DEPARTEMENT
WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie
Koning Albert II-laan 35 bus 31
1030 BRUSSEL
T 02 553 34 34
F 02 553 34 35
contact@zorginspectie.be

AUDITVERSLAG

INSPECTIEPUNT	
Naam	Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent
Adres	Hurstweg 9, 9000 Gent
Telefoon	09 325 27 29
E-mail	info@fpcgent.be
Website	www.fpcgent.be
Erkenningsnummer	/

INRICHTENDE MACHT	
Naam	Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent
Juridische vorm	NV
Adres	Hurstweg 9, 9000 Gent
Telefoon	09 325 27 29
E-mail	info@fpcgent.be
Voorzitter	XXXX

UITBATINGSPLAATS	
Naam	Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent
Adres	Hurstweg 9, 9000 Gent

OPDRACHT	
Nummer	O-2015-MAPU-0685
Datum	22/10/2015
Inspecteurs	XXXX (hoofdauditor)
	XXXX (auditor)
	XXXX (auditor)

VERSLAG	
Nummer	V-2015-MIDA-0012
Datum	01/12/2015

INSPECTIEBEZOEK	
Soort	Aangekondigd bezoek op 20/11/2015 en op 30/11/2015
Gesprekspartners	Zie 1.2

INHOUD

1 Inleiding 3

1.1 Toezicht door Zorginspectie op het FPC Gent 3
1.2 Auditproces 6
1.3 Samenstelling van het auditteam 8
1.4 Lijst met afkortingen 8

2 Situering van de voorziening 10

2.1 Zorg voor geïnterneerden 10
2.2 FPC Gent: het eerste Forensisch Psychiatrisch Centrum 11
2.3 Organisatie van de zorg 11
2.4 Directie 13

3 Leiderschap 14

3.1 Beleidsorganen 14
3.2 Organisatiestructuur 15

4 Beleid en strategie 17

4.1 Beleid 17
4.2 Lerende omgeving 18
4.3 Formele samenwerkingsovereenkomsten 21

5 Middelen 22

5.1 Infrastructuur 22
5.2 Patiëntendossier 24

6 Medewerkers 27

6.1 Personeelsbeleid 27
6.2 Vorming, training en opleiding (VTO) 29
6.3 Bestaffing 30

7 Processen 34

7.1 Behandelproces 34
7.2 Procedurebeheer 42
7.3 Medicatiebeleid 43
7.4 Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) 46
7.5 Agressiebeleid 53
7.6 Suïcidebeleid 54
7.7 Interne rechtspositie 54
7.8 Klachtenmanagement en ombudsfunctie 61

8 Resultaten 64

8.1 Toegankelijkheid 64
8.2 Patiëntenparticipatie 64
8.3 Behandelrapportage 64

9 Conclusie 66

1 INLEIDING

1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE OP HET FPC GENT

Bevoegdheid

Het Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent is de eerste voorziening in zijn soort, opgericht voor de opvang en behandeling van geïnterneerden met een hoogrisicoprofiel. Het is een volledig federale instelling die enig in haar soort is, en die noch een gevangenis noch een psychiatrisch ziekenhuis is.

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 de inspectiebevoegdheden in het FPC Gent" (in werking tredend op 01/05/2015).

Het toezicht door Zorginspectie focust voornamelijk op de zorgaspecten binnen FPC Gent, 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 kwaliteitszorg, kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

Kader

Van bij het begin was het de bedoeling van de federale overheid dat geïnterneerden in het FPC zouden verzorgd worden zoals in een gesloten, 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 (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 en in de exploitatieovereenkomst tussen de uitbaters van het FPC Gent en de Federale Staat werd dan ook vastgelegd om bij het toezicht te werken aan de hand van hetzelfde **referentiekader** dat wordt gebruikt als kader bij inspecties en audits in psychiatrische ziekenhuizen, en dat te vinden is op http://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-voor-psychiatrische-ziekenhuizen**.**

Op termijn is er evenwel nood aan een meer specifiek referentiekader voor forensisch-psychiatrische zorg.

Door de ontwikkeling van dergelijk referentiekader kan het toezicht door Zorginspectie – niet alleen in het FPC Gent, maar ook in toekomstige FPC's en in andere voorzieningen met een aanbod inzake forensisch-psychiatrische zorg – 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.

Rond het ontwikkelen van dergelijk referentiekader werden principesafspraken gemaakt in het protocolakkoord tussen de Vlaamse en de federale overheid.

Plaats van deze audit in het toezicht op FPC Gent

Ook de **toezichtmethodiek** en de **toezichtfrequentie** wil Zorginspectie – zeker op termijn – zoveel mogelijk laten aansluiten op het model dat wordt gebruikt bij het toezicht op psychiatrische ziekenhuizen.
Psychiatrische ziekenhuizen krijgen op dit moment minimaal 1 keer per erkenningstermijn van 5 jaar een audit, aan de hand waarvan Zorginspectie de ziekenhuizen wil aanzetten tot kwaliteitsverbetering, en waarbij in functie daarvan onder meer ook de relevante normen worden geïnspecteerd. Dit sluit anderzijds niet uit dat bepaalde evoluties of bepaalde indicaties tot bijkomende inspecties kunnen leiden.

Ook de algemene structuur van het auditverslag willen we – op termijn –zoveel mogelijk in overeenstemming brengen met wat gebruikelijk is bij het toezicht op psychiatrische ziekenhuizen, uiteraard mits aanpassing van een aantal aspecten aan de specifieke context.

Bij dit alles wordt uiteraard rekening gehouden met de specificiteit van FPC Gent. Die specificiteit wordt onder meer gekenmerkt door het verplichte karakter van de opname (zowel voor de patiënten als voor het FPC Gent), 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 auditverslagen van PZ krijgt elke afzonderlijke vaststelling een kwalificatie:

- **Algemene vaststellingen (AV)**

  Deze elementen scoren niet negatief en niet positief.
  Het is neutrale informatie, bv. om de context te schetsen.

- **Non-conformiteiten (NC) en tekortkomingen (TK)**

  Non-conformiteiten en tekortkomingen zijn knelpunten in de kwaliteit van zorg of risico's op het vlak van patiëntveiligheid, die door de organisatie moeten aangepakt worden en waarop vooruitgang moet geboekt worden. Op deze punten wordt initiatief van de organisatie verwacht, ook bij knelpunten waar zij de oplossing niet volledig zelf in handen heeft.

  Non-conformiteiten zijn de elementen die volgens Zorginspectie niet aan de wettelijk bepaalde normen (of in het geval van het FPC aan de uitbatingsvoorwaarden) voldoen.
  Aangezien in FPC Gent de ziekenhuiswetgeving niet van toepassing is, kunnen een aantal knelpunten in dit verslag niet als NC geclassificeerd worden, terwijl deze zelfde knelpunten in een PZ wel alsdusdanig zouden geclassificeerd worden.

  Tekortkomingen zijn niet gebaseerd op een juridisch (of in het geval van het FPC ook contractueel) vastgelegde norm, maar bv. op (evidence based) richtlijnen, standaarden en internationaal aanvaarde kwaliteitsnormen.

  Redenen om een element als een tekortkoming te classificeren kunnen bv. ook zijn:

  - opvallend zwakker scoren dan andere Vlaamse organisaties binnen de geestelijke gezondheidszorg zonder voldoende objectiveerbare verklaring;
  - weliswaar enigszins maar in onvoldoende mate voldoen aan een norm met een juridische basis; strikt gezien is er in dergelijk geval geen sprake van een non-conformiteit, anderzijds haalt de organisatie niet de nodige kwaliteit m.b.t. de betreffende norm (men voldoet bv. vormelijk aan een juridische norm, maar de inhoud voldoet niet).

  Dit betekent niet dat alle mogelijke non-conformiteiten en tekortkomingen uit het referentiekader systematisch in elk auditverslag worden vermeld. In het verslag worden de verbeterpunten opgenomen die, rekening houdend met de plaatselijke context, een risico inhouden op het vlak van patiëntveiligheid of belangrijk zijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

  Het referentiekader is anderzijds ook niet exhaustief. Zo kan het dat in een auditverslag elementen als een non-conformiteit of tekortkoming worden geformuleerd, ondanks het feit dat ze niet als dusdanig in het referentiekader staan opgenomen. Dit kan bv. gebeuren:

  - in afwachting van de aanpassing van het referentiekader (dat altijd enige vertraging kent ten opzichte van de evolutie van de sector en/of van de wetenschap);
  - als het een element betreft dat dermate zelden voorkomt dat het niet is opgenomen in het referentiekader;
  - als het een element betreft dat buiten de focus van het referentiekader valt maar dat toch voldoende belangrijk is (bv. het onvoldoende respecteren van de menselijke waardigheid).

- **Sterke Punten (SP)**

  Dit zijn punten die worden beoordeeld als opvallend beter dan in (andere) psychiatrische ziekenhuizen of dan de rest van de voorziening.

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

- **Aanbevelingen (Aanb)**

  Een aanbeveling is een vrijblijvend advies ter verbetering van de kwaliteit van de zorg. Een aanbeveling wordt enkel geformuleerd als ze ook een kwaliteitsverbetering kan betekenen voor de organisatie.

Ondanks het feit dat we er voor opteren om bij het toezicht op het FPC Gent op termijn dezelfde toezicht-methodiek met dezelfde vorm van verslaggeving te hanteren als bij het toezicht op de psychiatrische ziekenhuizen, kan een beoordeling volgens deze methodiek en volgens dezelfde standaarden pas ten volle wanneer de organisatie voldoende matuur is, i.e. ten vroegste na vier à vijf jaar.

In de eerstkomende jaren worden een aantal tussenstappen voorzien, waarvan deze oriënterende audit de eerste is:

1. Een eerste oriënterende audit, waarbij de (deel)onderwerpen werden gekozen in functie van:
   - hun inspecteerbaarheid en hun relevantie in de fase van de uitbouw;
   - de mate waarin deze aspecten of onderwerpen “generiek” zijn, in die zin dat het aspecten betreft waarvoor niet hoeft gewacht te worden op een verdere specificering van het referentiekader in functie van forensisch-psychiatrische zorg.

   Het verslag van deze oriënterende audit is meer beschrijvend dan een klassiek PZ-auditverslag: niet elke vaststelling krijgt een aparte kwalificatie. Enerzijds omdat het – gezien de recente opstart – te vroeg is voor dergelijke gedetailleerde beoordeling, anderzijds omdat er te weinig zicht is op de stand van zaken in andere vormen van residentiële forensisch-psychiatrische zorg om gefundeerd vergelijkend te kunnen beoordelen.

   Anders dan in een PZ-auditverslag eindigt dit verslag wel met een conclusie, waarin de belangrijkste werkpunten (in de vorm van non-conformiteiten en tekortkomingen) en sterke punten worden opgesomd.
2. Een gestandaardiseerde bevraging in andere vormen van residentiële forensisch-psychiatrische zorg (minimaal in de 3 medium security eenheden binnen psychiatrische ziekenhuizen). Deze wordt voorzien in 2016. Hierbij is het de bedoeling om aan de hand van een beknopte en gestandaardiseerde inspectiemodule een beeld te krijgen van de kwaliteit van zorg op een aantal vlakken in de residentiële forensisch-psychiatrische zorg in Vlaanderen.

   Door deze gestandaardiseerde bevraging:
   - Kunnen we in een volgende fase tot meer gefundeerde uitspraken en beoordelingen komen bij het toezicht op het FPC Gent (en later ook op andere vormen van forensisch-psychiatrische zorg).
   - Krijgen we relevante input voor de uitwerking van het referentiekader forensisch-psychiatrische zorg.
   - Kunnen we relevante beleidsinformatie verzamelen voor de verdere uitbouw van de forensisch-psychiatrische zorg.
3. Een tweede inspectiebezoek in het FPC Gent (najaar 2016 / voorjaar 2017), voornamelijk bestaande uit:
   - Dezelfde gestandaardiseerde bevraging als is afgenomen in stap 2 (zij het hier wel degelijk als onderdeel van de inspectie);
   - Opvolging van de verbeterpunten zoals geformuleerd in dit verslag van de oriënterende audit;
   - Speciale aandacht voor de uitstroom;
   - Aandachtspunten aangereikt door het Opvolgingscomité (zie verder).
4. Bij het derde inspectiebezoek, voorzien 4 of 5 jaar na de opstart, gaan we er van uit dat de organisatie matuur genoeg is om geauditeerd te worden op dezelfde manier en met dezelfde wijze van verslaggeving als een psychiatrisch ziekenhuis, evenwel rekening houdend met de specifieke context, en tegen die tijd mogelijk ook op basis van een specifiek referentiekader forensisch-psychiatrische zorg.
   Het is evenwel mogelijk dat tegen dan (of daarna) ook de toezichtmethodiek in psychiatrische ziekenhuizen

evolueert. Desgevallend zullen we het toezicht op het FPC Gent zoveel mogelijk in dezelfde lijn laten mee evolueren.

Tussen de inspectiebezoeken wordt de remediëring van de vastgestelde knelpunten opgevolgd door het Opvolgingscomité. Op indicatie kan Zorginspectie naast de geplande inspecties tussendoor ook specifieke deelaspecten ter plaatse inspecteren.

1.2 AUDITPROCES

Voorbereiding

Het toezichtmodel en het auditproces werden op 15/09/2015 in FPC Gent door de auditoren toegelicht aan de directie, het middenkader, de afdelingshoofden en de afdelingsverantwoordelijken. De directie van het FPC gaf bij dezelfde gelegenheid een presentatie over de eigen werking en over de stand van zaken op dat moment.

Ter voorbereiding van deze oriënterende audit werd door het FPC Gent een zelfevaluatie gemaakt aan de hand van zelfevaluatie-instrumenten die door Zorginspectie werden ontwikkeld. Het centrum heeft zelfevaluaties gemaakt voor volgende thema's: leiderschap en organisatiebeleid, behandelbeleid, personeelsbeleid, lerende omgeving en kwaliteitsbeleid, rechtspositie en klachtenbeleid, medicatiebeleid en afdelingen FPC.

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 auditteam van Zorginspectie.

Plaatsbezoeken

Zorginspectie ging twee dagen ter plekke in het FPC Gent, waarbij thema's werden behandeld volgens onderstaand auditplan.

