbinding is soms slecht; [REDACTED]

[REDACTED]

Sinds de zomer van 2021 is er ook geen back-up server van het DECT-systeem meer beschikbaar.

Sinds de opstart zijn er in FPC Gent ook op de afdelingen een aantal infrastructurele problemen die niet opgelost geraken:

- Op de afdelingen is het vaak te warm, met grote comfortproblemen tot gevolg voor patiënten en medewerkers. Bij de bouw werden geen airco en geen opendraaiende ramen voorzien. FPC heeft er voor geopteerd om op een aantal afdelingen zelf ramen te plaatsen die open kunnen, maar geeft aan dit niet gebouwbreed te kunnen realiseren.

[REDACTED]

- Door constructiefouten in de bouwfase is er centrubreed aanzienlijke vochtschade, onder meer door gebrekkige waterdichtheid van de badkamers, slecht aangebracht pleisterwerk en lekken in platte daken. Door het uitblijven van oplossingen blijft de schade aan de infrastructuur oplopen en ontstaan mogelijk andere problemen zoals schimmelvorming en gezondheidsrisico's.

- Een aanzienlijk deel van de kamers heeft schade (lokale schade aan het pleisterwerk, volledige muren zonder pleisterwerk, loskomende vloerbekleding, schimmelvorming door vochtinsijpeling, ontbrekende tegels in de badkamer met waterschade tot gevolg, ...).

Op het moment van de inspectie zijn 3 kamers buiten gebruik. Ook de voorbije jaren kwam dat reeds voor. Meestal duurt het langer dan een jaar vooraleer een kamer opnieuw in gebruik kan genomen worden.

In 7 andere kamers is er ernstige schade aan de vloer.

- Veel van de keukens in de leefgroepen zijn in slechte staat. Het meubilair is afgeleefd en beschadigd. Veel van de plinten zijn verdwenen, het werkblad is beschadigd, de keukeneilanden zijn onstabiel, stopcontacten zijn versleten, de vloerbekleding komt los en is op sommige plaatsen zelfs al verdwenen, ...

Dit vormt onder meer een risico op het vlak van voedselveiligheid.

Ook de centrale keuken heeft nood aan herstellingen (bevestigd door het FAVV en andere audits m.b.t. voedselveiligheid), en er dringt zich zelfs een grondige renovatie op.

Voor FPC Antwerpen worden tijdens de inspectie volgende essentiële problemen aangekaart:

- Klimatisatie: het is vaak te warm in het gebouw, vooral op de patiëntenkamers.
- Beveiliging: op een aantal risicovolle plaatsen in het gebouw is er onvoldoende camerabewaking [REDACTED] FPC Antwerpen heeft op eigen initiatief op heel wat plaatsen extra camera's geplaatst, maar kan dit niet nog verder uitbreiden.
- In de deuren van patiëntenkamers waren geen doorgeefluikjes voorzien. FPC Antwerpen heeft op eigen initiatief meer dan de helft van de deuren laten aanpassen, maar kan dit niet nog verder uitbreiden.
- De rookruimtes in de leefgroep grenzen direct aan de eettafel en de keuken, met grote geurhinder tot gevolg.

- Naast de verbeteringen die essentieel geacht worden, heeft het FPC ook nog een lange lijst met mogelijke verbeterpunten.

Voor FPC Gent betreft het bv. rechtstreekse toegang naar tuin of terras vanuit afdelingen op de eerste verdieping, individuele buitenruimtes aansluitend op de patiëntenkamers van de afdeling Zeer Intensieve Zorg (sommige patiënten worden nu naar separeerruimtes overgebracht om hen een uur per dag in de buitenlucht te kunnen garanderen zoals voorzien is in internationale richtlijnen), aparte kantoren voor het afdelingshoofd / de afdelingspsycholoog (of behandelcoördinator), andere opbouw van de afdelingskeukens, stevigere deurfluikjes op de patiëntenkamers, betere geluidsdichtheid van de gesprekslokalen, betere faciliteiten voor assemblageopdrachten (grotere arbeidsateliers met ruimere toegangsdeuren, meer stockageruimte, een loskade voor transporten) en meer ruimtes om zorg op maat te kunnen bieden.

In FPC Antwerpen gaat het bv. over installeren van meer individuele douches (patiënten van de opname- en behandelafdelingen moeten gebruik maken van de gemeenschappelijke douches op de gang van de afdeling), grotere rookruimtes (om het risico op escalaties te verminderen), individuele buitenruimtes aansluitend op de patiëntenkamers van de afdeling Zeer Intensieve Zorg, creëren van een rechtstreekse toegang tot de patio vanop afdelingen op het gelijkvloers (zodat patiënten zelfstandig naar buiten kunnen zonder begeleiding), andere opstelling van de verpleegposten, betere faciliteiten voor assemblage-opdrachten.

- Patiënten hebben aan de hand van een persoonlijke USB-stick toegang tot hun eigen versie van de "patient cloud". Op de blauwe en gele afdelingen van FPC Gent zijn hiervoor telkens 2 afdelingscomputers beschikbaar. In de rest van FPC Gent en overall in FPC Antwerpen heeft elke patiënt toegang vanuit de eigen kamer.

De patient cloud biedt heel wat mogelijkheden, zoals onder meer:

- toegang tot een selectie van nieuwsartikels;
- informatie over de ombudsdienst en hoe die te bereiken;
- het Huishoudelijk Reglement;
- enkele spelletjes;
- een alarm (wekkerfunctie);
- het bekijken van een selectie van films (tegen betaling);
- telefoneren (naar goedgekeurde contacten);
- toegang tot interne applicaties:
 - screenings- en bezoekaanvragen;
 - budgetaanvragen;
 - kamerinventaris;
- bibliotheek (e-boeken, audioboeken, podcasts);
- rekeningoverzicht + overzicht van wat verdiend werd door het uitvoeren van arbeidsblokken;
- informatie over het blokkenrooster (bv. inhoud van de verschillende mogelijke activiteiten);
- informatie over de behandeling (bv. informatie over de zorgpaden);
- informatie over levensbeschouwelijke zorg (contactgegevens, datums vieringen, ...);
- een beperkte desktopfunctie (tekstverwerking, rekenblad, ...) met mogelijkheid om bestanden op te slaan op een USB-stick;
- allerlei regels en procedures (verboden voorwerpen, informatie over de behandeling, informatie over de ombudsdienst, post, werking en verslagen van de patiëntenraad, ...).

5.2 PATIËTENDOSSIER

- In beide FPC maakt men gebruik van het elektronisch patiëntendossier (EPD) USER. Het EPD bevat per patiënt o.m. volgende rubrieken:
 - Agenda patiënt (bevat het blokkenrooster van de patiënt);
 - Diagnose;
 - Samenvatting (wordt automatisch bijgewerkt op basis van informatie uit de andere luiken);
 - Personalialia;
 - Behandelen (voornamelijk een overzicht van de modules die de patiënt gevolgd heeft en nog te volgen heeft);
 - Correspondentie (verslagen vroegere opnames, uitgereikte maatregelen, ...);
 - Somatiek;
 - Voortgang (notities op basis van gesprekken van de IB, de afdelingspsycholoog, de psychiater, therapeuten, WLS-medewerkers, huisarts, medische dienst, ...);
 - Vrijheidsbeperkende interventies;
 - Sociogram;
 - Vragenlijsten (bv. testing, vroegsignaleringsplan, voorgeschiedenis);

- ROM (bv. HKTR, IFBE);
 - Te verwerken documenten (met bv. de historiek van het behandelplan);
 - Behandelplan (huidige versie).
- Rondom – en gelinkt met – het EPD werd een "zorgportaal" gebouwd, dat naast de toegang tot USER ook toegang biedt tot andere digitale toepassingen, zoals die voor verhoogd toezicht (zie verder), en verder ook een rechtstreekse toegang tot blokkenroosters van patiënten, contactpersonen (en screeningsaanvragen), bezoeken (en aanvragen), budgetaanvragen en kamerinventarissen van patiënten.
Het zorgportaal biedt ook toegang tot "MINT", een applicatie (in oktober 2022 in gebruik genomen) waarin de verschillende aspecten van de medicatiedistributie verenigd zijn (zie 7.3).
 - Het dossier bevat een sjabloon voor het behandelplan dat op alle afdelingen gebruikt wordt, wat het overzicht voor de medewerkers bevordert.

Dit sjabloon is zeer gestructureerd en gedetailleerd uitgewerkt. Het bestaat uit verschillende luiken:

- Multidisciplinaire evaluatie van de doelstellingen van de vorige periode (behandeldoelen en hun evaluatie, evaluatie uitgaansmodaliteiten, ...);
- Doelstellingen voor de komende behandelperiode (einddoel, planning behandel- en resocialisatietraject, link met de uitgaansmodaliteiten, ...);
- Diagnostiek en risicomanagement (DSM-diagnose, somatiek, medicatie, suïciderisico, diagnostische onderzoeken, verslavingsproblematiek, sociaal-administratieve situatie, delictanalyse, houding t.a.v. feiten en slachtoffers, risicotaxatie, beschermende factoren, ...);
- Historische gegevens (voorgeschiedenis, strafregister, interneringsfeiten en -verloop, conclusie laatste deskundigenonderzoek);
- Visie van de patiënt.

De ingekeken behandelplannen bevatten zeer veel informatie, zijn duidelijk en begrijpbaar, en heel praktisch bruikbaar. De vooropgestelde doelstellingen worden op gestructureerde wijze geëvalueerd vanuit de verschillende disciplines.

6 MEDEWERKERS

Opmerking: tenzij anders vermeld, zijn alle cijfergegevens over het aantal medewerkers en het aantal VTE in dit hoofdstuk gebaseerd op de gegevens die door het FPC werden aangeleverd m.b.t. de toestand op 28/2/2023.

6.1 PERSENEELSBELEID

- Naast de directie (zie 2.3) bestaat het topmanagement inzake bedrijfsvoering uit een aantal overkoepe-
lende functies voor FPC Antwerpen en FPC Gent:
 - communicatiemanager;
 - facility, technical en ICT-manager;
 - finance & purchase manager;
 - hoofdjurist;
 - human resources manager.

Het topmanagement zorg is – net als de directie zorg – per site ingevuld:

- zorgmanager behandelinhoud (FPC Gent en FPC Antwerpen);
 - zorgmanager behandelorganisatie (FPC Gent);
 - zorgmanager psychotherapie (FPC Antwerpen).
- Het middenkader in FPC Gent bestaat uit:
 - afdelingshoofden;
 - afdelingspsychologen en behandelcoördinatoren;
 - coördinator psychodiagnostiek en behandel aanbod;
 - coördinator Werken-Leren-Sport;
 - psychiaters;
 - hoofd Griffie, Behandelrapportering en Sociale Dienst;
 - kwaliteitscoördinator/ombudsmedewerker;
 - preventieadviseur;
 - hoofdverpleegkundige medische dienst.
 - Het middenkader in FPC Antwerpen bestaat uit:
 - afdelingshoofden;
 - afdelingspsychologen en behandelcoördinatoren;
 - coördinator Werken-Leren-Sport;
 - psychiater;
 - hoofd Griffie, Behandelrapportering, Sociale Dienst en Patiëntenvervoer;
 - kwaliteitscoördinator/ombudsmedewerker;
 - preventieadviseur;
 - hoofdverpleegkundige medische dienst;
 - verantwoordelijke personeelszaken;
 - siteverantwoordelijke technics & facilities;
 - team lead IT operations & infrastructure.
 - De dienst human resources behartigt het aanwervingsbeleid, het vormingsbeleid, evenals de taakverdeling en functieomschrijvingen.
Ook de inroostering en planning van de afdelingen wordt centraal vanuit de dienst human resources aan-
gestuurd. Bij plotse afwezigheden wordt een oplossing gezocht in samenwerking met de betreffende
afdelingshoofden.

- Een aantal medewerkers zijn op zelfstandige basis tewerkgesteld in de zorg:

	FPC Gent	FPC Antwerpen
tandarts	0,10 VTE	0,16 VTE
kapper	0,07 VTE	0,06 VTE
pedicure	0,06 VTE	0,06 VTE
huisarts	0,3 VTE (1 kop)	0,2 VTE (1 kop)
specialisten	0,02 VTE (3 koppen)	/
hoofddarts	/	0,38 VTE
psychiater	/	0,65 VTE (1 kop)

- Er is in FPC voor elke afdeling een zorgequipe. Elk team wordt aangestuurd door een afdelingshoofd, een afdelingspsycholoog (of behandelcoördinator) en een psychiater. Het afdelingshoofd is hiërarchisch verantwoordelijk en stuurt de sociotherapeuten aan. De afdelingspsycholoog stuurt het behandelmilieu inhoudelijk aan en leidt de risicomanagementgroep (zie verder).
De verantwoordelijkheden van alle zorgverleners binnen een multidisciplinair team staan in de individuele functiebeschrijvingen beschreven.
- Alle afdelingshoofden zijn verpleegkundigen van opleiding, uitgezonderd op de afdeling Park in FPC Gent, waar dit, gezien de re-integratie-opdracht, niet als een vereiste wordt gezien. De behandelcoördinator daar neemt de taak om het team aan te sturen bijkomend op. Alle afdelingshoofden die langdurig afwezig zijn (3 in FPC Gent en 1 in FPC Antwerpen), werden vervangen door een afdelingshoofd ad interim.
- Alle afdelingen hebben een afdelingspsycholoog of een behandelcoördinator die de functie van afdelingspsycholoog opneemt. Alle afdelingspsychologen of behandelcoördinatoren die langdurig afwezig zijn (4 in FPC Gent), werden vervangen door een afdelingspsycholoog of een behandelcoördinator ad interim.
 - In FPC Gent zijn er op het moment van de inspectie 10 afdelingspsychologen en 3 behandelcoördinatoren.
 - In FPC Antwerpen zijn er op het moment van de inspectie 7 afdelingspsychologen en 3 behandelcoördinatoren.
- De behandelcoördinatoren die op hun afdeling de functie van afdelingspsycholoog opnemen, hebben allemaal een diploma master in de criminologie.
De functie van afdelingspsycholoog/behandelcoördinator houdt onder meer in: het inhoudelijk aansturen van het behandelmilieu op de afdeling (waarbij een theoretische onderbouwing vaak nodig is om de sociotherapeuten behandelinhoudelijk aan te sturen) en het inhoudelijk aansturen van het individuele traject van de patiënten (met o.a. het voeren van individuele gesprekken, groepsgesprekken en systeemgesprekken, het bepalen en prioriteren van behandeldoelstellingen). Om deze taak te kunnen opnemen, worden ze hierin ondersteund op de volgende manier:
 - Er is een aangepast inscholingstraject voorzien. Bij de opstart worden ze begeleid door een meter/peter en gecoacht door de zorgmanager behandelinhoud.
 - Wekelijks nemen ze deel aan het psychologenoverleg waarin behandelinhoudelijk wordt stilgestaan bij casussen.
 - Er zijn bijkomende opleidingen voorzien rond HKT-R (Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie), SSA (Static-Stable-Acute), PCL-R (Psychopathy Checklist – Revised) en delictanalyse door externe lesgevers.
 - Bijkomende langdurige opleidingen zijn mogelijk op kosten van het FPC:
 - therapeutische opleidingen;
 - postgraduaat forensische psychodiagnostiek en counseling;
 - interuniversitaire postacademische vorming Forensische Psychiatrie en Psychologie.

- De zorgequipe op een afdeling bestaat uit sociotherapeuten (verpleegkundigen, therapeutisch assistenten (TA) en woon- en leefgroepbegeleiders) en ADL-medewerkers. Enkel de verpleegkundigen en de TA nemen de taak van individueel begeleider (IB) op. De rol van IB staat duidelijk omschreven in een richtlijn (o.a. wekelijks evaluatiegesprek met verslag, opstellen en bijwerken van het signaleringsplan, voorbereiden en aanwezig zijn bij de behandelplanbesprekingen, collega's brieven over aandachtspunten van de gevolgde patiënten, ...). Bovenop de rol van IB staan de verpleegkundigen in voor de medicatie op de afdeling (controle van de afgeleverde medicatie, toedienen en aftekenen, verhoogd toezicht na toediening van depot-medicatie) en andere verpleegtechnische handelingen (wondzorg, controle glucosespiegel bij diabetes-patiënten, parameters, inschatten van de ernst en dringendheid bij aanvragen voor de medische dienst, ...).
- Men streeft naar een 1/1-verhouding tussen verpleegkundigen en therapeutisch assistenten in de equipe van de sociotherapeuten. Binnen de groep van sociotherapeuten zijn er in totaal 213 therapeutisch assistenten en 146 verpleegkundigen (bachelor en HBO5-opleiding), waarvan 21 verpleegkundige afdelingshoofden en 125 verpleegkundige sociotherapeuten.
 - In FPC Gent zijn binnen de groep van sociotherapeuten 47% verpleegkundigen versus 53% TA (1/1):
 - 88 verpleegkundigen (waarvan 10 in de mobiele ploeg en ■ in de nachtploeg);
 - 12 verpleegkundige afdelingshoofden;
 - 113 therapeutisch assistenten (waarvan 8 in de mobiele ploeg en ■ in de nachtploeg).
 - In FPC Antwerpen zijn er binnen de groep van sociotherapeuten 32% verpleegkundigen versus 68% TA (1/2):
 - 37 verpleegkundigen (waarvan 6 in de mobiele ploeg en ■ in de nachtploeg);
 - 9 verpleegkundige afdelingshoofden;
 - 100 therapeutisch assistenten (waarvan 5 in de mobiele ploeg en ■ in de nachtploeg).

De beoogde verhouding bereiken is niet evident door de krapte van verpleegkundigen op de arbeidsmarkt (vooral in Antwerpen) en de moeilijke instroom van beide profielen omwille van de grote keuze aan mogelijke jobs voor sollicitanten. De doelgroep van het FPC en het werken in shiften blijken vaak struikelblokken waar kandidaten op afhaken.

- De therapeutisch assistent is een medewerker die bijdraagt tot het therapeutisch leefklimaat, de diagnostiek, de behandeling en de resocialisatie. 79% van de TA zijn hoogopgeleid:
 - Van de 113 TA in FPC Gent hebben er 24 een masteropleiding (21%), 58 een bacheloropleiding (51%) en 31 een beroepsopleiding (28%).
 - Van de 100 TA in FPC Antwerpen hebben er 25 een masteropleiding (25%), 62 een bacheloropleiding (62%) en 13 een diploma secundair onderwijs (13%).

Voor de therapeutisch assistenten wordt door FPC minimum een zorgdiploma of een diploma criminologie vereist. Gedurende de eerste jaren van de werking (met de bijhorende nood aan snelle aanwerving van grote aantallen medewerkers) hadden niet alle TA het vereiste diploma en/of ervaring in de zorg of ervaring met de doelgroep voor hun start in het FPC.

Ondertussen worden sollicitanten zonder zorgdiploma aangeworven in de functie van woon- en leefgroepbegeleider en kunnen deze niet meer starten als TA. Op die manier daalt het aantal TA zonder het vooropgestelde diploma geleidelijk:

- In Gent:
 - 84 van de TA hebben een zorgdiploma;
 - 15 van de TA hebben een diploma criminologie;
 - 14 van de TA hebben geen zorgdiploma. Hiervan hadden er 2 geen ervaring in de zorg en/of affiniteit met de doelgroep bij aanwerving sinds 2021.
- In Antwerpen:
 - 72 van de TA hebben een zorgdiploma;
 - 16 van de TA hebben een diploma criminologie;
 - 12 van de TA hebben geen zorgdiploma. Hiervan had er 1 geen ervaring in de zorg en/of affiniteit met de doelgroep bij de aanwerving in 2022.

- Het FPC heeft veel aandacht voor taakuitzuivering, zodat de sociotherapeuten hun tijd optimaal kunnen besteden aan therapeutische activiteiten.
 - De medewerkers ADL (3,25 VTE in FPC Gent en 3,75 VTE in FPC Antwerpen) ondersteunen de zorg-equipe voor de ADL-aspecten. Hun taken worden ruim opgevat, gaande van de hulp aan patiënten bij het wassen en aankleden, opruimen van de kamer, ondersteunen van de maaltijden, tot het uitvoeren van logistieke taken zoals bestellingen doen binnen de afdelingskeuken.
 - De medewerkers "Patiëntenvervoer" (6,8 VTE in FPC Gent en 3,6 VTE in FPC Antwerpen) staan in voor een groot deel van het vervoer van de patiënten, alsook voor het inplannen en het organiseren van uitgaansmodaliteiten van de patiënten.
 - De nieuwe functie van woon- en leefgroepbegeleider (sinds augustus 2022) maakt het mogelijk dat het huidige takenpakket van de TA meer strookt met de hogere opleiding die men verwacht van deze medewerkers. De woon-en leefgroepbegeleiders (4 VTE in FPC Gent en 7,6 VTE in FPC Antwerpen) staan in voor het begeleiden van maaltijden en activiteiten op de afdeling, begeleiden van patiënten naar blokken, halen en brengen van bezoek, groepsactiviteiten, orde en netheid op de afdeling en bestellingen.
 - 's Avonds en in het weekend worden animatoren (1 VTE in FPC Gent en 1 VTE in FPC Antwerpen) ingeschakeld. Zij organiseren zowel afdelingsgebonden als afdelingsoverstijgende activiteiten. Soms worden er ook lesgevers van buitenshuis ingeschakeld om animatie te voorzien (bv. yogaleraar).
- Om personeelstekorten (structurele tekorten, tekorten wegens ziekte en afwezigheden zoals vakantie, vorming, ...) op te vangen, zijn er verschillende initiatieven.
 - De inzet van de mobiele equipe: deze werd de laatste jaren sterk uitgebreid waardoor het mobiele team van Gent nu bestaat uit 15,8 VTE en dat van Antwerpen uit 14,26 VTE.
 - Naast het mobiele team wordt er extra personeel boven de bezetting uit het KB voorzien:
 - In FPC Gent werd er in 2022 gemiddeld 68,75 VTE bovenop de bezetting voorzien binnen de groep van sociotherapeuten.
 - In FPC Antwerpen werd er in 2022 gemiddeld 17,7 VTE bovenop de bezetting voorzien binnen de groep van sociotherapeuten.
 - De inzet van flex-medewerkers (interimkrachten): de pool telt op het moment van de inspectie 65 actieve flex-medewerkers in FPC Gent en 43 actieve flex-medewerkers in FPC Antwerpen. Een zorg-diploma of ervaring in de zorg is een vereiste.
 - In FPC Gent werden in 2022 gemiddeld 944,46 uren per maand flex-medewerkers ingeschakeld (5,9 VTE).
 - In FPC Antwerpen werden in 2022 gemiddeld 1018,63 uren per maand flex-medewerkers ingeschakeld (6,4 VTE).
 - Sinds de zomer van 2021 worden in FPC Antwerpen omwille van personeelstekorten jobstudenten ingezet ter ondersteuning van de sociotherapeuten; in FPC Gent worden jobstudenten ingezet sinds de zomer van 2022. De jobstudenten hebben een zorgdiploma en voldoen aan de voorwaarden om als therapeutisch assistent te starten. Zij worden niet meegeteld in de basisbezetting en hebben een aangepast takenpakket (praktische ondersteuning bij de voorbereiding van uitgaansvergunningen; ophalen van pakjes, post en overige documenten aan de receptie; patiënten naar werkblokken en therapiesessies brengen en ophalen; administratieve taken). Er wordt over gewaakt dat er maximum 1 jobstudent per afdeling tegelijk wordt ingezet.
 - Het FPC kan – in tegenstelling tot sommige ziekenhuizen – geen afdelingen sluiten. In FPC Antwerpen is er in 2022 wel overgegaan tot een opnamestop zodat er 10 patiënten minder opgenomen waren dan de maximumcapaciteit. Sinds april 2023 wordt het aantal opgenomen patiënten opnieuw opgebouwd.
 - In FPC Antwerpen zijn de insluittijden van de patiënten afwijkend t.o.v. die in FPC Gent omwille van personeelstekorten: op vrijdag worden daar de insluittijden van het weekend gebruikt (tot 9u00 i.p.v. tot 7u15) om medewerkers meer tijd te geven om hun administratieve taken te vervullen.
- Sinds de zomer van 2022 werd er omwille van de herhaalde personeelstekorten (vooral in FPC Antwerpen, o.m. door personeelsuitval ten gevolge van coronabesmettingen) een procedure "noodscenario personele

bezetting en uitval veiligheidssystemen" of "afschakelplan" ontwikkeld dat nu door beide FPC gebruikt wordt. Daarbij kiest men zo mogelijk steeds voor de minst ingrijpende oplossing.

- Bij acuut personeelstekort op een afdeling probeert men in eerste instantie een aantal opties na te gaan:
 - Kan een andere afdeling met een medewerker minder draaien zodat deze ingezet kan worden op de afdeling met een tekort? De inzet van de medewerker kan dan tijdens afgebakende momenten (bv. patiëtmoment, medicatiebedeling, ...) of voor een volledige shift op de andere afdeling worden ingezet.
 - Kan een meer ervaren collega verplaatst worden naar de afdeling met een tekort?
 - Kunnen niet-dringende zorg of bepaalde behandelinhoudelijke zaken herpland worden naar een andere shift om de werkdruk te verlagen?
 - Welke ondersteuning kan er geboden worden vanuit WLS, medische dienst, trainers agressiehantering, patiëntenvervoer?
- Indien geen van bovenstaande opties soelaas kan bieden, kan er door de zorgmanagers, in samenspraak met de afdelingshoofden, beslist worden om patiënten op de afdeling bijkomend in te sluiten. Het insluiten beperkt de mogelijkheden tot contact met en toezicht op patiënten, wat een druk kan leggen op de relationele veiligheid.

Omdat men zich bewust is van het feit dat dit een destabilisatie van het toestandsbeeld van de patiënten met zich mee kan brengen, wat er voor kan zorgen dat de veiligheid van de medewerkers en patiënten in het gedrang kan komen, hanteert men een systeem van altemeer insluiten om de periode zo kort mogelijk te houden. Er wordt over volgende aspecten gewaakt:

- De periode van insluiting wordt zo kort mogelijk gehouden. Er wordt ingesloten per shiftdeel en nooit voor een volledige dag. Om dit te kunnen waarmaken, wordt er gewerkt met spiegelafdelingen om altemeer te kunnen insluiten. Als de noodzaak om in te sluiten een shift overstijgt, wordt er ingesloten op andere afdelingen.
- Er is een afspraak dat activiteiten zoveel mogelijk moeten kunnen doorgaan, maar er kunnen aanpassingen zijn: bezoekenmomenten kunnen doorgaan als deze niet onder toezicht moeten gebeuren, telefoonmomenten kunnen op een ander tijdstip plaatsvinden dan gepland, het rookmoment wordt vervangen door het aanbod van een e-sigaret op de kamer, van de geplande consulten bij de medische dienst gaan enkel de dringende door, afspraken WLS en behandelblokken gaan maximaal door op voorwaarde dat de patiënten afgehaald worden, patiëtmomenten kunnen maar zijn soms korter of op een ander tijdstip, sommige maaltijden worden op de kamer genuttigd (maar minstens 1 maaltijd per dag vindt plaats in groep).
- Patiënten worden hierover ingelicht in groep of op hun kamer (indien de insluiting aansluitend op de nachtdienst is). De reden wordt vernoemd zonder details. Er wordt samen met hen nagegaan welke activiteiten gepland waren en welke daarvan al of niet kunnen doorgaan.
- Als de bezetting op meerdere afdelingen onder de basis (FPC Gent) of de in te plannen (FPC Antwerpen) bezetting is, treedt het groot schakelplan in werking waarbij patiënten bijkomend ingesloten worden op meerdere afdelingen tegelijkertijd. Op dat moment kunnen behandelblokken en WLS-afspraken niet meer doorgaan en worden de medewerkers vanuit het centrale behandel aanbod bijkomend ingezet op de afdelingen. Zowel in FPC Gent als in FPC Antwerpen heeft men dit scenario kunnen vermijden in 2022.

- Ondanks de zeer grote inspanningen die de laatste jaren geleverd werden voor de werving van verpleegkundigen en therapeutisch assistenten, blijft het moeilijk om deze aan te trekken binnen het werkveld van de FPC. Hierdoor waren er meerdere periodes van langdurig openstaande vacatures en tekorten, wat de inzet van flex-medewerkers noodzakelijk en blijvend maakt.

Voorbeelden van initiatieven voor werving zijn: bijna maandelijkse jobevents, kijkdag voor verpleegkundigen, "student on tour", jobbeurs "Zorg en Welzijn" Thomas More, schoolbezoeken, contacteren van kandidaten na schoolbezoeken, contact opnemen met vroegere stagiaires en ex-medewerkers, plaatsen van vacatures op verschillende websites (VDAB, Indeed, Randstad Medical, Express Medical, hogescholen en Universiteit Gent), het raadplegen van CV-databanken, posten van initiatieven binnen FPC op LinkedIn, een premie voor eigen medewerkers die een verpleegkundige aanbrengen, filmpjes met informatie over FPC en quotes van

medewerkers op Google Ads, gastcolleges in scholen voor verpleegkunde, online campagnes i.s.m. Jobat (werken in de zorg, Ninja-campagne) en met de federatie van sociale ondernemingen SOM, ...

- Personeelsretentie is een probleem. Factoren die meespelen in het grote verloop van personeel zijn onder meer de lage bestaffing in verhouding tot de moeilijke doelgroep (die niet kan geweigerd worden) en de moeilijke instroom van zorgmedewerkers, deels te wijten aan de krapte op de arbeidsmarkt. Net als in de rest van de zorgsector had ook de covidpandemie een impact.
 - In 2022 waren er in FPC Gent 73 exits en in FPC Antwerpen 91 exits.
 - De enquête medewerkerstevredenheid toont in beide FPC overwegend positieve en zeer positieve scores op de vragen. Op beide sites zijn een aantal scores gedaald t.o.v. de vorige bevraging (o.a. rond personeelsbezetting en veiligheid). FPC Antwerpen scoort op alle bevroegde items lager dan FPC Gent. In de resultaten in FPC Antwerpen is er 1 "zwakke" score op de vraag "de personeelsbezetting op mijn afdeling wordt gerespecteerd"; in FPC Gent scoort dit item neutraal.
 - Op het moment van de inspectie zijn er vacatures voor de volgende functies:
 - Voor FPC Gent: tandarts, afdelingspsycholoog, 2 therapeutisch assistenten, 2 verpleegkundigen;
 - Voor FPC Antwerpen: psychiater, 3 therapeutisch assistenten, 2 verpleegkundigen, 2 medewerkers ADL, woon-en leefgroepbegeleider, behandelrapporteur, jobstudent administratieve ondersteuning.
 - Er is een hoge instroom van nieuwe medewerkers (die soms maar een beperkte tijd blijven na hun inwerking en opleidingen).
 - Voor FPC Gent werken er op het moment van de inspectie 13 zorgmedewerkers die in 2023 gestart zijn en 59 die in 2022 gestart zijn.
 - Voor FPC Antwerpen werken er op het moment van de inspectie 17 zorgmedewerkers die in 2023 gestart zijn en 53 die in 2022 gestart zijn.
 - De gemiddelde anciënniteit ligt laag:
 - Voor FPC Gent heeft 45% van de zorgmedewerkers 3 jaar of minder anciënniteit, en 18% minder dan een jaar anciënniteit.
 - Voor FPC Antwerpen heeft 57% van de zorgmedewerkers 3 jaar of minder anciënniteit, en 25% minder dan een jaar anciënniteit.
- Het hoge aandeel nieuwe medewerkers zorgt bij de vaste medewerkers voor extra werkdruk.
 - De nieuwe medewerkers moeten opgeleid worden. Dit vergt veel tijd en energie. Het peter/meterschap is een bijkomende taak voor de vaste staf. Alle verplichte opleidingen voor nieuwe medewerkers, en de daarmee gepaard gaande onbeschikbaarheid op de werkvloer, creëren bijkomende druk.
 - Doordat opleidingen niet allemaal voor de start van een medewerker kunnen plaatsvinden, zijn nieuwe medewerkers soms niet opgeleid om met ernstige gebeurtenissen op de werkvloer om te gaan. Dit blijkt uit incidentanalyses.
 - Door de vele wissels wordt de stabiliteit van een team ondermijnd.
 - Regelmatig bestaat de staf op een afdeling uit 1 ervaren collega met daarnaast minder ervaren collega's (soms eerste werkervaring in het FPC, beperkte anciënniteit, nog niet alle opleidingen gehad) waardoor het ervaren staflid meer verantwoordelijkheden toegewezen krijgt (bv. alarmen) en beperkt is in de mogelijkheid om te overleggen met collega's tijdens de moeilijke situaties die zich voordoen.
- Er vinden exitgesprekken plaats met medewerkers die uit dienst gaan. Deze gesprekken worden gevoerd door een HR-medewerker. Indien een face-to-facegesprek niet mogelijk is, wordt er een bevraging gedaan via Google Forms.
 - In FPC Gent vonden er in 2022 bij 41 van de 73 exits gesprekken plaats.
 - In FPC Antwerpen vonden er in 2022 bij 46 van de 91 exits gesprekken plaats.

Jaarlijks wordt een analyse van de resultaten van de exitgesprekken toegelicht aan de leden van het management en de directie, de afdelingshoofden en de leden van de ondernemingsraad.

Op beide sites kwamen volgende aspecten als knelpunten naar boven: takenpakket, shiftwerk, werkdruk, arbeidsomstandigheden, verplaatsing en gebrek aan doorstroommogelijkheden. Mede op basis van deze feedback werden een aantal verbeteracties geselecteerd, zoals: de nieuwe functie woon- en leefgroepbegeleider, het project "Zingi-fietsen" (deelfietssysteem) van en naar het station, doorgroeimogelijkheden (van verpleegkundige naar afdelingshoofd, van TA met een diploma criminologie naar behandelcoördinator, van woon- en leefgroepbegeleider naar TA, ...).

- Onder de naam "fier op forensisch werken" werd in de zomer van 2022 in FPC Antwerpen een bijkomend retentieplan opgesteld om de retentie te verhogen en meer stabiele teams te krijgen. Er is binnen het retentiebeleid aandacht voor werkdruk, welzijn, verminderen van werkstressoren, inzetten van energiebronnen, doorgroeimogelijkheden, functie-uitzuivering, leiderschap, opleiding en ondersteuning. Concrete acties hierrond worden verder in dit hoofdstuk beschreven.
- Om de hoge werkdruk bij de medewerkers op te vangen, zijn er heel wat initiatieven.
 - In FPC Antwerpen is er ondersteuning van de afdelingshoofden door een tijdelijke coördinerende functie met o.a. opnemen van waarnemende taken, opvolgen van de nachtploeg en van de mobiele equipe, opvolgen verlofplanning, onthaal van nieuwe medewerkers en sollicitatiegesprekken zodat de afdelingshoofden zich meer kunnen focussen op het coachen van hun team. De functie loopt tot 21 december 2023 omdat men, ondanks de duidelijke meerwaarde, over onvoldoende middelen beschikt om de functie permanent te maken.
 - Voor alle leidinggevenden in Antwerpen (afdelingshoofden, afdelingspsychologen, psychiaters, management, leidinggevende functies voor de ondersteunende diensten) is er een leiderschapstraject gestart.
 - Sinds 2022 is er een nieuwe functie in het leven geroepen om de sociotherapeuten te ondersteunen: woon- en leefgroepbegeleider. Ondanks het feit dat een zorgdiploma geen vereiste is om in te stromen in deze functie, merkt men dat het vaak zorgkundigen zijn die deze rol willen opnemen om in een latere fase te kunnen doorgroeien naar de functie van TA. Er is een conceptnota in ontwerp met de voorwaarden waaraan men moet voldoen om te kunnen doorgroeien (zorgdiploma, de nodige therapeutische competentie, ervaring, anciënniteit bij FPC, ...) en welke ondersteuning daarbij geboden kan worden (opleidingen, ...).
 - Er zijn voor nagenoeg alle zorgmedewerkers intervisies voorzien (afdelingshoofden, afdelingspsychologen, sociotherapeuten, nachtdiensten).
 - Nieuwe medewerkers staan de eerste 14 dagen boven bezetting om hen de mogelijkheid te bieden om ingewerkt te geraken (boven-bezettingsweken); daarnaast wordt op een later moment 1 dag voorzien, zodat de voorziene opleidingen beter gespreid kunnen worden. Hun rooster wordt aangepast aan het rooster van de peter/meter die hen begeleidt. Om die begeleiding haalbaar te maken, wordt de peter/meter tijdens die periode gedurende 1 dag vrijgesteld van andere taken.
 - Omdat opleidingen soms omwille van personeelstekort en werkdruk niet kunnen doorgaan, is in FPC Antwerpen de functie "coach on the job" in het leven geroepen, zodat sociotherapeuten en woon- en leefgroepbegeleiders ook op de werkvloer opgeleid kunnen worden. De stafmedewerker interne opleiding neemt deze functie op, samen met de interne trainer agressiehantering (AHT).
- Er is veel aandacht voor het welzijn van de medewerkers.
 - In FPC Antwerpen werd in 2022 gestart met twee "blijf-gesprekken" per jaar met alle zorgmedewerkers. Tijdens deze gesprekken ligt de focus op de motivatie van de medewerker. Daarnaast blijft er voor alle zorgmedewerkers jaarlijks ook een "ontwikkelgesprek" waarbij de focus ligt op 6 kerncompetenties.
 - In FPC Antwerpen wordt maandelijks de retentiescore van de zorgmedewerkers bepaald. De eerste maal gebeurt dit op basis van een gesprek; de volgende keren op basis van signalen die het afdelingshoofd opvangt van de medewerker. Op basis van deze scores wordt er besproken welke ondersteuning moet geboden worden.
 - In 2020 werd het "welzijnsbeleid" opgestart waarbij ambassadeur-medewerkers zich onder externe begeleiding engageren om initiatieven uit te werken die tegemoet komen aan de noden van de

medewerkers en die het aspect "erkenning en waardering" omzetten in daden. Enkele initiatieven werden op hun initiatief en met ondersteuning van de directie uitgerold:

- Het "take-a-break-initiatief" stimuleert medewerkers om een pauze te nemen en zo een ontkoppelingsmoment in te plannen. In FPC Gent wordt dit gekoppeld aan een pop-up bar en neemt directie en management op deze momenten het toezicht op de afdeling over.
- In FPC Antwerpen wordt maandelijks een lekkernij aangeboden in het ontspanningslokaal om medewerkers te stimuleren om hun pauze te nemen.
- Het "diner met directie" wordt per afdeling georganiseerd. Het doel is om de afstand tussen het management en de medewerkers te verkleinen.
- Voor wie 5 jaar in dienst is, wordt er een anciënniteitsfeest gepland.
- Om mentale gezondheidszorg voor medewerkers toegankelijker te maken, werd "Mindlab" gelanceerd. Dit is een online platform met info, testen en tips m.b.t. welzijn-gerelateerde thema's zoals stresshantering, burn-out, medicatie, slaap, emotiehantering, goed in je vel, ...
- De communicatieverantwoordelijke van het FPC is geaccrediteerd in de methodiek "insights discovery" (een methodiek ter bevordering van de dialoog en effectieve samenwerking). Begin 2023 volgde de preventie-adviseur psychosociale aspecten (PAPS) de opleiding.
- De afdelingshoofden zijn intern opgeleid om signalen m.b.t. veerkracht op te vangen en daarmee aan de slag te gaan tijdens de interviews.
- Leidinggevend en die spanningsklachten opmerken bij medewerkers, gaan hierover in gesprek met hen in het kader van herkennen van vroegsignalen van burn-out.
- Tweejaarlijks wordt de enquête psychosociaal welzijn afgenomen bij de medewerkers, waaruit info af te leiden is over stressoren en energiebronnen.
- Uit de exitgesprekken kwam het gebrek aan doorgroeimogelijkheden als knelpunt. Door de aandacht hiervoor werden nieuwe mogelijkheden gecreëerd waardoor er sinds begin 2022 in FPC Gent 41 medewerkers en in FPC Antwerpen 31 medewerkers door konden stromen naar een andere functie.
- Er is aandacht voor de opvang van medewerkers na een ernstige gebeurtenis:
 - Het BOT (Bedrijfs Opvang Team) voorziet in de nazorg voor medewerkers na een incident met een patiënt of een stressvolle gebeurtenis op het werk. Het team is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit medewerkers die een driedaagse opleiding kregen rond gesprekstechnische vaardigheden. Het afdelingshoofd schat de noodzaak in of de betrokken medewerker kan zelf het BOT benaderen.
 - In FPC Gent waren er in 2022 77 meldingen.
 - In FPC Antwerpen waren er in 2022 146 meldingen.
 - Bijkomend kunnen medewerkers van FPC beroep doen op specialisten van buiten de onderneming voor ondersteuning bij ingrijpende gebeurtenissen (externe preventieadviseur psychosociale aspecten van Liantis (PAPS) of een externe therapeut van Pobos).
 - In FPC Gent werd er in 2022 1 maal beroep gedaan op een externe therapeut.
 - In FPC Antwerpen werd in 2022 1 maal beroep gedaan op een externe therapeut en 1 maal werd de externe preventieadviseur ingeschakeld.
 - Sinds 2020 is er een interne preventieadviseur die opgeleid werd tot stress- en burn-out-coach. Deze medewerker staat in voor het geven van beleidsadviezen en voor individuele coaching van medewerkers.
 - In het kader van ongewenst grensoverschrijdend gedrag kunnen medewerkers beroep doen op vertrouwenspersonen die hiervoor een opleiding genoten.
 - Er werden een aantal documenten uitgewerkt ter ondersteuning en beschikbaar gesteld: crisismanual en "eerste stappen na een incident".

6.2 BESTAFFING

- Het FPC Gent beschikt in totaal over 338 medewerkers of 304,63 VTE (exclusief het personeel van Securitas dat instaat voor beveiliging en het personeel van Sodexo).
 - In de niet-zorg zijn er 31,65 VTE personeelsleden actief.
 - In de zorg zijn er 272,89 VTE personeelsleden actief, waarvan:
 - 82,35 VTE verpleegkundigen (88 verpleegkundigen, waarvan 6 psychiatrisch verpleegkundigen);
 - 98,5 VTE therapeutisch assistenten;
 - 7 VTE maatschappelijk werkers;
 - 30,8 VTE therapeuten (psychologen, bewegingsagogen, ergotherapeut, arbeidstherapeut, vaktherapeut, dramatherapeut, beeldend therapeut, muziektherapeut, coördinator behandel aanbod en WLS ...);
 - 3,25 VTE medewerkers ADL;
 - 6,4 VTE woon- en leefgroepbegeleiders;
 - 1 VTE animatoren;
 - 6,8 VTE medewerkers patiëntenvervoer;
 - 0,325 VTE levensbeschouwelijke medewerkers;
 - 1,7 VTE psychiaters;
 - 3,35 VTE management (hoofddarts, directeur patiëntenzorg, zorgmanagers);
 - 16 VTE afdelingshoofden;
 - 11,5 VTE afdelingspsychologen;
 - 4 VTE behandelcoördinatoren.
- Het FPC Antwerpen beschikt in totaal over 235 medewerkers of 204,60 VTE (exclusief het personeel van Securitas dat instaat voor beveiliging en het personeel van Sodexo).
 - In de niet-zorg zijn er 20,33 VTE personeelsleden actief.
 - In de zorg zijn er 184,26 VTE personeelsleden actief, waarvan:
 - 36,2 VTE verpleegkundigen (39 verpleegkundigen, waarvan geen enkele psychiatrisch verpleegkundige);
 - 83,35 VTE therapeutisch assistenten;
 - 3 VTE maatschappelijk werkers;
 - 21,7 VTE therapeuten (psychologen, bewegingsagogen, ergotherapeut, arbeidstherapeut, seksuoloog, dramatherapeut, beeldend therapeut, muziektherapeut, vorming WLS, coördinator WLS, coördinator sociotherapie, trainer);
 - 3,75 VTE medewerkers ADL;
 - 7,6 VTE woon-en leefgroepbegeleiders;
 - 1 VTE animatoren;
 - 3,6 VTE medewerkers patiëntenvervoer;
 - 0,275 VTE levensbeschouwelijke medewerkers;
 - 1,4 VTE psychiaters;
 - 4 VTE management (directeur patiëntenzorg, zorgmanagers, stafmedewerker);
 - 9 VTE afdelingshoofden;
 - 5,6 VTE afdelingspsychologen;
 - 3,8 VTE behandelcoördinatoren.
- Er zijn afdelingspsychiaters en/of psychiater-assistenten aanwezig in het FPC. De hoofddarts nemen geen klinische taken op binnen het FPC.
 - Aan FPC Gent zijn op het moment van de inspectie 3 psychiaters en 1 assistent-psychiater verbonden (samen 2,7 VTE);
 - Aan FPC Antwerpen zijn op het moment van de inspectie 3 psychiaters verbonden (samen 2,05 VTE); 1 assistent-psychiater (1 VTE) was langdurig afwezig.

- De bestaaffingsnormen voor het FPC zijn vastgelegd in het KB van 19/12/2014 in uitvoering van artikel 56, § 3ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voor de forensische psychiatrische centra (BS 29/01/2015).

Volgens dit KB dient het FPC te beschikken over 21,25 VTE per 30 bedden, waarvan 4 VTE verpleegkundigen. Omgerekend naar het effectieve aantal bedden geeft dit het volgende resultaat:

- Voor FPC Gent met 264 bedden is de vereiste bestaaffingsnorm 187 VTE, waarvan 35,2 VTE verpleegkundigen.
FPC Gent heeft in de zorg 272,89 VTE personeelsleden, waarvan 82,35 VTE verpleegkundigen (exclusief de verpleegkundige afdelingshoofden). Hiermee voldoet de voorziening aan de bestaaffingsnorm van het KB.
- Voor FPC Antwerpen met 182 bedden is de vereiste bestaaffingsnorm 128,92 VTE, waarvan 24,27 VTE verpleegkundigen.
FPC Antwerpen heeft in de zorg 184,76 VTE personeelsleden, waarvan 36,2 VTE verpleegkundigen (exclusief de verpleegkundige afdelingshoofden). Hiermee voldoet FPC Antwerpen aan de bestaaffingsnorm van het KB.

Beide FPC voorzien meer personeel dan de bestaaffingsnorm vooropstelt.

De algemene bestaaffingsnormen die voor het FPC wettelijk zijn vastgelegd, liggen een stuk lager dan wat in bepaalde afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen (bv. medium security en high security-afdelingen, intensieve behandel eenheden) wordt vooropgesteld, weliswaar met dien verstande dat in forensisch psychiatrische centra meer personele middelen beschikbaar zijn voor beveiliging van de koude zone en meer infrastructurele mogelijkheden qua beveiliging voorhanden zijn.

- De lage bestaaffingsnorm die voorzien is in het KB voor FPC komt niet overeen met de bezetting die het FPC noodzakelijk acht om kwalitatieve en veilige zorg te bieden. Het personeel dat het FPC vooropstelt als basisbestaaffing (FPC Gent) en als in te plannen bestaaffing (FPC Antwerpen) per afdeling, op basis van zorgzwaarte, ligt hoger dan de personeelsnorm die in het KB is vastgelegd.
 - De zorgzwaarte van de patiënten in FPC blijkt hoger dan aanvankelijk werd ingeschat (detentieschade, zwaardere somatische zorg, complexe en meervoudige psychiatrische zorg, cognitieve schade, hoge beveiligingsnoden, gebrek aan motivatie, behandelmoetheid, ...).
 - De zorgzwaarte verschilt tussen de verschillende afdelingen. Er zijn verschillende ZIZ-afdelingen (Lieve en Schelde in FPC Gent, Westerschelde in FPC Antwerpen) en behandelafdelingen waar nog patiënten met een ZIZ-indicatie verblijven (bv. Nete-Dam in FPC Antwerpen) waar er nood is aan een hogere bestaaffing, naar analogie met de richtlijnen voor High & Intensive Care (HIC).
 - Beveiliging binnen het FPC bestaat uit materiële, immateriële en relationele veiligheid. Een lage bestaaffingsnorm kan er voor zorgen dat er niet altijd voldoende nabijheid kan geboden worden waardoor de relationele veiligheid mogelijk onder druk komt te staan.
 - De interne bezettingsnormen werden in de loop van de jaren met eigen middelen meermaals aangepast op basis van evaluaties (verschillen in doelgroep per afdelingen, zorgzwaarte, zorgnood volgens het moment van de dag, noodzaak aan meermansbenadering, veiligheid van personeel, toepassing van VBM-maatregelen, ...) wat resulteerde in een hogere bestaaffing dan de norm op alle afdelingen en een aangepaste bijkomende bestaaffing volgens zorgzwaarte nl. hogere bestaaffing op afdelingen met patiënten met een hogere zorgnood (profiel en veiligheidsrisico) bij de start van de behandeling en een lagere bestaaffing op de afdelingen resocialisatie.
 - Zo werd in november 2020 de bestaaffing van de afdeling Nete-Dam in FPC Antwerpen verhoogd na een evaluatie omwille van het veranderde patiëntenprofiel (patiënten met ZIZ-profiel: instabiele persoonlijkheidsproblematiek in combinatie met verslaving en acting out en snellere doorstroming vanuit ZIZ) en naar aanleiding van zware incidenten (o.a. een gijzeling).
 - Op een aantal afdelingen in FPC Antwerpen (Asia- en Amerikadok, Kattendijk- en Kanaaldok) werd de bestaaffing van vroege en late dienst gewisseld omwille van de zorgnood volgens het moment van de dag (ADL-ondersteuning nodig 's morgens, meer nood aan begeleiding door overprikkeling op het einde van de dag, ...).

- In FPC Gent werd, omwille van de noodzaak aan intensievere zorg, het aantal ZIZ bedden verhoogd van 8 naar 24.
- De schaalgrootte van de FPC heeft een invloed op de inzet van personeel:
 - De beperkte omvang van de afdelingen (afdelingen met 8 tot maximaal 25 patiënten) maakt een relatief hogere personeelsinzet nodig (o.a. de inzet van 1 verpleegkundige per afdeling per shift, het minimum van 2 personeelsleden per leefgroep in het kader van toezicht en veiligheid, ...).
 - Doordat FPC Antwerpen kleiner is, en dus in totaal minder personeel heeft, zijn er bijkomende problemen voor een efficiënte personeelsinzet.
 - Het centrale aanbod dat nagenoeg identiek is aan het aanbod in FPC Gent moet waar- gemaakt worden met een kleinere equipe.
 - Door het kleinere totaal aantal personeelsleden is de marge om afwezigheden op te vangen kleiner en hebben alarmoproepen een grotere impact.
- De infrastructuur van FPC Antwerpen heeft een invloed op de inzet van personeel:
 - Doordat de verblijfsafdelingen verspreid zijn over twee gebouwen kan de personeelsinzet op een minder efficiënte manier georganiseerd worden.
 - Vanuit de verpleegposten is er geen rechtstreeks zicht op de leefgroepen waardoor van daaruit toezicht houden op de leefgroep onmogelijk is. Administratieve taken en toezicht houden kunnen hierdoor niet gecombineerd worden.

In 2019, vijf jaar na de opstart van het eerste FPC, was een evaluatie van de bestaffingsnormen gepland door de FOD Volksgezondheid.

Er werden de voorbije jaren verschillende nota's met onderbouwing van de nood aan een hogere bestaffing opgesteld door het FPC en bezorgd aan het Opvolgingscomité (nota over intensifiëring van de zorg, nota bezetting FPC Gent 2019, nota bezetting FPC Antwerpen 2020, ...).

Er werd recent door het FPC onderzoek gedaan naar de patiëntenprofielen in beide centra (zie 7.1) wat nieuwe info oplevert voor het inschatten van de zorgzwaarte en de nood aan bestaffing van de verschillende afdelingen.

Tot op heden werd de norm van het KB niet aangepast.

- FPC Gent stelt volgende basisbezetting (hoger dan de oorspronkelijke bezetting bij de opstart) en "in te plannen bezetting" voorop voor de verschillende afdelingen. De "in te plannen bezetting" is het streefdoel. De basisbezetting is de minimumbezetting. Als men onder de basisbezetting gaat, treedt het afschakelplan in werking.

	Basisbezetting		In te plannen bezetting	
	vroegdiensten weekdagen (weekenddagen)	late diensten weekdagen (weekenddagen)	vroegdiensten weekdagen (weekenddagen)	late diensten weekdagen (weekenddagen)
Schelde	3	3	3	3
Lieve	5	5	5	5
Ringvaart	3	4 (3)	3	4
Leie	3	4 (3)	3	4 (3)
Tolhuis	3	3 (2)	3	3
Muide	2	3 (2)	2	3 (2)
Rabot	2	2	2	3
Sluizeken	2	2	2	3
Grootdok	2	2	3 (2)	2

Mercatordok	2	2	3 (2)	2
Sifferdok	2	2	2	3 (2)
Houtdok	2	2	2	3 (2)
Park	0	1	0	1

- FPC Antwerpen stelt volgende "in te plannen bezetting" voorop die geldt als minimumbezetting voor de verschillende afdelingen. De basisbezetting, die gelijkstaat aan de oorspronkelijke bezetting bij de opstart, wordt niet meer gehanteerd wegens ontoereikend. Als men onder de "in te plannen bezetting" gaat, treedt het afschakelplan in werking.

	Basisbezetting		In te plannen bezetting	
	vroegdiensten weekdagen (weekenddagen)	late diensten weekdagen (weekenddagen)	vroegdiensten weekdagen (weekenddagen)	late diensten weekdagen (weekenddagen)
Westerschelde	3	3	4	4
Rupel-Dijle	3	2	3	3
Nete-Dam	2	3	4	5 (4)
Eilandje-Zuid	2	3	3 (2)	3
Kiel-Statie	3	2	3	2
Luchtbal-Kievit	2	3	2	3
Asiadok-Amerikadok	2	3	3 (2)	2
Bonapartedok- Bevrijdingsdok	2	3	2	3 (2)
Kanaaldok-Kattendijkdok	3	2	2	3 (2)

- Naast het streefdoel van 1 verpleegkundige per shift per afdeling overdag (12 in Gent en 9 in Antwerpen), hanteert de centrale planning een praktisch haalbaarder minimum aantal verpleegkundigen per shift per FPC (7 in Gent en 5 in Antwerpen).
- Er is een structureel personeelstekort ten opzichte van wat het FPC zelf vooropstelt (niet ten opzichte van het KB). Dit heeft een impact op de werkdruk en op de frequentie van (agressie)incidenten.
 - In 2022 waren er in FPC Gent 27 VIM-meldingen en in FPC Antwerpen 153 VIM-meldingen omwille van personeelstekort.
 - Uit analyse in FPC Gent bleken de meest voorkomende redenen voor melding te zijn: COVID en afwezigheden door ziekte, noodzaak tot altemerend insluiten omwille van personeelstekort, de moeilijkheid om te werken met flex-medewerkers en minder ervaren collega's, (op één specifieke afdeling) het gevoel van personeelstekort door de tweemansbenadering voor sommige patiënten.
 - In FPC Antwerpen worden de meldingen uit VIM maandelijks opgevolgd en ingebracht in het overleg over VIM. Er gebeurde geen verdere analyse van de meldingen over personeelstekort in 2022 aangezien men al een uitgebreide analyse had gedaan in het kader van het retentieplan.
 - De bestaffing op de ZIZ-afdelingen en behandelafdelingen met patiënten met ZIZ-profiel is ontoereikend in functie van de zorgzwaarte. Zo kunnen de medewerkers met de huidige bestaffing bv. niet steeds de nodige nabijheid bieden bij crisissen of om het uur persoonlijk contact bieden bij separatie. Uit de applicatie verhoogd toezicht blijkt dat door de hoge werklust (enerzijds ZIZ-

patiënten met hoge zorgnood en nood aan een individuele aanpak en anderzijds het toezicht op het separeerblok) er dagelijks overdag meerdere overschrijdingen zijn van minstens 20 minuten van het verhoogd toezicht op de patiënten in het separeerblok.

- Sociotherapeuten worden frequent weggetrokken van de eigen afdeling om bij te springen op andere afdelingen waar de minimumbezetting niet wordt gehaald tijdens die shift. Uit gesprek op sommige afdelingen in FPC Antwerpen schatte men in dat dit op 80% van de dagen het geval was. Ook afdelingspsychologen en afdelingshoofden moeten soms inspringen op andere afdelingen (op sommige afdelingen in FPC Antwerpen wekelijks).

Doordat afspraken hierdoor soms niet kunnen doorgaan op de eigen afdeling en op de afdeling waar hulp geboden wordt (bv. weekevaluatie door de vertrouwde IB, netwerkgesprekken, ...) en doordat het personeel van andere afdelingen de patiënten minder goed kent (gevoeligheden, continuïteit in aanpak, risico-inschatting, ...) kan frustratie zich opbouwen bij patiënten en verhoogt de kans op (agressie)incidenten. Dit kwam tot uiting in gesprekken met verschillende medewerkers en met de patiëntenraad.

- In 2022 is men omwille van personeelstekort een aantal keer moeten overgegaan tot altemnerend insluiten:
 - In FPC Gent tijdens 18 shifts, voornamelijk in de zomerperiode en in oktober-november omwille van veel afwezigheden omwille van COVID;
 - In FPC Antwerpen tijdens 80 shifts in de periode van juni tot december 2022 (in 2023 werd er nog maar 1 keer altemnerend ingesloten).

Ondanks alle afspraken die gemaakt werden om geplande activiteiten zoveel mogelijk te laten doorgaan, blijkt dit toch een grote impact op de patiënten te hebben, met bijkomende frustraties en een groter risico op incidenten tot gevolg. Dit bleek uit gesprekken met medewerkers en uit het gesprek met de patiëntenraad.

- Volgens verschillende gesprekspartners zijn er in FPC Antwerpen aanzienlijke wachttijden voor psychodiagnostiek.
- Personeel heeft bijkomende taken (op andere afdelingen).
 - In FPC Gent staat de afdeling Sifferdok in voor de medicatiebedeling van de patiënten op Park die hun medicatie niet in eigen beheer hebben (2 op het moment van de inspectie).
 - Indien er geen laatdienst is op Park (FPC Gent) of tijdens de vroegdienst in het weekend verzorgt Sifferdok de telefonische permanentie op Park (beloproepen van de patiënten, waarbij er soms ter plaatse moet gegaan worden) en staan de medewerkers in voor de insluiting van de patiënten om 21u30. Wegens de langdurige afwezigheid van een laatdienst en ondanks de inzet van een medewerker uit de mobiele ploeg, was dat in de periode van 18 november 2022 tot 28 april 2023 18 dagen het geval. Kameroproepen vanuit Park komen dan terecht op de afdeling Houtdok.
 - Omwille van het tekort aan verpleegkundigen staan verpleegkundigen vaak in voor de medicatie (controleren, klaarzetten en bedelen) op een tweede afdeling en, bij uitzondering, soms op een derde afdeling. Op die momenten kunnen ze niet ingezet worden voor taken op de eigen afdeling.
 - Zorgkundigen en TA worden soms ingezet voor het verhoogd toezicht na het toedienen van depotmedicatie (elke 30 minuten gedurende 3 uur). Deze medewerkers zijn niet specifiek opgeleid om te weten wat alarmsignalen zijn na de toediening van depotmedicatie.
 - Personeel wordt vaak onttrokken van de afdeling door de alarmen. In FPC Antwerpen waren er in 2022 488 alarmen. De cijfers voor FPC Gent waren niet beschikbaar door een storing in het systeem.
- Omwille van arbeidsongevallen waren er in 2022 in FPC Gent 228 dagen werkverlet en in FPC Antwerpen 253 dagen werkverlet (exclusief arbeidsongevallen omwille van woon-werkverkeer).
- Opleiding kan soms niet doorgaan omwille van personeelstekorten (t.g.v. ziekte of structurele tekorten in de bezetting). Zo ging in FPC Antwerpen de opleiding psychopathologie tweemaal niet door omdat de werknemers niet konden gemist worden op de werkvloer.

- Aanvragen tot verlof worden soms geweigerd omwille van de krappe bestaffing. De mogelijkheid tot opnemen van verlof in het weekend is beperkt.
- Blokken van het behandelaanbod en WLS kunnen omwille van personeelstekort soms niet doorgaan.
 - In FPC Gent gingen in 2022 gemiddeld 38% van de blokken behandelaanbod niet door (tot 54% in de zomermaanden) en 19% van de blokken WLS (tot 26% in de zomermaanden).
 - In FPC Antwerpen gingen in 2022 gemiddeld 42% van de blokken behandelaanbod niet door (tot 66% in de zomermaanden) en 30% van de blokken WLS (tot 41% in de zomermaanden). Door de kleinere schaalgrootte van FPC Antwerpen is er een kleinere equipe die instaat voor het centrale behandelaanbod en WLS, waardoor afwezigheden een grotere impact hebben en vaker resulteren in het annuleren van blokken.
- De nachtdienst wordt opgenomen door ■ medewerkers, waarvan minimum 1 verpleegkundige. Deze bestaffing is ontoereikend om alle bijkomende taken op te nemen: verhoogd toezicht, zorgtaken omwille van somatische problematiek, noodzaak tot meermansbenadering voor sommige patiënten, uitgaansvergunningen met begeleiding (bv. naar ziekenhuis).
- Ondanks de meerwaarde van sommige functies kunnen deze, omwille van de beperkte middelen, soms enkel tijdelijk aangehouden worden of worden deze anders ingevuld wanneer de functie vrijkomt.
 - Voor de functie van coördinator psychodiagnostiek en behandelaanbod in FPC Antwerpen werd beslist om geen nieuwe coördinator aan te werven na het vertrek van de vorige, maar de middelen in te zetten om de equipe van het centrale behandelaanbod te versterken.
 - De ondersteunende functie van coördinerend afdelingshoofd in FPC Antwerpen wordt ervaren als een duidelijke meerwaarde, maar kan bij gebrek aan middelen slechts voor een jaar aangeboden worden.
- Er is een tekort aan psychiaters.
 - Op het moment van de inspectie is er in FPC Antwerpen een vacature voor een psychiater.
 - Omwille van ziekte of verlof is er op sommige dagen maar 1 psychiater in het FPC aanwezig. Op die dagen is de psychiater waarnemend voor alle afdelingen, en wordt hij dus weggeroepen als zich ergens een crisis voordoet bij een patiënt.
 - Uit gesprekken op meerdere afdelingen en met patiëntenraden blijkt dat er te weinig psychiatertijd is per afdeling, waardoor:
 - de psychiater op sommige afdelingen maar om de twee weken aanwezig is i.p.v. wekelijks;
 - patiënten die een gesprek aanvragen soms lang moeten wachten (twee weken, een maand tot zelfs twee maanden op sommige afdelingen);
 - de psychiater op sommige afdelingen uit tijdsgebrek niet steeds aanwezig kan zijn op de behandelplanbesprekingen (soms maar bij 50% van de patiënten, soms helemaal niet).
- In een psychiatrisch ziekenhuis dient men volgens de ziekenhuiswetgeving voor elke afdeling minstens een verpleegkundige in elke shift te voorzien (24/24u). Gezien de populatie van high risk forensisch psychiatrische patiënten in FPC en de wettelijk voorziene verpleegkundige taken in de zorg is deze verpleegkundige bestaafingsnorm ook hier een minimale vereiste. De bestaafingsnorm die voor FPC is vastgelegd in een KB laat niet toe om in elke shift per afdeling een verpleegkundige in te roosteren.

Het beperkte aantal verpleegkundigen laat niet toe om overdag tijdens elke shift en 's nachts binnen elke zorgequipe een verpleegkundige in te roosteren.

- In FPC Gent waren er in 2022 1700 shifts waarin de norm van 1 verpleegkundige per afdeling niet werd behaald (gemiddeld 142 shifts per maand). De redenen waren tijdelijke tekorten door ziekte, zwangerschappen, verlof, ...
- In FPC Antwerpen waren er in 2022 1922 shifts waarin de norm van 1 verpleegkundige per afdeling niet werd behaald (gemiddeld 160 shifts per maand). Gedurende 662 shifts in de periode van januari tot oktober was dit omwille van een structureel tekort aan verpleegkundigen.
- Tijdens de nacht ■■■■■■ aanwezig voor alle afdelingen.