<table>
<tr><th colspan="4">VRIJDAG 20 NOVEMBER 2015</th></tr>
<tr><th></th><th>XXXX</th><th>XXXX</th><th>XXXX</th></tr>
<tr><td>9u – 10u30</td><td>Afdelingsbezoek
Schelde- ZIZ</td><td>Afdelingsbezoek
Grootdok</td><td>Afdelingsbezoek
Lieve</td></tr>
<tr><td>10u30 – 12u</td><td>Leiderschap en organisatiebeleid</td><td>Medicatiebeleid
(inclusief bezoek aan apotheek en op de werkvloer)</td><td>Centraal activiteitenaanbod
(werken / leren / sport)
en zorgprogramma's</td></tr>
<tr><td>12u – 13u</td><td colspan="3">Middagmaal + overleg auditoren</td></tr>
<tr><td>13u – 14u</td><td>Medische zorg</td><td rowspan="2">Kwaliteitsbeleid
en lerende omgeving</td><td rowspan="2">Rechtspositie en
klachtenbeleid</td></tr>
<tr><td>14u - 15u</td><td>Psychiatrische zorg</td></tr>
</table>

MAANDAG 30 NOVEMBER 2015			
	XXXX	**XXXX**	**XXXX**
9u – 11u	Afdelingsbezoek Muide	Afdelingsbezoek Mercatordok	Behandelbeleid
11u – 13u	Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM)	Personeelsbeleid	Afdelingsbezoek Sluizeken
13u – 14u30	Middagmaal + overleg auditoren		
14u30 – 15u30	Gesprek patiëntenraad		
15u30 – 16u	Afrondend gesprek met de directie		

Tijdens de auditgesprekken werd dieper ingegaan op de informatie die tijdens de voorbereidende fase verkregen werd.

Er werden 33,5 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met 3 directieleden, 6 middenkaderleden, de coördinatoren van het centraal activiteitenaanbod en van de zorgprogramma's, 2 psychiaters, 13 verpleegkundigen waarvan 6 afdelingshoofden, 8 afdelingspsychologen, 5 therapeutisch assistenten, twee apothekers, de preventieadviseur, de externe ombudspersoon en 5 patiënten uit de patiëntenraad.

Volgende afdelingen werden tijdens de audit bezocht:

Schelde	Muide	Grootdok	Mercatordok
Lieve	Sluizeken	Ringvaart	

Er werden 13 patiëntendossiers ingekeken en 95 blokkenroosters (dit zijn individuele weekoverzichten van patiënten met hun activiteiten en therapieën) opgevraagd.

Verslag en opvolging

De vaststellingen in het auditverslag 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, medicatievoorschriften, registratiegegevens).

In het auditverslag 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.

Het ontwerpverslag werd per e-mail bezorgd aan het FPC Gent en aan het Opvolgingscomité. Vervolgens was een periode van 30 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het auditrapport d.m.v. een gemotiveerde reactienota te formuleren. Beide instanties bezorgden dergelijke reactienota binnen de vooropgestelde termijn.

De opmerkingen van het Opvolgingscomité werden besproken tijdens een bijeenkomst met Zorginspectie op 22/01/2016.

Tijdens een slotbespreking op 29/01/2016 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 van beide besprekingen werd het auditverslag op een aantal punten aangepast, waarna het definitief werd.

Over een aantal onderwerpen bleven na de slotbespreking visieverschillen bestaan tussen Zorginspectie en FPC Gent. Voorliggend verslag bevat de visie van Zorginspectie. De visie van FPC Gent kan worden opgevraagd via info@fpcgent.be.

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 psychiatrische ziekenhuizen is dat het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.
In het geval van het FPC Gent worden de audit- en inspectieverslagen bezorgd aan het Opvolgingscomité, bestaande uit vertegenwoordigers van de FOD Volksgezondheid, de FOD Justitie, het RIZIV en de Regie der Gebouwen (zie verder 2.2). Dit Opvolgingscomité zal instaan voor de verdere opvolging.

Inspectieverslagen van Zorginspectie kunnen door elke burger opgevraagd worden via openbaarheid@zorginspectie.be.

1.3 SAMENSTELLING VAN HET AUDITTEAM

XXXX	Hoofdauditor
XXXX	Auditor
XXXX	Auditor

1.4 LIJST MET AFKORTINGEN

Aanb	Aanbeveling
ADL	Activiteiten van het Dagelijks Leven
AED	Automated External Defibrillator
AV	Algemene Vaststelling
AZ	Algemeen Ziekenhuis
BOT	Bedrijfs Opvang Team
BS	Belgisch Staatsblad
BW	Beschut Wonen
CBM	Commissie tot Bescherming van de Maatschappij
CV	Curriculum Vitae
DECT	Digital Enhanced Cordless Telecommunications
EC	Ethische Commissie
EHBO	Eerste Hulp bij Ongevallen
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
EFQM	European Foundation for Quality Management
EVS	Elektronisch Voorschriftsysteem
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HR	Huishoudelijk Reglement
IAC	Interne Advies Commissie

ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IPA	Interprofessioneel Akkoord
FOD	Federale Overheidsdienst
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
KB	Koninklijk Besluit
KPI	Key Performance Indicator
NC	Non-Conformiteit
NV	Naamloze Vennootschap
OC	Opvolgingscomité
OPZC	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum
PAAZ	Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis
PAK	Prikkelarme Kamer
PC	Psychiatrisch Centrum
PSO	Patiënten-Staf Overleg
PVT	Psychiatrisch Verzorgingstehuis
PZ	Psychiatrisch Ziekenhuis / Psychiatrische Ziekenhuizen
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
RvB	Raad van Bestuur
SP	Sterk Punt
TK	Tekortkoming
UDS	Urine Drug Screening
UPC	Universitair Psychiatrisch Centrum
USB	Universal Serial Bus
UV	Uitgaansvergunning
UZ	Universitair Ziekenhuis
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VBM	Vrijheidsbeperkende maatregelen
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
VIM	Veilig Incident Melden
VOP	Vrij op Proef
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 Commissie tot Bescherming van de Maatschappij (CBM) bevoegd voor de uitvoering van de maatregel. De CBM heeft in dit verband verschillende beslissingsmogelijkheden: 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 inrichting die daarvoor geschikt is uit het oogpunt van veiligheid en verzorging), Vrijlating op Proef (VOP) en definitieve invrijheidstelling. In het kader van plaatsingen kan de CBM bovendien beperkte vrijheid, uitgangspersmissies en verloven toekennen.

Geïnterneerden met een laagrisicoprofiel 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 voor kort werden geïnterneerden met een hoogrisicoprofiel 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 en in Antwerpen..

Doel van de centra is om – in een beveiligde omgeving – 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.

De financiering van deze 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 Regie der Gebouwen staat in voor de bouw en het eigenaarsonderhoud van de gebouwen. FPC Gent is verantwoordelijk voor het gebruikersonderhoud.
Eén en ander is geregeld via:

- Een exploitatie-overeenkomst tussen de Belgische Staat en de uitbaters van FPC Gent.
- Het KB van 18 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 29/01/2015).

Geïnterneerden worden in een FPC geplaatst door de CBM. Dit impliceert dat noch het FPC, noch de geïnterneerde deze opname kunnen weigeren.
Dit verschilt met het verblijf in andere zorgvormen (bv. in de geestelijke gezondheidszorg of in VAPH-voorzieningen), waar patiënten in Vlaanderen quasi altijd verblijven met het statuut “vrij op proef”, en waar de voorzieningen zelf kiezen welke patiënten ze wel (mits een positieve CBM-beslissing) of niet opnemen.

FPC Gent heeft het voornemen om geïnterneerden niet terug te verwijzen naar de gevangenis na een incident, tenzij dit incident niet toe te schrijven is aan controleverlies vanuit de pathologie, maar duidelijk voorbereid, gecontroleerd en doelbewust is én waarbij de integriteit van de staf dermate wordt aangetast dat een time-out volgens het FPC noodzakelijk is. De eindbeslissing hierover ligt evenwel steeds bij de CBM.

2.2 FPC GENT: HET EERSTE FORENSISCH PSYCHIATRISCH CENTRUM

Het FPC Gent is het eerste van deze Forensisch Psychiatrische Centra. Het centrum is bedoeld voor 264 mannelijke geïnterneerden.

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 uitbating van FPC Gent – zowel op het vlak van zorg als op het vlak van veiligheid – neemt de federale overheid evenwel niet zelf op zich. Middels een openbare aanbesteding werd deze opdracht in het voorjaar van 2014 gegund aan een consortium bestaande uit Parnassia, De Kijvelanden en Sodexo België. Dit consortium heeft vervolgens een juridische entiteit opgericht, namelijk FPC Gent NV, die het FPC Gent uitbaat.

Het gebouw wordt ter beschikking gesteld door de Regie der Gebouwen, die het met dit doel liet optrekken op een terrein ten noorden van de Gentse binnenstad, aan het begin van het havengebied. Op 26 september 2014 werd het gebouw voorlopig opgeleverd. De verdere inrichting is ten laste van FPC Gent NV.

Op 29 september 2014 werden de gebouwen in gebruik genomen door de uitbater, en startten de eerste medewerkers. Na een aantal weken opleiding kon op 27 oktober 2014 gestart worden met simulaties en checks, waarna op 17 november 2014 de eerste zes patiënten werden opgenomen.

2.3 ORGANISATIE VAN DE ZORG

Het FPC Gent is ontworpen voor de opvang van maximaal 264 patiënten. Op het moment van inspectie zijn er 248 patiënten opgenomen. Omwille van infrastructurele redenen (zie ook 5.1) is dit voorlopig ook de maximumcapaciteit.

De patiënten verblijven op één van vier vleugels, die zowel met een naam als met een kleur worden aangeduid.

Naam vleugel	Type afdelingen	Kleur	Aantal bedden
Rivier	Observatie en oriëntatie (opnameafdelingen)	Blauw	56
Stad	Doorgedreven behandeling (behandelafdelingen)	Geel	92
Haven	Resocialisatieafdelingen	Oranje	100
Park	Re-integratieafdelingen	Groen	16
			264

Elke vleugel bestaat opnieuw uit vier afdelingen, elk met een eigen naam, een specifieke patiëntendoelgroep en een aparte personeelsequipe. Elke afdeling wordt gekenmerkt door een type therapeutisch leefmilieu: een supportief milieu (SUPP) of een sociaal-therapeutisch (S-T) milieu (zie ook 7.1).

Patiënten worden in principe eerst opgenomen op één van de afdelingen binnen de vleugel Rivier (observatie & oriëntatie), en stromen vervolgens – naarmate hun behandeling vordert – intern verder door naar de andere vleugels. in de regel Gedurende hun volledige opname in het FPC blijven patiënten wel binnen hetzelfde type therapeutisch milieu.

Vleugel	Afdeling	Doelgroep	Bedden	Milieu
Rivier	Lieve	Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis	16	S-T
	Ringvaart	Patiënten met een mentale beperking	16	SUPP
	Leie	Patiënten met een as I-problematiek	16	SUPP
	Schelde	Zeer intensieve zorg (ZIZ)	8	SUPP
Stad	Rabot	Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis	23	S-T
	Sluizeken	Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis	23	S-T
	Tolhuis	Patiënten met een mentale beperking	23	SUPP
	Muide	Patiënten met een as I-problematiek	23	SUPP
Haven	Sifferdok	Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis	25	S-T
	Houtdok	Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis	25	S-T
	Grootdok	Patiënten met een mentale beperking	25	SUPP
	Mercatordok	Patiënten met een as I-problematiek	25	SUPP
Park	Zuidpark	Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis	4	S-T
	Blaarmeersen	Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis	4	S-T
	Citadel	Patiënten met een mentale beperking	4	SUPP
	Groene Vallei	Patiënten met een as I-problematiek	4	SUPP

De afdelingen (met uitzondering van afdeling Schelde en de afdelingen van vleugel “Park”) bestaan telkens uit twee delen (aangeduid met “links” en “rechts”), die op hun beurt dan weer bestaan uit een gang met patiëntenkamers en een gemeenschappelijke leefruimte (living + keuken). Voor de twee kanten samen is er één gedeelde verpleegpost, dus één per afdeling.

De patiënten die samen één kant van een afdeling bevolken worden ook aangeduid met de term “leefgroep”. Dergelijke leefgroep vormt de dagelijkse leefomgeving van patiënten, en bestaat dus – afhankelijk van de afdeling – uit 8 tot 13 patiënten.

Elke afdeling van de vleugels Rivier, Stad en Haven wordt aangestuurd door een trio bestaande uit de afdelingspsychiater , de afdelingspsycholoog en een afdelingshoofd (deze heeft een diploma van verpleegkundige). De rest van de equipe (verpleegkundigen en therapeutisch assistenten) noemt men de sociotherapeuten. Elke patiënt heeft één sociotherapeut als individueel begeleider (IB).
Voor de vier kleine afdelingen van vleugel Park is er één gemeenschappelijke behandelcoördinator (psychiatrisch verpleegkundige / criminoloog) die samen met vier maatschappelijk werkers de vleugel runt.
Aansluitend bij afdeling Schelde is er een apart blok met 8 separeerkamers, waar patiënten vanop afdelingen tijdelijk kunnen worden opgenomen. Daarnaast is er op elke afdeling minstens één PAK (PrikkelArme Kamer) voorzien (zie 7.4).

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.
- De zorgprogramma ’s (zie 7.1), die het gros van het therapeutisch aanbod omvatten, worden voornamelijk ingevuld door een aparte equipe (psychologen, orthopedagogen, vaktherapeuten) met een eigen coördinator.

De zorg wordt gecoördineerd door twee “hoofden Zorglijn”, één per type therapeutisch milieu, die op hun beurt aangestuurd worden door de directeur patiëntenzorg en de hoofdgeneesheer.

2.4 DIRECTIE

Algemeen directeur	XXXX
Directeur patiëntenzorg	XXXX
Hoofdgeneesheer	XXXX

3 LEIDERSCHAP

3.1 BELEIDSORGANEN

- De vennootschap FPC Gent NV werd opgericht op 11 juli 2014 door de zorgpartners Parnassia Groep en De Kijvelanden en partner voor bedrijfsvoering Sodexo België. Bij de start zijn 60% van de aandelen in handen van de zorgpartners en 40% in handen van Sodexo België. De algemene vergadering van aandeelhouders komt jaarlijks samen.