Om de uitvoering van verpleegkundige taken voldoende te kunnen garanderen, zijn er volgende initiatieven.

- Naast verpleegkundigen worden er ook zorgkundigen ingezet om verpleegkundige taken op te nemen. Verschillende medewerkers (TA+, medewerker ADL+, woon- en leefgroepbegeleider+), hebben bijkomend een diploma van zorgkundige. Zij mogen medicatie toedienen (met uitzondering van verdovende medicatie en depotmedicatie) die klaargezet werd door middel van een distributiesysteem en nagekeken werd door een verpleegkundige.
 - In FPC Gent zijn er 11 TA+, 1 medewerker ADL+ en 2 woon- en leefgroepbegeleiders+.
 - In FPC Antwerpen zijn er 9 TA+ en 4 medewerkers ADL+.
 - Elke vrijdag worden er voor de week die volgt dagoverzichten opgemaakt met de bezetting van het aantal verpleegkundigen per shift per afdeling. Indien het minimumaantal verpleegkundigen per FPC niet wordt behaald, worden er proactief acties ondernomen: extra verpleegkundigen oproepen, TA wisselen met verpleegkundige, verpleegkundige van de mobiele ploeg inzetten, verpleegkundige flex-medewerker inzetten.
 - Daarnaast kunnen ook de verpleegkundigen van de medische dienst en de afdelingshoofden ingezet worden om medicatie te bedelen.
- Op weekend- en feestdagen is in FPC Antwerpen vier uur per dag een afdelingshoofd aanwezig; in FPC Gent is dit 8 uur. Daarnaast is er steeds een afdelingshoofd, een afdelingspsycholoog/behandelcoördinator, een huisarts, een psychiater en een lid van de directie oproepbaar.
 - De leeftijdsverdeling van de personeelsleden wordt weergegeven in de onderstaande tabel:

leeftijdscategorie	aantal medewerkers in FPC Gent	aantal medewerkers in FPC Antwerpen
20-24 jaar	34	34
25-29 jaar	89	74
30-34 jaar	54	36
35-39 jaar	31	10
40-44 jaar	17	17
45-49 jaar	22	16
50-54 jaar	21	13
55-59 jaar	15	9
60+	11	0

Hieruit blijkt dat in totaal 231 van de 503 zorgmedewerkers (46%) zich situeren in de leeftijdscategorie tussen 20 en 29 jaar. In FPC Gent gaat het om 43% van de zorgmedewerkers en in FPC Antwerpen om 51% van de zorgmedewerkers.

- De man/vrouw-verdeling bij het zorgpersoneel komt neer op 26% mannen en 74% vrouwen.

6.3 VORMING, TRAINING EN OPLEIDING (VTO)

- FPC Gent en FPC Antwerpen beschikken over een beleidsplan vorming. Alle vaste opleidingen zijn reeds bij het begin van het jaar vastgelegd, waarna nieuwe medewerkers stelselmatig worden uitgenodigd.
- Gevolgde vormingen worden bijgehouden in de HR-tool Progreso door het departement HR. Het cijfer geeft enkel een gemiddeld aantal dagen per medewerker weer op basis van het totale aantal opleidingsuren en -dagen.
 - In FPC Gent was het gemiddelde aantal opleidingsdagen voor 2022 5,28 dagen per voltijds zorgmedewerker.
 - In FPC Antwerpen was het gemiddeld aantal opleidingen voor 2022 7,8 dagen per voltijds zorgmedewerker. Het hoge cijfer komt deels door het grote aandeel nieuwe medewerkers die moeten opgeleid worden (het aantal dagen dat ze meedraaien op de afdeling boven bezetting wordt in rekening gebracht als opleidingsdagen).

Het aantal opleidingen per medewerker wordt bijgehouden, maar niet het aantal uren, waardoor niet duidelijk is of elke afzonderlijke medewerker voldoende uren opleiding volgt.

Bij de medewerkers van de ondersteunende diensten ligt het cijfer lager dan bij de zorgmedewerkers.

- Op vaste tijden worden wederkerende opleidingen georganiseerd zodat alle nieuwe medewerkers hierop stapsgewijs uitgenodigd kunnen worden. Hierdoor zijn nieuwe medewerkers soms al een hele tijd aan het werk voordat ze een bepaalde opleiding kunnen volgen.
 - Een aantal verplichte vormingen werden door (nagenoeg) alle sociotherapeuten gevolgd. De medewerkers die de opleiding nog niet volgden, zijn nieuwe medewerkers die nog de tijd hebben om dit binnen de 6 maanden na opstart te doen.
 - Aggressie en fysieke weerbaarheidstraining (AHT)
 - FPC Antwerpen: basis 84% en gevorderden 96%
 - Suïcidepreventie
 - FPC Gent: 91% e-learning suïcidedetectie (VLESP), 93% e-learning suïcide-interventie (VLESP), 94% e-learning suïcidebeleid FPC
 - FPC Antwerpen: 100%
 - Procedure gijzeling
 - FPC Gent: e-learning over persoonsalarm, gijzelalarm en alarmering 95%
 - FPC Antwerpen: toelichting over gijzeling bij intern noodplan 100% en deel gijzeling bij AHT-opleiding (84%).
 - Een aantal verplichte opleidingen werden nog niet door alle sociotherapeuten gevolgd. Hieronder worden de percentages weergegeven van de medewerkers die de opleidingen al gevolgd hebben.
 - Aggressie en fysieke weerbaarheidstraining (AHT)
 - FPC Gent: 86% basis en 76% gevorderden
 - Procedure gijzeling
 - FPC Gent: 37% intern noodplan
 - Psychopathologie (inclusief module psychofarmaca)
 - FPC Gent: 73%
 - FPC Antwerpen: 41% doordat de opleiding tweemaal geannuleerd moest worden omwille van krappe bestaffingen op de werkvloer in 2022. Het bleek onmogelijk om op korte termijn een nieuwe datum vast te leggen wegens de werkdruk bij de lesgevers (psychologen en psychiaters).
 - Module depotmedicatie voor verpleegkundigen
 - FPC Antwerpen: 59%. De opleiding verpleegkundige handelingen werd 7 keer geannuleerd (6 maal omwille van te weinig deelnemers).

- Voor flex-medewerkers is de opleiding fysieke weerbaarheid niet verplicht. Indien zij op regelmatige basis ingezet worden en een positieve evaluatie kregen en indien de opleidingsplanning het toelaat, kunnen ze aansluiten bij de dagopleiding en bij uitbreiding ook bij de vierdaagse. Slechts 19% van de flex-medewerkers heeft de 1-daagse basisopleiding AHT gevolgd.
- Medewerkers worden vanuit het FPC gestimuleerd om een opleiding tot zorgkundige te volgen. Gezien de moeilijkheid om medewerkers hiervoor te motiveren (hoogopgeleide medewerkers, weinig vrijstellingen, veel jonge medewerkers met een gezin), lopen er verschillende initiatieven.
 - Er zijn infosessies over de taken van een zorgkundige en een bevraging wie wil intekenen.
 - De opleiding, cursusmateriaal en de verplaatsingstijd worden bekostigd door het FPC. De opleiding kan deels online gevolgd worden. Daarnaast tracht het FPC zoveel mogelijk opleidingsinstanties te engageren om medewerkers een maximum aantal stages binnen FPC te laten lopen zodat de verloning van de medewerkers kan doorlopen tijdens de stages.
 - Zorgkundigen krijgen een extra premie voor de extra taken die ze opnemen.
- Er is voor verschillende medewerkers een aangepast inscholingstraject voorzien (sociotherapeuten, afdelingspsychologen, woon- en leefgroepbegeleiders, ...).
 - Voor nieuwe medewerkers is er maandelijks een vast onthaalmoment voorzien, verzorgd door de zorgmanagers en HR.
 - Nieuwe medewerkers krijgen meteen na contractondertekening een link doorgestuurd naar de e-learnings. Zo hebben ze tijd om zich de belangrijkste procedures binnen FPC eigen te maken. De bedoeling is dat de e-learnings gekend zijn binnen de eerste 15 dagen na start.

Enkele voorbeelden zijn: Eerste interventieploeg (EHBO, brand, evacuatie), alarmering, persoonsalarm & gijzeling, BOT & nazorg, incidentenbeheer (VIM), suicide (detectie, interventie, beleid), milieutherapie, vrijheidsbeperkende maatregelen, persoonlijke verweertechieken en boeien.
 - Therapeutisch assistenten en verpleegkundigen worden 14+1 werkdagen bovenop de normale bestaafing geplaatst om hen de mogelijkheid te geven zich in te werken (boven-bezettingen). Woon- en leefgroepbegeleiders staan 25 diensten boven bezetting. Deze medewerkers worden op de afdeling begeleid door een peter of meter die hen wegwijs maakt.
 - In een inscholingsdocument per functie staat opgesomd wat er tijdens de inwerkperiode gekend moet zijn tegen wanneer.
 - Daarnaast is er een uitgebreid aanbod van opleidingen die telkens opnieuw aangeboden worden.
 - Voor sociotherapeuten is er bv. een uitgebreid traject dat volgende opleidingen omvat: fysieke weerbaarheidstraining (1 dag basis en 4 dagen gevorderden), eerste interventieploeg, zorgapplicaties, observeren en rapporteren, milieutherapie, vroegsignalering, psychopathologie (met module over psychofarmaca), behandelvisie en behandelplan, wet- en regelgeving, intern noodplan, introductie preventie en bescherming op het werk, kwaliteitsbeleid en VIM, ziekenhuishygiëne, interne interviews, motivationele gespreksvoering, basis boeien en fouilleren op indicatie.
 - Voor verpleegkundigen zijn er nog bijkomende opleidingen: MINT, verpleegkundige handelingen en een module over toediening van depotmedicatie.
 - Voor woon- en leefgroepbegeleiders wordt ook steeds coaching-on-the-job en een interne stage (25 shifts boven bezetting) ingepland.
- Voor nieuwe flex-medewerkers is er een aangepast traject voorzien met een introductie omtrent de werking van het FPC tijdens de "flexdag" en een rondleiding in het gebouw. Er is een aanspreekpunt voor flex-medewerkers voorzien. Na de bevestiging van start in een eerste shift krijgen zij een draaiboek en het inscholingstraject met een reeks e-learnings.

7 PROCESSEN

7.1 BEHANDELPROCES

Toeleiding

- De verschillende Kamers voor de Bescherming van de Maatschappij (KBM) kunnen beslissen tot plaatsing van geïnterneerden in FPC Gent of FPC Antwerpen. Noch de patiënt, noch het FPC kunnen die opname weigeren.
- Meestal verblijft de patiënt op het moment van de aanmelding in de gevangenis. Er vindt altijd een intake plaats vóór de opname. Soms gebeurt dat digitaal (via videobellen), maar meestal gaan een psychiater en een psycholoog of criminoloog naar de gevangenis in kwestie voor het eerste gesprek. Dit gesprek verloopt aan de hand van een gestandaardiseerd format. Samen met de informatie uit het vooronderzoek (op basis van het dossier) leidt dit tot een omstandig "forensisch-psychiatrisch diagnostisch verslag", waarin onder meer wordt ingeschat in welk therapeutisch milieu de patiënt moet worden opgenomen (supportief of sociaal-therapeutisch).
In sommige gevallen (voornamelijk bij moeilijke casussen) vinden meerdere intakegesprekken plaats in de gevangenis.
- In principe is de beslissingsdatum van de KBM bepalend voor de volgorde van opname, behalve in twee gevallen:
 1. In het geval waarbij een (langer) verblijf in een penitentiaire omgeving nefast zou zijn voor het functioneren van de geïnterneerde (dit wordt beslist door de centrale PSD-psychiater).
 2. Wanneer de geïnterneerde eerder in een FPC verbleef, vervolgens in een inrichting van het directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen werd opgenomen en het van belang is dat hij of zij snel terug kan aanhaken bij de eerder verstrekte behandeling (dit wordt beslist door de hoofdarts van het FPC):
 - een patiënt die uit een FPC uitstroomde naar een vervolgtraject in het kader van zijn verdere maatschappelijke re-integratie;
 - een patiënt die langer dan 7 dagen ongeoorloofd afwezig is (door ontvluchting of onttrekking tijdens een uitgaansmodaliteit die hij vanuit een FPC heeft genoten) en voor wie de KBM intussen een beslissing tot overplaatsing genomen heeft.

Het FPC heeft dus nauwelijks of geen invloed op de instroom van patiënten. Via het interne doorstroombeleid en het uitstroombesleid moet men zich aanpassen en plaats creëren in een opnameafdeling voor de doelgroep en met het therapeutisch milieu dat geschikt is voor de volgende patiënt op de wachtlijst. Enkel als de nieuwe patiënt zeer intensieve zorg behoeft en er geen plaats beschikbaar is op ZIZ-afdelingen, kan de opname enige tijd worden uitgesteld.

- De nieuwe interneringswet, die in werking trad in 2016, voerde – naast plaatsing (en beperkte detentie, als modaliteit van plaatsing) – nog een extra mogelijkheid in om patiënten in een FPC op te nemen, met name in geval van schorsing van de invrijheidstelling op proef (IOP) en dit voor de duur van de schorsing (die gevolgd wordt door een verderzetting, een herziening of een herroeping van de IOP).
Door een nieuwe wetswijziging in 2017 werd ook de uitvoering van een voorlopige aanhouding in het kader van een interneringsmaatregel in een FPC mogelijk (voor de duur van de voorlopige aanhouding). Over de uitvoeringsmodaliteiten hiervan in FPC Gent en Antwerpen liepen een tijd lang gesprekken met de federale overheid, met de KBM's, met het Openbaar Ministerie en met het RIZIV. Hierover werd nog geen definitieve beslissing genomen, en er werden nog geen patiënten opgenomen op basis van deze mogelijkheid.

Opnameverloop en interne doorstroom

- Patiënten worden in principe eerst opgenomen op één van de afdelingen binnen de fase "Oriëntatie en observatie", en stromen vervolgens – naarmate hun behandeling vordert – intern verder door naar de andere afdelingen. De specifieke afdeling (en gang) wordt bepaald door het therapeutisch milieu waarvoor de patiënt geïndiceerd werd, in combinatie met de problematiek van de patiënt (zie 2.4 voor een overzicht).
- Het samenleven in groep staat centraal als basis voor de milieutherapie, en dit doorheen het volledige verblijf. In het supportief milieu ligt de nadruk op behandeling op maat door ondersteuning te bieden waar nodig (bv. ondersteuning bij de algemene dagelijkse verzorging of bij het aanleren van sociale vaardigheden). Mentale stabilisatie en een sterk gestructureerde leefomgeving zijn belangrijke pijlers in de supportieve aanpak, die twee doelstellingen kent:
 - het voorkomen van ontregeling en terugval in ongecontroleerd gedrag;
 - het versterken van de identiteit van de patiënt.

In een supportief milieu worden patiënten met een psychotische kwetsbaarheid en patiënten met een verstandelijke beperking opgenomen op aparte afdelingen (of minstens in aparte leefgroepen).

In het sociaal-therapeutisch milieu (waarin voornamelijk patiënten met een persoonlijkheidsstoornis worden opgenomen) staat het versterken van het contact en de interactie van de patiënt met zijn omgeving centraal. Het doel is het verstevigen van de sociaal-maatschappelijke rol van de patiënt in de samenleving.

Door de omgang met medepatiënten en de afdelingsstaf leert de patiënt zich op een acceptabele manier te gedragen en wordt hem de mogelijkheid geboden om nieuw gedrag te oefenen. Patiënten worden op deze wijze geconfronteerd met de gevolgen van gedrag en leren gedrag aan te passen vanuit een passende sociale identiteit.

Doorheen zijn volledige opname blijft de patiënt – behoudens enkele uitzonderingen bij wie de initiële inschatting bleek te moeten worden aangepast – binnen hetzelfde type therapeutisch milieu.

In het kader van de milieutherapie staan patiënten – onder begeleiding van de staf – grotendeels zelf in voor de schoonmaak van de kamers en de leefruimtes op de afdelingen. Patiënten wassen ook zelf hun kleding (per gang zijn hiervoor een wasmachine, een droogkast, een wasrek, een strijkplank en een strijkijzer voorzien, die gratis gebruikt kunnen worden). Daarnaast wordt ook zo veel mogelijk in groep gegeten, samen met het zorgpersoneel. Warme maaltijden worden vanuit de centrale keuken van Sodexo aangeleverd, maar patiënten zijn zelf verantwoordelijk voor het opwarmen van de maaltijd in de regeneratieoven op de afdeling. Elke afdeling kan ook kiezen om één of meerdere vaste dagen in de week zelf te koken, wat op elke afdeling ook effectief gebeurt (op sommige afdelingen bijna dagelijks).

- Binnen het multidisciplinair overleg wordt besloten welke psychodiagnostische onderzoeken bij een patiënt nodig zijn om een duidelijke diagnose te bekomen of om verdere behandelstrategieën uit te werken. De patiënt wordt door de afdelingspsycholoog aangemeld op basis van klinische observaties, eventueel bijkomende informatie uit het dossier of eerdere deskundige onderzoeken, en een duidelijke onderzoeksvraag.
 - Bij elke nieuwe patiënt die opgenomen wordt in het FPC wordt, kort na de opname, basisdiagnostiek afgenomen. De basisdiagnostiek bestaat uit een intelligentietest en een onderzoek naar de mate van aan- of afwezigheid van psychopathische trekken (Psychopathy Checklist - Revised of PCL-R). Mede op basis hiervan kan het aangewezen therapeutische milieu (supportief of sociaal-therapeutisch) en het klinisch patiëntenprofiel worden vastgesteld. Via een KPI volgt het FPC maandelijks het percentage patiënten op waarbij de basisdiagnostiek volledig werd afgenomen.
 - Op indicatie gebeurt daarnaast bijkomende diagnostiek. Dit kan gaan om onderzoeksvragen die peilen naar ADHD, ASS, depressie, trauma, enz. Voor elk soort onderzoek wordt een testbatterij of gestandaardiseerd instrument gekozen op basis van betrouwbaarheid en validiteit. De afname gebeurt door een psycholoog, met uitzondering van de SEO-R (die wordt afgenomen door een psycholoog of een orthopedagoog).

- In FPC Gent (waar de equipe psychodiagnostiek groter is en meer ervaring heeft dan in FPC Antwerpen) bestaat ook de mogelijkheid om aan procesdiagnostiek te doen. Dit gebeurt vooral bij patiënten die weigeren deel te nemen aan de basisdiagnostiek, bij patiënten waarbij het toestandsbeeld niet toelaat gestandaardiseerde testing af te nemen en/of bij patiënten waarbij een differentiaaldiagnostische vraag wordt gesteld.

Bij procesdiagnostiek wordt via observatiemomenten en/of een verkennend gesprek geprobeerd om op basis van klinische expertise en oordeel van de diagnosticus een antwoord te geven op de onderzoeksvragen. Op basis van de bevindingen van de diagnosticus kan samen met het multidisciplinair team gekeken worden naar de diagnosestelling, bejegening of het behandeltraject van de patiënt.

Het diagnostisch proces vindt zijn neerslag in een integratief psychodiagnostisch verslag, dat aan de afdelingspsycholoog en psychiater wordt bezorgd. De medewerker die het diagnostisch onderzoek heeft uitgevoerd, bespreekt de resultaten met de patiënt, al dan niet samen met de afdelingspsycholoog.

- Conform het theoretisch Risk-Needs-Responsivity-kader wordt psychodiagnostiek aangevuld met risicotaxatie.

De afdelingspsychologen en -coördinatoren staan in voor de afname van de risicotaxatie (enkel de eerste afname gebeurt door de behandelrapporteur) en van de PCL-R (die standaard worden afgenomen). Het overige psychodiagnostisch onderzoek wordt uitgevoerd door medewerkers diagnostiek, die niet aan een afdeling verbonden zijn maar onder de coördinator psychodiagnostiek en behandelaanbod (in FPC Gent) of onder de zorgmanager behandelinhoud (in FPC Antwerpen) ressorteren.

- Centraal in de behandeling staat het behandelplan (Verpleeg- en Behandelplan - VBP) dat onder voorzitterschap van de afdelingspsycholoog opgesteld wordt binnen het multidisciplinair team. Volgende termijnen worden daarbij nagestreefd.

- Binnen de twee weken na opname in het FPC is er een opnamebespreking.
- Een eerste versie van het VBP wordt opgesteld binnen de 8 weken na opname.
- Binnen de 3 maanden na opname wordt het VBP vastgesteld op de behandelplanbespreking.

De IB (of op sommige afdelingen soms ook een ander staflid) bereidt samen met de patiënt de behandelplanbespreking voor tijdens het wekelijkse evaluatiegesprek. De afdelingspsycholoog vraagt informatie op bij de therapeuten van WLS- en behandelblokken, evenals bij de sociale dienst.

De behandelplanbespreking gebeurt in aanwezigheid van de patiënt (als dit mogelijk is en deze dat ook wenst), de afdelingspsycholoog, het afdelingshoofd, een staflid, een vertegenwoordiger van WLS of de zorgprogramma's en de afdelingspsychiater. Daarnaast kan de vertrouwenspersoon ook aanwezig zijn. Het is de bedoeling dat alle partijen tot een akkoord komen over de gestelde behandeldoelen.

Hierna verwerkt de afdelingspsycholoog dit tot een behandelplan, dat in USER wordt geregistreerd en afgegeven wordt aan de patiënt. Deze kan hierop feedback geven, wat verwerkt wordt in het behandelplan. Daarna wordt het document aan de patiënt aangeboden, die het idealiter kan tekenen voor akkoord. Wanneer een patiënt weigert te tekenen of niet in staat is om te tekenen, wordt dit geregistreerd in het EPD en wordt het behandelplan definitief gemaakt.

- De multidisciplinaire evaluatiebesprekingen van het VBP gebeuren telkens uiterlijk na 6 maanden. De patiënt is hierbij aanwezig en kan zijn inbreng doen.

Via de KPI volgt het FPC maandelijks op hoeveel patiënten langer dan 3 maanden zijn opgenomen zonder behandelplan, en hoeveel patiënten een recent behandelplan hebben (< 7 maanden).

- Bij het opstellen van het VBP wordt een patiënt toegewezen aan één van vijf klinische profielen, gebaseerd op onderzoek uitgevoerd binnen de Nederlandse TBS-populatie en later binnen het FPC zelf:
 - antisociale patiënt;
 - psychotische patiënt met divers delictgedrag;
 - patiënt met persoonlijkheidsproblematiek en/of meervoudige problematiek;

- psychotische patiënt met fysiek gewelddadig gedrag;
- patiënt met parafiele stoornis en seksueel delictgedrag.

Aan elk van deze patiëntprofielen zijn gestandaardiseerde zorgpaden gekoppeld die bestaan uit een vaste set van verbale en non-verbale therapiemodules. Van elk zorgpad is er een versie voor cognitief sterkere patiënten enerzijds en voor cognitief zwakkere patiënten anderzijds.

Aanvullend bij de vaste zorgpaden zijn er standaardsets van therapiemodules die geïndiceerd kunnen worden op basis van aanwezige bijkomende problematieken (bv. verslavingsproblematiek, agressieproblematiek, ontwikkelingsstoornis).

Daarnaast bestaan er bijkomende losse ondersteunende modules die voor iedere patiënt geïndiceerd kunnen worden.

- Het FPC maakte in 2020 een profielbeschrijving van de doelgroep, op basis van een analyse van de dossiers van alle tot dan toe opgenomen geïnterneerden in beide FPC. Daaruit blijkt dat het een populatie met een complexe zorgnood betreft.
 - Op vlak van leeftijd (gemiddeld 42 bij opname), nationaliteit (85,1% Belg) en gemiddelde intelligentie (gemiddeld IQ van 77,2) is de doelgroep vergelijkbaar met Vlaamse medium security populaties geïnterneerden en met high security populaties in het buitenland.
 - Internering werd opgelegd voor levensdelicten (18,6%), seksuele geweldsdelicten (27,7%), overige geweldsdelicten (35,7%), verbale geweldsdelicten (7%) of andere delicten (10,9%). Bij een kleine minderheid gaat het om een eerste delict (14,2%). Het aandeel seksuele geweldsdelicten is hoger dan in de Vlaamse medium security populaties en de meeste high security populaties in het buitenland.
 - Een patiënt heeft gemiddeld 3,6 verschillende DSM-diagnoses (hoge comorbiditeit). Als primaire diagnose gaat het voornamelijk om persoonlijkheidsstoornissen (34,3%), psychoses (33,9%) en parafiele stoornissen (15%). In totaal werd bij 64,4% een persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd, bij 62,1% een verslavingsproblematiek, bij 20,8% een verstandelijke beperking en bij 24,4% een parafiele stoornis. Een parafiele stoornis wordt vaker gediagnosticeerd in vergelijking met bijvoorbeeld de medium security populatie.
 - Het aandeel geïnterneerden met een verhoogde mate van psychopathie ligt hoger dan bij de Vlaamse medium security populatie. De gemiddelde score op de Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) is 24,7 (de maximale score op de PCL-R is 40). Meer dan de helft (56,5%) van de gescreende populatie had een PCL-R-totaalscore van 25 of meer (wat in Europa als indicatief voor psychopathie gezien wordt) en meer dan een derde (35,3%) een score van 30 of hoger (wat door de oorspronkelijke auteur als indicatief voor psychopathie gezien wordt).
 - Het risico op nieuwe geweldsfeiten in en buiten het FPC werd op basis van de HKT-R (Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie) als hoog ingeschat bij de meerderheid van de populatie (71,5% – 85,6%). Dit hoog risico is te verwachten bij een high security populatie en ligt hoger dan bij een medium security populatie (een derde van de populatie hoog recidiverisico).
- De voorbije jaren heeft men sterk ingezet op het in beeld brengen van de behandelresultaten (Routine Outcome Monitoring of ROM). Dit gebeurt aan de hand van verschillende instrumenten.
 - Jaarlijkse afname van de risicotaxatie, waarbij er een evolutie op de klinische en toekomstgerichte items wordt nagestreefd. Via een KPI wordt opgevolgd bij hoeveel patiënten de risicotaxatie minder dan 15 maanden oud is.
 - Zesmaandelijke afname van het Instrument voor Forensische BehandelEvaluatie (IFBE), telkens ter voorbereiding van de behandelplanbespreking. Deze afname gebeurt telkens door minstens 3 partijen en zo mogelijk ook door de patiënt zelf.
Aan de hand van trendcurves kan de evolutie op de drie aparte factoren (probleemgedrag, beschermende factoren en resocialisatievaardigheden) gevolgd worden, zowel op patiënt- als op afdelingsniveau. Er is ook een KPI hieromtrent in ontwikkeling.

- Afhankelijk van de individuele vorderingen op vlak van behandeling en in functie van risicomanagement kunnen patiënten doorstromen naar de afdelingen voor doorgedreven behandeling en naar de minder beveiligde resocialisatie-afdelingen. De interne adviescommissie (IAC) en de in- en doorstroomcommissie (IDC) bewaken dit proces, op advies van de multidisciplinaire teams.
- Volgens de afspraken krijgen patiënten op de afdeling begeleiding door een individuele begeleider. De rol van IB wordt opgenomen door één van de verpleegkundigen of therapeutisch assistenten. Elk van hen is IB van één of meerdere patiënten. Flex-medewerkers en medewerkers van de mobiele equipe nemen geen individuele begeleidingen op zich.
De IB volgt op of er wekelijks een weekevaluatie gebeurt (i.e. een gesprek van een verpleegkundige of een TA met de patiënt) en wat er werd afgesproken. Op sommige afdelingen werd vastgesteld dat de "week-evaluatie" slechts om de twee weken werd gehouden.
- Daarnaast is er in principe ook wekelijks of tweewekelijks een risicomanagementgesprek op de afdeling, onder leiding van de afdelingspsycholoog. In deze risicomanagementgroep leren patiënten hun risico-factoren op delictgedrag kennen en hanteren, en leren ze risicogedrag bij de andere patiënten herkennen.
- Het is de bedoeling om op afdelingsniveau per patiënt een vroegsignaleringsplan op te stellen. Deze plannen worden gebruikt om vroege signalen van ontsporingsgedrag te leren herkennen en verdere escalatie van gedrag te voorkomen. Dit plan wordt door de patiënt samen met zijn individuele begeleider opgesteld en omvat een concrete omschrijving van vroege signalen en mogelijke acties die kunnen ondernomen worden door de patiënt enerzijds en de medewerkers anderzijds. De methode vroegsignalering wordt in de praktijk systematisch toegepast. In maart 2023 was bij 91% van de patiënten (zowel in Antwerpen als in Gent) gestart met de methode vroegsignalering (dit wil zeggen: minstens een sjabloon aangemaakt in het dossier en 1 vroeg voorteken aangevuld).
- Op elke afdeling is er een wekelijkse patiëntenbespreking ("voortgangsbespreking") tussen de zorgstaf, het afdelingshoofd, de afdelingspsycholoog, de psychiater, een vertegenwoordiger van het centrale behandel-aanbod, een vertegenwoordiger van de dienst WLS en de verantwoordelijke maatschappelijk werker. Indien nodig sluit ook een behandelrapporteur aan.
- In een dossiersteekproef van 46 patiëntendossiers werd gezocht naar de notities over het meest recente gesprek met de IB. Er werd gecontroleerd of de datum van dit gesprek beantwoordt aan de intern voorop-gestelde minimumfrequentie (wekelijks). In 36 van de 46 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat er de voorgaande week een gesprek was geweest van de individueel begeleider met de patiënt.
- Er is geen minimumfrequentie voorzien voor individuele gesprekken van de psycholoog met de patiënt. Een gesprek kan ad hoc aangevraagd worden door de patiënt. In principe ziet de afdelingspsycholoog de patiënten wel wekelijks of tweewekelijks tijdens de RMG (risk management groep). Tijdens de inspectie bleek evenwel dat deze RMG vaak niet doorgaat (bv. bij verlof, ziekte of zwangerschap van de afdelings-psycholoog), en dat een aanzienlijk aantal patiënten niet aan deze besprekingen deelneemt. Voor patiënten die systematisch niet deelnemen aan de RMG is er geen interne afspraak om periodiek een individueel gesprek met de psycholoog te voorzien.
In 29 van de 46 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat er de voorbije twee weken een contact was geweest tussen de afdelingspsycholoog en de patiënt (hetzij door deelname aan de RMG, hetzij in een individueel gesprek). Op sommige afdelingen worden over de RMG geen notities gemaakt in het individueel patiëntendossier en kon het eventuele contact tussen patiënt en psycholoog in dat verband dus niet aangetoond worden.
Medewerkers geven aan dat het systematisch organiseren van individuele gesprekken met de patiënt een meerwaarde zou zijn voor het behandeltraject, maar dat dit binnen de huidige bestaffing en het takenpakket niet haalbaar is.

- Er is ook geen minimumfrequentie voorzien voor individuele gesprekken van de psychiater met de patiënt. Een gesprek kan ad hoc aangevraagd worden door de patiënt. In 37 van de 46 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat er de voorbije zes maanden een individueel gesprek was geweest van de afdelingspsychiater met de patiënt.

Hierbij dient opgemerkt dat medewerkers op sommige afdeling aangaven dat de psychiater geen notities maakt van gesprekken met de patiënt; soms kon onrechtstreeks afgeleid worden dat de psychiater met de patiënt gesproken had.

De psychiater is in principe aanwezig op de zesmaandelijks multidisciplinaire behandelplanbesprekingen, waar ook de patiënt wordt op uitgenodigd.

Door het tekort aan psychiaters is de beschikbare psychiatertijd per afdeling te krap. Op sommige afdelingen kan de psychiater hierdoor niet deelnemen aan behandelplanbesprekingen, op andere afdelingen is er een wachttijd voor een gesprek met de psychiater (wat kan oplopen tot één à twee maanden) of komt de verslaggeving over de gesprekken in het gedrang.

Centraal behandelaanbod en Werken-Leren-Sport (WLS)

- In het FPC hecht men veel waarde aan het volgen van een dagprogramma afgestemd op de mogelijkheden van de patiënt. Dergelijk dagprogramma bestaat – naast therapie – uit zogenaamde "blokken" werken/arbeid, leren/opleiding en sport/beweging (WLS).