- De Raad van Bestuur (RvB) van FPC Gent bestaat uit drie bestuurders: één bestuurder bedrijfsvoering en twee zorgbestuurders. De beslissingen gebeuren met unanimiteit van stemmen. De Raad van Bestuur kwam in het eerste jaar van de opstartfase gemiddeld tweewekelijks samen. De directie is steeds aanwezig op de vergaderingen van de RvB. De bestuurders hebben uitgebreide expertise in management en forensische zorg, zoals blijkt uit hun opgevraagde CV's.

- De directie bestaat uit de algemeen directeur, de hoofdgeneesheer en de directeur patiëntenzorg. De drie directieleden krijgen ondersteuning van een directieassistente. De directie vergadert maandelijks.

- Daarnaast zijn er volgende overlegorganen m.b.t. zorg binnen FPC Gent:
    - Een tweewekelijkse managementmeeting van de directie met de stafleden,
    - Een wekelijks periodiek overleg zorg van de hoofdgeneesheer en de directeur patiëntenzorg met de hoofden zorglijn,
    - Een maandelijks psychiateroverleg tussen hoofdgeneesheer en psychiaters,
    - Een driemaandelijks medisch overleg tussen hoofdgeneesheer, psychiaters en de medische dienst,
    - Een maandelijkse intervisie afdelingspsychologen tussen het hoofd zorglijn en de afdelingspsychologen,
    - Een maandelijkse intervisie afdelingshoofden tussen de hoofden zorglijn en de afdelingshoofden,
    - Een maandelijks psychologenoverleg tussen de hoofden zorglijn en de afdelingspsychologen (m.b.t. zorglijnoverstijgende items in behandelcoördinatie),
    - Een maandelijks afdelingshoofdenoverleg tussen de hoofden zorglijn en de afdelingshoofden (m.b.t. zorglijnoverstijgende items in de organisatie),
    - Een maandelijkse vakgroep psychologie van de afdelingspsychologen,
    - Een tweewekelijks overleg WLS tussen de hoofden zorglijn, de coördinator WLS, de arbeidstherapeuten en de sporttherapeuten,
    - Een maandelijks overleg zorg van de afdelingsstaf (m.b.t. informatiedoorstroming vanuit andere fora),
    - Een maandelijks overleg zorglijn van het hoofd zorglijn, de afdelingspsychologen en de afdelingshoofden (m.b.t. het neerzetten van een uniform beleid),
    - Een maandelijkse intervisie afdelingsstaf tussen de afdelingsstaf en het hoofd zorglijn (m.b.t. casuïstiek),
    - Een tweewekelijkse doorstroomcommissie tussen de directeur patiëntenzorg, de hoofden zorglijn, de opnamecoördinator en het hoofd griffie en behandelrapportage,
    - Een maandelijkse patiëntenraad van patiëntenvertegenwoordigers, ondersteund door de coördinator WLS,
    - Een tweemaandelijkse directiepatiëntenraad tussen de directeur patiëntenzorg, de coördinator WLS, de communicatiemanager en de directieassistente,
    - Een tweewekelijkse Interne Adviescommissie; deze adviseert over CBM-rapportages waarin vrijheden worden aangevraagd, en bestaat uit de hoofdgeneesheer, de directeur patiëntenzorg, de hoofden zorglijn en het hoofd griffie en behandelrapportage.

De taken, frequentie en samenstelling van de verschillende overlegorganen zijn beschreven in de foralijst (d.i. de overzichtslijst van alle overlegorganen binnen FPC Gent).

- Er is sinds april 2015 een ethische commissie (EC) in FPC Gent. De ethische commissie bestaat uit een externe ethicus, twee psychiaters, een psycholoog, een criminoloog, twee vertegenwoordigers van het verpleegkundig personeel en een jurist. In het reglement van de ethische commissie worden de rol en de opdracht van de EC 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 ethische commissie vergadert acht keer per jaar.
    - Uit de vergaderverslagen blijkt de inhoudelijk sterke diepgang van dit overlegorgaan. Er is bovendien een grote betrokkenheid van de medewerkers bij het ethisch beleid: er zijn veel aanmeldingen van kandidaat-leden voor het EC.
    - In art. 46 van het reglement wordt gesteld: “Deze adviezen worden standaard aan de aanvrager en de hoofdgeneesheer van het FPC overgemaakt. De adviezen zijn vertrouwelijk, en kunnen enkel door de aanvrager, de effectieve leden van de commissie, de algemeen directeur, de directeur patiëntenzorg en de hoofdgeneesheer geconsulteerd worden.” Volgens het KB 12/08/1994 van de ziekenhuiswetgeving zijn de adviezen en raadgevingen van het Comité vertrouwelijk en niet bindend en zijn ze het voorwerp van een gemotiveerd verslag dat uitsluitend aan de verzoeker wordt verzonden en waarin de verschillende standpunten van de leden worden weergegeven. De adviezen i.v.m. de algemene, begeleidende en raadgevende functie dienen niet als vertrouwelijk beschouwd te worden en dienen breed binnen de organisatie gecommuniceerd te worden. Wanneer het adviezen betreft binnen de context van de ondersteunende functie bij beslissingen over individuele gevallen, dan zijn deze adviezen een vertrouwelijke mededeling aan de aanvrager. Indien het onderwerp van een individueel geval volledige geanonimiseerd kan worden tot een theoretische casus, dan is een algemene verspreiding van het advies mogelijk.
      Hoewel de ziekenhuiswetgeving strikt juridisch niet van toepassing is op het FPC, dient de ethische commissie op basis van het referentiekader van de (psychiatrische) ziekenhuizen en de richtlijnen hieromtrent te functioneren.
    - De verslagen van de vergadering van de EC worden integraal overgemaakt aan de directie. De adviezen en raadgevingen van het EC dienen als vertrouwelijk beschouwd te worden, vandaar dat de vergaderingen ook achter gesloten deuren dienen te gebeuren. In het reglement van de ethische commissie wordt het geheim karakter van de beraadslagingen beschreven in art. 12. Deze geheimhouding is moeilijk in overeenstemming te brengen met het integraal overmaken van de vergaderverslagen aan de directie.

3.2 ORGANISATIESTRUCTUUR

- De algemeen directeur is verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering. Dit omvat alle niet-medische en niet-therapeutische aspecten, zoals het aankoopbeleid, de facilitaire diensten en beveiliging, human resources, boekhouding en financiën, communicatie, de juridische dienst, behandelrapportage en ICT. Het medische en therapeutische luik wordt aangestuurd door de hoofdgeneesheer en de directeur patiëntenzorg, waarbij de hoofdgeneesheer verantwoordelijk is voor het zorgbeleid en de directeur patiëntenzorg verantwoordelijk is voor de operationele aansturing van de zorgequipe.

- De algemeen directeur en de directeur patiëntenzorg zijn voltijds aangesteld. De hoofdgeneesheer is voor 16 uur per week benoemd en combineert deze taak met een opdracht als medisch diensthoofd van de

PAAZ van het Regionaal Ziekenhuis in Tienen (20 uur per week).

- De afdelingen worden vanuit de directie duaal aangestuurd door de hoofdgeneesheer en de directeur patiëntenzorg via twee hoofden zorglijn in twee zorglijnen, die elk een groep afdelingen aansturen die behoren tot eenzelfde zorglijn: de sociaal-therapeutische zorglijn en de supportieve zorglijn. Het beleid op elke afdeling wordt gevoerd door het afdelingshoofd (een verpleegkundige), de afdelingspsycholoog en de afdelingspsychiater.

- In het huishoudelijk reglement staat een summiere omschrijving van de verantwoordelijkheden van de psychiater en van de afdelingspsycholoog. De taakverdeling tussen psychiaters en afdelingspsychologen wordt niet door alle medewerkers op dezelfde manier begrepen. Zo geven zowel psychiaters als afdelings-psychologen aan dat ze eindverantwoordelijke zijn voor de behandeling. Er zijn verschillende visies over de eindverantwoordelijkheid voor de verschillende soorten dwangmaatregelen afdelingsarrest, afzondering en separatie. Verder is het voor geen enkele gesprekspartner duidelijk wat bedoeld wordt met één van de verantwoordelijkheden van de psychiater die in het HR staat vermeld (hoofdstuk 2.2 Begripsbepaling), met name “het gedogen van geneeskundige handelingen”.

4 BELEID EN STRATEGIE

4.1 BELEID

- De missie staat omschreven in het huishoudelijk reglement. Missie en visie staan ook in het kwaliteitshandboek. In 2016 zullen strategische doelstellingen in een driejarenplan geformuleerd worden.

- Voor het eerste jaar, het opstartjaar, lag de focus op de opening van FPC Gent en werden een 15-tal projectplannen opgevolgd (bv. projectplan zorg, projectplan aanwervingen, projectplan cleaning, …). Vanaf het tweede jaar komt de focus meer op uitstroom te liggen.

- Tijdens de opstartfase kwam er vanuit de aandeelhouders Sodexo, Parnassia en De Kijvelanden ruime ondersteuning voor het FPC Gent op het vlak van werving, selectie en opleiding.

- Er wordt maandelijks intern gerapporteerd op basis van een 80-tal KPI's (Key Performance Indicators) die worden opgevolgd.
  Hiervan gaan een 25-tal KPI's over de zorg*:*
  - Totaal aantal patiënten
  - Patiënten met behandelplan
  - Ondertekende behandelplannen
  - Evaluatie behandelplan
  - Risicotaxatie klinisch
  - Risicotaxatie gestandaardiseerd
  - Agressie incidenten
  - Gemiddelde verblijfsduur in FPC Gent
  - Gemiddelde verblijfsduur blauw
  - Gemiddelde verblijfsduur geel
  - Gemiddelde verblijfsduur oranje
  - Gemiddelde verblijfsduur groen
  - Primaire opname diagnose As I
  - Primaire opname diagnose As II exclusief mentaal beperkten
  - Primaire opname diagnose mentaal beperkten
  - Aantal maatregelen inclusief separatie
  - Aantal patiënten met maatregelen
  - Gemiddelde separatieduur
  - Aantal dwangmedicatie
  - Aantal separaties
  - Aantal patiënten gesepareerd
  - Aantal gerealiseerde WLS blokken
  - Vergoede blokken WLS aan patiënten
  - Afwezige patiënten in blokken zonder reden
  - Afwezige patiënten in blokken wegens ziekte
  - Aantal gerealiseerde zorgprogramma-modules
  - Aantal patiënten zorgprogramma-module

De KPI's worden besproken op de Raad van Bestuur en vervolgens op het managementteam. Daarna worden ze doorgestuurd naar de leidinggevenden, die ze op hun beurt met de staf bespreken. Halfjaarlijks is er een evaluatie die zich vertaalt in een activiteitenverslag voor het Opvolgingscomité. Na het eerste jaar zal er overgegaan worden op een jaarlijks activiteitenverslag.

- De behandelvisie staat uitgebreid beschreven in een document. De invulling van het therapeutisch beleid is grosso modo een kopie van hoe dat in FPC De Kijvelanden in Nederland gebeurt. Binnen De Kijvelanden wordt – vanuit de afdeling onderzoek en behandelinnovatie – in samenwerking met universiteiten en andere forensische zorgverleners gestreefd naar maximale wetenschappelijke evidentie voor de aangeboden zorg.
  In Nederland loopt in het programma "Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ)", een initiatief van het forensisch zorgveld, samen met het ministerie van Veiligheid en Justitie en GGZ Nederland (de koepelorganisatie van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg). Doelstelling is om de kwaliteit van de forensische zorg en de effectiviteit van de behandelingen te verbeteren en zichtbaar te maken.
  Dat gaat via zogeheten calls, waarbij instellingen worden opgeroepen om in te tekenen op bepaalde onderwerpen. Per call wordt vervolgens een organisatie aangewezen die het project kan opzetten en uitwerken. Zo kunnen behandelmethodes, plannen van aanpak of oplossingen voor een specifiek onderwerp ontwikkeld worden. Het programma wordt door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie gecoördineerd.
  De ontwikkelde methodes kunnen vervolgens ook in de andere voorzieningen worden geïmplementeerd.
  Het is de bedoeling om deze net zo goed in FPC Gent te implementeren als dat in FPC De Kijvelanden zal gebeuren.

- Op dit moment wordt het afdelingsbeleid binnen FPC Gent nog heel sterk top-down gestuurd, zowel wat het algemene beleid als wat het therapeutisch beleid betreft. De nadruk ligt op het implementeren van alle procedures en werkwijzes, en vooral op het creëren van de aangewezen therapeutische milieus.
  In de toekomst zullen afdelingen meer ruimte krijgen om een eigen beleid te voeren, zij het wel steeds binnen een duidelijk kader, waarbij evidence based en milieutherapeutisch werken voorop zullen blijven staan.

- Om er voor te zorgen dat één van de basispijlers van de werking – de milieutherapie – goed wordt ingevuld, werden verschillende werkwijzes gehanteerd:
  - Drie weken opleiding voor beginnende medewerkers, inclusief één week stage in De Kijvelanden (zie ook 6.2)
  - Intervisiebijeenkomsten voor afdelingshoofden en afdelingspsychologen, onder externe begeleiding
  - Intervisiebijeenkomsten voor de afdelingspsychologen
  - Intervisiebijeenkomsten voor de afdelingshoofden
  - Supervisiegesprekken voor elke afdelingspsycholoog met de hoofden zorglijn, die op hun beurt ook weer externe supervisie krijgen
  - Intervisiebijeenkomsten per afdeling onder leiding van de afdelingspsycholoog.

4.2 LERENDE OMGEVING

- De missie staat omschreven in het huishoudelijk reglement en in het kwaliteitshandboek als: "het op een wetenschappelijk onderbouwde wijze voorzien in de vraag naar beveiliging van de samenleving door behandeling van 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 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. FPC Gent doet dit 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 missie is uitgewerkt in een visie op behandeling en zorg, de organisatie van behandeling en zorg, personeel en maatschappelijke betekenis.
Vanuit de missie en visie neemt het FPC de kernwaarden "respect, deskundigheid en teamwork" in acht.

- Als nieuwe voorziening was de coördinatie van het opstarten van het FPC in alle facetten de eerste prioriteit van de directie. Om dit te realiseren werd een projectplan, afgestemd op het instroomplan van de patiënten, opgemaakt. Dit projectplan omvat de uit te voeren noodzakelijke deeltaken/stappen zoals o.a. het uitwerken van de procedure bezoek patiënten door kennissen en familie, bezoek door advocaten, de opmaak van de mappenstructuur (de dossiervorming), het uitwerken van badgeprofielen (toegang), het opstarten van afdelingsteams, het opstarten van zorgprogramma's, …. Alle deeltaken hebben de status "achieved"; enkel de herwerking van de visietekst van de ombudsfunctie binnen het FPC heeft de status "ongoing".