Het centrale behandelaanbod wordt ingevuld door non-verbale therapeuten (beeldende therapie, psychomotore therapie, drama- en muziektherapie) en psychologen/pedagogen; in FPC Antwerpen is er ook een seksuoloog.

De WLS-blokken worden aangeboden door een aparte dienst, die bestaat uit ergo- en arbeidstherapeuten (atelierwerking), sportagogen, animatoren en medewerkers vorming en scholing.

Het aanbod WLS in FPC Gent is niet identiek als dat in FPC Antwerpen. De indeling in soorten blokken is wel dezelfde.

Bij de arbeidsblokken leert men specifieke arbeidsvaardigheden. De mogelijkheden zijn divers: assemblage, hout- of metaalbewerking, fietsonderhoud, crea, textiel, groenonderhoud en tuinprojecten, ... Daarnaast worden ook een aantal blokken georganiseerd in samenwerking met Sodexo: ondersteuning in de keuken en bediening in het personeelsrestaurant, cleaning en het aanvullen van de rekken in de superette. Ook het uitbaten van de kledingwinkel en de bibliotheek wordt door FPC samen met patiënten georganiseerd. Mits een uitgaansvergunning kunnen patiënten ook deelnemen aan andere activiteiten, zoals carwash en parkingonderhoud.

Het multidisciplinair team indiceert de patiënten voor het aantal en het soort arbeidstherapieblokken die de patiënt aankan en waarin hij of zij zelf interesse toont. Voor het uitvoeren van hun werkblokken krijgen patiënten een tegemoetkoming van maximaal 97,22 euro per maand, betaald door het ondersteuningsfonds; deze vergoeding wordt aangepast in functie van de aanwezigheidsgraad (en gewettigde afwezigheid) van de patiënt tijdens de geïndiceerde blokken (zie 7.7).

In de vorm van sport en spel worden (op verschillende niveaus) bewegingsmogelijkheden aangeboden. Ook op dit vlak zijn de mogelijkheden divers (voetbal, volleybal, badminton, tennis, cardio, biljart, darts, kicker, ...). Mits een uitgaansvergunning, kunnen patiënten deelnemen aan nog meer activiteiten, zoals start to run, start to bike of een minivoetbalcompetitie.

Ook hier bepaalt het multidisciplinair team – in overleg met de patiënt – voor welk soort blokken de patiënt aangemeld wordt; de precieze inhoud ervan wordt bepaald door de sportagogen aan de hand van criteria zoals de door de patiënt eerder beoefende sporten, de fysieke conditie van de patiënt, diens interesses en draagkracht.

Voor het luik leren/onderwijs zijn enerzijds docenten in dienst, die lessen Nederlands of Engels voorzien, computer- en internetlessen, verkeerseducatie, rekenen, lessen rond gezonde voeding, rond mens en maatschappij, ... Patiënten kunnen zich ook voorbereiden op een examen voor de Examencommissie secundair onderwijs.

In samenwerking met externe partners (Centra voor Volwassenenonderwijs) is er anderzijds een aanbod

dat gericht is op het behalen van officiële deelcertificaten (fietsherstel, Frans, metaalbewerking, houtbewerking, Office, Nederlands, wiskunde, smartphone, koken).

De WLS-activiteiten gebeuren (uitgezonderd een aantal persoonlijke lessen) in groep. Ook de therapeutische activiteiten in het kader van de verschillende zorgpaden (zie lager) worden per blok (en in groep) aangeboden.

Door een combinatie van arbeid, sport, leren en therapie wordt voor elke patiënt een blokkenrooster op maat samengesteld.

Na afloop van het blokkenprogramma of tussendoor worden volgens een schema per afdeling nog mogelijkheden geboden tot bezoek aan de superette, de kledijwinkel en de bibliotheek; en worden dagelijks momenten in de buitenlucht ("patio") voorzien. Op sommige afdelingen kunnen patiënten vrij kiezen wanneer ze momenten in de buitenlucht doorbrengen.

's Avonds en tijdens het weekend zijn er sport- en ontspanningsmogelijkheden die georganiseerd worden door sportmedewerkers en animatoren (hetzij op de afdeling, hetzij afdelingsoverstijgend).

Zorgpaden

- Bij de opmaak van het behandelplan worden voor elke patiënt, op basis van zijn klinisch profiel, een aantal modules vooropgesteld. Een groot deel daarvan behoren tot één of meerdere zorgpaden, die samenhangen met het klinisch profiel. Deze klinische profielen en bijhorende zorgpaden werden bepaald op basis van eigen wetenschappelijk onderzoek.

Elk zorgpad bestaat minimaal uit enkele verbale modules enerzijds (gesprekstherapieën gebaseerd op psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie en/of terugvalpreventie) en enkele non-verbale modules anderzijds (dramatherapie, beeldende therapie, muziektherapie en/of psychomotorische therapie).

Daarnaast zijn er ook een aantal bijkomende modules op indicatie, voor patiënten met een bijkomende verslavingsproblematiek, voor mensen met een bijkomende psychotische kwetsbaarheid, voor patiënten met een ontwikkelingsstoornis, voor patiënten met een verstandelijke beperking, voor patiënten met een agressieproblematiek of voor mensen met seksuele feiten en/of een parafiele stoornis (bv. psychomotorische therapie verslaving, VRIS (vrienden, relaties, intimiteit en seksualiteit), agressiehanteringstherapie, ...).

- De patiënt wordt pas effectief aangemeld bij behandelmodules wanneer hij daar ook effectief aan toe is (voldoende behandelrijp en voldoende draagkracht). Zo wordt voor elke patiënt een individueel traject samengesteld waarin niet alle geïndiceerde modules tegelijk worden gevolgd: de meeste modules duren 6 maanden, en meestal volgen patiënten 2 of 3 behandelmodules tegelijk (naast hun andere activiteiten). Indien patiënten langere tijd instabiel zijn en niet toekomen aan het reguliere zorgaanbod, zijn er ook laagdrempelige modules die inzetten op activering en stabilisering.
- De vrouwelijke patiënten in FPC Antwerpen volgen de modules samen met mannelijke patiënten.
- De therapeuten die werken voor het centrale behandelaanbod, werken in principe enkel centraal (behoudens enkele uitzonderingen van een zeer beperkt aantal afdelingspsychologen die ook 1 of meer behandelmodules invullen). Voor patiënten die de afdeling niet kunnen verlaten, gaan de therapeuten ook naar de afdeling zelf (bv. op ZIZ, waar patiënten door hun zorgzwaarte eerder uitzonderlijk kunnen deelnemen aan groepstherapieën buiten de afdeling).

Somatische zorg

- FPC streeft ernaar somatische zorg aan te bieden die vergelijkbaar is met de medische zorg in de bredere maatschappij.
- Somatische zorg wordt deels binnen FPC voorzien, voor het overige deel wordt beroep gedaan op specialisten buitenshuis. FPC Gent werkt hiervoor samen met AZ Sint Lucas, UZ Gent en AZ Jan Palfijn; FPC Antwerpen heeft een samenwerking met Vitaz.

- In FPC Gent kunnen patiënten eenmaal per week, op maandag, een aanvraag indienen voor een consultatie bij de huisarts. In FPC Antwerpen kunnen patiënten hiervoor dagelijks een aanvraag doen. Aanvragen van patiënten voor medische zorg verlopen via de afdelingshoofden (verpleegkundigen) die hierover steeds kunnen overleggen met de psychiater en met de medische dienst; tijdens het weekend kan men hiervoor beroep doen op een afdelingshoofd van wacht. De verpleegkundigen van de medische dienst staan in voor de coördinatie van de afspraken (zowel interne als externe afspraken).
- Binnen FPC houden een aantal zorgverstrekkers wekelijks spreekuur.
 - Een huisarts (in Gent samen met een huisarts in opleiding) doet twee halve dagen consultatie. Daarnaast participeren vaste huisartsen aan de wachtdienst. Dezelfde huisartsen verzorgen ook de wachtdienst voor de gevangenis, respectievelijk in Gent en Beveren.
 - De verpleegkundigen van de medische dienst doen wekelijkse consultaties (bv. voor wondzorg).
 - Eén dag per week is een tandarts aanwezig.
 - Per campus is een kinesitherapeut halftijds beschikbaar voor behandeling van somatische aandoeningen.
 - Patiënten kunnen op doktersvoorschrift gratis gebruik maken van een medische pedicure.
 - Een diëtist volgt enerzijds de patiënten individueel op, anderzijds gaat deze op de afdelingen langs om patiënten bewust te maken van gezonde voeding en het effect van voeding op het lichaam. Daarnaast bestaat de taak van de diëtist uit het adviseren van de keuken over samenstelling van de menu's.
 - In Gent komen maandelijks een neuroloog, gastro-enteroloog en dermatoloog in huis consultaties doen. In Antwerpen komt een gastro-enteroloog op vraag ter plaatse. Daarnaast gebeuren op de beide medische diensten consulten op vraag door audioloog, opticien, bandagist en logopedist.
- In het protocol medische opvolging worden verschillende aspecten van de medische zorg beschreven.
 - Elke patiënt krijgt bij opname een consultatie bij de huisarts, waarbij een screening en een bloedafname gebeurt.
 - Minimum twee keer per jaar gebeurt er een evaluatie van het psychiatrisch toestandbeeld en het psychofarmacabeleid.
 - Bij het voorschrijven van atypische antipsychotica wordt het metabool protocol gevolgd; hierin zijn de taken voor psychiater en huisarts beschreven.
 - Alle patiënten krijgen een jaarlijkse controle bij de tandarts. Patiënten met zeer slecht onderhouden gebit of verhoogd risico op tandheelkundige complicatie worden om de 6 maanden gezien.
 - Jaarlijks wordt bij elke patiënt bloeddruk, pols en gewicht geregistreerd door de verpleegkundige van de medische dienst.
 - Patiënten met chronische ziekten worden volgens richtlijnen opgevolgd.
 - Vanaf 45 jaar worden patiënten jaarlijks somatisch opgevolgd en wordt een persoonlijk preventieplan opgesteld.
 - Preventieve onderzoeken vanuit de Vlaamse overheid vinden ook plaats binnen FPC (bv. opsporing borstkanker via mammografie, opsporing coloncarcinoom via stoelgangsonderzoek).

In zowel FPC Gent als FPC Antwerpen komt de huisarts 2 dagdelen per week. Zowel vanuit de patiëntenraad als door medewerkers in FPC Gent worden problemen beschreven van huisartsbeschikbaarheid, met op sommige momenten tot twee weken wachttijd voor een consultatie (de gemiddelde wachttijd is 2 à 3 dagen). Ook de spreiding van de consultatie-uren in de week is eerder beperkt. Verder zou in FPC Gent de mogelijkheid tot meer dan één aanvraagmoment per week voor een huisartsconsultatie best overwogen worden, zoals die bestaat in FPC Antwerpen.

- Per afdeling is een kleine huisapotheek met verzorgingsmateriaal. In FPC Gent zijn er 5 AED-toestellen (automatische defibrillatoren voor hartreanimatie) verdeeld over het centrum, in FPC Antwerpen zijn er 7 geplaatst. Centraal op de medische dienst is een reanimatiezak aanwezig.

- Alle medewerkers krijgen een opleiding EHBO, reanimatie, brand en evacuatie (opleiding EIP – Eerste Interventie Ploeg). Deze wordt jaarlijks opgefrist tijdens de opfrisopleiding Eerste Interventieploeg (EIP). Per afdeling is er dan ook op elke dienst een EIP-opgeleide medewerker.

Uitstroom

- Uitstroom uit een FPC naar een externe (forensische of reguliere) voorziening is mogelijk vanuit elke afdeling. Patiënten hoeven dus niet noodzakelijk het volledige traject doorheen de verschillende fases te doorlopen. Het FPC adviseert de bevoegde KBM over de uitstroom en stippelt voor de desbetreffende patiënt een traject uit. De KBM oordeelt over de geschikte verblijfssituatie en de omkadering van geïnterneerden. Wanneer de KBM zich principieel akkoord kan verklaren met het voorgestelde traject en een plaats in een vervolgvoorziening wordt gevonden, moet de plaatsing door de KBM in een vrijstelling-op-proef worden omgezet of moet een overplaatsing gebeuren.
Soms kan tijdens het verblijf in een FPC al "beperkte detentie" worden toegekend door de KBM, bv. om een opleiding of arbeid buiten het FPC mogelijk te maken. Ook uitgaansmodaliteiten kunnen aangewend worden voor werk en/of opleiding.
Ter voorbereiding van het ontslag kunnen patiënten tijdens hun verblijf in het FPC immers ook al elders hun dagbesteding invullen.
Elke aanpassing in het re-integratietraject moet worden goedgekeurd door de IAC en extern door de KBM.
- Met het oog op het optimaliseren van de uitstroom nemen FPC Gent en FPC Antwerpen deel aan structureel overleg met verschillende (soorten) voorzieningen en in verschillende netwerkfora.
 - Casusoverleg Mobiele Equipes Internering (Antwerpen, Brussel NL, Gent) met een frequentie van ongeveer 4 keer per jaar.
 - Casusoverleg Medium Security (Zorggroep Sint-Kamillus, PC Sint-Jan-Baptist en OPZC Rekem) met een frequentie van ongeveer 2 keer per jaar.
 - Casusoverleg geblokkeerde dossiers (MFT, CGG, PSD's, PZ, ...), wat met een frequentie van minimum 3 keer per jaar plaatsvindt.
 - Casusoverleg seksueel delinquenten (PZ Asster, PZ Sint-Lucia, PZ Sint-Amandus en PC Sint-Jan-Baptist). Dit overleg werd vrij recent opgestart waardoor de frequentie nog nader zal bepaald worden.
 - Casusoverleg dubbeldiagnose verstandelijke beperking (PZ Asster, PC Bethanië, Multiversum en OPZC Rekem) met een frequentie van ongeveer 2 tot 4 keer per jaar.
 - Participatie aan de netwerken internering per hof van beroep.
- Er gebeurde een enquête bij de voorzieningen en afdelingen waarmee wordt samengewerkt voor uitstroom, waarbij de ervaringen m.b.t. het profiel van de aangemelde patiënten en m.b.t. de informatie-overdracht werden bevraagd.
- Onderstaande tabel geeft een beeld over het aantal patiënten dat is opgenomen en uitgestroomd tussen de start van de werking en eind 2022.

	FPC Gent	FPC Antwerpen
Aantal patiënten opgenomen	528	285
Aantal patiënten heropgenomen	41	12
Uitgestroomd na behandeling met positief advies	242	81
Terugplaatsing naar de gevangenis	22	12
Onttrekkingen/ontvluchtingen	49	12
Overlijdens	13	8
Andere (in vrijheid, uitwijzing, overplaatsing naar ander FPC)	18	21

Onderstaande tabel geeft een gedetailleerder overzicht m.b.t. de uitstroom na behandeling met positief advies sinds de opstart.

	aantal aanmeldingen bij externe instanties	aantal aangemelde patiënten	in afwachting	weigering door externe instantie	stopzetting aanmeld- procedure (door patiënt of FPC)	aantal uit- gestroomde patiënten
FPC Gent	1193	492	97	646	177	242
FPC Antwerpen	478	171	79	220	98	81

- Elk kwartaal wordt per FPC een uitgebreid analyserapport m.b.t. uitstroom opgesteld en aan het Opvolgingscomité bezorgd. Deze rapporten bevatten heel wat gegevens om mogelijke knelpunten te detecteren. Zo blijkt onder meer dat het FPC op het vlak van uitstroom op een aantal problemen botst, die een grote impact hebben:
 - Bij veel vervolgvoorzieningen is er een lange wachtlijst of een aanmeldingsstop.
 - Patiënten worden vaak geweigerd door potentiële vervolgvoorzieningen, door allerlei factoren (bv. weinig behandelmotivatie, gebrekkige kennis van het Nederlands, te complexe psychiatrische problematiek, te hoge mate van psychopathie, te hoog recidiverisico, aanmeldingsstop in sommige psychiatrische ziekenhuizen).
 - Er is een gebrek aan capaciteit inzake langverblijf in een hoogbeveiligde setting, zolang het geplande LFPC niet operationeel is. Op dit moment is er alleen in UPC Sint-Kamillus (Bierbeek) een long stay-afdeling voor mannen die als "langdurig delictgevaarlijk" beschouwd worden en die op korte en/of middellange termijn geen resocialisatieopties hebben. Ze moeten ook een gemeenschapsregime aankunnen, mogen geen verhoogd risico op agressie vertonen en er mag geen hoog ontvluchttingsrisico zijn.
 - Patiënten zonder verblijfsvergunning kunnen omwille van administratieve problemen niet uitstromen (bij gebrek aan vergoedbaarheid door het RIZIV); sommigen van hen wachten in het FPC op een uitwijzing, maar voor anderen is ook dat niet mogelijk.
 - Het vervolgaanbod voor vrouwen is bijzonder beperkt, en het ontbreekt volledig aan een hoogbeveiligde setting voor langverblijf voor vrouwen.
- Begin 2023 achtte het FPC Gent 72 patiënten klaar voor uitstroom naar vervolgzorg in een lager beveiligde setting. In FPC Antwerpen betreft het 54 patiënten.
Voor 39 patiënten van FPC Gent wordt een hoogbeveiligde setting voor langverblijf nodig geacht. In FPC Antwerpen betreft het 26 patiënten.
Samen met de andere categorieën patiënten die niet kunnen uitstromen, werden eind 2022 bijna de helft van de beschikbare bedden ingenomen door patiënten voor wie het FPC een andere setting beter geschikt acht.
Zonder bijkomende maatregelen om de uitstroombmogelijkheden te vergroten, dreigt het beschikbare behandel aanbod in het FPC de komende jaren quasi volledig dicht te slibben, terwijl het aantal geïnterneerden in gevangenissen opnieuw sterk is toegenomen. Bijkomende impulsen van overheidswege lijken nodig om de nodige vervolgzorg te verzekeren en zo de beschikbare behandelcapaciteit in het FPC optimaal – of minstens efficiënter – te kunnen benutten.

Continuïteit van zorg

- De werkwijze inzake het doorgeven van informatie aan de vervolgzorg is verschillend in beide centra.
 - In FPC Gent stellen de behandelrapporteurs ter voorbereiding van het ontslag een aanmeldbrief op voor de vervolgzorg, met verschillende onderdelen van het patiëntendossier als bijlage: het meest recente verpleeg- en behandelplan (inclusief vermelding van het suïciderisico), het vroegsignaleringsplan, de medicatiefiche en de sociaal-administratieve fiche. Daarnaast verstuurt de medische dienst het integraal medisch dossier naar de vervolgzorg.
 - In FPC Antwerpen wordt na de effectieve uitstroom een uitgebreide ontslagbrief opgemaakt met vast sjabloon. Er is geen interne timing vooropgesteld voor het overmaken van de ontslagbrief. Uit een steekproef van dossiers (zie hieronder) bleek dat het soms lang duurt voor de ontslagbrief aan de vervolgzorg wordt verstuurd (1 brief was bv. nog niet verstuurd na 2 maanden, een andere niet na meer dan 6 maanden).

Op de dag van het ontslag wordt de medicatiefiche meegegeven, evenals medicatie voor drie dagen.

- In een steekproef van dossiers van ontslagen patiënten werd nagegaan welke informatie werd meegegeven aan de vervolgzorg. Op basis van de hierboven beschreven werkwijze bij ontslag, werden in FPC Gent de aanmeldbrieven en ontslaginformatie bekeken, in FPC Antwerpen de ontslagbrieven.

	FPC Gent	FPC Antwerpen
Aantal gecontroleerde dossiers	5	5
Aantal dossiers met ontslaginformatie op moment van ontslag	5	0
Aantal met informatie over medicatie	5	5
Aantal met informatie over somatische voorgeschiedenis	5	5
Aantal met somatische basisinformatie (gewicht, bloeddruk, allergie, tandartsbezoek)	5	0
Aantal met risicotaxatie	5	5
Aantal met informatie over het IQ	5	4
Aantal met psychiatrische diagnose	5	5
Aantal met vermelding van het suïciderisico	5	0
Aantal met een vroegsignaleringsplan als bijlage	4	0
Aantal met informatie over het verloop van de behandeling	5	5
Aantal met informatie over de arbeidsmogelijkheden	5	0

In functie van continuïteit van zorg is het nodig om aan de vervolgzorg de nodige informatie te bezorgen, liefst op moment van ontslag. FPC bepaalt best welke deze basisinformatie moet zijn en wat de timing voor versturen is.

- Na ontslag worden de patiënten (behalve bij een overplaatsing of wanneer ze definitief in vrijheid worden gesteld) opgevolgd door een justitieassistent en door het Openbaar Ministerie bij de KBM. Het FPC probeert met hen tot afspraken te komen om tijdig te signaleren wanneer een en ander fout dreigt te gaan, zodat er tijdig kan op ingespeeld worden. Volgens de interne afspraken neemt het FPC minimaal 3, 6 en 12 maanden na de uitstroomdatum ook zelf contact met de vervolgzorg.
- Wanneer het desondanks toch fout loopt in de vervolgzorg, en patiënten vanuit die vervolgzorg worden teruggestuurd naar de gevangenis, geldt een voorrangsregeling: de betreffende patiënten worden bovenaan de wachtlijst geplaatst, zodat zij opnieuw kunnen worden opgenomen van zodra een plaats beschikbaar komt. Op die manier wil men de effecten van het reeds afgelegde behandeltraject zoveel mogelijk behouden.

7.2 PROCEDUREBEHEER

- Op intranet is een documentbeheermodulesysteem (DMS) geïmplementeerd. Op alle documenten staat minimaal de geldigheidsdatum en de proceseigenaar vermeld. De kwaliteitscoördinator is verantwoordelijk voor het opladen van documenten in het systeem. De communicatie over nieuwe of gereviseerde documenten is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de proceseigenaar van het document. Daarnaast komt er op de intranettegel van DMS een uitroepteken te staan dat de medewerker waarschuwt dat er wijzigingen zijn aangebracht in DMS.

Het gebruik van het documentbeheermodulesysteem is mee opgenomen in het inscholingsprogramma van nieuwe medewerkers.

7.3 MEDICATIEBELEID

- FPC Antwerpen en FPC Gent hebben niet het statuut van een psychiatrisch ziekenhuis en hebben geen erkenning voor een apotheek in huis, waardoor ze geen handelingen kunnen uitvoeren die voorbehouden zijn aan ziekenhuisapothekers (bv. het herverpakken in unitdose-verpakkingen). Voor het leveren en klaarzetten van de medicatie is er sinds 1 oktober 2022 een samenwerkingsovereenkomst met Lloydspharma.
- Beide FPC werken sinds oktober 2022 met een nieuwe software-applicatie MINT waarin de verschillende aspecten van het medicatiegebeuren verenigd zijn: het raadplegen van het formularium, het voorschrijven van medicatie door de behandelende artsen (ook van thuis uit), het raadplegen van het medicatieschema, het bestellen van medicatie, het aftekenen na toediening, andere registraties (bv. geweigerde medicatie, medicatie volgens schema, medicatie uit noodkoffer, ...), het raadplegen van de bijsluiters van alle medicatie, de melding van incidenten m.b.t. medicatie.
- De procedures i.v.m. medicatiebeheer zijn uitgeschreven in verschillende documenten:
 - "medicatiebeheer Antwerpen";
 - "gebruik noodapotheek Antwerpen";
 - "medicatiebeheer Gent";
 - "gebruik noodapotheek Gent";
 - "medicatiebedeling Park Gent";
 - "medicatie in eigen beheer Gent"
 - "middelenmisbruik".

De procedures "medicatiebeheer Gent" en "medicatiebedeling Park Gent" zijn nog niet up-to-date en beschrijven nog de stappen die gevolgd werden met de vorige leverancier Pharmaforce.

- Een procedure over het beleid rond hoogrisicomedicatie (voorschrijven, ontvangen, bewaren en retourneren van hoogrisicomedicatie) en een lijst met hoogrisicomedicatie (HRM) is in opmaak op het moment van de inspectie.

In de software MINT wordt volgende hoogrisicomedicatie nu al duidelijk aangegeven door middel van pop-ups:

- Verdovende medicatie wordt gekenmerkt door dubbele rode strepen achter de naam van het medicament;
 - Medicatie waarbij er een nauwe therapeutische en toxische marge is (bv. insuline, Tegretol®, Clozapine®, ...), wordt aangeduid door een rode driehoek met uitroepteken.
- Er worden vanuit verschillende bronnen cijfers en gegevens verzameld over het medicatiebeleid.
 - Vanuit MINT kunnen er verschillende registraties gehaald worden (vb. weigeringen, ad-hoc-medicatie en producten afwijkend van het dagelijks gebruik, factuur). Rapporten kunnen via de applicatie getrokken worden.
 - Meldingen van medicatiefouten kunnen op verschillende manieren gebeuren. Momenteel lopen deze systemen naast elkaar en medewerkers doen de meldingen dubbel.

- Vanuit MINT kunnen incidenten met betrekking tot medicatie gemeld worden (vrij tekstveld). Deze worden opgevolgd door de medische dienst. Sinds de opstart werden in FPC Gent 84 incidenten en in FPC Antwerpen 96 incidenten gemeld.
- Via het incidentmeldingssysteem (VIM) kunnen medicatie-incidenten gemeld worden. De mogelijkheden tot het melden van incidenten met betrekking tot de medicatie zijn: "fouten in noodapothek", "fouten in huisapothek", "fouten tijdens het verstrekken van de medicatie" en "medicatie gevonden". Incidenten worden besproken in de VIM-commissie. In 2022 werden er in FPC Gent 267 en in FPC Antwerpen 50 incidentenmeldingen gerapporteerd.
- Tijdens de kikkertesten is medicatieveiligheid een vast thema. De vragen worden opgesteld op basis van incidentanalyses. Zo werd in 2022 in Gent nagegaan:
 - of het rolluik van de medicatiekar dicht was;
 - of de cassette met medicatie afgesloten was;
 - waar de sleutel van de medicatiekar bewaard werd;
 - of de medicatiekoelkast de juiste temperatuur had;
 - of het temperatuurregistratieformulier correct ingevuld was;
 - of medicatie in de koelkast identificeerbaar is per patiënt;
 - of er enkel medicatie in de medicatiekoelkast zit.
- In Antwerpen werden in 2022 volgende aspecten bekeken:
 - of het rolluik én de cassette van de medicatiekar dicht/gesloten was;
 - of de medicatiekoelkast de juiste temperatuur had;
 - of er enkel medicatie in de koelkast zat;
 - of er juist was gerapporteerd over depotmedicatie.
- Bij medicatie-incidenten kan er, op basis van een risicomatrix (ernst en kans op herhaling), besloten worden tot incidentanalyses waaruit verbeteracties kunnen volgen. In 2022 vonden geen incidentanalyses rond medicatie plaats. Op basis van verschillende voorgaande analyses werd besloten om de samenwerkingsovereenkomst met de vorige leverancier te beëindigen, een nieuwe leverancier te zoeken en de nieuwe software MINT te implementeren.
- Medewerkers op de afdelingen worden op de volgende manieren ondersteund met betrekking tot medicatie:
 - De medische dienst werd uitgebreid met 1 VTE per FPC om de zorgmedewerkers op de afdelingen te ondersteunen.
 - In het opleidingsprogramma "Psychopathologie" zit er een specifieke module "psychofarmaca".
 - Er is een opleiding voorzien voor alle verpleegkundigen over het klaarmaken en toedienen van de depotmedicatie Zypadhera®.
- Patiënten krijgen informatie over hun medicatie via de artsen (voor psychofarmaca door de psychiater en voor de overige medicatie door de huisarts). Wijzigingen van medicatiedoseringen worden via USER en de afdelingshoofden gecommuniceerd naar de patiënt.
- Medicatie wordt op volgende manier geleverd aan de afdelingen en klaargezet.
 - De medicatie wordt dagelijks per patiënt geleverd op de afdeling, verpakt per toedieningsmoment. De verpleegkundige van de desbetreffende shift controleert de medicatie en zet de medicatie klaar per patiënt in de medicatiekar vlak voor het toedieningsmoment.
 - Een deel van de medicatie kan niet gefractioneerd geleverd worden (zoals puffers, zalven, inspuitingen en tijdelijke medicatie) waardoor deze in minimale bulkverpakking aan de medische dienst geleverd wordt. De medische dienst voert een controle uit en verwittigt de afdelingen dat ze de medicatie kunnen ophalen.
 - Ad-hoc-medicatie wordt per 5 dagen geleverd op naam van de patiënt. Op basis van de registratie van de verstrekte ad-hoc-medicatie maakt de apotheek twee keer per week een overzicht, om zo de nodige medicatie weer aan te leveren.

- De medicatie voor de patiënten van afdeling Park (FPC Gent), die hun medicatie in eigen beheer hebben, wordt op de afdeling Sifferdok geleverd voor de hele week, nadat deze gecontroleerd werd door de verpleegkundige van de medische dienst. Patiënten moeten hun medicatie op Sifferdok afhalen en er is een aftekenblad dat zowel door de patiënt als door de verpleegkundige bij afhaling afgetekend wordt.
De medicatie van de patiënten van afdeling Park op FPC Gent die hun medicatie niet in eigen beheer hebben, wordt geleverd op de afdeling van waaruit de patiënt is doorgestroomd.
- Info over het pletten van medicatie is beschikbaar in MINT. Het pletten van medicatie kan enkel met de toestemming van de psychiater en de medicatie wordt dan geplet aangeleverd vanuit de leverancier.
- Medicatie wordt toegediend door verpleegkundigen of door zorgkundigen onder supervisie van een verpleegkundige.
 - De bedeling van de medicatie gebeurt op de leefgroep of op de kamer voor de patiënten met kamermaatregel. Voor patiënten in een PAK gebeurt dit via het luik of met de deur open als dit samenvalt met een contactmoment (inclusief controle op inname). Voor patiënten in een separeerruimte gebeurt dit bij voorkeur met de deur open (2 medewerkers).
 - Wanneer de verpleegkundige niet tot het team van de afdeling behoort, gebeurt de bedeling in aanwezigheid van een andere medewerker van de afdeling.
 - De inname van medicatie gebeurt onder visueel toezicht van de verpleegkundige (mond-hand-controle).
 - Patiënten mogen geen medicatie op de kamer bewaren (uitgezonderd op afdeling Park).
 - Parenterale medicatie wordt opgetrokken vlak voor toediening.
- Op de afdeling Park staan sommige patiënten zelf in voor het beheer van de medicatie. Op het moment van de inspectie stonden 14 van de 16 patiënten die op Park verbleven zelf in voor hun medicatie. Er werd nagegaan op het medicatieschema of hiervoor een medisch order was van de psychiater/arts.
 - Bij 3/14 patiënten was er een vermelding op het medisch order.
 - Bij 11/14 was er geen vermelding op het medisch order (en ook niet elders in het dossier).Op andere afdelingen gebeurt het uitzonderlijk dat patiënten (tijdelijk) instaan voor het beheer van hun medicatie, bv. tijdens UV's. Bij controle hiervan van 1 patiënt was dit in orde. De afspraak werd vermeld in het dossier bij de rubriek "cliëntenafspraken".
- Er wordt substitutiemedicatie voorgeschreven en verstrekt in beide FPC.
 - Op de afdelingen wordt de substitutiemedicatie als dagdosis geleverd en tot toediening bewaard in de verpleegpost, beveiligd door een codeslot. Alle medewerkers van de afdeling kennen de code. Dit is noodzakelijk als er een verpleegkundige van een andere afdeling zou instaan voor de bedeling van de medicatie.
- Medicatie wordt veilig bewaard op de afdeling.
 - De klaargezette medicatie wordt bewaard in de medicatiekar op de verpleegpost. De kar is beveiligd via de badge.
 - Afdelingsvoorraden zijn zeer beperkt (paracetamol, Buscopan®, Antimetril®, Enterol®, Medica® keeltabletten) en worden op de afdeling in een aparte ruimte van de verpleegpost bewaard en zijn dus niet toegankelijk voor onbevoegden.