- Een strategisch beleidsplan met bijbehorende doelstellingen zal opgemaakt worden, voortbouwend op de missie en visie, het projectplan en het kwaliteitsplan. Dit strategisch plan zal voor de komende 3 jaar richting geven aan de uitbouw en werking van het FPC (2016-2018). De bedoeling is de strategische visie en doelstellingen quasi terzelfdertijd door te trekken tot op de werkvloer, waar een vertaling zal plaatsvinden van de strategische doelstellingen naar concrete acties.

- Ondertussen nam FPC Gent een voltijdse kwaliteitscoördinator in dienst met als doelstelling het opstellen van het kwaliteitshandboek en het kwaliteitsmanagementsysteem uit te bouwen op basis van de reeds opgestelde missie, visie en procedures. Het kwaliteitshandboek is gerealiseerd naar analogie met het Vlaams decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. Dit basis kwaliteitshandboek zal verder stapsgewijs uitgewerkt worden in en gedocumenteerd worden door processen en gerelateerde procedures. Het gekozen management model voor het kwaliteitsbeleid is het EFQM Excellence model van de European Foundation for Quality Management. Er is een kwaliteitsplan opgemaakt dat de verschillende deeltaken voor de kwaliteitscoördinator gestructureerd en opvolgbaar weergeeft.

- In het kwaliteitshandboek staan de 4 grote domeinen van de zelfevaluatie uitgeschreven (naar analogie met het Vlaams kwaliteitsdecreet voor gezondheids- en welzijnsvoorzieningen) 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.

  Voor al deze domeinen zit het FPC volop in de fase van gegevensverzameling.
  Na de gegevensverzameling kunnen analyses gestart en verbeterpunten geprioriteerd worden. Hierna kunnen gemotiveerde keuzes tot verbeteracties opgestart worden.
  We bevelen aan medewerkers en gebruikers zo ruim mogelijk te definiëren en om de noden en behoeften op verschillende manieren in kaart te brengen.

- De kwaliteitscoördinator is ingebed in de juridische dienst. Inhoudelijk wordt zij aangestuurd door de algemeen directeur via het tweewekelijkse werkoverleg, samengesteld uit de algemeen directeur en het hoofd van de juridische dienst (zonder verslaggeving). De kwaliteitscoördinator kan onderwerpen agenderen voor bespreking op het managementteam en op de directiemeeting (met verslaggeving).

Deze overlegorganen volgen eveneens de voortgang en de implementatie op van de kwaliteitsdoelstellingen.
In de huidige fase van de uitwerking stelt de kwaliteitscoördinator over voldoende informatie- en aansturingskanalen te beschikken om deze opdracht te vervullen. Er is eveneens een samenwerking met de preventieadviseur van het FPC. We bevelen aan in de toekomst een formeel overlegorgaan specifiek rond het kwaliteitsbeleid te installeren (bv. kwaliteitscommissie), waar vertegenwoordigers van de gehele organisatie (directie/staf en werkvloer) samen het kwaliteitsbeleid verder vorm geven.

- Specifieke aandacht gaat naar informatieveiligheid. De kwaliteitscoördinator heeft de opleiding informatieveiligheidsconsulent afgerond en zal dus ook de coördinatie van het informatieveiligheidsbeleid op zich nemen. In oktober werd een risico-analyse over dit thema afgerond (een onderzoek naar o.a. risico's en hun impact, classificatie van de risico's, …). Uit deze analyse blijkt dat werken aan de attitude en de bewustwording omtrent informatieveiligheid bij de medewerkers binnen het FPC, een van de werkpunten zal zijn. In december wordt hiervan een actieplan verwacht.

- Het kwaliteitsbeleid binnen het FPC is nog in volle ontwikkeling. Het beleid wordt gestuurd vanuit de directie en de kwaliteitscoördinator. De staf en de medewerkers op de werkvloer zijn nog niet ingeschakeld in het kwaliteitsgebeuren. De werkgroepen die momenteel al zijn samengesteld, zijn het comité informatieveiligheid en de VIM-commissie (Veilig Incident Melden). Werkgroepen rond specifieke projecten zullen gaandeweg opgestart worden. Op welke manier vorming over kwaliteit zal opgestart worden, moet nog bekeken worden. Enerzijds kunnen bepaalde basiskwaliteitsprincipes meegegeven worden in het inscholingspakket voor elke nieuwe medewerker van het FPC, anderzijds wordt het concreet werken met projectplanning bij de vertaling van de strategische doelstellingen op afdelingsniveau, als piste bekeken. We bevelen aan de betrokkenheid van de artsen aan het kwaliteitsbeleid voldoende aandacht te geven en ook voor hen in deze materie vorming te voorzien.

- Het FPC krijgt zicht op het niveau van de kwaliteit van zorg door verschillende gegevens te registreren en op te volgen:
    - De KPI's die worden opgevolgd, worden maandelijks door de algemeen directeur gecommuniceerd naar alle leidinggevenden.
      De lijst van KPI's zal gaandeweg en in afstemming met de kwaliteitsdoelen aangepast en aangevuld worden met andere relevante indicatoren. Momenteel zijn er een 80-tal KPI's verdeeld over de thema's zorg, human resources, facilities en technics, juridische dienst, communicatie en beveiliging. Mogelijke nieuwe KPI's zullen zich o.a. situeren rond BOT-aanvragen (BedrijfsOpvangTeam dat medewerkers bijstaat na incidenten), informatieveiligheid, ….
      Er is verder voorzien om per indicator een indicatorfiche op te maken, die een beschrijving inhoudt van de teller, de noemer, de in- en exclusiecriteria, de frequentie van meten, frequentie van update, …
    - De incidentmeldingen geven bijkomende informatie over risicovolle situaties in de dagelijkse werking van het FPC.
    - Recent werden veiligheidsrondes (de zogenaamde kikkertesten) op alle afdelingen afgerond. Hier werd nagegaan of afspraken/procedures nageleefd worden. Er werden checks gedaan binnen de thema's organisatiebeleid, behandelbeleid, apotheek, afdeling, rechtspositie, kwaliteit en personeel. Deze kikkertesten geven snel na de opstart een goed beeld op de implementatie van tal van procedures; de gegevens worden eerstdaags besproken en geanalyseerd op de managementmeeting. Een individuele feedback naar elke afdeling is reeds gebeurd.

- Sinds de start van het FPC worden incidenten gemeld.
    - 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.

Deze meldingen worden maandelijks besproken met de directie. Sinds de start werden 196 incidenten geregistreerd. Het betreft vooral veiligheidsincidenten (brand, vervuiling, sabotage, vandalisme, ongewenst bezoek, aanrijdingen, EHBO, agressie). Het Visionsysteem is een puur registratiesysteem, geen opvolgings- en analysesysteem. Incidenten worden besproken op de betreffende afdelingen en in de overlegorganen van afdelingshoofden en -psychologen. Gestructureerde analyses volgens een bepaalde methodiek gebeuren niet en kunnen dan ook geen dienst doen als mogelijke input voor verbeteracties op beleidsniveau.

- Sinds oktober 2015 is naast Vision ook het VIM-systeem (Veilig Incident Melden) in voege. VIM zal geautomatiseerde registratie, opvolging, analyse, verbeteractie en feedback toelaten. Op basis van de opgeslagen gegevens zal het ook mogelijk zijn trendanalyses uit te voeren. Momenteel zijn er al een 42-tal incidenten gemeld binnen VIM. De eerste VIM commissie vond plaats in november. Er werd geopteerd om de software zo snel mogelijk te laten proefdraaien op alle afdelingen. Er is een handleiding iprova (software) opgesteld en beschikbaar. Een volledige procedure rond VIM-meldingen is nog niet beschikbaar en moet nog verder uitgewerkt worden. Basisprincipes zoals ze nu gekend zijn, zijn o.a. de verdeling in verschillende categorieën (agressie, medicatie, beveiliging, arbeidsongevallen, overige) en het aanstellen per categorie van een actienemer (directe actie) en een coördinator (opvolging). Er zijn besprekingen gaande op de afdelingen om de verdeling in de categorieën te verfijnen. Een categorie suïcide(poging) zal toegevoegd worden.
- Meldingen in kader van BOT gebeuren bij de preventieadviseur.
  De preventieadviseur is binnen de VIM-commissie medecoördinator voor agressie-incidenten. Bij elke agressiemelding in het VIM-systeem kan aangevinkt worden of tussenkomst van het bedrijfsopvangteam (BOT) gewenst is. De preventieadviseur informeert alle leden van het BOT.

- Probleemmeldingen binnen het FPC geven aanleiding tot aanpassing van het elektronisch patiëntendossier (USER, overgenomen van FPC de Kijvelanden) aan de specifieke dossiernoden van FPC Gent. Aanpassingen van de structuurindeling zijn niet mogelijk, inhoudelijke aanpassingen worden wel doorgevoerd. Een applicatiebeheerder voorziet in deze verbeteringen. Sinds de start is de tweede versie van USER operationeel. De derde versie, USER ALTA, wordt eind januari 2016 geïmplementeerd.

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 uitgangscontrole, controle van binnenkomende en uitgaande goederen, vrachtwagens en personen, patrouilleren in koude zone en opvolging van de meldkamer, die bemand wordt door 2 personen. De bewakingsfirma heeft met andere woorden geen opdracht in de warme zone. De opdracht is via een meerpartijenovereenkomst tussen de Belgische staat, FPC Gent NV en Securitas NV overeengekomen.

- De FOD Justitie en de Regie der Gebouwen sloten een onderhoudscontract af inzake technisch onderhoud met een externe firma.

- FPC Gent heeft een samenwerkingsovereenkomst met AZ Sint-Lucas, AZ Jan Palfijn en UZ Gent voor specialistische medische zorg en voor urgentiezorg.

- Voor de medicatiedistributie heeft het FPC een samenwerkingsovereenkomst afgesloten met een externe apotheekgroep.

5 MIDDELEN

5.1 INFRASTRUCTUUR

- Het gebouw is volledig nieuw en wordt kosteloos ter beschikking gesteld door de Regie der Gebouwen. De inrichting van het gebouw is ten laste van FPC Gent NV.

- Het gebouw telt 4 vleugels met elk 4 afdelingen, verspreid over 2 verdiepingen. De afdelingen bestaan telkens uit twee delen (met uitzondering van afdeling Schelde en de afdelingen van vleugel Park), die op hun beurt dan weer bestaan uit een gang met patiëntenkamers en een gemeenschappelijke leefruimte (living + keuken). Voor de twee kanten samen is er één gedeelde verpleegpost, dus één per afdeling.
  Elke afdeling had aanvankelijk 2 PAK's (PrikkelArme Kamers die gebruikt worden voor afzondering op de afdeling) die zich in het middenblok tussen de twee kanten van de afdeling bevinden (uitgezonderd Schelde dat maar 1 PAK heeft).
  De 8 afdelingen van de vleugels Rivier en Stad hebben een gemeenschappelijke tuin, net zoals de 4 afdelingen van de vleugel Haven en de 4 afdelingen van vleugel Park. Het plan ligt klaar om per afdeling een afgescheiden tuintje te voorzien zodat patiënten meer naar buiten kunnen.

- Centraal bevinden zich de medische dienst, het separeerblok, de therapieruimtes, de arbeidsateliers, de sportaccomodatie, de superette, de kledingwinkel en de bibliotheek.

- Op de gelijkvloerse verdieping, naast de afdeling Schelde gelegen, is een centraal separeerblok met 8 separeerruimtes.

- Decentraal zijn vergaderzalen, directie- en stafburelen voorzien.

- Er zijn verschillende problemen opgemerkt op het vlak van infrastructuur in het gebouw (niet de volledige infrastructuur werd bezocht):
  - Er zijn in het gebouwontwerp 248 eenpersoonskamers voorzien. Daarnaast zijn er ook 8 duokamers, met een aangepaste badkamer voor mindervaliden. Het gebruik van tweepersoonskamers houdt voor deze high risk patiëntendoelgroep risico's inzake patiëntveiligheid in. Het FPC wil omwille van deze reden nooit meer dan één patiënt in een kamer opnemen. Binnen dit concept is de theoretische maximumcapaciteit op het moment van de audit slechts 256 patiënten.
  - De patiëntenkamers van de vleugels Oranje en Groen kunnen enkel collectief en dus niet individueel afgesloten worden. Hierdoor kan het vrijhedenbeleid onvoldoende geïndividualiseerd worden.
  - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
    - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
    - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
    - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
    - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
  - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX).
    - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
    - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
    - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

        - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
    - Er is onenigheid tussen FPC Gent en de Regie der Gebouwen over de performantie van het brand-detectiesyteem. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX. Volgens het Opvolgingscomité voldeden de resultaten van de testen aan de wettelijke vereisten.
    - Het FPC meldt dat het systeem van temperatuurregeling onvoldoende werkt. Ook patiënten klagen over het ventilatiesysteem. Hierdoor zouden de temperaturen tijdens de zomermaanden oplopen tot 30°C. Uit verslaggeving blijkt dat het personeel op die momenten de deuren van de verpleegpost opende en blokkeerde d.m.v. wiggen. Deze situatie houdt een risico in voor incidenten.
      Hiervoor zou ondertussen een oplossing gevonden zijn; deze kan pas geëvalueerd worden tijdens de volgende zomer.
    - Er is niet voor alle patiënten een overdekte buitenruimte voorzien. Elke patiënt heeft dagelijks recht op 1,5 uur verblijf in de buitenlucht; hiervoor zijn per afdeling vaste blokken voorzien in het blokken-rooster. Bij regenweer zijn de patiënten en de begeleidende personeelsleden onbeschut. Tijdens de inspectie bleek dat patiënten en personeelsleden doorweekt terug kwamen van de "patiowandeling" en dat omwille van het slechte weer slechts 5 van de 22 patiënten naar buiten gingen.

- Het uitvoeren van herstellingen gebeurt onvoldoende tijdig. Binnen een setting van forensische high security is een vlugge reactiesnelheid essentieel om de veiligheid van personeel en patiënten te waarborgen. Enkele voorbeelden hiervan zijn:
    - De gebreken aan de separeerkamers zijn sinds de eerste dag gekend maar zijn eind november 2015, na meer dan een jaar, nog niet hersteld.
    - Op het moment van het inspectiebezoek zijn slechts de helft van de separeerkamers beschikbaar. In de weken voorheen waren periodes waarin slechts 1 à 2 separeerkamers operationeel waren. De andere separeerkamers waren buiten gebruik voor herstelwerkzaamheden. Dit aantal beschikbare separeerkamers blijkt onvoldoende. Op de afdelingen kunnen patiënten op momenten van een ernstig gevaarsrisico voor zichzelf of anderen, niet gesepareerd worden indien de separeerkamers reeds in gebruik zijn. Men gaat om die reden soms eerder over tot dwangmedicatie.
    - Acht patiëntenkamers van Groen op de gelijkvloerse verdieping zijn niet in gebruik door waterschade na een lek op 15/08/2015 (de brandveiligheid van de deuren kan niet langer gegarandeerd worden door de waterschade). In november 2015 is nog steeds overleg gaande i.v.m. de expertises.
    - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
    - Herstel van een patiëntenkamer na brandstichting sleept verschillende maanden aan omwille van discussies m.b.t. de juridische aansprakelijkheid.

- Op het moment van inspectie zijn er 248 patiënten opgenomen: men beschikt over 256 kamers waarvan er 8 buiten gebruik zijn omwille van waterschade, en 8 duokamers die men enkel als eenpersoonskamers wenst te gebruiken. Om 264 patiënten te kunnen opnemen op éénpersoonskamers, worden op het moment van de audit 8 van de 23 prikkelarme kamers omgebouwd tot gewone patiëntenkamers.
    - Het eerste voorstel van het FPC was om op alle afdelingen (behalve die van vleugel Rivier) 2 PAK's om te bouwen tot één grote patiëntenkamer met een eigen living.
      Vanuit het milieutherapeutisch concept zag FPC deze extra grote kamer als een bijkomende mogelijkheid qua beloning van patiënten. Deze optie werd niet aanvaard door het Opvolgingscomité (OC). Vanuit het OC werd gesteld dat er op elke afdeling een PAK beschikbaar dient te zijn. Zorginspectie

onderschrijft deze visie voor alle afdelingen uitgezonderd die van vleugel Park. Een degelijke evaluatie van het afzonderingsbeleid (in het kader van agressiepreventie en -hantering, suïcidepreventie, …) en de nodige (infrastructurele) middelen in dit verband kan pas gebeuren enkele jaren na de opstart.

- Er is daarom besloten tot een alternatieve verbouwingsoptie: op de acht afdelingen van Geel en Oranje wordt telkens één van beide PAK's omgebouwd tot een patiëntenkamer. Er was in het originele ontwerp van de PAK's evenwel geen sanitaire cel voorzien. Na de verbouwing bevinden zich een toilet en een douchecel (midden)in de patiëntenkamer. Er is daardoor een veiligheidsprobleem XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX en een probleem van privacy (de glazen douchecel is zichtbaar door het van buitenaf te openen toezichtsluikje in de kamerdeur).

- Om een maximale bezetting doorheen het jaar te kunnen garanderen, bevelen we aan om een aantal reservekamers te voorzien. Ook vanuit veiligheidsoogpunt dienen er reservekamers ter beschikking te zijn. Wanneer tijdens een periode van maximale bezetting defecten en/of vernielingen aan patiëntenkamers voorkomen, is er op dit moment geen uitwijkmogelijkheid om patiënten te transfereren naar een andere kamer. Dit houdt het risico in dat patiënten die niet kunnen beschikken over een veilige patiëntenkamer als noodoplossing tijdelijk zouden moeten verblijven in een PAK of separeerkamer.

- Op de afdelingen worden infrastructurele volgende aspecten als een knelpunt ervaren:
  - Afdelingshoofden beschikken niet over een eigen bureelruimte (bv. voor gesprekken met teamleden).
  - Afdelingspsychologen beschikken over een eigen bureelruimte, maar deze is ver buiten de afdelingen gelegen (in het administratieve gedeelte).
  - De patiëntenkamers beschikken over relatief weinig bergruimte. In sommige kamers liggen kledij en schoenen opgestapeld op de vloer.
  - De keuken op de afdelingen is niet aangepast om systematisch voor de leefgroep te koken, zo is bv. het kookfornuis te klein. Het bouwconcept ging uit van regeneratie van warme maaltijden.

5.2 PATIËNTENDOSSIER

- In het FPC maakt men gebruik van een elektronisch patiëntendosssier (USER). Dit dossier is bij de start integraal overgenomen vanuit FPC de Kijvelanden en door de applicatiebeheerder gaandeweg aangepast aan de noden van FPC Gent. Momenteel is de tweede versie van USER operationeel. Naast het EPD maakt het FPC ook gebruik van een documentatiemap (in papieren vorm) en wordt patiënteninformatie ook opgeslagen op de I-schijf van het FPC. Deze 3 systemen bestaan naast elkaar waardoor de informatie versnipperd bewaard wordt en niet voor iedereen even toegankelijk is.

- Het FPC werkt op alle afdelingen met een gelijkvormig sjabloon voor het behandelplan, wat het overzicht voor de medewerkers bevordert.
  Dit sjabloon is zeer gestructureerd en gedetailleerd uitgewerkt:
  - Een eerste luik bevat naast een aantal personalia een omschrijving van de kernproblematiek, de diagnose, een somatisch luik, een uitgebreide beschrijving van het netwerk van de patiënt, een uitgebreide delictbeschrijving en -analyse, een luik over eventuele slachtoffers en een beschrijving van risicofactoren; behoeften, mogelijkheden en beschermende factoren worden opgesomd, de motivatie van de patiënt wordt beschreven, evenals de prognose en de visie van de patiënt zelf over dit alles.
  - Een tweede luik, het eigenlijke plan, bevat duidelijke doelstellingen voor de komende periode, bijhorende behandelinterventies voor elk van de doelstellingen, en ook afspraken en vrijheden; ook hier is uitgebreid ruimte voorzien voor de visie van de patiënt. Het plan eindigt met een volgende evaluatiedatum.

- Het derde luik voorziet op gestructureerde wijze ruimte om de vooropgestelde doelstellingen te evalueren vanuit de verschillende disciplines.

Uit enkele voorbeelden van uitgewerkte behandelplannen bleek dat deze zeer veel informatie bevatten, duidelijk en begrijpbaar zijn, en ook heel praktisch bruikbaar.

- De afspraken in verband met dossiervorming zijn in grote lijnen:
  - de administratieve documenten en formulieren (o.a. aanvraagformulieren, opnameformulieren, budgetaanvragen, kamerinventarissen, bezoekaanvragen, …) worden bewaard in een papieren map.
  - de juridische documenten, de blokkenroosters van de patiënt, de verslagen van het patiënten-stafoverleg (PSO) en de personeelsaangelegenheden zijn te vinden op de I-schijf.
  - in het EPD (USER) worden het behandelplan, de patiëntenafspraken i.v.m. verlof en vrijheden, de diagnose, de voortgang en de contacten, de correspondentie, de psychologische en medische vragenlijsten bewaard.

- Tijdens de afdelingsbezoeken bleek dat de medewerkers de informatie m.b.t. suïcidaliteit op verschillende plaatsen opzochten (in het intakeverslag van de psychiater op de I-schijf, in de submap rapportages of sub-map voortgang in het patiëntendossier USER) en niet steeds terugvonden.
  Kort voor de audit werden een aantal afspraken terug op scherp gesteld en werden nieuwe afspraken bijgevoegd zoals het uitlichten van alle gegevens m.b.t. suïcidaliteit in de submap “meldingen en waar-schuwingen”, waardoor deze meer zichtbaar, eenduidig en opvolgbaar zijn voor alle zorgmedewerkers.

- Bij de interne doorstroming van patiënten van de ene afdeling naar de andere worden de papieren delen van het patiëntendossier integraal meegegeven.

- Op afdelingsniveau werden volgende knelpunten in verband met dossiervorming vastgesteld:
  - De boomstructuur van USER bevat meerdere ongebruikte onderverdelingen (bv. “metingen”, “meldingen en waarschuwingen”, “brieven”, “persoonlijke gegevens”, “behandelnoden”, ….). Het is niet steeds duidelijk wat de verwachtingen zijn i.v.m. notities. Dit wil niet zeggen dat hierover geen informatie beschikbaar is, enkel dat deze informatie elders is ondergebracht.
  - De afspraken worden niet altijd even consequent doorgevoerd, waardoor informatie soms dubbel en soms niet op de afgesproken plaats beheerd wordt.
  - Hierdoor is het niet steeds duidelijk of blanco velden niet relevant zijn, nog op invulling wachten dan wel of de betreffende informatie elders in het dossier staat neergeschreven.
  - De risicotaxatie, nochtans een basisinstrument voor de opmaak en evaluatie van een behandelplan, kan enkel door de afdelingspsychologen gelezen worden. De conclusie moet volledig raadpleegbaar zijn in het patiëntendossier.
  - Het is niet voor iedereen duidelijk waar de notities over de bevraging van het suïciderisico bewaard worden. In het Forensisch Psychiatrisch Diagnostisch Verslag is geen specifieke rubriek voorzien en als er niets is genoteerd is het niet duidelijk of er geen verhoogd risico is, dan wel of (vroegere of huidige) suïcidaliteit niet bevraagd werd.
    Ook in USER is er geen specifieke plaats voorzien voor noteren en systematisch opvolgen van het suïciderisico.
  - In het dossier staat niet aangeduid wie de individuele begeleider van de patiënt is.
    Deze individuele begeleider vervult enkele cruciale taken:
    - is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en volgt het behandeltraject op;
    - heeft minstens wekelijks een evaluatiegesprek met de patiënt;
    - motiveert de patiënt in het toewerken naar de behandeldoelen en het nakomen van afspraken;

- stelt samen met de patiënt het signaliseringsplan op en werkt dit regelmatig bij;
- bereidt samen met de patiënt de behandelbespreking voor en is hierbij aanwezig;
- zorgt voor een goede informatiedoorstroming naar de afdelingsstaf van gemaakte afspraken, vroegsignalering, ….

Wie van het team verantwoordelijk is voor deze cruciale taken dient genoteerd te zijn in het dossier.

- Voor een aantal documenten is het niet duidelijk waar deze bewaard moeten worden, waardoor verschillen merkbaar zijn van afdeling tot afdeling:
  - De vroegsignaleringsplannen worden op de ene afdeling in de papieren map bewaard, terwijl het enige exemplaar van dit plan op andere afdelingen op de patiëntenkamer wordt bewaard.
  - Sommige afdelingen maken verslaggeving van het PSO in USER, andere afdelingen maken deze als word-documenten en bewaren ze op de I-schijf.

  Hierdoor bestaat het risico dat informatie verloren gaat en dat elementen over het hoofd worden gezien.

  Het feit dat veel flexmedewerkers worden ingezet (zie 6.1) en dat medewerkers frequent worden ingezet op andere afdelingen, maakt de nood aan heldere en eenvormige afspraken over dossiervorming des te groter.

- Medicatie wordt op elektronische wijze voorgeschreven door de artsen in het systeem FARMAD. Met deze gegevens wordt door Farmad automatisch een medicatieschema gegenereerd, dat vanuit de apotheek zowel in de vorm van medicatiemaandschema's als van medicatiedagschema's per patiënt op papier naar de afdelingen gestuurd wordt. Momenteel kunnen de zorgmedewerkers nog niet elektronisch de medicatietoediening afvinken of redenen van "niet-toediening" omschrijven. Men geeft aan dat dit in de nabije toekomst mogelijk zal zijn; tijdens de audit startte een testfase op een pilootafdeling.

6 MEDEWERKERS

6.1 PERSONEELSBELEID

- De dienst human resources wordt geleid door de human resources manager. Deze dienst wordt, net zoals de diensten “facility & technics”, de juridische dienst en de dienst “finance, ICT & purchasing”, aangestuurd door de algemeen directeur. De dienst behartigt het aanwervingsbeleid, het vormingsbeleid, evenals de taakverdeling en functieomschrijvingen. De inroostering en planning van de verschillende behandelafdelingen wordt ook centraal van hieruit gestuurd.

- De inhoudelijke aansturing van de zorgequipes gebeurt door de directeur patiëntenzorg die voltijds is aangesteld. Zij was voorheen directeur risicomanagement en behandeling TBS in FPC de Kijvelanden, heeft daar 20 jaar ervaring opgebouwd, en werd voor een periode van twee jaar van Nederland naar België gedetacheerd.

- Elk team wordt aangestuurd door een afdelingshoofd. Deze zijn qua opleidingsniveau (psychiatrisch) verpleegkundigen. Het zorgteam bestaat uit verpleegkundigen en therapeutisch assistenten, samen sociotherapeuten genoemd.
    - De therapeutisch assistent is een medewerker die bijdraagt tot het therapeutisch leefklimaat, de diagnostiek, de behandeling en de resocialisatie. Therapeutisch assistenten nemen, net als de verpleegkundigen, de taak op van individuele begeleider van de patiënten.
    - Voor de therapeutisch assistenten wordt door FPC Gent geen minimumdiploma vereist. In de praktijk hebben ongeveer een kwart van de therapeutisch assistenten een diploma secundair onderwijs als hoogste diploma. De overige hebben een diploma hoger onderwijs.
    - Men streeft naar een 1/1-verhouding tussen beide functieprofielen (verpleegkundige-therapeutisch assistent) in de equipe van de sociotherapeuten. Deze verhouding bereiken en behouden is sinds de start van het FPC niet evident, enerzijds door de krapte aan verpleegkundigen op de arbeidsmarkt, anderzijds door de zeer specifieke setting van een FPC. Er werden heel wat rekruteringkanalen aangeboord, met wisselend succes. Op bepaalde momenten heeft het FPC zijn wervingskoers bijgestuurd door het aantal therapeutisch assistenten te verhogen t.o.v. het aantal verpleegkundigen. Op het moment van de audit is de verhouding verpleegkundigen / therapeutisch assistenten 62,3 VTE / 70 VTE. Bovenop de groep verpleegkundige sociotherapeuten zijn er ook 13 afdelingshoofden met een diploma verpleegkundige.