- Medicatie wordt veilig bewaard op de medische dienst.
 - De medicatievoorraad wordt bewaard in een aparte ruimte waar enkel de verpleegkundigen van de medische dienst toegang tot hebben.
 - De medicatie die klaarstaat voor de afdelingen (dagelijkse levering van medicatie per afdeling en noodkoffer) bevinden zich in aparte ruimtes, niet toegankelijk voor onbevoegden (patiënten).
- De medicatiezakjes per patiënt zijn gelabeld met:
 - de naam en de voornaam van de patiënt;
 - de medicatie die zich in het zakje bevindt (naam, dosis).
- Wat betreft het schema dat gebruikt wordt voor de bedeling van de medicatie, werd het volgende vastgesteld.
 - Het is traceerbaar wie de medicatie afgetekend heeft. Het is de bedoeling dat wie toedient, ook aftekent.
 - Aftekenen voor toediening kan per toedieningsmoment of per individuele medicatie.
 - Er kan in het schema aangeduid worden dat medicatie geweigerd werd (door middel van een rood kruisje); volgens de procedure moet de reden hiervan ingevuld worden.
- Er werden op 1 afdeling in FPC Gent 10 medicatieschema's gecontroleerd.
 - Bij alle 10 gecontroleerde schema's was de medicatie afgetekend na toediening.
 - Er waren 3 medicijnen die geweigerd waren door de patiënt / niet toegediend waren. Deze waren aangeduid met een rood kruisje.
 - De reden van niet-toediening was bij alle drie niet te achterhalen.
- Op 2 afdelingen in FPC Gent werd de volledigheid van de medicatieorders op de medicatieschema's gecontroleerd voor in totaal 15 medicijnen. Er werd gecontroleerd op aanwezigheid van naam medicatie, vorm medicatie, dosis, toedieningswijze en frequentie toediening.
 - Alle gecontroleerde items waren aanwezig op de medische orders.
- Op 2 afdelingen in FPC Gent werden de medische orders voor de "zo nodig" medicatie gecontroleerd op aanwezigheid van naam medicatie, dosis per toediening, minimum aantal uren tussen 2 toedieningen, maximum dosis per 24 uur en de indicatie. Er werden in totaal 13 medische orders gecontroleerd.
 - Telkens was de naam aanwezig;
 - Telkens was de dosis per toediening aanwezig;
 - 3 maal ontbrak het minimum aantal uren tussen 2 toedieningen;
 - 7 maal ontbrak de maximale dosis per 24 uur;
 - 8 maal ontbrak de indicatie.
- Er werd op 2 afdelingen in FPC Gent een steekproef gedaan van de afdelingsvoorraad. Er werden in totaal 20 medicijnen gecontroleerd op aanwezigheid van naam medicatie, dosis, vervaldatum en of de vervaldatum overschreden was.
 - De naam was steeds aanwezig.
 - De dosis was 2 maal niet aanwezig omwille van losse pillen of een verknipte blister.
 - De vervaldatum was 2 maal niet aanwezig omwille van losse pillen of een verknipte blister.
 - bij 18/18 medicijnen met een vervaldatum was de vervaldatum niet overschreden.
- Er werd op 1 afdeling van FPC Gent een steekproef gedaan van de aanwezige ad-hoc-medicatie. Er werden in totaal 10 medicijnen gecontroleerd op aanwezigheid van naam medicatie, dosis, vervaldatum en of de vervaldatum overschreden was.
 - De naam was steeds aanwezig.

- De dosis was steeds aanwezig.
 - De vervaldatum ontbrak 1 maal (losse pillen in een zakje zonder vervaldatum).
 - Bij 9/9 medicijnen met een vervaldatum was de vervaldatum niet overschreden.
- Er werd op de medische dienst in FPC Gent een steekproef gedaan van de medicatievoorraad en de medicatie in de noodkoffer. Er werden in totaal 20 medicijnen gecontroleerd op aanwezigheid van naam medicatie, dosis, vervaldatum en of de vervaldatum overschreden was.
 - Alle gecontroleerde items waren in orde.
- Op 1 afdeling in FPC Gent werd de koelkast voor de gekoelde medicatie gecontroleerd.
 - De koelkast was afgesloten voor onbevoegden.
 - Er was enkel medicatie in de koelkast aanwezig.
 - De grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waren gekend (2°-8°). De vooropgestelde frequentie van aflezen van de temperatuur van de koelkast was 3 maal per week (maandag-woensdag-vrijdag). De controlemomenten waren de laatste maand steeds uitgevoerd en er waren geen afwijkende waarden waarvoor er actie moest ondernomen worden.
- Op 1 afdeling in FPC Gent werden de geopende vloeistoffen gecontroleerd op de aanwezigheid van de openingsdatum. Er werden 3 vloeistoffen gecontroleerd.
 - Er was steeds een openingsdatum genoteerd op het flesje of de flacon.
- Het verhoogde toezicht na de toediening van Zypadhera® (depotmedicatie) verloopt in praktijk niet volgens de procedure (om het half uur via een contactmoment gedurende 3 uur). Bij controle van 3 toedieningen was er 2 keer niet gecontroleerd gedurende 3 uren en telkens was er niet steeds om het half uur gecontroleerd.

7.4 AGRESSIEBELEID

Beleid

- De preventie van agressie-incidenten en het verhogen van de interne veiligheid is een belangrijke uitdaging voor het FPC, omwille van de specificiteit van de voorziening en de patiëntenpopulatie in combinatie met de personeelssituatie. Ook infrastructurele en DECT-problemen (zie 5.1) hebben invloed.
 - Het merendeel van de patiënten heeft een hoog risico op nieuwe geweldsfeiten tijdens het verblijf in de voorziening.
 - Meer dan de helft van de patiënten kampt met een verslavingsproblematiek. Middelengebruik verlaagt op individueel niveau de drempel voor het tot stand komen van incidenten. Op groepsniveau kan het gebruik en de aanwezigheid van middelen ook interne spanningen en conflicten tussen patiënten met zich meebrengen.
 - Opname in het FPC is geen vrije keuze van de patiënt, noch van het FPC.
 - Een terugplaatsing in de gevangenis kan enkel na een beslissing van de KBM.
 - De beperkte bezetting en het personeelsverloop maken degelijke agressiepreventie erg moeilijk. Een stabiel behandelteam is noodzakelijk om een omgeving te creëren die zorgt voor minder agressie-incidenten (zie hieronder).
- Het agressiepreventiebeleid van beide FPC is uitgeschreven in een "beleidsnota agressiepreventie". In de beleidsnota wordt verwezen naar aanverwante documenten, waarvan de laatste vijf recent opgemaakt of herwerkt zijn:
 - Beleidstekst behandelvisie;
 - Instructie wat na een agressie-incident;
 - Richtlijn aangifte of klacht na strafbare feiten;

- Instructie aanpak grensoverschrijdend gedrag;
 - Reglement Veilig Incident Melden (VIM);
 - Formulier en instructie afhandeling schade door patiënt of medewerker;
 - Richtlijn leidraad verbale de-escalatie (nieuw);
 - Instructie incidenten – alarmlopen bij agressie of geweld (herwerkt);
 - Instructie eerste stappen na een incident (herwerkt);
 - Instructie bedrijfsopvangteam (herwerkt);
 - Procedure gijzeling (herwerkt).
- Het FPC zet in op 3 verschillende vormen van agressiebeheersing.
 - Relationale agressiebeheersing is gericht op de relatie tussen behandelaar en patiënt en ontstaat door het vermogen van medewerkers om veiligheidsrisico's bij patiënten in te schatten en daarnaar te handelen. Door op een professionele manier een samenwerkingsrelatie met de patiënt aan te gaan, leren medewerkers deze beter kennen, doorgronden en voorspellen. Zo voorkomen zij agressief en externaliserend probleemgedrag. Deze preventie begint bij de theorie van het milieutherapeutisch werken, het kennen van de psychopathologie van de patiënten en het opstellen van een vroegsignaleringsplan (het beschrijven van verschillende fases in een vroeg stadium en daaraan gekoppeld acties die de patiënt of medewerker kan nemen om bepaald gedrag niet verder te laten escaleren). Als uiterste middel kan er sprake zijn van fysieke weerbaarheid om bijvoorbeeld een patiënt fysiek onder controle te krijgen middels humane, pijnloze technieken.
 - Procedurele agressiebeheersing wordt opgesplitst in enerzijds procedurele beveiliging (bestaat uit een samenhangend stelsel van omgangsvormen, bejegening, behandeling, regels, protocollen en werkinstructies gericht op de veiligheid van patiënten, medewerkers en de maatschappij) en anderzijds procedurele veiligheid (omvat protocollen en procesbeschrijvingen die, in het geval van agressiepreventiebeleid, er zorg voor dragen dat algemeen geldende afspraken gekend zijn door iedereen en ook op die manier uitgevoerd worden).
 - Materiële agressiebeheersing bestaat uit de fysieke barrières om ontvluchtingen of andere incidenten te vermijden.
 - In het FPC zijn behandeling en agressiebeheersing nauw met elkaar verweven. Het proces van individueel risicomanagement vormt de kern van de behandeling: de patiënt leert zijn individuele risicofactoren en individueel risicogedrag herkennen, leert zijn mogelijkheden en beperkingen in het omgaan hiermee kennen, en leert hier gepast naar handelen.
 - Agressiepreventie begint bij het toepassen van de principes van de milieutherapie. Er wordt op de afdelingen een omgeving gecreëerd die stimulerend werkt om aan de behandeldoelstellingen te werken.
 - De individueel begeleider werkt vanaf opname samen met de patiënt om een signaleringsplan op te stellen aan de hand van de methode vroegsignalering. Het signaleringsplan wordt bewaard door de patiënt en is ook te vinden in het patiëntendossier. Signaleringsplannen moeten regelmatig geëvalueerd en aangepast worden, tijdens de weekevaluaties of op indicatie. Ongeveer een jaar voor de inspectie werd de registratie aangepast volgens de fases van de methode vroegsignalering:
 - Fase 1: introductie. De medewerker vertelt de patiënt hoe het werken met een signaleringsplan in zijn werk gaat en inventariseert tegelijk welke factoren deze interventie kunnen beïnvloeden.
 - Fase 2: inventarisatie. De medewerker bespreekt met de patiënt welke vroege waarschuwingsignalen in het signaleringsplan beschreven worden.
 - Fase 3: monitoring. De patiënt leert zijn gedrag scoren aan de hand van de vroege waarschuwingsignalen.
 - Fase 4: actie. Er worden stabiliserende acties van zowel patiënt als medewerkers beschreven.
- Het FPC evalueert de toepassing van de methode vroegsignalering en stuurt bij waar nodig (bijvoorbeeld integratie suïcidepreventie met vroegsignalering, mogelijke integratie crisisonwikkelingsplan met vroegsignalering en mogelijke aanpassing vroegsignalering bij specifieke doelgroepen).

- Het risicoprofiel van patiënten wordt in beeld gebracht op basis van een systematisch proces van risicotaxatie. Naarmate de patiënt vorderingen maakt, kunnen individuele vrijheden progressief uitgebreid worden. Bij elke patiënt wordt binnen de 12 weken na opname een eerste risicotaxatie gescoord die jaarlijks geëvalueerd moet worden.
- Tot slot spelen ook de risicomanagementgroepen (RMG) een centrale rol in de ontwikkeling van het individueel risicomanagement. De afdelingspsycholoog leidt in principe wekelijks een risicomanagementgroep met de patiënten op zijn afdeling. Doel van dit gesprek is de groepsdynamiek en de risicofactoren van de patiënten bespreekbaar te maken en vaardigheden aan te leren. In de praktijk is zowel de frequentie als de inhoud van deze groepen verschillend per afdeling. Enerzijds wordt de inhoud en indien nodig de frequentie aangepast aan de groep, anderzijds hangt de frequentie af van de aanwezigheid van de afdelingspsycholoog (ziekte, zwangerschap, verlof).
- Het FPC zet sterk in op de-escalerend werken ter preventie van agressie.
De "leidraad verbale de-escalatie" (begin 2020 opgemaakt) biedt medewerkers handvaten rond verbale de-escalatie. De leidraad wordt gebruikt bij opleidingen, interviews en casusbesprekingen.
In het voorjaar van 2021 voerde een masterstudent een kwalitatief onderzoek naar de-escalerend werken in beide FPC. Via daaropvolgende focusgroepen met medewerkers werd bekeken wat nodig is om agressie-incidenten die tot arbeidsongevallen leiden te voorkomen. Uit de suggesties ter verbetering werden al een aantal zaken concreet uitgewerkt door de interne trainers agressiehantering (zie hieronder). Zo werd het aantal personen die nodig zijn bij een separatie aangepast en werd de rolverdeling van medewerkers tijdens een separatie verder aangescherpt. De concrete uitwerking van andere suggesties wordt verder onderzocht.
- De instructie "incidentbeheer – alarmlopen bij agressie of geweld" beschrijft de verwachtingen ten opzichte van de personeelsleden wanneer een alarm afgaat. Bij het begin van een shift wordt per afdeling afgesproken wie loopt bij een alarmsituatie en wie op de afdeling blijft. De procedure beschrijft wie de leiding neemt en wie bepaalt welke behandelinterventies nodig zijn. Patiënten die niet betrokken zijn bij alarmsituaties kunnen tijdens de duur van de alarmsituatie hun afdeling niet verlaten. Zij verblijven, afhankelijk van hun afdeling, vrij op groep of op hun kamer.

Middelen

- In het kader van materiële agressiebeheersing zijn binnen het FPC heel wat zaken beschikbaar, zoals: beveiliging van de koude zone door Securitas-medewerkers, individuele patiëntenkamers, PAK en separeerkamers, badgesysteem en de aanwezigheid van camera's (zie 7.5). Uitgangspunt is dat de materiële beveiliging niet overweldigend aanwezig moet zijn, opdat het gebouw een indruk geeft van vertrouwen, openheid en veiligheid.
- Elke medewerker wordt geacht een DECT-toestel bij zich te dragen. Via het DECT-systeem kunnen personeelsleden persoonlijk alarm geven. Securitas voert regelmatig testen uit rond de alarmwerking (om de 2 nachten, waarvan eenmaal per week uitgebreider; maandelijkse test overdag bij volle capaciteit).

In FPC Gent vertoont dit systeem aanhoudende mankementen

- Er zijn een aantal infrastructurele problemen die invloed hebben op de preventie van en het omgaan met agressie-incidenten.

De infrastructurele knelpunten staan hoger uitgebreider omschreven (zie 5.1).

Medewerkers

- Alle nieuwe medewerkers krijgen een link doorgestuurd naar e-learnings. Zij kunnen deze voor opstart of tijdens de boven-bezettingsweken volgen. Diverse e-learnings hebben betrekking op het agressiepreventiebeleid, zoals "persoonsalarm en gijzeling" en "fysieke weerbaarheid".
- Alle medewerkers die patiëntencontact hebben, volgen 1 dag agressiehantering - persoonlijke verweertechnieken tijdens de boven-bezettingsweken. Medewerkers uit de zorg volgen daarnaast ook een vorming over vroegsignalering, behandelvisie en milieutherapie tijdens de inscholingsperiode (binnen de 6 maanden na opstart). Zij volgen tijdens de inscholingsperiode ook nog 4 dagen vorming over agressiehantering – teamtechnieken, waarna ze ingezet kunnen worden om te lopen bij een alarm op een andere afdeling. Flex-medewerkers kunnen, indien de planning het toelaat, na positieve evaluatie aansluiten bij de dagopleiding en bij uitbreiding ook de vierdaagse volgen.
- Alle medewerkers die patiëntencontact hebben, moeten tweemaal per jaar een opfrissingscursus (4 uur) agressiehantering volgen.
- Voor elke afdeling is er een aandachtsfunctionaris vroegsignalering die extra vormingen krijgt en ondersteuning biedt in het opstellen, aanpassen en implementeren van individuele vroegsignaleringsplannen.
- Zowel in FPC Gent als in FPC Antwerpen is er in het najaar van 2021 een interne trainer agressiehantering/fysieke weerbaarheid (AHT/FWT) aangesteld. Hierdoor kan men snel en op maat inspelen op de behoeften rond agressiebeheersing in beide FPC. De interne trainers verzorgen de vormingen rond agressiehantering, geven coaching op de werkvloer en bieden ondersteuning en evaluatie bij incidenten. Na elk alarm/separatie volgt een mondelinge evaluatie met de betrokkenen en een interne trainer AHT/FWT. De trainers capteren mogelijke knelpunten. Op basis daarvan kunnen het beleid, de werking en de jaarlijkse vorming agressiehantering aangepast worden. De aanwezigheid van interne trainers maakt de maandelijkse dry-run trainingen (simulatie en evaluatie van situaties waar bijvoorbeeld bij een "oefenpatiënt" een separatie wordt uitgevoerd) grotendeels overbodig. Dry-runs gebeuren nu enkel op indicatie.
- De opleiding "boeien en fouilleren" is verplicht voor alle medewerkers van de afdeling ZIZ en voor alle afdelingshoofden. Daarnaast is deze opleiding verplicht voor 2 zorgmedewerkers per afdeling die niet op het gelijkvloers is gelegen. Deze vorming wordt om de 2 jaar herhaald.
- Er zijn een aantal infrastructurele problemen die invloed hebben op de preventie. Zowel FPC Gent als FPC Antwerpen beschikt over een bedrijfsopvangteam (BOT). Dit team biedt steun en nazorg voor medewerkers na een incident of schokkende gebeurtenis op het werk. De teams werden uitgebreid van 7 tot 12 personen en er werden coördinatoren toegevoegd. Door deze wijziging wordt de continuïteit van het BOT-team gewaarborgd en kan men ook in drukke periodes tegemoetkomen aan aanmeldingen. Het team is multidisciplinair samengesteld, en de medewerkers volgden een aanvullende training. De mate waarin ondersteuning van het BOT is aangewezen, is afhankelijk van de gebeurtenis, de betrokkenheid, de persoonlijke omstandigheden en de individuele vraag van de medewerker. De eerste crisisopvang gebeurt door de directe collega's en de rechtstreeks leidinggevende van het eigen team. Na elk incident kunnen medewerkers met een vraag tot nazorg zelf contact opnemen met het BOT. Indien de medewerker zelf geen contact opneemt terwijl het afdelingshoofd dit wel nodig acht, kan het afdelingshoofd de medewerker aanmelden bij het BOT. Het BOT voorziet maximaal 3 gesprekken, met een eerste gesprek de werkdag na aanmelding. Dit kunnen individuele of groeps gesprekken zijn.

Er is een folder beschikbaar om medewerkers te informeren over het aanbod en er vinden infosessies voor nieuwe medewerkers plaats over de rol van het BOT en over het incidentmeldingssysteem (VIM).

Naast het BOT kunnen medewerkers bij een ingrijpende gebeurtenis beroep doen op specialisten buiten de organisatie. Deze externe psychosociale begeleiding bestaat uit 1 tot 3 verwerkingsgesprekken, indien nodig uit te breiden tot 5 sessies.

Bij navraag op de afdelingen blijkt de opvang van medewerkers na een agressie-incident goed te verlopen.

Processen

- De meldingen van agressie-incidenten worden maandelijks besproken en geanalyseerd in de VIM- commissie.
- Naar aanleiding van de incidentanalyse van een gijzeling werd de procedure gijzeling recent herwerkt. De directie speciale eenheden (DSU) van de federale politie gaf feedback op de aanpak van de gijzeling (eind 2021). Dit werd besproken op de management meeting, waar men besliste een werkgroep gijzeling op te richten die in 2022 driemaal samen kwam. Dit leidde tot een aanpassing van de "procedure gijzeling", de instructie "incidenten - alarmlopen bij agressie-incidenten" en de instructie "eerste stappen na een incident". Ook de vorming werd op basis van de aanbevelingen van de werkgroep aangepast.
- Een stabiel behandelteam en voldoende patiëntencontact zijn noodzakelijk om een omgeving te creëren die zorgt voor minder agressie-incidenten. Nabijheid leidt tot hogere relationele veiligheid, een betere opsporing van vroegsignalen, de-escalatie en agressievermindering.
 - In FPC Gent loopt het project "versterken interactie met patiënten door optimalisatie werking verpleegpost". Medewerkers brengen veel tijd door in de verpleegpost, ten koste van tijd met de patiënten. Met dit project wil FPC Gent het patiëntencontact verhogen. Er zijn reeds verschillende initiatieven geïmplementeerd, zoals medicatie bedelen in de leefgroep op bepaalde afdelingen, apps waardoor de administratieve last verlaagt, lockers voor persoonlijke gevaarlijke voorwerpen van patiënten in de leefgroep in plaats van bewaring in verpleegpost op bepaalde afdelingen, gebruik van laptops in de leefgroep en sessies de-escalerend werken voor medewerkers. Tijdens de afdelingsbezoeken bleek dat medewerkers ervaren dat ze hierdoor meer tijd kunnen doorbrengen met de patiënten.
 - In FPC Antwerpen ligt de verpleegpost buiten de afdeling, wat een extra drempel is voor het bieden van nabijheid.
 - De krappe personeelsbezetting en het grote personeelsverloop maken agressiepreventie, zeker in FPC Antwerpen, erg moeilijk. Tijdens de afdelingsbezoeken bleek dat de medewerkers zich door tijdsgebrek voornamelijk richten op dagelijkse taken en crisismanagement ("brandjes blussen") en onvoldoende ruimte hebben om nabijheid te bieden en breder therapeutisch te werken. Er wordt ook regelmatig ingesprongen op andere afdelingen. Deze zaken zorgen voor frustraties bij patiënten, doordat er minder tijd is voor hen of omdat het personeel van een andere afdeling hen onvoldoende kent of kan antwoorden op hun vragen. Insluitingen leiden ook tot frustratie bij patiënten. Ook voor medewerkers is het moeilijk wanneer ze inspringen op een andere afdeling waar ze patiënten minder goed kennen of wanneer ze minder tijd hebben op hun eigen afdeling voor hun patiënten en bijvoorbeeld minder proactief kunnen reageren op spanningen in de groep.
 - Vanuit de patiëntenraad wordt aangegeven dat de wissels in de afdelingsteams een invloed hebben op het vertrouwen van patiënten in de staf.

Resultaten

- Volgende KPI met betrekking tot agressie worden maandelijks opgevolgd door het managementteam:
 - patiënten met recente risicotaxatie;
 - aantal arbeidsongevallen;
 - ernstgraad arbeidsongevallen;
 - percentage patiënten waarbij men gestart is met de methode vroegsignalering (fase 1,2,3);
 - percentage patiënten waarbij men effectief tot een vroegsignalering gekomen is (fase 4).
- In maart 2023 is zowel in FPC Gent als in FPC Antwerpen bij 91% van de patiënten gestart met de methode van vroegsignalering (d.w.z. dat minstens een sjabloon is aangemaakt in het dossier en dat minstens één vroeg voorteken is aangevuld). Bij 59% van die 91% in FPC Antwerpen is de patiënt aan de slag met de methode vroegsignalering (fase 1, 2, 3), bij 37% van die 91% is de patiënt effectief tot vroegsignalering gekomen (fase 4). Voor FPC Gent is dit 59% (fase 1,2,3) en 24% (fase 4) van de 91%.

- In 2021 werden in FPC Gent 429 VIM-meldingen rond agressie-incidenten gedaan; in 2022 waren dit er 543. In FPC Antwerpen werden 256 agressie-incidenten gemeld via VIM in 2021; in 2022 waren dit er 338.
- In 2022 werden in FPC Antwerpen 19 arbeidsongevallen waarbij een agressie-incident aan de basis lag, gemeld aan de interne preventieadviseur. Dit leidde tot 169 dagen arbeidsongeschiktheid. In FPC Gent werden in 2022 28 arbeidsongevallen gemeld waarbij een agressie-incident aan de basis lag. Er waren 217 dagen arbeidsongeschiktheid door agressie-incidenten.
In de loop van 2021-2022 was er in beide FPC een daling in de gemiddelde ernstgraad van arbeidsongevallen. De daling is in FPC Gent meer uitgesproken dan in FPC Antwerpen.
Hoewel het aantal arbeidsongevallen hoog blijft, is de ernst duidelijk gedaald.
- In 2022 werden drie agressie-incidenten, allemaal in FPC Antwerpen, uitgebreid geanalyseerd. Dit gebeurde aan de hand van de SIRE-methode (2) of de PRISMA-methode (1). Het analyserapport eindigt met verschillende veiligheids- en kwaliteitsverbeteringsvoorstellen op verschillende domeinen (team, taakverdeling, opleiding en training, communicatie).
- In 2022 waren er 146 aanmeldingen voor BOT Antwerpen en 77 voor BOT Gent. Er kan niet nagegaan worden hoeveel van deze aanmeldingen gebeurden op basis van agressie-incidenten. Het hoger aantal aanmeldingen in FPC Antwerpen wordt door het FPC verklaard door een hogere nood aan deze vorm van ondersteuning: in FPC Antwerpen werken meer nieuwe medewerkers en kampt men met een groot personeelstekort waardoor minder onderlinge ondersteuning mogelijk was.
- In 2022 vonden in Antwerpen 106 politie-interventies plaats, in Gent waren dit er 53.
- FPC Antwerpen scoort lager dan FPC Gent bij de patiëntenbevragingen over leefklimaat. De Group Climate Inventory-revisited (GCI-r) is een instrument voor forensische patiënten en gaat na of het leefklimaat als open of gesloten wordt ervaren. Een open leefklimaat draagt bij tot een afname van agressie-incidenten, hogere behandelmotivatie, positief behandelresultaat en meer emotionele stabiliteit.

7.5 VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN (VBM)

Plaatsing in het FPC betekent voor de geïnterneerden een opsluiting binnen de muren van het centrum. Dit hoofdstuk over vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) focust niet op dit aspect van vrijheidsberoving dat het gevolg is van een KBM-beslissing, maar beschrijft de verdere VBM binnen deze context.

Zorginspectie gaat tijdens inspecties uit van het advies van de Hoge Gezondheidsraad rond dwanginterventie: vrijheidsbeperking gebeurt zo min mogelijk, zo kort mogelijk, in verhouding met het gevaar en binnen een juridisch en zorgethisch kader waarbij respect, waardigheid en veiligheid van zowel gebruikers als hulpverleners voorop staan. Specifiek m.b.t. afzondering en separatie werden, vanuit het basisprincipe "zo min mogelijk, zo kort mogelijk en steeds in veilige omstandigheden", een aantal uitgangspunten omschreven op basis van de (inter)nationale richtlijnen.

- Afzondering en separatie mogen als maatregel enkel gehanteerd worden in geval van acuut en ernstig gevaar, voor de patiënt zelf of voor anderen.
- De indicaties voor de afzondering en separatie moeten in detail genoteerd worden in het dossier.
- Notities in het dossier tonen aan dat er minstens om de 30 minuten verhoogd toezicht is op de patiënt in afzondering of separatie.
- Notities in het dossier tonen aan dat er minstens om de 60 minuten persoonlijk contact is door een medewerker die binnen gaat bij de patiënt in de afzonderings- of separatieluimte.
- Notities in het dossier tonen het dagelijks persoonlijk contact door een arts bij patiënten in afzondering of separatie aan.
- Er wordt geen gebruik gemaakt van de combinatie van afzondering/separatie en mechanische fixatie.

In 2019 werd door het Vlaams Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een multidisciplinaire richtlijn ontwikkeld (MDR) voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Beleid

- In de preventie van afzondering en separatie wordt in de MDR nadruk gelegd op een gecombineerde, multimethodische aanpak. De inspecteurs vinden volgende aanbevolen strategieën in de aanpak van FPC terug: de betrokkenheid, visie en engagement van leidinggevenden op alle beleidsniveaus, het fysiek aanpassen van de verblijfsomgeving van de zorggebruiker, het bieden van training in het voorkomen, vroegtijdig herkennen en het omgaan met agressie voor medewerkers, het gebruik van preventie-strategieën waaronder risico-assessment, signaleringsplannen, traumageschiedenis bevragen en alternatieven zoeken, registratie van alle agressie-incidenten, afzonderingen en fixaties voor verdere analyse en beleidsvoering, het invoeren van evaluatiemomenten na het gebruik van afzondering of fixatie.
- Eén van de belangrijke pijlers binnen het therapeutisch concept van FPC is het evenwicht tussen het beperken van vrijheden en het gradueel toekennen van vrijheden in de loop van het behandelproces. Dwang en drang maken binnen FPC intrinsiek deel uit van de behandeling. Voor de opgenomen patiënten was het omgaan met regels en normen in het verleden vaak heel problematisch, en voor velen van hen is de behandeling in andere behandelsettings vaak net fout gelopen op basis van veiligheidsincidenten en het overtreden van regels. Het aanleren van omgaan met grenzen van zichzelf en anderen is dan ook een belangrijke behandel doelstelling. Dit betekent dat een bepaalde vorm van dwang en vrijheidsbeperking inherent is aan het behandelconcept.
- Het FPC definieert 4 soorten van vrijheidsbeperkende maatregelen die gradueel opbouwen (de terminologie van het FPC wordt doorheen het verslag aangehouden niettegenstaande het verschil met de gehanteerde definities in andere psychiatrische settings):
 - afdelingsmaatregel: de bewegingsvrijheid van de patiënt wordt beperkt tot de afdeling;
 - afzondering op de patiëntenkamer: de bewegingsvrijheid van de patiënt wordt beperkt tot de patiëntenkamer;
 - afzondering op de prikkelarme kamer (PAK): de bewegingsvrijheid van de patiënt wordt beperkt tot de PAK;
 - separatie: de bewegingsvrijheid van de patiënt wordt beperkt tot een separeerkamer (in het aparte separeerblok dat naast de afdeling ZIZ gelegen is).
- In beide FPC gelden volgende basisprincipes voor het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.
 - Indicatie voor het starten van een maatregel zijn:
 - de bescherming van de veiligheid of gezondheid van de patiënt;
 - de bescherming van de veiligheid of gezondheid van anderen dan de patiënt;
 - de handhaving van de orde of de veiligheid in de instelling (de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen dan de patiënt).
 - De beslissing tot het nemen van een vrijheidsbeperkende maatregel wordt genomen door het multidisciplinair team. De psychiater is eindverantwoordelijk voor het opleggen, evalueren en beëindigen van de maatregel. De afdelingspsycholoog is verantwoordelijk voor de behandelinhoudelijke uitwerking.
 - Toepassen van de maatregel vindt altijd plaats volgens het proportionaliteitsprincipe en volgens het principe dat steeds voor de lichtst mogelijke maatregel wordt gekozen, totdat zwaardere maatregelen nodig zijn. De beslissingen worden genomen op basis van proportionaliteitstoetsing, aan de hand van volgende vragen: "Is de maatregel in staat het doel te bereiken?", "Is de maatregel noodzakelijk om het doel te bereiken?" en "Is er een redelijke verhouding tussen de aantasting van de fysieke integriteit en de bescherming van de gezondheid?". De ernst van de vrijheidsbeperkende maatregel

en de concrete omstandigheden moeten hierin meegenomen worden, rekening houdend met de begrippen legaliteit en legitimiteit.

- De patiënt moet vooraf geïnformeerd worden over de maatregel door de afdelingspsychiater en/of -psycholoog, tenzij dit niet mogelijk is in het geval van een noodsituatie.
- Er moeten steeds een aantal basisrechten gerespecteerd worden (eten, drinken, contact met de buitenwereld, buitenlucht, enz.).

- Sinds 1 januari 2023 zijn in beide FPC nieuwe procedures voor VBM van kracht. In deze vernieuwde procedures zijn verregaande inhoudelijke aanpassingen gedaan om het VBM-beleid in lijn te brengen met de richtlijnen.

Naar aanleiding van het bezoek en rapport van het CPT (Europees comité inzake de voorkoming van foltering en onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing) in 2017 en de bemerkingen in de vorige inspectieverslagen van Zorginspectie, heeft de juridische dienst van het FPC een analyse gemaakt van de nationale en internationale criteria voor het opleggen van vrijheidsbeperkende maatregelen. De werking van het FPC rond VBM werd daaraan getoetst en aangepast om tegemoet te komen aan de meeste criteria.

Het beleid m.b.t. separaties en afzondering op PAK en afzondering op de eigen kamer werd zo in lijn gebracht met volgende basisprincipes.

- Afzondering en separatie mogen als maatregel enkel gehanteerd worden in geval van acuut en ernstig gevaar, voor de patiënt zelf of voor anderen.
- De indicaties voor de afzondering en separatie moeten in detail genoteerd worden in het dossier.
- Er wordt geen gebruik gemaakt van de combinatie van afzondering/separatie en mechanische fixatie.