- Van de groep zorgmedewerkers behoort 10 VTE tot een vervangingspool om verloven en afwezigheden op te vangen. Deze personeelsleden worden steeds mee ingepland bovenop de voorziene basisbezetting van de afdelingen. Bij verlof en ziekte bekijkt de centrale planner op welke afdelingen meest personeel beschikbaar is en welke medewerkers elders kunnen bijspringen.
  Dit werd vastgesteld bij de inroosteringsplannen op verschillende afdelingen.

- Naast de vervangingspool is er ook een systeem om flexmedewerkers in te schakelen. Deze flexers zijn medewerkers die geen vast contract hebben met FPC Gent maar kunnen via 3 vaste interimkantoren ingeschakeld worden op alle afdelingen binnen het FPC. Indien de centrale planner geen interne medewerkers uit de vervangingspool vindt, kan een beroep gedaan worden op de flexers.
    - Op de lijst van de flexers staan op het moment van de audit 44 vaste personen. Deze zijn allen voldoende gekwalificeerd. Afhankelijk van hun diploma kunnen zij ingezet worden als verpleegkundige of als therapeutisch assistent.

- Alle flexers hebben een voortraject doorlopen wat bestaat uit rondgang in het FPC en een halve dag toelichting rond de werking. Na dit voortraject kunnen ze intekenen als flexer en start hun 2-daagse training bestaande uit een praktijkvorming agressiehantering en een theoretische vorming.
- Indien flexers de vorming agressiehantering nog niet gevolgd hebben, dan worden zij uitgesloten van de separatieprocedures en de alarmoproepen via het DECT-systeem.

- Het FPC stelt dat bij de inroostering van de afdelingsshifts steeds rekening gehouden wordt met een aantal basisspelregels zoals minimum 1 verpleegkundige, voldoende vaste medewerkers ten opzichte van eventuele flexers en voldoende medewerkers die hun volledige opleiding agressiehantering beëindigd hebben.

- Naast de interimkrachten (de flexmedewerkers) doet het FPC in beperkte mate beroep op jobstudenten, uitgezonderd voor de zorgafdelingen. In de zomer van 2015 werden 2 jobstudenten ingezet op de ondersteunende diensten (maatschappelijke dienst en de juridische dienst).

- Er zijn enkele medewerkers op zelfstandige basis, zoals de kapper, de tandarts, de pedicure en de huisarts.

- Momenteel doet het FPC geen beroep op vrijwilligers; de mogelijkheid om met vrijwilligers te werken via het Rode Kruis (bv. bezoekvrijwilligers voor patiënten die geen bezoek krijgen) wordt wel onderzocht.

- Voor nagenoeg alle personeelsgroepen werden functieomschrijvingen uitgewerkt. Enkel voor de functie animator en de functie sanitair helpster (ondertussen “medewerker ADL” genoemd), 2 zeer recent in het leven geroepen functies, dienen nog functiebeschrijvingen opgemaakt te worden.
  In reactie op het ontwerp van auditverslag geeft FPC Gent aan dat beide functiebeschrijvingen ondertussen beschikbaar zijn.

- Het FPC heeft aandacht voor taakuitzuivering, zodat de sociotherapeuten hun tijd optimaal kunnen besteden aan therapeutische activiteiten:
  - De sanitair helpsters (medewerkers ADL) ondersteunen de zorgequipe dagelijks gedurende 4 uur ‘s morgens voor de ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen)-aspecten.
  - ’s Avonds zullen gedurende 4 uur animatoren worden ingeschakeld op de afdelingen; mogelijk zullen deze animatoren ook ’s namiddags en in het weekend worden ingezet.
  - 4 VTE medewerkers worden ingeschakeld voor extern patiëntenvervoer en begeleide uitgaansvergunningen.

  Hierbij dient er wel over gewaakt te worden dat zorgkundige taken (bv. bij sommige ADL) wettelijk gezien enkel mogen uitgevoerd worden door zorgkundigen (KB van 12/1/2006 tot vaststelling van de nadere regels om geregistreerd te worden als zorgkundige, BS 3/2/2006 en het KB van 12/1/2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen, BS 3/2/2006).

- Nieuwe medewerkers zonder voorkennis van of ervaring met psychiatrische ziektebeelden doorlopen een traject van tijdelijke contracten: eerst een contract van 3 maanden dat, mits positieve evaluatie, kan overgaan naar een tweede tijdelijke contract van 6 maanden. De medewerker kan doorstromen naar een vast dienstverband indien ook het tweede tijdelijke contract met vrucht wordt afgerond. Bij de instroom van anderstalige verpleegkundigen (er is bv. een Spaanse verpleegkundige in dienst) krijgt taalkennis de nodige aandacht in de opleiding en evaluatie.

- Het FPC werkt met jaargesprekken die structureel eenmaal per jaar plaats vinden met elke medewerker. Deze worden gehouden één jaar na de indiensttreding en vallen zo voor iedere medewerker op een ander tijdstip. Deze jaargesprekken worden verondersteld open en motiverende gesprekken te zijn tussen de

medewerker en zijn verantwoordelijke waarbij een balans gemaakt wordt van de voorbije samenwerkingsperiode en waar zo nodig aandacht wordt besteed aan verbeterpunten. Het jaargesprek kan vergeleken worden met een evaluatiegesprek.

- Er wordt niet gewerkt met vaste nachtmedewerkers (medewerkers die uitsluitend 's nachts werken). Alle medewerkers zitten in een roulement om ook 's nachts te werken. Enkel de afdelingshoofden werken niet 's nachts maar zijn wel ingeschakeld in de wachtdiensten (met een minimum van 8 wachtdienstnachten tot een maximum van 23 wachtdienstnachten per jaar).

- Er is een procedure disfunctioneren opgenomen in het arbeidsreglement en er is een beleid uitgewerkt dat bepaalt hoe het FPC omgaat met middelenmisbruik bij werknemers. Niet voldoen aan de contractuele verplichtingen of het overtreden van het arbeidsreglement kan worden bestraft met een mondelinge of schriftelijke verwittiging, met schorsing of met ontslag, al dan niet om zwaarwichtige redenen.
  De tekortkomingen worden vastgesteld door de leidinggevende (of andere gemachtigde personen). Elke mondelinge verwittiging kan worden uitgesproken door een hiërarchische overste of door een hiertoe door de werkgever gemachtigde persoon en in aanwezigheid van iemand van de afdeling human resources. Hiervan wordt een schriftelijke neerslag opgemaakt.
  Een sanctie wordt in regel pas gegeven wanneer voorheen een lichtere sanctie werd gegeven.

- Exitgesprekken worden gevoerd door een human resources officer of door de human resources manager; indien relevant wordt feedback gegeven aan het desbetreffende dienst- of afdelingshoofd.

- Het BOT (BedrijfsOpvangTeam) voorziet in de nazorg voor medewerkers na een incident of een stressvolle gebeurtenis op het werk. De mate waarin ondersteuning van het BOT is aangewezen, is afhankelijk van de gebeurtenis, de betrokkenheid en de persoonlijke omstandigheden van de medewerker. Het BOT is een multidisciplinair team bestaande uit een afdelingspsycholoog, een afdelingshoofd, de vertrouwenspersoon, een therapeutisch assistent en een verpleegkundige. Er is geen arts opgenomen in het BOT. Alle leden hebben een driedaagse opleiding genoten waarin vooral gesprekstechnische vaardigheden werden aangeleerd. De eerste crisisopvang gebeurt door de directe collega's; het dienstdoend afdelingshoofd schat de noodzaak in om de ondersteuning van het BOT al dan niet in te roepen. Elke medewerker kan ook zelf het BOT benaderen. Er zijn in de twee maanden voor de audit 26 aanmeldingen bij het BOT gebeurd.
  Naast het BOT kunnen medewerkers beroep doen op de vertrouwenspersoon in het kader van grensoverschrijdend gedrag binnen het FPC. De vertrouwenspersoon volgde hiervoor een opleiding. De functie vertrouwenspersoon wordt waargenomen door een human resources medewerker, wat gezien de opdracht en de soms delicate informatie best wordt ontkoppeld. Na de audit werd een tweede vertrouwenspersoon aangesteld, die niet tot de afdeling HR behoort.
  Binnen de samenwerkingsovereenkomst tussen het FPC en de externe dienst preventie en bescherming is eveneens vastgelegd dat de medewerkers van het FPC een beroep kunnen doen op specialisten van buiten de onderneming voor ondersteuning bij ingrijpende gebeurtenissen (en dit zowel voor gebeurtenissen binnen als buiten de werkcontext).

6.2 VORMING, TRAINING EN OPLEIDING (VTO)

- Het algemene inscholingstraject voor nieuwkomers bestond in de beginfase van het FPC uit een opleiding van 3 weken. Ondertussen is deze opleidingsduur herleid tot 2 weken. De week stagelopen voor nieuwe medewerkers wordt niet langer in FPC de Kijvelanden georganiseerd, maar wordt nu binnenshuis georganiseerd.

- Het vormingspakket binnen de algemene inscholing bestaat uit:
  - arbeids- en personeelsaangelegenheden,

- psychopathologie,
- gebruik van USER,
- vroegsignalering,
- behandelvisie en –aanbod,
- milieutherapie,
- reglementen en procedures,
- agressieregulatietraining,
- teambuilding,
- calamiteiten- en veiligheidsplan.

Er zullen per jaar drie momenten van algemene inscholing ingericht worden. De eerstvolgende inscholing vindt plaats in februari 2016. Dit betekent dat nieuw aangeworven medewerkers soms pas 3 tot 4 maanden na aanwerving een inscholing volgen. Indien er grotere aantallen nieuwkomers gezamenlijk starten, kan de inscholingsdatum hierop afgestemd worden.

Nieuwe medewerkers krijgen op de afdeling ook een meter of peter toegewezen die hen wegwijs maakt en alvast de werkwijze en behandelvisie bijbrengt.

- Afdelingsspecifieke inscholing is niet uitgeschreven en niet formeel voorzien. Het is de taak van elk afdelingshoofd om nieuwe medewerkers op te vangen en in te lichten over de werking van de afdeling. Vanuit de dienst human resources is beslist dat nieuwe medewerkers voor de afdeling zeer intensieve zorgen (ZIZ) enkel kunnen doorstromen vanuit de andere FPC afdelingen, waar voordien voldoende expertise en voorkennis werd opgedaan.

- Het FPC beschikt over een uitgeschreven beleidsplan vorming en een opleidingsplan 2016 (vormingskalender).
  Het FPC verbindt er zich toe om de IPA norm van 1,9 % van de brutoloonmassa aan opleidingen te voorzien voor de werknemers. Vormingsbehoeften worden in kaart gebracht aan de hand van bevraging tijdens de jaargesprekken. Deze informatie wordt ingebracht via een tool die de volledige flow (functiegesprek / competentie / leemte / behoefte) beheerst en bovendien de samenwerking tussen de verschillende diensten (afdeling, human resources, finance) faciliteert.

6.3 BESTAFFING

- Het FPC beschikt op datum van inspectie over 198,2 VTE personeelsleden in de zorg, waarvan
  - 62,3 VTE verpleegkundigen en psychiatrisch verpleegkundigen werkzaam op de afdelingen binnen het zorgteam.
  - 70 VTE therapeutisch assistenten werkzaam op de afdelingen binnen het zorgteam.
    De samenstelling van deze groep komt neer op 19,6 VTE met diploma secundair onderwijs, 26 VTE met een universitair diploma en 24,4 VTE met een diploma van niet-universitair hoger onderwijs, waarvan 7,4 VTE met een diploma sociaal verpleegkundige of maatschappelijk werk.
  - 63 VTE medewerkers kader zorg bestaande uit verpleegkundige afdelingshoofden, afdelingspsychologen, arbeidstherapeuten, criminologen, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers,.... (deze medewerkers worden niet meegeteld in de basisbezetting van een afdelingsteam)
  - 2,9 VTE artsen (binnen FPC Gent “management zorg” genoemd) bestaande uit psychiaters en de hoofdgeneesheer. Daar bovenop staan de psychiaters elk in voor de invulling van de medische wacht.

  Het personeel van Securitas dat instaat voor beveiliging is hierin niet meegerekend.

Op het moment van de audit staan nog vacatures open voor verpleegkundigen, psychiatrisch verpleegkundigen, therapeutisch assistenten, een arts ,een psychiater, animatoren en sanitair helpers (medewerkers ADL).

- De personeelsequipe waaruit elk team minimaal bestaat, is centraal vastgelegd voor de afdelingen.
  - De blauwe en gele afdelingen hebben een personeelsequipe van 9,5 VTE.
  - De zeer intensieve zorgen afdeling Schelde heeft een personeelsequipe van 13 VTE.
  - De personeelsequipe van de oranje afdelingen resocialisatie zal 2 VTE groter zijn dan de reguliere personeelsequipe op andere afdelingen omdat zij ook instaan voor de afdelingen re-integratie.
  - Aan de groene afdelingen re-integratie is geen personeel rechtstreeks toegewezen, op bepaalde afgesproken dagdelen (zoals 's avonds en tijdens de ochtend waar de patiënten naar buiten begeleid worden om te gaan werken) neemt het personeel vanuit de afdeling resocialisatie de taken waar op de afdeling re-integratie.

  Tijdens de audit werden de personeelsequipes van drie afdelingen gecontroleerd; deze voldeden aan de vooropgestelde bestaffing zoals door FPC Gent beschreven.

- De man/vrouwverdeling bij het personeel komt voor 206 (uitgedrukt in aantal medewerkers) zorgpersoneelsleden neer op 74 (36 %) mannen en 132 (64 %) vrouwen.
  De leeftijdspiramide van deze 206 zorgpersoneelsleden wordt weergegeven in de onderstaande tabel.
  Hieruit blijkt dat 89 personeelsleden (43 %) zich situeren in de leeftijdspiramide tussen de 20 en 29 jaar.
  Het vrouwenaandeel in deze leeftijdscategorie komt neer op 64 (71 %).

leeftijdscategorie	aantal medewerkers
20-24 jaar	27
25-29 jaar	62
30-34 jaar	39
35-39 jaar	23
40-44 jaar	20
45-49 jaar	8
50-54 jaar	16
55-59 jaar	10
60+	1

- De basisbestaffing per shift is op de afdelingen overdag:
  - op weekdagen 2 vroegdiensten, 1 dagdienst en 2 late diensten, de shift van het afdelingshoofd komt hier nog bovenop.
  - op weekenddagen 2 dagdiensten en 2 late diensten.
  - op de afdeling zeer intensieve zorgen zijn er op weekdagen 3 vroegdiensten en 3 late diensten, ook hier is de shift van het afdelingshoofd surplus.
  - op de afdeling zeer intensieve zorgen zijn er in het weekend 4 dagdiensten en 4 late diensten.