Voor separatie en afzondering op PAK zijn de procedures in lijn met het volgende principe:

- Notities in het dossier tonen aan dat er minstens om de 30 minuten verhoogd toezicht is op de patiënt in afzondering of separatie.

Voor afzondering op de eigen kamer is het interval tussen de toezichtsmomenten in de procedures van FPC vastgelegd op maximum 2 uur, wat niet in lijn is met de richtlijnen.

Voor separatie zijn de procedures in lijn met het volgende principe:

- Notities in het dossier tonen het dagelijks persoonlijk contact door een arts bij patiënten in afzondering of separatie aan.

Voor afzondering op PAK en op de eigen kamer is geen dagelijks persoonlijk contact door een arts voorzien, wat niet in lijn is met de richtlijnen.

Voor geen enkele maatregel is voldaan aan het volgende principe:

- Notities in het dossier tonen aan dat er minstens om de 60 minuten persoonlijk contact is door een medewerker die binnengaat bij de patiënt in de afzonderings- of separatieruimte.

Voor afzondering en separatie zijn overdag minstens 6 persoonlijke contactmomenten voorzien. Tijdens de nacht zijn er voor geen enkele vrijheidsbeperkende maatregel persoonlijke contactmomenten voorzien.

- Op de afdelingen ZIZ worden patiënten opgenomen die niet in staat zijn om in groep te functioneren omdat hun psychiatrische gezondheidstoestand het niet toelaat of omwille van een tijdelijke crisis. Op de afdeling ZIZ wordt de bewegingsvrijheid van de patiënt in beginsel beperkt tot de eigen kamer. Patiënten hebben de mogelijkheid om minstens één uur per dag buiten de kamer door te brengen. Volgens de VBM-procedures van FPC betreft dit geen maatregel afzondering op kamer.

Er bestaan verschillende kamerprogramma's op ZIZ naargelang het aantal uur dat een patiënt in groep kan verblijven; dit varieert tussen 1 uur en 7 uur per dag. Het aantal persoonlijke contactmomenten varieert naargelang het kamerprogramma tussen 5 en 12 overdag. De frequentie van verhoogd toezicht is niet voor alle patiënten van ZIZ beschreven in een procedure, noch qua visueel toezicht, noch qua persoonlijke contactname.

- Binnen de algemeen geldende huisregels van beide FPC zijn er een aantal werkwijzen voorzien, met het oog op het organiseren van het therapeutisch leefklimaat en het behandelmilieu. Patiënten worden voorafgaand aan en bij hun opname hierover ingelicht (zie 7.7).
 - De persoonlijke bewegingsvrijheid van een patiënt – die zich in eerste instantie beperkt tot de afdeling – kan in functie van het verloop van de behandeling worden uitgebreid. Elke patiënt heeft een persoonlijke badge, via dewelke de bewegingsvrijheid individueel wordt aangepast.
 - Alle patiënten worden gedurende de nacht opgesloten in de patiëntenkamer. In FPC Gent zijn de insluttijden van 21u30 tot 7u op weekdays en van 21u30 tot 8u30 in het weekend. In FPC Antwerpen zijn de insluttijden van 21u30 tot 7u15 op weekdays en van 21u30 tot 9u op vrijdag en in het weekend.
 - Patiënten die niet deelnemen aan therapieblokken of dagprogramma-onderdelen waarvoor zij geïndiceerd zijn, moeten voor de duur van deze momenten op hun kamer verblijven. De deur gaat daarbij niet op slot.
 - Patiënten die weigeren hun huishoudelijke taken te verrichten (waarvan geoordeeld wordt dat zij in de mogelijkheid zijn om deze te verrichten), kunnen worden verplicht om op de afdeling te blijven tot zij deze hebben verricht.

De hierboven beschreven afdelings- en kamerprogramma's worden door FPC niet beschouwd als vrijheidsbeperkende maatregelen maar als huisregels binnen het therapeutisch beleid; deze moeten gerapporteerd worden in het EPD maar worden niet opgenomen in het register en de cijfergegevens m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen.

- In het huishoudelijk reglement staan alle maatregelen binnen dwang en vrijheidsbeperking geëxpliciteerd en gedetailleerd beschreven.
 - Afdelingsmaatregel;
 - Afzonderingsmaatregel kamer en prikkelarme kamer;
 - Separatiemaatregel;
 - Gebruik mechanische middelen (fixatie);
 - Toegangscontrole van patiënten tot het centrum;
 - Onderzoeken aan het lichaam of aan de kleding;
 - Urinecontrole;
 - Blaastest;
 - Gedwongen geneeskundige handeling;
 - Opleggen van beperkingen aan gebruik van individuele Patiënt Cloud;
 - Afsluiten energietoevoer;
 - Cameratoezicht;
 - De weigering tot toelating van bezoek of van een bepaalde bezoeker;
 - De weigering van het voeren van telefoongesprekken;
 - De weigering van uitgaande briefwisseling met bepaalde geadresseerden;
 - Het verbod op contact met een vertegenwoordiger van de media.

Verschillende procedures, instructies en protocollen werken het beleid rond dwang en vrijheidsbeperking verder uit:

- de gronden voor het opleggen van een VBM;
- de procesbeschrijving VBM;
- de procedure vrijheidsbeperkende maatregelen;
- het protocol separeren;
- de instructie controle patiëntenkamer en gemeenschappelijke ruimten;
- de instructie controle brieven en poststukken;
- de instructie aanvragen politie-interventie;
- het protocol urine-en drugscreening.

- Volgende elementen in het beleid van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn vooruitstrevend.
 - Het inperken van de bewegingsvrijheid tot de afdeling wordt in het FPC ook beschouwd als een vrijheidsbeperkende maatregel en wordt meegeteld in de cijfergegevens.
 - Voor het geheel van maatregelen zijn er gradueel opbouwende indicaties voorzien.
 - Voor elke patiënt in afzondering/separatie wordt er een dagprogramma opgesteld en schriftelijk meegedeeld aan de patiënt, waarin duidelijke afspraken gemaakt worden over contactmomenten en de dagelijkse routines (eten, drinken, roken, persoonlijke hygiëne), contact met medepatiënten, verblijf in de buitenlucht, ontvangen van bezoek en/of telefoon.
 - Elke patiënt krijgt, ongeacht de maatregel, de mogelijkheid tot minstens een uur in de buitenlucht per dag.
 - FPC heeft een fixatie-arm beleid waarbij mechanische fixatie tot een minimum beperkt wordt.
 - Uitzonderlijk wordt een valhelm gebruikt omwille van gevaar voor zichzelf (automutilatie). In 2021 en 2022 werden in beide campussen geen maatregelen mechanische middelen opgelegd.

[REDACTED]

- Volgende drempels zijn ingebouwd om VBM-maatregelen te beperken, in aantal of in duur.
 - Het FPC verwacht dat de behandelend psychiater bij een langdurige separatie (> 7 dagen) en langdurige dwangmedicatie (> 3 maanden) overleg pleegt met de hoofdarts ter evaluatie van de maatregel.
 - Bij elk gebruik van dwangbehandelingen (medicatie, vocht en voeding) moet de hoofdarts toestemming geven voor het opstarten van de maatregel.
 - Een afdelingsmaatregel moet elke maand opnieuw geëvalueerd worden door de psychiater.
- Tijdens de COVID-pandemie waren er verschillende bijkomende maatregelen voor de patiënten (geen bezoek, preventieve quarantainemaatregelen...). In 2022 waren een kwart van de vrijheidsbeperkende maatregelen in het kader van COVID (kamer- of afdelingsquarantaines).

Middelen

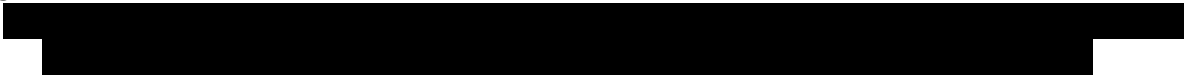
- De toegang tot en de uitgang van beide FPC is sterk beveiligd. De toegang gebeurt gecontroleerd na voorafgaande aanmelding en na een veiligheidscheck door medewerkers van Securitas.
- Alle patiëntenafdelingen zijn afgesloten. Toegang is enkel mogelijk d.m.v. een badgesysteem. Elke medewerker en elke patiënt heeft een badge. Via de persoonlijke badge wordt de bewegingsvrijheid van patiënten individueel aangepast. De badge van patiënten werkt op het moment van de inspectie niet voor de afdelingsdeuren. Patiënten moeten zich altijd aanmelden/afmelden bij de afdelingsstaf die de deuren voor hen opent.
- Patiënten verblijven in beide FPC allemaal op individuele patiëntenkamers.
- FPC Gent heeft 7 prikkelarme kamers, verspreid over 4 afdelingen (Schelde, Lieve, Leie en Ringvaart). FPC Antwerpen heeft 6 prikkelarme kamers, verspreid over 6 afdelingen (Rupel-Dijle, Nete-Dam, Eilandje-Zuid, Asiadok-Amerikadok, Bonapartedok-Bevrijdingsdok, Kattendijkdok-Kanaaldok).

- Tijdens de inspectie werden 5 prikkelarme kamers (PAK's) bezocht: 3 in FPC Gent en 2 in FPC Antwerpen. Sommige PAK's zijn benaderbaar door de patiënten van de afdeling omdat ze niet achter een sluisdeur zijn gelegen. Hierdoor gebeurt het regelmatig dat patiënten aan de deur rommelen of het inkijkluikje openschuiven.
- FPC Gent beschikt over een separeerblok met 8 separeerkamers, gelegen op het gelijkvloers, naast de ZIZ-afdeling Schelde.
FPC Antwerpen beschikt over een separeerblok met 4 separeerkamers, gelegen op het gelijkvloers, naast de ZIZ-afdeling Westerschelde.

Elke separeerkamer heeft:

- een deur met een venstertje en een doorgeefluik;
- een inox toilet, camerabewaking, een branddetector en een interfoniesysteem, tijdsaanduiding;
- een matras op de grond of een veiligheidsbed;
- ruime daglichtinval doorheen de glazen buitenwand;
- een eigen buitenruimte;
- een eigen locker;
- een sanitair blok met douche en toilet, per 2 separeerkamers.

Er werden 3 separeerkamers bezocht: 2 in FPC Gent en 1 in FPC Antwerpen. Volgende knelpunten werden opgemerkt i.v.m. de infrastructuur.

- 
- Er is onvoldoende geluidsisolatie naar de andere separeerkamers. Dit is een probleem in geval van geagiteerde patiënten en prikkelbare patiënten.
 - De wanden van de separeerruimtes bestaan uit beton en zijn niet veilig op vlak van automutilatie (bij de opstart van FPC waren de wanden en vloer van de separeerruimtes bekleed met een zachter materiaal wat door patiënten kon losgemaakt worden en zo voor onveilige situaties zorgde. Na risico-inschatting werd beslist om de bekleding weg te halen).

- In FPC Gent en Antwerpen hebben de patiëntenkamers van de afdelingen Zeer Intensieve Zorg geen aansluitende buitenruimtes. Sommige patiënten van ZIZ kunnen om veiligheidsredenen geen gebruik maken van de patio's waar zich andere patiënten bevinden. Om veiligheidsredenen worden deze patiënten soms naar een separeerruimte overgebracht om hen een uur per dag in de buitenlucht te kunnen garanderen zoals voorzien is in internationale richtlijnen. Dit valt niet binnen de aanvaardbare redenen voor separatie.
- Er wordt soms gebruik gemaakt van een wikkeldeken tijdens de procedure om de patiënt in de PAK/separeerruimte te brengen. De patiënt wordt met deze techniek enkele seconden geïmmobiliseerd zodat personeelsleden kort de tijd hebben om veilig de kamer te verlaten. Aangezien patiënten het wikkeldeken zelf kunnen losmaken, wordt dit niet beschouwd als een mechanisch fixatiemiddel.
Men beschikt over speciale beschermkledij die door personeel kan gedragen worden bij patiënten met risico op krabben of bijten tijdens separeermaatregelen.
- Het FPC werkte de applicatie "verhoogd toezicht" uit, waarin personeelsleden geacht worden, afhankelijk van de ingestelde frequentie (30 of 60 minuten), informatie over het toezicht van de patiënt te registreren. In de verpleegpost hangt een scherm met de patiënten met verhoogd toezicht van de afdeling. De applicatie geeft meldingen en verwittigt medewerkers (zorgmedewerkers, stafmedewerkers, Securitas) wanneer de afgesproken registratietijd overschreden wordt. Kleurcodes geven het aantal minuten overschrijding aan: er is een gele kleur te zien op het scherm wanneer 30 minuten voorbij zijn, oranje vanaf 40 minuten en rood na 50 minuten. Vanaf rood krijgen de betrokken medewerkers een bericht op hun DECT. Bij overschrijding van de periode voor verhoogd toezicht, moeten medewerkers een reden opgeven in de applicatie. Zowel stafleden als medewerkers geven aan dat sinds de invoering van dit systeem de kwaliteit van de registraties tijdens verhoogd toezicht verbeterd is. De gegevens vanuit deze applicatie komen bij het

beëindigen van het verhoogd toezicht automatisch in het elektronisch patiëntendossier terecht. Beide systemen zijn volledig geïntegreerd. De werking van deze applicatie staat beschreven in de instructie "verhoogd toezicht".

Een verhoogd toezicht (inclusief het activeren van de applicatie) kan voor elke patiënt ingesteld worden (suïcidedreiging, agressiedreiging, ...) maar is verplicht bij elke afzondering (in de separatiekamer, de prikkelarme kamer en de eigen kamer).

Medewerkers

- Er is een e-learning over vrijheidsbeperkende maatregelen. In de opleidingen wet- en regelgeving en de opleiding agressiehantering, boeien en fouilleren komt het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen ook aan bod. Interne trainers nemen deel aan de uitvoering van separaties en geven advies.
- In uitzonderlijke omstandigheden wordt bijstand van de politie gevraagd, o.a. voor het overbrengen van een patiënt naar een separeerruimte. [REDACTED]

In FPC Gent vonden er in 2022 27 overbrengingen naar de separatieruimte plaats onder politiebegeleiding. In FPC Antwerpen vonden er in 2022 56 overbrengingen naar de separatieruimte plaats onder politiebegeleiding.

- Het KB voorziet in een personeelsbestaffing die lager ligt dan de bestaffing op afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen. De MDR stelt het volgende: "Een hogere zorgzwaarte en/of een verhoogd risico op agressie of crisis, vereist een hogere ratio personeelsbezetting-zorggebruikers. In dit opzicht is deze ratio een bijzonder aandachtspunt in onder andere acute opnameafdelingen en voorzieningen met gedwongen opnames."

De krappe personeelsbezetting in verhouding tot de patiëntenpopulatie van FPC met een verhoogd risico op agressie en/of crisis, heeft een invloed op het aantal VBM.

- Door personeelstekort worden op sommige momenten de insluttijden uitgebreid. Bij onvoorziene afwezigheden waarvoor op korte termijn geen oplossing kan gevonden worden, wordt ad hoc een afschakelplan afgeroepen. De equipe van twee spiegelafdelingen staan dan de helft van de shift in voor de ene afdeling, de andere helft van de shift voor de andere afdeling; de patiënten worden dan tijdens een halve shift ingesloten. Dit heeft verschillende gevolgen voor de patiënten: de voorziene blokken uit het blokkenrooster kunnen niet steeds gevolgd worden, er zijn geen gezamenlijke kookactiviteiten, de rookmomenten gaan niet door en voor patiënten die geen toegang hebben tot de patient cloud in hun kamer is er geen mogelijkheid tot telefoneren met de familie. In FPC Gent werd het afschakelplan tijdens 18 shifts op een afdeling toegepast, in FPC Antwerpen tijdens 80 shifts (onder meer omwille van hoge aantallen coronabesmettingen bij medewerkers). Daarnaast zijn er in FPC Antwerpen langere insluttijden t.o.v. FPC Gent, wat kadert binnen de structurele maatregelen die genomen werden binnen het retentieplan voor medewerkers.
- Op sommige afdelingen in FPC Antwerpen, bv. Nete-Dam, worden patiënten die niet meegaan op patio ingesloten voor de duur van het patio-moment.
- Medewerkers geven aan dat het aantal afzonderingen dat veroorzaakt werd door één bepaalde patiënt is gedaald door meer nabijheid te bieden in situaties met oplopende spanning, in tegenstelling tot de vroegere aanpak van het naar de kamer sturen van de patiënt "om tot rust te komen". Het bieden van nabijheid bij crisissen wordt in richtlijnen beschreven als basisprincipe voor humane zorg en de belangrijkste maatregel om VBM te vermijden. Medewerkers geven aan dat ze meer nabijheid zouden willen kunnen bieden maar dat dit met de huidige bestaffing niet haalbaar is.

De krappe personeelsbezetting in verhouding tot de patiëntenpopulatie van FPC (met een verhoogd risico op agressie en/of crisis) heeft een invloed op de geboden kwaliteit van zorg. Binnen de huidige bestaffing is het voldoen aan alle richtlijnen qua toezicht tijdens separatie en afzondering niet haalbaar.

- Er is voor separatie en afzondering geen persoonlijk contact om het uur.

- Persoonlijk contact dient vanuit veiligheidsoverwegingen volgens de procedure steeds door twee medewerkers te gebeuren. Overdag worden 6 persoonlijke contactmomenten voorzien. Tijdens separatie en afzondering op PAK worden vier contactmomenten door medewerkers van de zendende afdeling uitgevoerd en twee contactmomenten door medewerkers van ZIZ. Met de voorziene bestaffing is een hogere frequentie niet realistisch haalbaar in combinatie met de zorg voor de andere patiënten op de afdeling.
- Tijdens de nacht wordt er niet binnen gegaan in de separeerkamers, PAK's en patiënten-kamers. Persoonlijk contact dient vanuit veiligheidsoverwegingen volgens de procedure steeds door twee medewerkers te gebeuren. Met de voorziene nachtelijke bestaffing is dit niet mogelijk. Persoonlijk contact tijdens separatie beperkt zich tijdens de nacht tot een gesprek via het luikje of via de interfonie.
- Voor de afzondering op kamer is er geen verhoogd toezicht om de 30 minuten, maar wordt om de twee uur toezicht voorzien.
- [REDACTED] is geen frequentie van verhoogd toezicht voorzien in de procedure.-Uit dossiercontroles en uit de kamerprogramma's blijkt dat verhoogd toezicht om de 30 minuten en persoonlijk contact om het uur overdag niet voor alle patiënten kan aangetoond worden.
- Er is in de procedure geen dagelijks contact met een arts tijdens afzondering, wel tijdens separatie.
- De federale overheid voorziet in steeds meer psychiatrische ziekenhuizen High & Intensive Care of HIC-afdelingen voor de opvang van patiënten in crisis. De patiënt verblijft er op een beveiligde kamer, in een rustgevende omgeving met de mogelijkheid om te werken met één-op-één behandelingen. Om op deze eenheden dwangmaatregelen maximaal te vermijden, worden hogere bestaffingsnormen gehanteerd zoals in internationale richtlijnen is beschreven.

De meerderheid van de separatiemaatregelen en afzonderingsmaatregelen wordt opgelegd aan patiënten van de observatie- en oriëntatieafdelingen. In 2022 gebeurden 77% van de separaties in FPC Gent en 72% van de separaties in FPC Antwerpen bij patiënten van de observatie- en oriëntatieafdelingen. 81% van de afzonderingen op PAK gebeurde in FPC Gent bij patiënten van de observatie- en oriëntatieafdelingen en 50% in FPC Antwerpen. Voor de afzondering op eigen kamer was 56% patiënt van de observatie- en oriëntatieafdelingen in FPC Gent en 36% in FPC Antwerpen.

Aangezien de patiëntendoelgroep van de observatie- en oriëntatieafdelingen gekenmerkt wordt door een hoger aantal crisissen en (fysieke) agressie-incidenten, zijn dit de afdelingen waar de nood het hoogst is aan nabijheid tijdens crisissen en waar de krappe bestaffing het meest impact heeft. Het optrekken van de bestaffing van de observatie- en oriëntatieafdelingen tot op HIC-niveau zou meer mogelijkheden geven om de vereiste kwaliteit van zorg te kunnen bieden.

Processen

- Alle maatregelen rond vrijheidsbeperking uit het Huishoudelijk Reglement (HR) worden gedetailleerd beschreven in een register, dat geconsulteerd kan worden door de advocaat van de patiënt en de door hem gekozen arts. Hierdoor heeft FPC zicht en kan het controle uitoefenen op een zeer brede scope van vrijheidsbeperkende maatregelen, terwijl sommige van deze maatregelen binnen andere organisaties in de geestelijke gezondheidszorg onzichtbaar blijven.
- Binnen de 24u na het opstarten van een vrijheidsbeperkende maatregel krijgt de patiënt volgens de procedure een schriftelijke mededeling over deze maatregel. De mededeling bevat minstens:
 - de reden/doelstelling voor de maatregel;
 - motivering van de maatregel;
 - voorwaarden waaraan voldaan moet zijn opdat de maatregel zou kunnen worden opgeheven;
 - beklagmogelijkheden van de patiënt met betrekking tot de maatregel;
 - bij een separatiemaatregel en afzondering op PAK staat ook vermeld dat de patiënt zich onder permanent cameratoezicht bevindt.

Er werden 15 schriftelijke mededelingen van maatregelen ingekeken (4 separaties, 3 afzonderingen in een PAK, 4 afzonderingen op de eigen kamer, 1 afdelingsmaatregel, 3 gedwongen medicatie; sommige mededelingen bevatten meerdere maatregelen).

- Alle mededelingen bevatten de vooropgestelde elementen.
- Het gradueel gebruik (opbouwen en afbouwen) van de verschillende maatregelen kon aangetoond worden.

De schriftelijke mededeling / motivering van de maatregel werd in 2022 in FPC Gent in 94,17% van de gevallen binnen de 24 uur na het opleggen van de maatregel aan de patiënt uitgereikt. In FPC Antwerpen was dat bij 82% van de maatregelen het geval.

- De momenten van visueel toezicht via de camera tijdens separatie worden door de medewerkers van ZIZ in de applicatie verhoogd toezicht genoteerd. De overschrijdingen van visueel toezicht situeren zich voornamelijk overdag wanneer de medewerkers bezig zijn met de zorg voor ZIZ-patiënten.

Uit een dossiersteekproef van patiënten tijdens separatie bleek dat er dagelijks meerdere overschrijdingen waren van het verhoogd toezicht van minstens 20 minuten.

Het aantal overschrijdingen van verhoogd toezicht (percentage overschrijdingen t.o.v. aantal verhoogd toezicht die in die periode moesten gebeuren) wordt maandelijks opgevolgd als KPI en varieerde in 2022 tussen 4% en 21%.

- De uitgebreidere notities over persoonlijke contactmomenten tijdens separatie en afzondering op PAK worden in het patiëntendossier geschreven (de momenten met maaltijden worden door de zendende afdeling gedaan, de koffiemomenten gebeuren door ZIZ). Uit dossiercontrole blijkt dat niet alle persoonlijke contactmomenten worden genoteerd, noch tijdens separatie, noch tijdens afzondering op de PAK. In een dossiercontrole over het aantal persoonlijke contactmomenten overdag tijdens separatie en tijdens afzondering in PAK varieert het aantal genoteerde persoonlijke contactmomenten op 8 gecontroleerde dagen tussen 0 en 6 contactmomenten, met een gemiddelde van 2,75 en een mediaan van 4.

- Alle deuren van ruimtes waar patiënten verblijven (kamer, PAK, separeerkamer) blijven tijdens de nacht gesloten.

[Redacted text block]

Door de patiëntenraad werd een bezorgdheid geuit over de beperkte snelheid van reactie in geval van nood.

Resultaten

- Het FPC beschikt over zeer uitgebreide up-to-date cijfers over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Op basis van deze cijfers worden jaarlijks analyserapporten opgemaakt per campus. De analyserapporten 2022 werden voor beide campussen ingekeken.

Over de jaren heen tonen deze cijfers dat het aantal VBM afneemt naarmate het een verdere behandelfase betreft. Over het algemeen worden in alle behandelfases meer maatregelen opgelegd op de sociaal-therapeutische afdelingen dan op de supportieve afdelingen (met uitzondering van de resocialisatieafdelingen). De meer ingrijpende maatregelen (separatiemaatregel en PAK-maatregel) hebben een kortere duurtijd dan de andere maatregelen (kamermaatregel en afdelingsmaatregel). Het toedienen van medicatie onder dwang gebeurt weinig frequent en voornamelijk op de oriëntatie- en behandelafdelingen. Agressie en de geestestoestand van de patiënt zijn de voornaamste aanleidingen voor het opleggen van een VBM. Afzondering op de eigen kamer is de meest toegepaste VBM, gevolgd door separatie, afzondering op de prikkelarme kamer en een afdelingsmaatregel (na exclusie van de maatregelen omwille van COVID).

- Volgende KPI over vrijheidsbeperkende maatregelen worden maandelijks opgevolgd door het management-team:
 - het aantal separaties;
 - het aantal afzonderingen op PAK en op eigen kamer;
 - gemiddelde duur van separatie;
 - gemiddelde duur van afzondering op PAK en op eigen kamer;
 - verhoogd toezicht separatie;
 - verhoogd toezicht PAK en kamer;
 - nood- en dwangmedicatie.
- Driemaandelijks wordt er een overzicht van alle opgelegde maatregelen per afdeling (aantal en gemiddelde duur) overgemaakt aan de zorgmanagers, aan de directeurs patiëntenzorg en aan de hoofdartsen. Dit stelt hen in staat om een goed beeld te hebben van de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en om bij te sturen waar nodig.
- Het FPC kan aantonen dat cijfergegevens en analyses m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen teruggekoppeld worden aan RvB, directie, stafleden en afdelingen.
- FPC deed onderzoek over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen (de prevalentie en de risicofactoren) en publiceerde in april 2022 een artikel in de International Journal of Law and Psychiatry.

7.6 SUÏCIDEPREVENTIEBELEID

Beleid

- Het beleid rond suïcidepreventie werd na de vorige inspectie in FPC Antwerpen in 2019 gereviseerd. Het huidige beleid werd in lijn gebracht met de "Multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag", die in 2017 gelanceerd werd door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP). Ook de bijkomende opmerkingen uit de vorige inspectiebezoeken werden weggewerkt.
- Er is een gemeenschappelijk beleid voor FPC Gent en FPC Antwerpen. Evaluatie en bijsturing gebeurt jaarlijks door een overkoepelende werkgroep suïcidepreventie. Volgende richtlijnen en formulieren beschrijven het suïcidepreventiebeleid:
 - Beleidsnota suïcidepreventie;
 - Procedure suïcidepreventie;
 - Acties procedure suïcidepreventie;
 - Acties procedure suïcidepreventie – afdelingsstaf;
 - Acties procedure suïcidepreventie – afdelingspsycholoog;
 - Acties procedure suïcidepreventie – afdelingspsychiater;
 - Acties procedure suïcidepreventie – afdelingshoofd;
 - Handleiding USER suïcidepreventie;
 - Sjabloon safety plan;
 - Sjabloon IPEO (instrument voor psychosociale evaluatie en opvang na een suïcidepoging).
- Volgens de procedure wordt suïcidaliteit bij elke patiënt bevraagd bij intake, bij opname, bij evaluatie van het behandelplan, bij elke interne transfer, bij uitstroom en op indicatie. Voor de bevraging bij intake werd een specifieke rubriek voorzien in het Forensisch Psychiatrisch Diagnostisch verslag.
- De formulieren "acties procedure suïcidepreventie" beschrijven per functie (afdelingsstaf, afdelingspsycholoog, afdelingspsychiater en afdelingshoofd) de te ondernemen acties. Zo is het duidelijk wie welke verantwoordelijkheid draagt bij het bevragen van suïcidaliteit, bij te nemen interventies per niveau van suïcidali-

teit en bij een suïcidepoging en een suïcide. Diverse interventies bij verhoogde suïcidaliteit worden beschreven: verhoogde waakzaamheid, gesprekken, beveiliging omgeving (medicatie, gevaarlijke voorwerpen, strippen kamer), safety plan, neuro-biologisch en installeren van verhoogd toezicht (met contact en registratie via een app, maximaal om de 30 minuten bij acute dreiging) en/of overbrenging naar PAK of separatie. Men bekijkt steeds multidisciplinair en zoveel mogelijk in samenspraak met de patiënt welke maatregel passend is.

- Er is duidelijk omschreven wat door wie moet gebeuren na een suïcidepoging en na een suïcide.
 - Registratie in het patiëntendossier en VIM-melding.
 - Evaluatie door het team onder leiding van de Zorgmanager, samen met een lid van de werkgroep suïcidepreventie. Uitgebreide analyse (bv. SIRE/PRISMA) mogelijk na poging, steeds na suïcide.
 - Gesprek met de patiënt na een poging om het suïciderisico en de behandelingsnoden in te schatten aan de hand van IPEO (Instrument voor psychosociale evaluatie en opvang). FPC bekijkt in overleg met VLESP een mogelijke overstap naar LOES (leidraad opvang en evaluatie suïcidaliteit), een vernieuwd instrument dat ook gebruikt kan worden bij verhoogde suïcidaliteit. Het safety plan wordt samen met de patiënt bijgesteld.
 - Opvang van naasten na een poging is summier beschreven. Uitgebreidere richtlijnen zijn opgesteld voor het informeren en opvangen van nabestaanden na een suïcide.
 - Opvang van medepatiënten na een poging wordt in de procedure enkel beschreven indien de poging plaatsvond in aanwezigheid van andere patiënten. Dit om te vermijden dat bij andere patiënten triggers veroorzaakt worden voor suïcidale gedachten of gedrag.
Het zou goed zijn om de waakzaamheid voor signalen bij andere patiënten ook te vermelden indien de poging niet plaatsvond in hun aanwezigheid.
Opvang van medepatiënten na een suïcide gebeurt door groepsgesprekken en extra alertheid voor risicopatiënten.
 - Medewerkers worden na een suïcide(poging) in eerste instantie bijgestaan door directe collega's; het dienstdoend afdelingshoofd staat in voor coördinatie. Nadien kunnen medewerkers eventueel beroep doen op het BOT-team en een externe psycholoog na doorverwijzing van BOT. Bij navraag op de afdelingen blijkt de opvang van medewerkers na een suïcide(poging) goed te verlopen.

Middelen

- Infrastructuur
 - De werkgroep suïcidepreventie maakte een inschatting van risico's per bouwdeel voor beide FPC.
 - Een aantal beveiligende maatregelen verschillen per afdeling, naargelang de fase in de behandeling (materiaal bestek, bewaring gevaarlijke voorwerpen, open of gesloten waskamer, ...).
 - De mate van beveiliging wordt aangepast aan de noden van de individuele patiënt. De afdelingspsycholoog schat samen met het multidisciplinair team de individuele risico's per patiënt in en verbindt daar maatregelen aan (kledingroede weghalen, scheren onder toezicht, kamer strippen, ...).
 - Op de afdelingen ZIZ in FPC Gent werden aanpassingen gedaan aan de patiëntenkamers met het oog op suïcidepreventie. De deur van de badkamer en de kastdeuren werden weggehaald, de gordijnrail, schroeven en de kapstokken werden verwijderd en het douchegordijn werd bevestigd d.m.v. kleefstrips.
 - In FPC Antwerpen werden een aantal knelpunten weggewerkt (badkamer patiëntenkamer, camera in elke PAK). [REDACTED]

Medewerkers

- Elke nieuwe medewerker moet tijdens de inscholingsperiode een basisopleiding volgen rond suïcidepreventie. Deze opleiding bestaat uit:
 - twee e-learningmodules van het VLESP: "detectie" en "interventie";
 - twee e-learningmodules van het FPC: "wat na een suïcidepoging" en "wat na een suïcide" (toepassing procedures, safety plan, IPEO, codering suïcidaliteit);
 - opleiding USER door applicatiebeheer: registratie en opvolging van suïcidaliteit in het elektronisch patiëntendossier;
 - opleiding VIM-melding door de kwaliteitscoördinator.
- De opleiding wordt jaarlijks opgefrist door de afdelingspsycholoog tijdens een intervisie op elke afdeling. De opfrissing bevat een herhaling van algemene afspraken, praktische handvatten (bijvoorbeeld "Hoe pak ik een bevraging van suïciderisico aan?") en concrete toepassing op de patiënten van de afdeling (zoals het overlopen van vroegsignalen en interventies). Medewerkers geven aan dat deze opfrismomenten een positieve impact hebben op de betrokkenheid en gedragenheid van het team.