- Per shift overdag tracht men per afdeling een verpleegkundige te voorzien. Hierin slaagt men meestal maar niet altijd. Daar waar dit niet het geval is, doet de afdeling (bv. voor medicatiebedeling) beroep op de verpleegkundige van een andere afdeling.
  In een psychiatrisch ziekenhuis dient men volgens de ziekenhuiswetgeving voor elke afdeling minstens een verpleegkundige in elke shift te voorzien (24/24u). Voor een FPC met een populatie van high risk forensische patiënten is deze bestaffing van 1 verpleegkundige/shift op afdelingsniveau (met inbegrip van het verpleegkundig afdelingshoofd) ook een kwaliteitsvereiste.

Voor de zeer intensieve zorgen afdeling Schelde die als een high care afdeling te beschouwen is, zou de bestaffing volgens internationale richtlijnen qua kwalificatie en aantal nog verder opgetrokken moeten worden.

- ’s Nachts zijn er organisatiebreed vier personeelsleden voor de zorg aanwezig, waarvan minstens één verpleegkundige.
  Niettegenstaande de patiënten ’s nachts allemaal opgesloten zijn, zijn 4 medewerkers tijdens de nachtdienst onvoldoende voor het geheel van FPC. Men zit hierbij ver onder de personeelsnorm voor psychiatrische ziekenhuizen waar minimum 1 verpleegkundige per afdeling vereist is.

  Onderstaande vaststellingen geven weer dat het aantal taken dat verwacht wordt van de nachtmedewerkers te omvangrijk is om met 4 medewerkers voldoende kwalitatief te kunnen uitvoeren.
  - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
  - Het ophalen van de medicatiekarren voor alle afdelingen in de apotheekruimte.
  - Tijdens de nacht doet Securitas-personeel ook rondes op de afdelingen. Gezien alle patiënten tijdens de nacht opgesloten zijn op hun patiëntenkamer, beschouwt men de afdelingen tijdens de nacht als “koude zone”. De medewerkers van Securitas hebben enkel observatietaken en geven bijzonderheden door aan het zorgteam; zij komen volgens de afspraken niet tussen in de zorg.
  - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXX.
  - Om deze reden staan Securitas-medewerkers mee in voor het cameratoezicht op patiënten in de PAK’s en de separatiekamers. Cameratoezicht (wat beschouwd kan worden als de verwerking van gezondheidsgegevens) op patiënten in afzondering/separatie die high care nodig hebben, mag vanuit privacy-overwegingen niet gebeuren door bewakingspersoneel. Toezicht op patiënten in afzondering en separatie is een B1 technisch-verpleegkundige handeling.
    Voor de bescherming van de privacy is een geheimhoudingsclausule in de overeenkomst tussen FPC Gent en Securitas niet van dezelfde juridische orde als het beroepsgeheim waaraan zorgverleners gebonden zijn.
  - Verder is het verhoogd toezicht (naast cameratoezicht zijn 24/24u ook andere vormen van toezicht met persoonlijke contactnames noodzakelijk) op patiënten in afzondering/separatie die high care nodig hebben, met deze bestaffing onmogelijk waar te maken.

- De bestaffingsnormen 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 4VTE verpleegkundigen. Omgerekend naar 264 bedden komt dit neer op een totaal van 187 VTE waarvan 35,2 VTE verpleegkundigen. Voor 248 patiënten komt dit neer op een bestaffing van 175,6 VTE waarvan 78,1 VTE verpleegkundigen. Hieraan voldoet de personeelsbestaffing van FPC Gent.

  Hoewel het FPC qua personeelsbestaffing voldoet aan het hierboven vermelde KB, is er onvoldoende personeel in dienst om zowel overdag als ’s nachts een bestaffing te voorzien die sluitende garanties biedt op het vlak van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid .
  Een aantal knelpunten op dit vlak (die elders uitgebreider worden beschreven) worden sterk beïnvloed door onderbestaffing, zoals bv.:
  - het gebrek aan sluitend toezicht op patiënten in afzondering of separatie (waarvan sommigen ook noodmedicatie krijgen) zowel overdag als ’s nachts,
  - het grote aantal afzonderingen op de eigen kamer of elders (cfr. infra),

- het feit dat patiënten die niet deelnemen aan de patio-wandeling op de kamer worden opgesloten,
- het grote aantal lege blokken in het weekschema van patiënten en de talrijke klachten over te weinig mogelijkheden tot invulling van de vrije tijd,
- de beperkingen qua bezoekmogelijkheden (lange wachttijden voor screening van bezoekers + beperkte bezoekuren).

Het spanningsveld tussen wat contractueel werd afgesproken en wat nodig is om continue kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te garanderen, wordt duidelijker wanneer we vergelijken met de personeelsnorm en –financiering uit de ziekenhuiswetgeving voor een gelijkaardige patiëntendoelgroep in psychiatrische ziekenhuizen. Zo voorziet het KB van 10/3/2008 tot wijziging van het KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd voor intensieve behandeleenheden (BS 26/6/2008) per 8 bedden in een totaal van 15 VTE zorgmedewerkers waarvan 6 VTE verpleegkundigen. Op basis van deze norm zou dit voor het FPC met 264 bedden een totaal van 495 VTE betekenen waarvan 198 VTE verpleegkundigen. Voor 248 patiënten wordt dit 465 VTE waarvan 186 VTE verpleegkundigen. In deze normen wordt geen bijkomende personeelsequipe voor beveiliging voorzien.

- De kwaliteit van zorg zou negatief beïnvloed kunnen worden door onderkwalificatie:
  - Er zijn onvoldoende verpleegkundigen om gedurende 24 uur in elke shift een verpleegkundige per afdeling te voorzien.
  - Sommige therapeutisch assistenten hebben geen diploma van een zorgopleiding, terwijl ze wel de functie van individueel begeleider op zich nemen.
  - Het lijkt aangewezen om zorgkundigen te voorzien voor de verzorging van zwaar zorgbehoevenden. De vacature voor sanitair helpers (medewerkers ADL) vermeldt zorgkundige taken in de taak-omschrijving.

- De personeelsbestaffing werd door de directie na een eigen evaluatie van het eerste werkingsjaar op volgende vlakken bijgestuurd:
  - De ernst van de mentale beperking bij patiënten is hoger dan verwacht. Men wil daarom meer personeel inzetten voor ADL-taken (er zijn vacatures voor sanitair helpers).
  - Men wil nog meer animatoren aanwerven voor avondactiviteiten.
  - Men wil de bezetting in het weekend tijdens alle shifts gelijk trekken (vroege-, dag- en late shift).

- Op intranet vindt men een wachtlijst waar de dagelijkse (24u/24u, en 7/7) beschikbaarheid van zowel een afdelingspsycholoog, een psychiater, een afdelingshoofd en een huisarts beschreven staat. Ook de directie heeft een wachtsysteem.

7 PROCESSEN

7.1 BEHANDELPROCES

Toeleiding

- De verschillende Commissies ter Bescherming van de Maatschappij kunnen beslissen tot plaatsing/opname van geïnterneerden in het FPC Gent. Noch de patiënt, noch het FPC kunnen die opname weigeren.

- Een psychiater en een psycholoog gaan voor een aanmeldingsgesprek naar de gevangenis waar de geïnterneerde verblijft. 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 meteen ook wordt besloten in welk therapeutisch milieu de patiënt dient te worden opgenomen (supportief As I, supportief mentaal beperkt of sociaal therapeutisch).

- Bij de eerste 200 opnames had FPC Gent inspraak in de volgorde waarin de patiënten werden opgenomen. Daarna werd de beslissingsdatum van de CBM bepalend. Ook nu de bezetting maximaal is, worden patiënten op een wachtlijst geplaatst met de chronologische plaatsingsbeslissing als uitgangspunt. Enkel wanneer meerdere patiënten eenzelfde beslissingsdatum hebben, kan het FPC nog bepalen in welke volgorde zij worden opgenomen. Soms vraagt een CBM ook een prioritaire opname van een bepaalde patiënt.

  Het FPC heeft dus nauwelijks of geen invloed op de instroom van patiënten. Via het interne doorstroom- en het uitstroombeleid dient men zich aan te passen en plaats te creëren in een opnameafdeling voor de doelgroep en met het therapeutisch milieu dat geschikt is voor de volgende patiënt op de wachtlijst. Uitzonderlijk kan men er in dat verband al eens voor opteren om een leefgroep (de helft van een afdeling dus) tijdelijk te bevolken met een andere doelgroep dan gewoonlijk.

Opnameverloop en interne doorstroom

- Patiënten worden in principe eerst opgenomen op één van de afdelingen binnen de vleugel Rivier (observatie & oriëntatie), en stromen vervolgens – naarmate hun behandeling vordert – intern verder door naar de andere vleugels. De specifieke afdeling wordt bepaald door het therapeutisch milieu waarvoor de patiënt geïndiceerd werd.

- De leefgroep staat in beide milieus centraal als basis voor de milieutherapie, en dit doorheen het volledige verblijf. De leefgroep is een gemeenschap waarin patiënten met elkaar leren leven. De nadruk ligt op het nemen van verantwoordelijkheid voor zichzelf, voor anderen en voor de omgeving.

  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 psychotische problematiek en patiënten met een mentale 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, dus binnen dezelfde zorglijn.

- De eerste weken staan in het teken van kennismaking met de medewerkers en medepatiënten, van aanpassing en stabilisatie. Daarnaast wordt deze periode gebruikt om – op basis van diagnostiek en risicotaxatie – te bepalen wat de beste behandeling is. Voor iedere patiënt wordt een individueel verpleeg- en behandelplan opgesteld (in principe na 8 tot 12 weken opname). Dit plan wordt besproken met de patiënt, die zijn bemerkingen kan laten noteren. Nadien wordt hem gevraagd het behandelplan te ondertekenen.

  Bij het opstellen van het verpleeg- en behandelplan wordt een patiënt toegewezen aan één van de zes "klasses" (patiëntenprofielen), waarna hij kan participeren aan de bijhorende zorgprogramma 's en doorstromen naar een afdeling voor doorgedreven behandeling.
  Afhankelijk van de individuele vorderingen op vlak van behandeling en in functie van risicomanagement kunnen patiënten in een verdere fase doorstromen naar de minder beveiligde resocialisatie- en reïntegratie-eenheden.

- Over de interne doorstroom wordt beslist door een doorstroomcommissie. De precieze criteria om te kunnen overgaan van de ene afdeling naar de andere moeten nog worden vastgelegd (enkel voor de overgang van de vleugel Stad naar de vleugel Haven zijn er enkele duidelijke criteria, aangezien de mogelijkheden inzake beveiliging sterk verminderen bij deze overgang). In het opstartjaar konden trouwens sowieso nog niet de criteria worden gehanteerd die op termijn zullen toegepast worden. Immers: door de grote tijds- en opnamedruk werden in de loop van het opstartjaar ook mensen rechtstreeks opgenomen op een afdeling voor voortgezette behandeling (vleugel Stad) en zijn sommige patiënten sneller doorgestroomd naar andere vleugels dan theoretisch de bedoeling is. De vereiste opnamesnelheid lag immers een stuk hoger dan de doorstroomsnelheid die kan verwacht worden op basis van de behandelresultaten.

- Patiënten werden in een hoog tempo opgenomen, gezien de voorziene periode van een jaar om volledig op te starten. De patiënten werden opgevangen door medewerkers die nog niet lang in dienst en dus nog maar recent opgeleid waren. Zorgequipes werden in de loop van de opstart ook vaak hersamengesteld om tot een evenwicht van onervaren en meer ervaren collega's te komen; vanaf zes maanden na de opening werd met vaste teams gewerkt. Tot kort voor de audit zijn grote aantallen nieuwe medewerkers gestart. Na het eerste jaar valt een zekere stabiliteit qua personeelsequipe en teamsamenstelling te verwachten, wat verdere afstemming en expertiseverhoging zal toelaten.

- Patiënten krijgen op de afdeling begeleiding door een individuele begeleider, met wie ze wekelijks gesprekken voeren. Dit is één van de sociotherapeuten (één van de verpleegkundigen of therapeutisch assistenten). Elke sociotherapeut – zonder onderscheid op basis van diploma – is individueel begeleider van één of meerdere patiënten.

- Daarnaast is er ook wekelijks een risicomanagementgesprek in de leefgroep, onder leiding van de afdelingspsycholoog. In deze risicomanagementgroep leren patiënten hun risicofactoren op delictgedrag kennen en hanteren, en leren ze risicogedrag bij de andere patiënten herkennen. Dit gebeurt o.m. aan de hand van delictpresentatie, psycho-educatie, groepsbesprekingen en cognitieve gedragstherapie met een focus op het leren kennen en bewerken van disfunctionele cognities, aanleren van alternatieve gedragsvormen en keuzes leren maken tussen verschillende gedragsalternatieven.

- 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, mogelijke acties en een specificatie van verantwoordelijkheden. De patiënt geeft zijn begeleiding via dit plan het mandaat om waar nodig in te grijpen conform de beschreven acties in het vroegsignaleringsplan.
  Tijdens de afdelingsbezoeken kon worden vastgesteld dat dit vroegsignaleringsplan bij veel patiënten nog niet is uitgewerkt of zich nog maar in een embryonale status bevindt.

- Op elke afdeling is er een wekelijkse patiëntenbespreking (de zogenaamde voortgangsbespreking), tussen zorgstaf, afdelingshoofd, afdelingspsycholoog en psychiater, op indicatie aangevuld met maatschappelijk werker, vertegenwoordigers van WLS en/of vanuit de zorgprogramma's .

- Minimaal één keer per zes maanden (maar soms eerder) wordt de patiënt grondiger besproken op een multidisciplinaire behandelplanevaluatie. De patiënt is hierbij aanwezig en kan zijn inbreng doen. Op deze behandelplanbespreking wordt telkenmale ook de vraag gesteld of behandeling in een hoog beveiligde forensische setting wel verder noodzakelijk is voor die patiënt, of dat behandeling ook verder gezet zou kunnen worden in een minder beveiligde forensische setting dan wel binnen een reguliere (psychiatrische) zorgvoorziening.