Processen

- De "handleiding USER – registratie suïciderisico" beschrijft hoe en waar een medewerker een bevraging rond suïcide moet registreren en welke zaken na registratie automatisch aangepast worden in het dossier.
 - Bij elke bevraging wordt een code en motivatie genoteerd in de "vragenlijst suïciderisico".
 - De datum en code van de laatste bevraging worden genoteerd bij "waarschuwing"; deze is onmiddellijk zichtbaar bij het openen van het dashboard van de patiënt in USER. De code wordt automatisch overgenomen in het zorgportaal, zodat deze ook daar meteen zichtbaar is.
 - In het zorgportaal is ook steeds een overzicht beschikbaar van alle patiënten van de afdeling, zodat meteen duidelijk is wie al dan niet een verhoogd risico heeft.
 - De antwoorden van de meest recente bevraging worden automatisch overgenomen in het behandelplan van de patiënt.
 - Er kan een overzicht opgevraagd worden, waarbij automatisch een historiek van de verschillende bevragingen en het aantal opgeladen safety plans verschijnt. De evolutie van het suïciderisico doorheen de opname is op deze manier zichtbaar.
 - De rapportage rond pogingen en suïcides dient op een specifieke plaats te gebeuren.
 - Men gebruikt een sjabloon voor het safety plan. Het safety plan wordt onder een specifieke rubriek in het EPD opgeladen.

Uit de afdelingsbezoeken blijkt dat het voor de medewerkers duidelijk is waar zij moeten registreren. Ze vinden alles ook makkelijk terug.

- Het FPC volgt centraal op of de procedures in de praktijk gekend zijn en gevolgd worden. Om de 2 maanden is er op elke afdeling een bevraging om na te gaan of medewerkers de procedures kennen (kikkertesten). Maandelijks is er een centrale dossiercontrole waarbij nagegaan wordt of de codes bij waarschuwing en in de vragenlijst suïciderisico ingevuld zijn en of er voor alle dossiers met een suïciderisicoscore vanaf 3 een safety plan in het dossier zit. Naast deze systematische controles kunnen er, naar aanleiding van knelpunten, specifieke controles uitgevoerd worden. Naar aanleiding van een incident checkte men bijvoorbeeld hoe lang geleden de laatste bevraging plaatsvond. Het beleid werd aangepast na de controle.
- Via het behandelplan krijgt de vervolgzorg informatie rond de meest recente suïcidebevraging bij ontslag uit FPC Gent. In FPC Antwerpen wordt een ontslagbrief naar de vervolgzorg verstuurd; hierin ontbreekt informatie over het suïciderisico.
- Op het moment van de inspectie is het voor patiënten niet mogelijk om te bellen met de Zelfmoordlijn. De werkgroep suïcidepreventie onderzoekt in overleg met de Zelfmoordlijn deze mogelijkheid.

- Tijdens de inspectie werden 29 dossiers (19 actieve en 10 afgesloten) gecontroleerd in het kader van suïcidepreventie.
 - Er is steeds een inhoudelijke motivatie te vinden bij de inschatting van het suïciderisico (19/19).
 - Er worden bijna altijd interventies beschreven bij verhoogde suïcidaliteit (17/19, code 2 of hoger: 14/14). Er wordt vaak een safety plan opgemaakt samen met de patiënt (13/19), er worden vaak maatregelen op maat genomen om de veiligheid van de omgeving te bevorderen (13/19) en er staan ook diverse andere acties beschreven (8/19). Bij code 1 (lichte mate van suïcidaliteit) staan niet steeds interventies beschreven (3/5). De specifieke signalen of interventies bij code 1 werden op verschillende, soms moeizaam vindbare, plaatsen gevonden. Zorginspectie beveelt aan ook bij code 1 steeds de signalen of interventies te noteren op een duidelijk afgesproken plaats (bijvoorbeeld geïntegreerd in het vroegsignaleringsplan, wat de afspraak is binnen het FPC).
 - De meest recente bevraging gebeurde gemiddeld 49,26 dagen geleden (mediaan: 19 dagen). In slechts 1 van de 19 actieve dossiers dateerde de laatste bevraging van meer dan 6 maanden geleden.
 - Een aandachtspunt zijn de bevragingen op risicovolle momenten. De bevragingen bij intake (13/25), opname (14/29), verandering van afdeling (3/27) en bij ontslag (4/10) gebeuren niet systematisch. Dit noch vóór (intake 12/22; opname 10/24; interne transfer 1/14; ontslag 0/1), noch nadat (intake 1/3; opname 4/5; interne transfer 2/13; ontslag 4/9) het nieuwe beleid in voege ging.

Resultaten

- In FPC Gent waren er in 2022 11 suïcidepogingen; er waren geen suïcides. Er werden 4 PRISMA-analyses uitgevoerd en van 1 poging werd een verslag gemaakt.

In 2022 waren er 32 suïcidepogingen en 2 suïcides in FPC Antwerpen. De suïcides werden uitgebreid geanalyseerd volgens de PRISMA- of SIRE-methodiek. Over één poging werd een verslag geschreven. Een uitgebreide analyse van de pogingen gebeurde niet. De voorziening schatte in dat dergelijke analyse bij deze pogingen geen meerwaarde zou bieden.

Het verschil in aantal pogingen en suïcides tussen FPC Gent en FPC Antwerpen is toe te schrijven aan enkele patiënten die meerdere pogingen ondernamen.

7.7 INTERNE RECHTSPOSITIE

- Verschillende aspecten in de zorg voor forensisch-psychiatrische patiënten (niet enkel binnen FPC) zijn juridisch onvoldoende geregeld.

Dwangbehandeling is binnen de (forensisch-)psychiatrische context juridisch niet voorzien; de wetgever voorziet weliswaar de mogelijkheid van gedwongen opname maar niet van een gedwongen behandeling (of plaatsing in het geval van FPC). De zorgpraktijk in FPC bevindt zich hierdoor voor een groot deel in een juridische schemerzone, wat enerzijds de rechtspositie van de patiënten ondermijnt en anderzijds de verantwoordelijkheden van zorgbeoefenaars onvoldoende scherp stelt. De geïnformeerde toestemming die volgens de patiëntenrechtenwet (wet van 22/08/2002, BS 26/09/2002) voor elke behandeling noodzakelijk is, is moeilijk te verzoenen met een gedwongen opname in een PZ of met de gedwongen plaatsing van een patiënt in het behandelmilieu in FPC.

Ook andere aspecten van de interne rechtspositie van patiënten zijn juridisch onvoldoende geregeld. Voorbeelden hiervan zijn het recht op contact met de buitenwereld, het recht op informatie, het recht op participatie, het recht op autonomie en het klachtrecht.

De mate waarin het al dan niet gerechtvaardigd is om deze rechten in te perken binnen de forensische zorg, verdient een maatschappelijk debat en daaruit voortvloeiende wetgeving.

- De rechten en plichten van de patiënten binnen het FPC zijn voornamelijk beschreven in het Huishoudelijk Reglement (HR). Dit document dient uiteraard in overeenstemming te zijn met de (weinig) geldende wet- en regelgeving (bv. de Wet betreffende de rechten van de patiënt), en is daar vaak een uitbreiding of specificering van.

Gezien het bovenstaande is het HR een lijvig document (meer dan 70 bladzijden), geschreven in een juridisch jargon.

- Het HR werd goedgekeurd door het Opvolgingscomité. Aanpassingen zijn steeds mogelijk, zowel op vraag van het Opvolgingscomité als op vraag van het FPC, en dit enkel na wederzijds akkoord.
Op het moment van de inspectie zijn er geen wijzigingen in bespreking.
- De HR van FPC Gent en FPC Antwerpen zijn identiek, op een aantal kleine uitzonderingen na (die bv. te maken hebben met het feit dat er in FPC Antwerpen zowel mannen als vrouwen worden opgenomen). Wijzigingen worden ook altijd gelijktijdig aangevraagd voor beide FPC, zodat er geen verschillen in rechtspositie zijn voor patiënten in beide FPC.
Daarnaast worden vragen van de staf over interpretatie van het HR overkoepelend besproken door de juridische diensten van beide FPC.
- Het huishoudelijk reglement is opgedeeld in volgende hoofdstukken:
 - Begripsbepaling (definities, afkortingen, functies en bevoegdheden);
 - Inleiding;
 - Aansprakelijkheid (van patiënt, van FPC, bij vervoer van goederen en bij (over)plaatsing);
 - Plaatsing;
 - Opname (procedure, inrichting persoonlijke verblijfsruimte, huisdieren, roken, verboden voorwerpen, handel, spel/weddenschap/gokken, consulaire bijstand);
 - Toegang en controle persoonlijke verblijfsruimte (betreden en inspectie van de persoonlijke ruimte, inbewaringneming van voorwerpen en afsluiten energietoevoer);
 - Bewegingsvrijheid binnen het centrum (algemene bepalingen, toegangsbadge, interne overplaatsing, zeer intensieve zorg afdeling);
 - Behandeling en evaluatie (patiëntendossier, inzage, afschrift, procedure, verpleeg- en behandelplan of plan van aanpak, evaluatie van de verpleging en behandeling, voortgangsrapportage KBM);
 - Verzorging, activiteiten, werkzaamheden en arbeid (morele bijstand, medische verzorging, medicatie, voeding, kleding, kapper, groepsactiviteiten, afmelden activiteiten, boodschappen, bibliotheek, geld in het centrum, huishoudelijke werkzaamheden op de afdeling, werkervaringsplekken);
 - Beperkingen bewegingsvrijheid binnen het centrum (algemeen, afdelingsmaatregel, afzondering, separatie, cameratoezicht);
 - Controle en dwang (toegangscontrole, onderzoek aan het lichaam/kleding, urinecontrole, blaastest, gedwongen geneeskundige handeling, gebruik mechanische middelen, beperkingen aan gebruik van de patient cloud);
 - Informatie en mededeling van beslissingen (informatie over rechten/plichten, mondelinge en schriftelijke mededelingen van beslissingen);
 - Contact met de buitenwereld (algemeen, post, bezoek, screening van personen uit het sociaal netwerk van de patiënt, procedure toelaten bezoek, regels voor bezoekers, bezoek van medepatiënten, telefoon, contacten met de media);
 - Opslag en transport van voorwerpen (opslag goederen, bepalingen inzake bewaring/opslag in geval van ongeoorloofde afwezigheid langer dan 24 uur, in geval van overlijden);
 - Toezicht, bemiddeling en klachten (Opvolgingscomité, ethische commissie, ombudsdienst, externe adviescommissie, ...);
 - Medezeggenschap (patiëntenraad);
 - Tijdelijk verlaten van het centrum (modaliteiten, uitvoering, wijziging, schending voorwaarden);
 - Tijdelijk verlaten van het centrum voor ziekenhuisopname;
 - Definitief verlaten van het centrum;
 - Bescherming van persoonsgegevens.

- Medewerkers krijgen bij indiensttreding opleiding over de regelgeving en over het HR. Medewerkers die op de afdelingen werken, moeten ook verplichte e-learnings volgen over het HR. Toch is het niet eenvoudig om dit (lijvige) reglement volledig te kennen. Bij vragen of twijfel (over de inhoud of de interpretatie daarvan) kunnen medewerkers altijd naar de juridische dienst bellen, die hierbij als een soort helpdesk fungeert.

Informatie aan de patiënt

- Patiënten krijgen op verschillende manieren informatie over hun verblijf en over hun rechten en plichten binnen het FPC.
 - Met elke patiënt die opgenomen gaat worden, wordt op voorhand een kennismakingsgesprek gepland, waarin onder meer uitleg wordt gegeven over wat een opname in een FPC inhoudt, en waarbij vragen kunnen worden beantwoord.
 - Daarnaast is een informatiefolder voor patiënten en hun netwerk beschikbaar (ook te vinden op www.fpcnv.be), die zij nog vóór de opname kunnen doornemen. In de folder wordt informatie gegeven over onder andere de kennismaking, de opname, het therapeutisch leefklimaat, de behandeling, de sociaal-administratieve gevolgen van een plaatsing, contact met de buitenwereld en bezoek. De folders zijn ook in het Frans en in het Engels beschikbaar.
 - Bij opname in het FPC ontvangt elke patiënt een uittreksel van het huishoudelijk reglement in de vorm van een onthaalbrochure.
 - Het HR ligt ter beschikking van de patiënten op elke afdeling en is ook te vinden in de interne bibliotheek. Patiënten kunnen het HR ook raadplegen via de patient cloud.
 - Voor wat betreft hun externe rechtspositie is er een informatiefiche opgesteld die de patiënten informeert over de samenstelling van de KBM en de verschillende vrijheden die zij toegekend kunnen krijgen. Deze informatie is ook via de patient cloud raadpleegbaar. Eventuele vragen kunnen de patiënten, via de staf, stellen aan de juridische dienst. Daarnaast kunnen ze ook terecht bij hun advocaat.
 - Met bijkomende vragen over patiëntenrechten kunnen patiënten terecht bij de ombudspersoon.
 - Via de patient cloud kunnen patiënten allerlei informatie over de werking van het FPC raadplegen.
- Opmerkingen m.b.t. de informatieverstrekking:
 - Bepaalde informatie op de patient cloud is verouderd en daardoor niet meer correct (de informatie over de behandeling gaat bv. nog uit van de 7 zorgpaden die vroeger bestonden).
 - Patiënten gaven aan dat ze vinden dat de informatiebrochure onterecht stelt dat het FPC initiatieven neemt om ervoor te zorgen dat de patiënten over het nodige kunnen beschikken tijdens hun verblijf in het FPC (bv. kledij en verzorgingsproducten) en opdat de financiële beperking geen hinder zou vormen voor de uitwerking van het resocialisatietraject. Patiënten vinden dit in tegenspraak met het feit dat verzorgingsproducten (met uitzondering van een verwelkomingspakket) zelf moeten aangekocht worden, dat bellen enkel kan als een patiënt geld op de rekening heeft staan, en dat een onbegeleide UV enkel kan met een GSM en met voldoende middelen om een GSM aan te kopen. Het FPC geeft in dit verband aan:
 - dat patiënten die niet over voldoende middelen beschikken (na overleg met de sociale en medische dienst) ook later in de behandeling verzorgingsproducten kunnen krijgen;
 - dat het geen vereiste is om een GSM te hebben om op UV te gaan; het is wel aangewezen dat patiënten bij een onbegeleide UV bereikbaar zijn; als ze niet zelf over een GSM beschikken, kunnen ze een toestel van FPC gebruiken.
- In de loop van zijn verblijf wordt de patiënt goed geïnformeerd over het verloop van de behandeling: zowel (het opstellen en de evaluatie van) het verpleeg- en behandelplan als de KBM-rapportage worden systematisch samen met de patiënt overlopen, en hij krijgt telkens de gelegenheid om eigen aanvullingen te formuleren.

Contact met de buitenwereld

- Patiënten kunnen contact onderhouden met personen van buitenaf door het ontvangen en verzenden van post, het voeren van telefoongesprekken en het ontvangen van bezoek. Bellen met of bezoek door externen mag enkel na screening door FPC.
- Minstens een dag op voorhand moet een patiënt zijn verwachte bezoek aanvragen, via een digitale toepassing of via een aanvraagformulier dat op de afdeling ter beschikking ligt. Bezoek is mogelijk op weekend- en feestdagen van 13u tot 14u30 en van 15u tot 16u30. Op dinsdag en donderdag is 's avonds anderhalf uur bezoek mogelijk. Controle door het bewakingspersoneel start 45 minuten voor de start van het bezoekuur.
- De patiëntenraad van FPC Gent en van FPC Antwerpen geeft aan dat het onderhouden van contact met het eigen netwerk niet evident is.
 - Tijdens weekdays zijn de bezoeken beperkt.
 - Bezoeken worden soms ingekort bij alarm.
 - Patiënten in FPC Antwerpen hebben allemaal toegang tot de patient cloud vanop de eigen kamer, en kunnen dus vanuit hun kamer bellen. Dat is ook zo voor patiënten in de oranje en groene afdelingen van FPC Gent. Op de blauwe en gele afdelingen van FPC Gent moet echter gebruik gemaakt worden van een gemeenschappelijke afdelingstelefoon; bij insluiting kan die niet gebruikt worden.
 - De telefoonkosten zijn hoog.
 - De transporttijd maakt deel uit van de duur van de uitgaansvergunningen.
 - Sommige patiënten kunnen geen gebruik maken van hun uitgaansvergunning omwille van financiële problemen. Op UV gaan kan enkel als de patiënt een GSM heeft; sommige patiënten zonder financiële hulp van een netwerk geven aan dat het niet mogelijk is om te sparen en een GSM aan te kopen (vermits het beperkte budget dat kan verdiend worden grotendeels nodig is om te bellen, verzorgings- en rookproducten te kopen).
Het FPC geeft in dit verband aan dat patiënten zo nodig een GSM van het FPC kunnen gebruiken (zie hoger).

De patiëntenraden gaven ook andere elementen mee.

- Het ontvangen van goederen verloopt veel vlotter sinds het invoeren van de digitale app voor het aanvragen van bezoek.
 - Voor patiënten wier netwerk moeilijk op bezoek kan komen, is wekelijks een moment mogelijk waarop kan gevideobeld worden.
 - Tijdens maatregelen als separatie of afzondering wordt een belmoment voorzien om bv. de advocaat te contacteren.
- Op het moment dat de patiënt is opgenomen, wordt een inventarisatie gemaakt van de contacten uit het netwerk van de patiënt die moeten gescreend worden. Op latere tijdstippen kan een patiënt ook steeds een aanvraagformulier voor screening invullen. Het netwerkcontact wordt vervolgens uitgenodigd, bezocht of opgebeld. Daarbij wordt onder meer nagegaan of de contactpersoon op de hoogte is van de feiten die tot de internering hebben geleid; de afspraken rond bezoek en/of telefonisch contact worden ook besproken. Als wordt ingeschat dat het contact niet sterk risicoverhogend werkt en/of er wordt ingeschat dat de bezoeker in staat en bereid is om zich aan de huisregels binnen het FPC te houden, kan de afdelingspsycholoog of behandelcoördinator het contact goedkeuren, al dan niet onder bepaalde voorwaarden, waarna de beslissing aan de griffie en aan de ICT wordt bezorgd.
- Na goedkeuring van de contacten kan de patiënt deze bellen (via patient cloud of de afdelingstelefoon). De patiënt kan enkel zelf bellen (niet gebeld worden).
Aan patiënten die omwille van bepaalde klinische indicaties het gebruik van patient cloud ontzegd wordt, wordt een DECT ter beschikking gesteld wanneer ze willen bellen.

- Patiënten moeten de telefoonkosten zelf betalen. Alle opbrengsten van telefonie worden – vanuit een herverdelings- en solidariteitsgedachte – gebruikt om het Ondersteuningsfonds Magis3 (zie lager) te spijzen. Dit maakt het mogelijk om ook patiënten die geen eigen financiële middelen hebben, een maandelijkse tegemoetkoming ter beschikking te stellen, zodat ook zij wekelijks telefoniebudget kunnen aanvragen om hun contacten met de buitenwereld te onderhouden.

Vanuit de patiëntenraad wordt de prijs van 28 cent/minuut als een probleem omschreven. Patiënten ervaren de hoge kostprijs als een beperking van de contactmogelijkheden met de buitenwereld: patiënten zonder toelage zijn volgens hen financieel beperkt qua belmogelijkheden. Patiënten geven aan dat bellen niet mogelijk is als er geen geld meer op de rekening staat. FPC geeft aan dat in die gevallen naar een oplossing gezocht wordt.

Cultuur, zingeving en levensovertuiging

- In de behandelvisie stelt het FPC dat cultuur en levensovertuiging een grote invloed hebben op de presentatie van klachten en de interpretatie van gedrag. Sensitiviteit voor verschillen in achtergrond wordt dan ook belangrijk geacht voor een gunstig behandelverloop.
Medewerkers van de levensbeschouwelijke dienst spelen hierbij een belangrijke rol. Er is een rooms-katholieke, een protestantse, een islamitische en een vrijzinnige medewerker beschikbaar. Zij werken zowel individueel als groepsgericht (bv. een wekelijkse rooms-katholieke viering op zondag, een islamitische gebedsdienst op zaterdag, bijbelgroepen, herdenkingen bij een overlijden, viering van het Suikerfeest of andere religieuze feestdagen, ...). Ze kunnen hiervoor gebruik maken van gebeds- of stille ruimtes die hier specifiek voor bedoeld zijn.
- De levensbeschouwelijke medewerkers komen 1 tot 2 keer per jaar samen met de directeur patiëntenzorg om hun werkzaamheden af te stemmen.

Privacy

- Er worden inspanningen geleverd om de privacy van de patiënten te respecteren:
 - bezoek gebeurt – in tegenstelling tot wat oorspronkelijk voorzien was bij de bouw van het FPC – niet in centrale bezoekersruimtes, maar op de afdeling in de patiëntenkamers;
 - men probeert contact tussen bezoekers en andere patiënten te vermijden;
 - in beide centra is een familiekamer ingericht voor bezoek van kinderen;
 - ongestoord bezoek op de kamer kan in principe voor alle gescreende contacten; bij elk bezoek wordt ingeschat of dit veilig kan plaatsvinden.
- Vanuit de patiëntenraad worden volgende problemen vermeld i.v.m. intimiteit.
 - Voor patiënten met seksueel misbruik in de voorgeschiedenis is het belangrijk om het geslacht van de zorgverleners te mogen kiezen (kinesithérapie, hygiënische zorg, wondzorg, gynaecoloog, ...).
 - Patiënten mogen elkaar niet bezoeken volgens het huishoudelijk reglement. Intimiteit is daardoor niet mogelijk bij relaties tussen patiënten. Patiënten kunnen wel bezoek op de kamer ontvangen van gescreende contacten van buiten FPC. Een voorstel van seksualiteitsbeleid voor FPC is in ontwikkeling.
Het FPC geeft in dit verband aan dat het huishoudelijk reglement bepaalt dat de afdelingspsycholoog/ behandelcoördinator uitzonderlijk kan toelaten dat patiënten elkaar toch bezoeken op de kamer.
- De Securitas-medewerkers, die instaan voor de beveiliging in de "koude zone", komen in principe enkel in contact met patiënten wanneer deze het gebouw binnenkomen of buitengaan. Zij hebben evenwel toegang tot alle camerabeelden, dus ook die in de separeerkamers. Gezien het beelden van patiënten in afzondering betreft, moet dit als een verwerking van medische gegevens (= gevoelige persoonlijke gegevens) gezien worden. Deze camerabeelden vallen niet onder de camerawet, maar onder de Algemene Verordening Gegevensbescherming. De verwerking van medische gegevens moet gebeuren onder het toezicht van een

beroepsbeoefenaar. Aangezien Securitasmedewerkers niet gebonden zijn door het beroepsgeheim en zij geen beroepsbeoefenaars zijn, mogen zij volgens de privacywetgeving geen toegang hebben tot medische gegevens. De geheimhoudingsplicht die is vastgelegd in de overeenkomst tussen Securitas en FPC Antwerpen is niet van dezelfde juridische orde als het beroepsgeheim waaraan beroepsbeoefenaars gebonden zijn.

Dit toezicht door Securitas-medewerkers staat niet in het HR vermeld. Het zou transparanter zijn als dat wel het geval is.

- Voor het aanvragen van een consultatie bij de huisarts moeten patiënten een briefje invullen met de reden voor een doktersafspraak. De afdelingshoofden en/of de verpleegkundige van de medische dienst maken op basis van deze redenen een prioritering van de aanvragen. Bij invullen van een vagere omschrijving worden patiënten bevraagd over de aard van de klachten.
- Er werden procedures uitgeschreven voor de verschillende controles die gebeuren (controle brieven en poststukken, controle patiëntenkamer en gemeenschappelijke ruimten, urinedrugscreening, bagagecontrole).
De werkwijze voor onderzoek aan het lichaam of aan de kleding staat in grote lijnen omschreven in het HR. Er moeten duidelijke voorwaarden omschreven worden voor onderzoek aan het lichaam, waardoor gegarandeerd wordt dat deze strikt beperkt worden en onder zeer zorgvuldige omstandigheden gebeuren (door wie, welke discipline, al dan niet een persoon van hetzelfde geslacht, op welke plaats, in welke situaties, eventuele gradaties i.f.v. risico, ...).
- Tijdens staalname voor urinedrugscreenings moeten patiënten zichtbaar voor de staf in het potje plassen. Volgens de procedure die strikt wordt toegepast moet de genitale streek ontbloot worden en moeten mannen ter controle de testikels opheffen.
Hierbij moet men volgens internationale richtlijnen aan patiënten garanderen dat ze dit niet hoeven te doen in aanwezigheid van medewerkers van het andere geslacht. De procedure drugsscreening garandeert niet dat patiënten zich niet moeten uittleden in het bijzijn van een medewerker van het andere geslacht. Urinedrugscreenings gebeuren op een gemeenschappelijk toilet van de afdeling waarbij medewerkers toezicht houden via de deur die op een kier staat. (Vrouwelijke) patiënten geven aan dat hun privacy hierdoor onvoldoende is beschermd naar passerende medepatiënten.
- Sommige PAK zijn benaderbaar door de patiënten van de afdeling omdat ze niet achter een sluisdeur zijn gelegen (zie 7.5). Hierdoor is de privacy van patiënten in die PAK onvoldoende gegarandeerd.

Geldbeheer

- Patiënten mogen geen cash geld bijhouden binnen FPC en geven dit in bewaring, net als betaalkaarten en andere financiële zaken. Er wordt met een betaalbadge gewerkt om kleine aankopen te doen. Eventuele interne gelden van de patiënt worden door de gevangenis van herkomst doorgestort naar het FPC, op een rekening die enkel patiëntengelden bevat.
Per patiënt wordt een financiële fiche opgesteld, waarop alle transacties en geldbewegingen worden bijgehouden (overschrijvingen ten gunste van de patiënt, cashafhalingen, aankopen in de FPC-winkel, externe aankopen, ...). Alle bewegingen en overschrijvingen gebeuren in samenspraak met de patiënt en de sociale dienst. Patiënten kunnen hun fiche raadplegen via de patient cloud.
- Als onderdeel van het verpleeg- en behandelplan wordt een financieel plan opgesteld. Het FPC wil op die manier onder meer een bijdrage leveren aan het afbouwen van schulden en/of in het vergoeden van slachtoffers (wat vaak samenvalt).
Het FPC streeft er in deze optiek ook naar om bij zoveel mogelijk patiënten budgetbegeleiding op te starten, maar dat kan enkel als de patiënt dat zelf ook wil. Er wordt ook aan elke patiënt inzage gevraagd in zijn financiële middelen, maar deze kan dat weigeren (al stelt het HR dat dit consequenties kan hebben voor het behandeltraject).
Zelf is het FPC van geen enkele patiënt de bewindvoerder.

- Er werd binnen FPC een ondersteuningsfonds (Magis3) opgericht, dat enerzijds behoeftige patiënten financiële ondersteuning biedt en anderzijds de activiteiten van patiënten in de werkateliers financieel vergoedt.

Patiënten die alle werkateliers volgen waarvoor ze geïndiceerd zijn, krijgen maandelijks 97,22 euro. De precieze vergoeding wordt per patiënt berekend volgens aanwezigheid op de arbeidsblokken waarvoor ze geïndiceerd zijn (een patiënt die voor 10 blokken geïndiceerd is en 9 keer aanwezig is, krijgt 90% van 97,22 euro, een patiënt die voor 4 blokken geïndiceerd is en 3 keer aanwezig is, krijgt 75%, enz.). Afwezigheden met een geldige reden (bv. ziekte, aanwezigheid bij een behandelplanbespreking) worden hierbij buiten beschouwing gelaten.

Patiënten die extra blokken presteren, krijgen een extra vergoeding van 1,67 euro per blok.

Patiënten die voor geen enkel blok geïndiceerd zijn en onvoldoende eigen middelen hebben, krijgen onder bepaalde voorwaarden ook een vergoeding. Dit wordt per patiënt bekeken.

Het Ondersteuningsfonds wordt op verschillende manieren gespijsd:

- de winst op de verkoop van producten in de kledingwinkel en superette gaat integraal naar het ondersteuningsfonds;
- via inkomsten op basis van de telefoonkosten van geïnterneerden;
- diensten en producten vanuit de arbeidsblokken komen enerzijds ten goede aan de werking, de inrichting en het onderhoud van het FPC zelf, maar worden daarnaast ook gecommercialiseerd onder de merknaam Magis3, onder meer via de website www.magis3.be; de opbrengsten hiervan komen ten goede van het Ondersteuningsfonds, en vloeien op die manier terug naar de patiënten;
- giften door bezoekers, service clubs of andere derden.

Het FPC past het verschil tussen inkomsten en uitgaven bij.

Op deze manier krijgen patiënten de mogelijkheid om zelf middelen te vergaren ter voorbereiding op hun re-integratie en kunnen ze leren omgaan met financiële middelen. De financiële vergoeding per blok wordt verder als een externe motivator gezien voor patiënten om hun activiteitenrooster te volgen.

- Patiënten die hiertoe de middelen (en geen schulden) hebben, kunnen wekelijks 35 euro besteden in de superette en de kledingwinkel van het FPC. Daarnaast kunnen ze (indien van toepassing) geld besteden tijdens een uitgaansvergunning: ze kunnen hiervoor een budgetaanvraag indienen via de patient cloud. Ze kunnen daar ook de inkomsten uit hun arbeidsblokken opvolgen.
- Vanuit de patiëntenraad kwamen een aantal opmerkingen hieromtrent.
 - Er worden verschillende nadelen van het beloningssysteem voor arbeidsblokken aangehaald (bv. hetzelfde vaste bedrag indien een patiënt voor meer blokken per week wordt geïndiceerd, een gevoel van ongelijke behandeling door de kleinere financiële gevolgen van het niet volgen van blokken voor patiënten met een andere bron van inkomsten).
 - Het budget van 97,22 euro per maand wordt als te beperkt gezien, vooral voor patiënten met een uitgangsvergunning (naast de belkosten vanuit FPC, zijn er tijdens uitgang ook kosten voor het bezit en belwaarde van een GSM, vervoerskosten, ...).
- Bij aankomst voorziet FPC een basispakket verzorgingsproducten voor patiënten die niet over voldoende middelen beschikken. Zo nodig wordt met de sociale dienst en de medische dienst bekeken of de patiënt ook tijdens het verdere verblijf moet voorzien worden van verzorgingsproducten.

Recht op inzage in het dossier

- De mogelijkheden inzake het verkrijgen van inzage in en een afschrift van het dossier – zoals voorzien in de patiëntenrechtenwet – staan beschreven in het HR, en er is ook een instructie hieromtrent.

Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen het patiëntendossier en het medisch-somatisch dossier (naast het KBM-dossier, waarvoor de inhoud en de modaliteiten voor inzage geregeld worden in de interneringswet).

- Op de afdelingen liggen formulieren ter beschikking van patiënten, waarmee ze inzage of een afschrift kunnen aanvragen.
- In FPC Gent werd in 2022 5 keer inzage in het patiëntendossier gevraagd. 123 keer werd een afschrift gevraagd. In het medisch-somatisch dossier werd geen enkele keer inzage gevraagd, maar er waren wel 7 vragen tot afschrift.
In FPC Antwerpen werd in 2022 20 keer inzage in het patiëntendossier gevraagd. 132 keer werd een afschrift gevraagd. In het medisch-somatisch dossier werd geen enkele keer inzage gevraagd, maar er waren wel 13 vragen tot afschrift.

Geïnformeerde toestemming

- Bij opname van elke patiënt wordt gevraagd om een "informed consent" te tekenen om zo de nodige medische, psychosociale, (sociaal-)juridische en administratieve informatie bij zorgpartners te kunnen opvragen. Daarnaast wordt ook steeds de toestemming van de patiënt gevraagd om dezelfde soort informatie te kunnen doorgeven aan externe (zorg)partners, met het oog op de continuïteit en/of kwaliteit van zorg en het opbouwen van een intern en/of extern zorgtraject.
De toestemming kan ook enkel voor bepaalde gegevens of bepaalde zorgpartners gegeven worden. De patiënt wordt ingelicht over de inhoud en draagwijdte van de toestemming en ontvangt hier ook een afschrift van. De patiënt wordt ook op de hoogte gebracht van het feit dat de toestemming te allen tijde ingetrokken kan worden en dat hiervoor steeds een beroep gedaan kan worden op de staf.
- Instemming met de behandeling is een relatief begrip in de context van het FPC: zowel voor het FPC als voor de patiënt is de opname verplicht. Toch mag niet vergeten worden dat binnen de wetgeving in België wel een verblijf kan afgedwongen worden, maar niet een behandeling.
- Het FPC levert evenwel inspanningen om toestemming van de patiënt te krijgen inzake de behandeling die hem wordt aangeboden. Zo wordt het behandelplan in overleg met de patiënt opgesteld, en wordt aan de patiënt gevraagd dit plan te ondertekenen. Elementen waarmee de patiënt het niet eens is, worden in het dossier gepreciseerd.
Omgekeerd kan een patiënt ook een afstandsverklaring ondertekenen als hij bepaalde medisch-somatische zorg niet wenst te krijgen, tegen het advies van het behandelteam in.
- De afzonderlijke onderdelen van de behandeling die het FPC aanbiedt, zijn op zich niet verplicht. De deelname aan de geïndiceerde behandelmodules geldt evenwel als voorwaarde om vrijheden toegekend te krijgen. Daarbij wordt geredeneerd dat een patiënt die weigert zijn blokkenrooster te volgen ook geen vooruitgang in zijn behandeling kan boeken, en zodoende zijn risicogedrag niet onder controle kan krijgen, wat dan weer een voorwaarde is om toenemende vrijheden te krijgen.
- Er zijn in het HR een aantal mogelijkheden voorzien voor gedwongen behandeling (zie 7.5) vanuit medische noodzaak (somatisch of psychiatrisch). Deze kan bestaan uit het tegen de wil van de patiënt toedienen van medicatie, vocht of voedsel, of het uitvoeren van een geneeskundige handeling zoals het leegpompen van de maag.
De patiënt ontvangt hiervan – zoals bij andere vrijheidsbeperkende maatregelen – binnen de 24 uur een schriftelijke en gemotiveerde mededeling.
Aan patiënten kan ook gevraagd worden om een urinetest (Urine Drug Screening – UDS) te ondergaan. Weigering staat gelijk met een positieve screening, waaraan maatregelen kunnen verbonden zijn.

Vrije keuze beroepsbeoefenaar

- Gelet op het specifieke karakter van FPC en het juridisch statuut van de patiënten is er geen absolute vrije keuze van zorgverlener. Het FPC verwijst hierbij naar de Memorie van Toelichting bij de Wet patiëntenrechten, waarin de situatie van gedetineerden en geïnterneerden als voorbeeld genomen wordt voor situaties waarin dit recht niet realiseerbaar is.
- Niettemin heeft iedere patiënt, op grond van het HR, recht op het bezoek van een door hem gekozen externe arts (op eigen kosten). Ziekenhuisbehandelingen gebeuren in principe in een ziekenhuis waarmee het FPC een overeenkomst heeft.

7.8 KLACHTENMANAGEMENT EN OMBUDSFUNCTIE

- Aangezien in het FPC de Wet op de rechten van de patiënt van toepassing is, moet het FPC ook beschikken over een ombudsfunctie.
 - De hoofdlijnen van de mogelijkheid om een klacht in te dienen staan vermeld in het Huishoudelijk Reglement (zie hoger). Daarnaast is er ook een "reglement ombudsfunctie". Beide documenten zijn voor patiënten raadpleegbaar via de patient cloud en liggen op de afdelingen ter inzage van de patiënten, samen met formulieren om een gesprek met de ombudsdienst aan te vragen.
Daarnaast is er voor medewerkers nog een "instructie rechtspositie – klachtenbehandeling".
 - Zowel in FPC Gent als in FPC Antwerpen neemt de kwaliteitscoördinator de functie van ombudspersoon op zich. Hiervoor is telkens 0,20 VTE voorzien. Zij vormen elkaars back-up bij langdurige afwezigheid.
Beide ombudspersonen zijn lid van de Vlaamse Beroepsvereniging Ombudspersonen van alle Zorgvoorzieningen (VVOVAZ).
 - Patiënten kunnen op verschillende manieren een beroep doen op de ombudspersoon:
 - ze kunnen mondeling een gesprek bij de ombudspersoon aanvragen via de staf (zonder daarbij de inhoud van hun vraag of klacht mee te delen);
 - ze kunnen een brief schrijven of een aanmeldformulier invullen; deze formulieren zijn beschikbaar op elke afdeling.
Dit schrijven kan – net als andere gespreksaanvragen – aan de staf bezorgd worden, die vervolgens per e-mail een aanvraag doet bij de ombudspersoon. Er zijn ook specifieke ombudsbrievenbussen beschikbaar, die enkel door de ombudspersoon geledigd worden. Naast een centrale ombudsbrievenbus zijn op de oriëntatie- en observatie-afdelingen (waar patiënten het minst bewegingsvrijheid hebben) in principe ook brievenbussen beschikbaar waarin klachten kunnen worden gepost; tijdens de afdelingsbezoeken bleek dat deze brievenbus op minstens 1 afdeling (Nete-Dam, FPC Antwerpen) stuk was.
- De ombudspersoon doet geen systematische rondgang op de afdelingen (behalve om de brievenbussen te ledigen). Patiënten kunnen de ombudspersoon ook niet telefonisch contacteren, tenzij via de afdelingsstaf. Er is op dit moment voor patiënten maar één manier om rechtstreeks (zonder tussenkomst van de staf) contact op te nemen met de ombudspersoon, met name via de brievenbus. Gezien het feit dat veel patiënten ongeletterd zijn, is de rechtstreekse bereikbaarheid van de ombudspersoon onvoldoende gegarandeerd. Externen (bv. familieleden of advocaten) kunnen de ombudsdienst rechtstreeks bereiken via e-mail, zoals vermeld op de website.
- Wanneer de bemiddeling door de ombudspersoon niet tot het gewenste resultaat leidt, kan aan een externe adviescommissie (die met dit oogpunt werd opgericht) een onafhankelijk advies (voor de directie én voor de patiënt) over de afhandeling van de klacht gevraagd worden. De leden van de externe adviescommissie (minimaal een arts, een jurist en een academicus) zijn niet verbonden aan FPC Gent of Antwerpen.

De ombudspersoon kan het initiatief nemen om de externe adviescommissie in te schakelen, hetzij op eigen initiatief, hetzij op vraag van de betrokken patiënt of hulpverlener.

Vanuit FPC Antwerpen werd nog geen enkele keer beroep gedaan op deze externe adviescommissie; vanuit FPC Gent gebeurde dat 1 keer (in 2021).

- Driemaandelijks worden de klachten besproken tijdens de directiebeoordeling (gezamenlijk overleg voor FPC Gent en FPC Antwerpen); daarbij zijn beide ombudspersonen aanwezig, de directieleden, de preventieadviseur, het hoofd griffie en de hoofdjurist. Via dit tussentijds overleg kan men snel overleggen over de elementen die het voorwerp zijn van klachten, eerder dan hiervoor te wachten op formele jaarverslagen.

Zoals wettelijk voorzien, maken de ombudspersonen jaarlijks een geanonimiseerd jaarverslag per campus.

- Patiënten zijn op de hoogte van de mogelijkheid om een klacht in te dienen bij de ombudspersoon. Zij worden hierover geïnformeerd via het Huishoudelijk Reglement en het reglement ombudsfunctie. Beide documenten zijn beschikbaar via de patient cloud en liggen ook ter inzage in de leefruimte van elke afdeling.
Vanuit de patiëntenraad komt de bemerking dat men de positie van de interne ombudspersoon niet als volledig onafhankelijk beschouwt. Verder geven patiënten aan dat ze niet steeds antwoord krijgen op klachten, in tegenstelling tot de procedure in de gevangenis, en zoals voorzien in de regelgeving op de ombudsfunctie in ziekenhuizen.
- Op elke schriftelijke en gemotiveerde mededeling van een maatregel staat vermeld dat de betrokkene "zijn beklag kan doen over de maatregel bij de ombudspersoon" (evenwel zonder vermelding van de manieren waarop dat kan).
- Bij indiensttreding krijgen alle personeelsleden uitleg over de ombudsdienst. Daarnaast staan er op het intranet de verschillende procedures en reglementen en kunnen medewerkers ook de aanvraagformulieren vinden.
- De ombudspersoon is krachtens het reglement ombudsfunctie enkel bevoegd voor individuele klachten. Voor aspecten die voor de collectieve patiëntenpopulatie van belang zijn, wordt naar de patiëntenraad verwezen (zie 8.1).

8 RESULTATEN

8.1 PATIËNTENPARTICIPATIE

In FPC wordt gestreefd naar een hoge mate van patiëntenparticipatie, en dit zowel op individueel als op groepsniveau.

- Patiënten worden op verschillende manieren individueel betrokken bij het behandeltraject.
 - Patiënten worden steeds uitgenodigd op de behandelplanbespreking en krijgen achteraf een afgedrukte versie van het behandelplan, met de vraag om dit te ondertekenen. De patiënt kan ook een vertrouwenspersoon uitnodigen op de bespreking.
 - Bij elke maatregel krijgt de patiënt een brief met een uitgebreide verantwoording, de stapsgewijze motivatie en de voorwaarden om de maatregel te beëindigen (zie 7.5). De schriftelijke mededeling / motivering van de maatregel werd in 2022 in FPC Gent in 94% van de gevallen binnen de 24 uur na het opleggen van de maatregel aan de patiënt uitgereikt; in FPC Antwerpen in 82% van de gevallen.
- Patiëntenparticipatie op groepsniveau wordt op verschillende manieren ingevuld.
 - De patiëntenraad vergadert maandelijks. De doelstelling van deze raad is het waarborgen van de collectieve rechten van de patiënt door periodiek in overleg te treden met de directie over algemene onderwerpen betreffende het leef- en woonklimaat van het centrum en de regels en afspraken die nodig zijn om het verblijf in het centrum zo goed mogelijk te laten verlopen. De verantwoordelijkheden en doelstellingen van de patiëntenraad staan beschreven in het "Reglement patiëntenraad". Er is één vertegenwoordiger per afdeling aangesteld, verkozen door de patiënten van zijn afdeling. De vergaderingen vinden plaats onder toezicht van een medewerker, die enkel toeschouwer is en niet deelneemt aan het overleg. De leden van de patiëntenraad mogen elkaar bezoeken om onderling te overleggen. Ter voorbereiding van de patiëntenraad wordt er op de afdeling een vooroverleg gehouden. De voorzitter krijgt de mogelijkheid om op elke afdeling vergaderpunten te bespreken met de patiënten en kan aanwezig zijn bij de groepsbesprekingen op de afdeling, in overleg met de betreffende afdeling. De patiëntenvertegenwoordigers zorgen dat de notulen van de patiëntenraad op de afdeling verspreid worden.

De patiëntenraad heeft in FPC Gent maandelijks en in FPC Antwerpen tweemaandelijks een overleg met de directie.
 - Jaarlijks organiseert de directie een patiëntendebat, waarop alle patiënten worden uitgenodigd en vragen kunnen stellen aan de hoofddarts en de directeur patiëntenzorg.
 - Patiënten worden tweejaarlijks bevraagd over de verschillende aspecten van de zorg d.m.v. een patiëntenbevraging.
 - Patiënten worden betrokken bij het afdelingsbeleid via het PSO (patiënt-staf-overleg). Wekelijks vindt er een vergadering plaats op iedere afdeling. De staf begeleidt de patiënten hierin en probeert zoveel mogelijk vragen te beantwoorden. Het doel is dat de patiënten zelf zaken aangeven waarvan ze vinden dat ze moeilijk lopen of die ze anders zouden willen. De staf kan ook onderwerpen ter sprake brengen. Hierbij is het ook de bedoeling dat patiënten met elkaar leren spreken over de dagdagelijkse organisatie van de leefgroep: budgetplanning voor de aankoop van eten, verdeling van huishoudelijke taken, ... De patiënten worden gestimuleerd om zelf oplossingen aan te brengen.
 - Patiënten hebben inspraak in het spenderen van het afdelingsbudget. Ze kunnen mee beslissen om een kook- of andere activiteit te doen op de afdeling. Patiënten beslissen dit in overleg met de staf, maken een budget op en maken bv. een boodschappenlijstje.

8.2 BEHANDELRAPPORTAGE

- Het FPC is ertoe gebonden om op vraag van de KBM een behandelrapport te schrijven in voorbereiding op elke zitting waarbij een bepaalde patiënt wordt besproken. Dat is minstens jaarlijks, maar gebeurt vaak met een hogere frequentie. Het FPC kan ook zelf het initiatief nemen om een rapport op te stellen.
De dienst griffie en behandelrapportage staat in voor de opmaak van de behandelrapportage. Deze dienst bestaat per FPC uit een hoofd, behandelrapporteurs (4 in FPC Gent, 3 in FPC Antwerpen) en griffie-assistenten (3 in FPC Gent, 2 in FPC Antwerpen). Zij werken zoveel mogelijk voor een aantal vast toegewezen afdelingen, wat moet bijdragen tot een vlotte samenwerking en communicatie enerzijds en meer specialisatie (in functie van de fase van behandeling waarin de patiënt zich bevindt) anderzijds.
- Organisatorisch maakt de dienst griffie en behandelrapportage deel uit van het juridisch departement, en staat dus los van het zorgdepartement. Inhoudelijk is er wel nauwe samenwerking tussen beide departementen. De behandelrapporteur werkt op basis van de verslaggeving van de afdelingspsycholoog een voorlopig rapport uit, dat vervolgens wordt besproken door de Interne Adviescommissie (IAC). Deze adviescommissie bestaat uit de hoofddarts, de directeur patiëntenzorg, de zorgmanager behandelinhoud, het hoofd griffie, behandelrapportage en sociale dienst, de afdelingspsycholoog en op uitnodiging de afdelingspsychiater. De opmerkingen van de IAC worden vervolgens verwerkt door de betrokken disciplines.
- Het rapport bevat ook de reactie van de patiënt, die hij (mondeling of schriftelijk) kan geven na bespreking van de ontwerprapportage met de afdelingspsycholoog; desgewenst kan de patiënt ook een bijlage laten toevoegen.
- De rapporten worden opgesteld volgens een zeer uitgebreid format, dat werd voorgelegd aan de KBM-voorzitters en aan de vertegenwoordigers van de FOD Justitie.

9 CONCLUSIE

De Forensisch Psychiatrische Centra in Gent en Antwerpen zijn opgericht voor de opvang en behandeling van geïnterneerden met een high security-profiel. Het zijn instellingen die noch een gevangenis zijn, noch een psychiatrisch ziekenhuis.

Van bij het begin was het de bedoeling van de federale overheid dat geïnterneerden in een FPC zouden worden verzorgd zoals in een gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Zorginspectie opteert er dan ook voor om de beoordeling van het FPC zoveel mogelijk op basis van dezelfde standaarden te doen als bij psychiatrische ziekenhuizen, met focus op het kwaliteitsbeleid, de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid. Uiteraard houdt Zorginspectie daarbij rekening met de specifieke context (die onder meer gekenmerkt wordt door het verplichte karakter van de opname, zowel voor de patiënten als voor het FPC).

Een specifiek referentiekader voor de forensische geestelijke gezondheidszorg is in ontwikkeling; dit gebeurt in overleg met vertegenwoordigers van de federale overheid en van het werkveld.

Deze conclusie vormt een oplistings van de belangrijkste bevindingen op basis van de inspectie. Bij het samenvatten gaat onvermijdelijk nuance verloren; elders in het verslag worden deze bevindingen meer in detail beargumenteerd en genuanceerd.

- Het behandelproces is sterk uitgebouwd. **(SP)**
 - Er wordt op zeer gestructureerde wijze aan behandelplanning en -evaluatie gedaan.
 - Het therapeutisch aanbod dat mee uitvoering moet geven aan die behandelplanning (en dat grotendeels buiten de afdeling wordt aangeboden) is conceptueel sterk uitgebouwd en is wetenschappelijk onderbouwd.
 - Er werd een zeer divers dagactiviteitsaanbod uitgewerkt, bestaande uit onderwijs, sport en arbeid.
 - Alle patiënten hebben een geïndividualiseerd weekoverzicht met een blokkenrooster waarin zowel therapie als andere activiteiten worden gepland.
 - Het patiëntendossier is goed gestructureerd. De voorbije jaren werden een aantal processen gedigitaliseerd en geconnecteerd met het patiëntendossier, waardoor veel gegevens geautomatiseerd verzameld worden.
 - De behandelrapportage (zowel intern, t.a.v. vervolgzorg als t.a.v. de KBM) is zeer gestructureerd en uitgebreid.
 - Er wordt systematisch aan uitkomstenmeting gedaan; deze metingen zijn geïntegreerd in het elektronisch patiëntendossier, met automatische gegevensverwerking op individueel niveau en op geaggregeerd niveau.
 - De somatische zorg voor de patiënten kan de vergelijking doorstaan met gezondheidszorg in de vrije samenleving.
- Binnen de Vlaamse context scoort FPC sterk op het vlak van patiëntenparticipatie. **(SP)**

Patiënten worden nauw betrokken, zowel bij het individueel behandeltraject als bij de zorgorganisatie.

 - Patiënten hebben inbreng in hun behandelplan en behandelrapportage en het individueel behandeltraject. Patiënten zijn in zeer grote mate aanwezig bij behandelplanbesprekingen en -evaluaties.
 - Naast de patiënt-staf-overlegmomenten, waar praktische zaken op afdelingsniveau worden besproken, is er op het niveau van beide FPC een patiëntenraad actief, met verkozen vertegenwoordigers van elke afdeling. De patiëntenraad overlegt ook regelmatig rechtstreeks met de directie.
- Verschillende aspecten met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen gelden als best practice voor Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidsvoorzieningen. **(SP)**
 - Alle dwangmaatregelen zijn geëxpliciteerd en uitvoerig beschreven in het Huishoudelijk Reglement.

- Er zijn verschillende initiatieven op het vlak van preventief beleid, bv. agressiepreventie (5 dagen opleiding agressiehantering voor nieuwe medewerkers, het systematisch werken met vroegsignaleringsplannen, inzet op de-escalerend werken, gradueel opbouwen van maatregelen).
- Bij het gros van de vrijheidsbeperkende maatregelen krijgen patiënten hierover een schriftelijke mededeling met een uitgebreide motivatie en verdere planning.
- De scope aan vrijheidsbeperkende maatregelen waarover cijfergegevens worden verzameld, is zeer breed. De cijfergegevens zijn up-to-date en worden op alle niveaus van de organisatie besproken en gebruikt om het beleid te analyseren en bij te sturen.
- Het VBM-beleid werd door het FPC geëvalueerd en bijgestuurd t.o.v. (inter)nationale standaarden.
- Er wordt gekozen voor een fixatie-arm beleid.
- Voor het verhoogd toezicht werd een app ontwikkeld die gelinkt is met het patiëntendossier en die meldingen geeft bij overschrijding van de tijd tussen de vooropgestelde toezichtmomenten.
- Het personeelsbeleid is sterk opgebouwd en werkt als een beschermende factor om de kwaliteit van de zorg te bewaken in een setting met aanhoudende personeelstekorten in combinatie met een moeilijke doelgroep. **(SP)**
 - Er worden veel extra inspanningen geleverd om nieuwe medewerkers aan te werven, met een sterke profilering van het FPC binnen een concurrentiële arbeidsmarkt.
 - Nieuwe medewerkers worden grondig opgeleid door middel van aangepaste opleidingstrajecten per functie.
 - Voor de vaste staf is er een uitgebreid aanbod aan permanente opleidingen; medewerkers worden sterk gestimuleerd om opleidingen te volgen.
 - Er is veel aandacht voor taakuitzuivering om medewerkers zoveel mogelijk toe te laten zich toe te leggen op hun kerntaken.
 - Er wordt sterk geïnvesteerd in een retentiebeleid met aandacht voor werkdruk, welzijn, motivatie, verminderen van werkstressoren, inzetten van energiebronnen, opvang na incidenten, creëren van doorgroeimogelijkheden, leiderschap, opleiding en ondersteuning.
 - De bestaafing wordt intensief gemonitord en is herhaaldelijk aangepast op maat van de afdelingen, rekening houdend met de zorgnood en het veiligheidsrisico van de patiënten.
 - Er worden systematisch cijfers verzameld over werkdruk, zorgzwaarte, welzijn van medewerkers en werkomstandigheden. Analyse van deze gegevens leidt tot soms inventieve verbeteracties zoals bv. het afschakelplan, het project "fier op forensisch werk" met o.a. blijfgesprekken, uitwerking van een welzijnsbeleid door en voor medewerkers.
- Het gevoerde kwaliteitsbeleid is van een erg hoog niveau, en is geïntegreerd in de werking van de organisatie. Op veel vlakken kan het FPC als een modelvoorbeeld van een lerende organisatie beschouwd worden. **(SP)**
 - Zowat alle nodige procedures, protocollen en instructiekaarten zijn helder uitgeschreven en geïmplementeerd.
 - Het FPC heeft aan de hand van cijfer- en andere gegevens zicht op zeer veel aspecten van de werking, waaronder een groot aantal aspecten die betrekking hebben op zorg.
 - Op basis van de uitgebreide, gedifferentieerde en grotendeels geautomatiseerde gegevensverzameling gebeuren er over verschillende thema's analyses en worden waar nodig verbeteracties opgezet.
 - Deze verbeteracties worden nauw opgevolgd binnen de verschillende beleidsniveaus, onder meer door middel van maandelijkse monitoring van 45 Key Performance Indicators (KPI), waarvan er 26 zorggebonden zijn.

- Het FPC draagt, op basis van gegevens over de eigen werking, ook zelf bij tot uitbreiding van de wetenschappelijke kennis over forensische zorg: de voorbije jaren werden wetenschappelijke artikels gepubliceerd in nationale en internationale wetenschappelijke tijdschriften.
- De knelpunten uit vorige inspectieverslagen zijn (waar mogelijk) door FPC aangepakt.
- Eind 2022 behaalde het FPC het internationaal erkende NEN 15224-certificaat (accreditatie op basis van ISO 9001-norm, aangevuld met zorgspecifieke eisen).

Desondanks kampt het FPC ook met een aantal, soms zeer ernstige, problemen. Deze vormen enerzijds een bedreiging voor de kwaliteit van de zorg en voor de veiligheid van patiënten en personeel, en maken anderzijds – vanuit een ruimer maatschappelijk perspectief – dat het potentieel van de beschikbare behandelcapaciteit in ernstige mate onderbenut wordt.

De grootste problemen hebben te maken met personeelskrapte, met de zorgzwaarte van de doelgroep (en met het feit dat FPC geen opnames kan weigeren), met uitstroomproblemen en met aanslepende infrastructuurele problemen.

Veel van deze problemen beïnvloeden elkaar onderling én versterken elkaar bovendien. Op veel aspecten ervan heeft het FPC slechts in beperkte mate of soms geen impact.

- De beschikbare bestaffing is bijzonder krap. Dit heeft met verschillende factoren te maken, zoals o.m. de lage bestaffingsnormen, de krapte op de arbeidsmarkt en het grote personeelsverloop. Ook deze elementen beïnvloeden elkaar onderling. **(AAN)**
 - De algemene bestaffingsnormen die voor het FPC wettelijk zijn vastgelegd, liggen een stuk lager dan wat in bepaalde afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen (bv. medium-security en high-security-afdelingen, intensieve behandel eenheden) wordt vooropgesteld, weliswaar met dien verstande dat in forensisch psychiatrische centra meer personele middelen beschikbaar zijn voor beveiliging van de koude zone en meer infrastructuurele mogelijkheden qua beveiliging voorhanden zijn. FPC voorziet meer personeel dan de bestaffingsnorm voorop stelt, deels met eigen middelen.
 - De bestaffingsnorm ligt voor de doelgroep van ZIZ zwaar onder de HIC-normen die door de federale overheid worden voorzien op High & Intensive Care-afdelingen, ondanks het feit dat de doelgroep minstens even zware zorg vraagt. Bovendien verblijven ook op andere afdelingen veel patiënten met een zorgprofiel dat dicht aanleunt tegen dat van patiënten die op ZIZ verblijven.
 - Vanuit de voorziene bestaffingsnorm voor FPC kan men overdag en 's nachts niet voldoen aan de norm van één verpleegkundige per shift per afdeling die geldt voor afdelingen in een psychiatrisch ziekenhuis. **(IN)**
- De personeelskrapte, en het grote aantal nieuwe medewerkers, heeft gevolgen voor patiënten en voor de kwaliteit van de zorg. **(AAN)**
 - Bij het begeleiden van patiënten die minder gekend zijn, is het inschatting van veiligheidsrisico's minder evident en kunnen er breuken in de continuïteit van aanpak optreden.
 - Nieuwe medewerkers die nog niet alle opleidingen hebben doorlopen zijn soms minder adequaat in het afhandelen van incidenten.
 - Geplande activiteiten (bv. gesprekken) kunnen vaak niet doorgaan of moeten worden uitgesteld omdat medewerkers afwezig zijn (door ziekte of vakantie) of moeten inspringen op andere afdelingen, met vertraging of vermindering van de effectiviteit van de behandeling tot gevolg.
 - Door een tekort aan psychiatertijd kunnen psychiaters soms niet aanwezig zijn op behandelplanbesprekingen, of moeten patiënten lang wachten vooraleer een gesprek met een psychiater kan plaatsvinden.
 - Medewerkers hebben onvoldoende tijd om op de noden van alle patiënten in te gaan, en kunnen onvoldoende nabijheid bieden, in het bijzonder bij crisissen.
 - Patiënten moeten vaak opnieuw een vertrouwensband opbouwen.

- Het is onmogelijk om te voldoen aan de verwachte frequentie van persoonlijke contactname tijdens separatie en afzondering conform de richtlijnen (zowel overdag als 's nachts). **(IN)**
- Personeelstekorten leiden soms tot langere insluitijden op de kamer.
- Het aantal medewerkers tijdens de nachtdienst is ontoereikend om alle taken op te nemen, bv. verhoogd toezicht en zorgtaken omwille van somatische problematiek.

Dit alles leidt tot frustratie bij patiënten, wat mogelijk mee een rol speelt in agressie-incidenten.

- Het personeelstekort heeft ook gevolgen voor medewerkers en hun arbeidsomstandigheden. **(AAN)**
 - De vele structurele en occasionele personeelstekorten, met onder meer afdelingswissels tot gevolg, zorgen voor extra werklust en druk.
 - Door het groot aantal nieuwe medewerkers en het werken met flex-medewerkers is het op sommige momenten moeilijk om voldoende ervaren medewerkers per shift te voorzien.
 - Het voortdurend moeten inscholen van nieuwe collega's vraagt veel energie.
 - Hoewel FPC relatief meer verpleegkundigen aanwerft dan voorzien in de normbestaffing, kan men niet garanderen dat er in elke shift minstens één verpleegkundige aanwezig is op elke afdeling (zoals vereist is in psychiatrische ziekenhuizen) **(IN)**, waardoor de aanwezige verpleegkundigen vaak de verpleegkundige taken voor meerdere afdelingen moeten opnemen.
 - Vakantie wordt vaak geweigerd omdat het beschikbare aantal medewerkers dit niet toelaat.
 - Verplichte vormingen worden niet gehaald omdat medewerkers nodig zijn op de werkvloer.

De systematische onderbestaffing met de bijhorende nadelen voor de werkomstandigheden, in combinatie met de moeilijke patiëntendoelgroep en de vele alternatieven op de arbeidsmarkt, leidt tot problemen op het vlak van personeelsretentie.

- De uitstroom uit het FPC verloopt moeizaam. **(AAN)**
 - Patiënten die klaar zijn voor vervolgzorg, vinden moeilijk een vervolgvoorziening die hen wil opnemen, of moeten lang wachten (vaak langer dan een jaar).
 - Daarnaast is voor een aanzienlijk aantal patiënten een langdurig verblijf in een hoogbeveiligde setting nodig, terwijl het aantal dergelijke plaatsen – in afwachting van de bouw van een Forensisch Psychiatrisch Centrum voor Langverblijf – bijzonder beperkt is (en voor vrouwen onbestaande).
 - Samen met de andere categorieën patiënten die niet kunnen uitstromen (bv. mensen die overal geweigerd worden, mensen zonder geldig verblijfsstatuut die niet kunnen gerepatriëerd worden), werden eind 2022 bijna de helft van de beschikbare bedden ingenomen door patiënten voor wie het FPC een andere setting beter geschikt acht. Die capaciteit kan niet gebruikt worden voor geïnterneerden die in de gevangenis verblijven.

Zonder bijkomende maatregelen om de uitstroombmogelijkheden te vergroten dreigt het beschikbare behandelaanbod in beide FPC de komende jaren quasi volledig dicht te slibben, terwijl het aantal geïnterneerden in gevangenissen opnieuw sterk is toegenomen. Bijkomende impulsen van overheidswege lijken nodig om doorstroming naar de vervolgzorg (zowel voor behandeling als voor langverblijf) te faciliteren en zo de beschikbare behandelcapaciteit in het FPC optimaal – of minstens efficiënter – te kunnen benutten.

- Er is sprake van ernstige en langdurig aanslepende infrastructurele problemen, vooral in FPC Gent. **(AAN)** Sommige daarvan hebben een directe impact op de veiligheid van patiënten en personeel. Bovendien zijn een aantal kamers buiten gebruik; dit aantal dreigt de komende jaren op te lopen omdat de basisoorzaak van veel problemen niet wordt aangepakt. Gezien de lange hersteltijden, dreigt dit tot een nog grotere daling van de beschikbare behandelcapaciteit te leiden.

Volgende knelpunten zijn niet enkel aan de orde binnen FPC, maar ook in andere settings voor (forensisch-) psychiatrische zorg. De invulling van deze juridische leemtes is een taak voor de wetgevende instanties en overstijgt de invloedssfeer van FPC. De ervaringen binnen FPC kunnen het debat hieromtrent stofferen. **(AAN)**

- Voor de doelgroep van forensisch-psychiatrische patiënten zijn er geen specifieke richtlijnen beschikbaar rond vrijheidsbeperkende maatregelen. De mate waarin het al dan niet gerechtvaardigd is om vrijheidsbeperkende maatregelen op te leggen vanuit het therapeutisch beleid binnen een forensische setting, verdient een maatschappelijk debat en daaruit voortvloeiende regelgeving of richtlijnen.
- Verschillende aspecten in de zorg voor (forensisch-)psychiatrische patiënten (niet enkel binnen FPC) zijn juridisch onvoldoende geregeld. Dwangbehandeling is binnen de (forensisch-)psychiatrische context juridisch niet voorzien; de wetgever voorziet weliswaar de mogelijkheid van gedwongen opname (of plaatsing in het geval van FPC) maar niet van een gedwongen behandeling. De zorgpraktijk in FPC bevindt zich hierdoor voor een groot deel in een juridische schemerzone, wat enerzijds de rechtspositie van de patiënten ondermijnt en anderzijds de verantwoordelijkheden van zorgbeoefenaars onvoldoende scherp stelt. De geïnformeerde toestemming die volgens de patiëntenrechtenwet voor elke behandeling noodzakelijk is, is moeilijk te verzoenen met de gedwongen plaatsing van patiënten in het behandelmilieu in FPC.

Er is nood aan een juridisch kader dat de criteria en de kwaliteitsgaranties bepaalt voor de uitvoering van een dwangbehandeling.

- Ook andere aspecten van de interne rechtspositie van patiënten zijn juridisch onvoldoende geregeld. Hoewel FPC in zijn huishoudelijk reglement tal van aspecten van de rechtspositie gedetailleerd heeft uitgeschreven (bv. het recht op contact met de buitenwereld, het recht op privacy, het recht op participatie en het klachtrecht), blijft de nood aan een wettelijke verankering van de rechtspositie. Op deze manier zouden de rechten van geïnterneerden gegarandeerd kunnen worden ongeacht de voorziening waarin ze worden opgenomen.