Uitstroom

- Uitstroom uit het FPC Gent naar een externe (forensische of reguliere) voorziening is mogelijk vanuit elke eenheid. Patiënten hoeven dus niet noodzakelijk het volledige traject doorheen de vier vleugels te doorlopen. Het FPC Gent adviseert de bevoegde CBM over de uitstroom en stippelt voor de desbetreffende patiënt een re-integratietraject uit. De CBM oordeelt over de geschikte verblijfssituatie en de omkadering van geïnterneerden. Wanneer de CBM zich principieel akkoord kan verklaren met het voorgestelde re-integratietraject en een plaats in het externe zorgcircuit wordt gevonden, dient de plaatsing door de CBM in een vrijstelling-op-proef te worden omgezet of dient een overplaatsing te gebeuren.
  Op het moment van de audit was nog maar één patiënt uitgestroomd. De re-integratie- en uitstroomfase werd dan ook nog niet grondig bekeken. Dit zal gebeuren tijdens een volgende audit.

Dagbesteding – Werken-Leren-Sport (WLS)

- In FPC Gent 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" arbeid en sport / beweging (in de nabije toekomst ook aan te vullen met blokken "leren"), om op die manier een zinvolle dagbesteding op te bouwen. Deze blokken worden aangeboden door een aparte dienst, die bestaat uit 5 arbeidstherapeuten (atelierwerking), 4 ergotherapeuten, 4 sportleerkrachten, een coördinator en een administratieve kracht .

  Bij de **arbeidsblokken** leert men specifieke arbeidsvaardigheden. De mogelijkheden zijn zeer divers:

Assemblage	Decoratieve ontwerpen	Kaarsenatelier	Metaalbewerking
Betonatelier	Druktechnieken	Keukenondersteuning en winkelondersteuning	Naai- en textielatelier
Bibliotheekorganisatie	Fietsenatelier	Kledijorganisatie	Recreatief atelier

Creatief ambacht	Houtbewerking	Klusdienst	Strijkatelier
Creatieve allerhandjes	Juwelenatelier	Lichte karweien	Tuinprojecten

Naast de interne arbeidsactiviteiten wordt ook gezocht naar externe tewerkstellingsmogelijkheden.
Zo start VDAB binnenkort een proeftuin met in een eerste fase 6 (en later mogelijk 10) patiënten. Zij zullen gescreend worden op vaardigheden en mogelijkheden en krijgen trajectbegeleiding in het zoeken naar werk. Daarnaast zijn er ook contacten en afspraken met verschillende organisaties en bedrijven.

In de vorm van **sport en spel** worden bewegingsmogelijkheden aangeboden. Ook op dit vlak zijn de mogelijkheden divers:

Badmintonclub	Easy sport	Start to run / walk / wheel	Volleybal
Cardio (fitness)	Groepsbalsport	Tafeltennisclub	
Conditieprogramma	Minivoetbalclub	Terugslag- en slagsporten	
Dartsclub	Spinning	Theraband class	

Het luik **leren/onderwij**s moet nog worden uitgebouwd. Het zal daarbij mogelijk worden om een individueel leertraject te starten. In dat verband worden een aantal elementen verkend:

- Er wordt bekeken welk aanbod (bv. Nederlands voor anderstaligen) andere externe organisaties (bv. centrum voor Basiseducatie) kunnen doen.
- Zelf lessen geven, grotendeels door nog aan te werven personeel (bv. rekenen, computervaardigheden, algemene maatschappelijke vorming, …)

Ook de therapeutische activiteiten in het kader van de verschillende zorgprogramma's (zie lager) worden per blok (en in groep, meestal per 12) aangeboden.

Door een combinatie van arbeid, sport, leren en therapie wordt voor elke patiënt een blokkenrooster op maat samengesteld. Elk blok duurt anderhalf uur:

- Blok 1: 8u30 tot 10u
- Blok 2: 10u30 tot 12u
- Blok 3: 13u tot 14u30
- Blok 4: 14u45 tot 16u15

Daarna of tussendoor worden volgens een schema per afdeling nog mogelijkheden geboden tot bezoek aan het centrumplein, de kruidenierswinkel, de kledijwinkel en de bibliotheek. Ook de sociale dienst houdt op vaste momenten per afdeling een spreekuur.

Op het moment van de audit worden op weekbasis 307 blokken aangeboden (telkens voor ongeveer 12 patiënten), volgens onderstaande verdeling.

blok	**soort**	**maandag**	**dinsdag**	**woensdag**	**donderdag**	**vrijdag**
1	WLS	13	13	11	10	10
	therapie	2	3	3	4	3
2	WLS	13	12	12	13	14
	therapie	8	8	7	4	6

3	WLS	12	13	11	13	13
	therapie	2	1	4	2	1
4	WLS	13	13	11	3	12
	therapie	4	4	3	3	0
Totaal aantal blokken		**67**	**67**	**62**	**52**	**59**
						307

Daarnaast doen sommige patiënten ook nog ondersteunend werk in de winkel, de bibliotheek of de keuken.

Zorgpaden en zorgprogramma's

- Bij de opmaak van zijn behandelplan wordt elke patiënt gekoppeld aan een zorgpad of zorgprogramma.

- Bij het opstart van de werking was er sprake van zes zorgprogramma's die zouden worden ingevoerd:
  - Persoonlijkheidsproblematiek (verslaving en agressie)
  - Psychotische problematiek (Liberman)
  - Psychotische stoornis met meervoudige problematiek
  - Autisme(spectrum)stoornis
  - Seksuele problematiek
  - Mentaal beperkten

- Op basis van recente wetenschappelijke inzichten werd ondertussen – net als in FPC De Kijvelanden – voor een andere indeling gekozen. Nu gaat men uit van 6 patiëntenprofielen:
  - De psychotische patiënt met meervoudige problematiek (klasse 1)
  - De antisociale patiënt (klasse 2)
  - De typisch psychotische patiënt (klasse 3)
  - De patiënt met seksuele problematiek en delictgedrag (klasse 4)
  - De onder invloed verkerende patiënt (klasse 5)
  - Patiënt met maladaptieve affectieve stoornis (klasse 6)

- Bij elk van deze patiëntenprofielen worden een aantal modules vooropgesteld, die samen een zorgpad vormen. Daarnaast zijn er ook een aantal generalistische modules, die losstaan van een specifiek zorg-programma of een specifieke patiëntendoelgroep (bv. maatschappelijke vorming of MAVO).
  Uit de gesprekken blijkt dat de termen zorgpad en zorgprogramma door elkaar worden gebruikt en niet voor iedereen dezelfde betekenis hebben. Ook de mate waarin de modules die bij een patiëntenprofiel horen al dan niet allemaal gevolgd dienen te worden door een patiënt blijkt niet eenduidig begrepen te worden: sommige gesprekspartners geven aan dat een behandeling enkel effectief is als de patiënt alle modules doorloopt die horen bij zijn patiëntenprofiel, elders wordt gezegd dat de modules per patiënt worden geselecteerd i.f.v. persoonlijke indicaties.

  Bij het opstellen van het behandelplan wordt door de multidisciplinaire equipe vastgelegd welke modules geïndiceerd zijn voor de patiënt in kwestie. Op het moment van de audit is het behandelplan opgesteld voor 199 patiënten.
  De patiënt wordt pas effectief aangemeld bij programma's (of bij modules die daartoe behoren) wanneer hij daar ook effectief aan toe is (voldoende behandelrijp en voldoende draagkracht). Zo nodig wordt voor een patiënt ook individuele therapie geïndiceerd, steeds met de bedoeling de patiënt toe te leiden naar

een zorgprogramma. Zo wordt voor elke patiënt een individueel traject samengesteld waarin niet alle geïndiceerde modules tegelijk worden gevolgd.

- Deze aanmelding gebeurt centraal, meer bepaald bij de coördinator van de zorgprogramma's. De patiënt kan vervolgens met zijn modules starten wanneer daar plaats is, of wanneer er voldoende patiënten zijn aangemeld voor de betreffende module om er mee te starten. Alle modules worden immers in groep georganiseerd. Daarbij worden telkens enkel mensen uit eenzelfde zorglijn (type therapeutisch milieu) in één groep ondergebracht.
  Uit gesprekken met medewerkers van verschillende afdelingen en staf blijkt dat patiënten niet alle modules kunnen volgen waarvoor zij zijn aangemeld. Men geeft aan dat elke patiënt met een behandelplan wel minstens één van de geïndiceerde modules volgt. Voor bepaalde modules zijn er wachtlijsten van meerdere weken tot maanden (bv. tot maart 2016 voor de module "Liberman – omgaan met psychotische symptomen", onduidelijke wachttijd voor beeldende therapie).

- De centraal georganiseerde modules worden momenteel ingevuld door 4 psychologen die exclusief voor de zorgprogramma 's en de diagnostiek werken (en dus niet op afdelingen), 1 psychomotorisch therapeut, 2 orthopedagogen, 1 beeldend therapeut, 2 dramatherapeuten en 1 muziektherapeut.
  Daarnaast wordt op het moment van de audit bekeken welke afdelingspsychologen (vooral die van kleinere afdelingen) en sociotherapeuten ruimte hebben om een stuk therapeutisch werk in de zorgprogramma's op te nemen. Deze medewerkers worden desgevallend (voor dit gedeelte van hun werk) aangestuurd door de coördinator zorgprogramma's.

- De therapeuten van de equipe zorgprogramma's werken in principe enkel centraal. Voor mensen die de afdeling niet kunnen verlaten (bv. op ZIZ of op andere afdelingen met een supportief milieu) gaan ze ook naar de afdeling zelf. Er is ook ondersteuning mogelijk in de groepsgesprekken op de afdelingen (bv. een dramatherapeut in de risicomanagementgroep).

- Tijdens de eerste maanden van de werking ging de aandacht vooral naar diagnostiek, indicatiestelling en het opstellen van de eerste behandelplannen. Van bij de start werden ook een aantal generalistische behandelmodules aangeboden (bv. sociale vaardigheden, risicomanagement, PMT, …).
  In april 2015 werd dan gestart met de eerste niet-generalistische modules (verslaving en agressiehantering). Sinds oktober 2015 wordt gespecialiseerde forensische zorg onder de vorm van zorgprogramma's en modules in een vast rooster aangeboden; enkel het zorgprogramma voor de "patiënt met maladaptieve affectieve stoornis" moet nog worden uitgerold.

  Het is de bedoeling dat deze modules in een eerste fase 20 à 24 weken lopen, waarna een evaluatie (zowel op het niveau van de individuele patiënten als op het niveau van de organisatie) en een grote capaciteitsuitbreiding wordt voorzien (grotendeels door ontdubbeling van groepen die nu door twee therapeuten worden begeleid), aangezien tegen dan voor een groter aantal patiënten een behandelplan zal zijn opgesteld.
  Dit betekent dat veel modules pas in maart of april 2016 voor nieuwe patiënten toegankelijk zijn, terwijl sommige patiënten in hun behandelplan reeds geïndiceerd zijn (en aangemeld) voor bepaalde modules. Zeker voor patiënten voor wie dit de eerste module na de bepaling van hun behandelplan is, betekent dit erg lang wachten. Zowel uit het gesprek met de patiëntenraad als uit het gesprek met de ombudspersoon bleek dat dit voor patiënten vaak zeer ontgoochelend is, omdat op die manier niet tegemoet gekomen wordt aan de geschapen verwachtingen.
  Het FPC geeft aan hieraan tegemoet te komen door een pre-therapiegroep te starten voor patiënten in dit geval.

- Bij de afdelingsbezoeken kon worden vastgesteld dat de therapiegroepen op het moment van de audit nog onvoldoende capaciteit bieden om alle patiënten de behandelblokken te laten volgen die voorzien zijn in het behandelplan:

- Op Muide, een afdeling voor behandeling van patiënten met een psychotische problematiek, werden de blokkenroosters van 23 patiënten bekeken.
  - Eind november 2015 volgden slechts 3 van de 23 patiënten een Libermanmodule i.v.m. psychotische problematiek. Heel wat andere patiënten zijn aangemeld voor een zorgmodule i.v.m. psychotische problematiek en staan op de wachtlijst; de wachttijd wordt geschat tot maart 2016.
  - Een patiënt die in september 2015 werd aangemeld voor psychomotore therapie en beeldende therapie, heeft enkel psychomotore therapie in zijn blokkenrooster omdat er voorlopig geen plaats is in de groep van beeldende therapie.
  - Elke patiënt volgt volgens de zorgequipe in principe sinds begin oktober minstens één therapieblok per week uit het pakket van de zorgmodules. Bij nazicht van de blokkenroosters eind november volgen de 23 patiënten gemiddeld 1,2 therapieblok/week (16 patiënten hebben 1 therapieblok in hun blokkenrooster, 4 patiënten hebben 3 therapieblokken en 3 patiënten hebben geen therapieblok in hun blokkenrooster). Alle patiënten hebben daarnaast een groepsgesprek op de afdeling in hun blokkenrooster.
  - Gemiddeld hebben de patiënten 4,3 lege blokken/week in hun blokkenrooster.
  - Het eerste blok wordt elke dag voorbehouden voor ADL-acitiviteiten (Activiteiten van het Dagelijks Leven)
- Op Sluizeken, een afdeling voor voortgezette behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, werden de blokkenroosters van 22 patiënten bekeken.
  - Er is wekelijks een gemiddelde van 1,76 blokken per patiënt therapeutisch aanbod buiten de afdeling. Voor 3 van de 21 patiënten is nog geen enkel therapieblok voorzien; diegenen die dus al therapie krijgen, volgen gemiddeld 2 therapiemodules per week. Vier patiënten krijgen 1 therapieblok, 10 patiënten 2 blokken, 3 patiënten krijgen 3 blokken per week, en 1 patiënt volgt 4 modules.
    Alle patiënten hebben daarnaast een groepsgesprek op de afdeling in hun blokkenrooster.
  - Wanneer we één patiënt, waarvoor maximaal twee (WLS-)blokken per dag geïndiceerd zijn, buiten beschouwing laten, komen we op een gemiddelde invulling van 13 blokken per week (inclusief 1 blok groepsgesprek per afdeling), of gemiddeld 7 lege blokken per patiënt.
- Op Grootdok, een resocialisatieafdeling voor mensen met een verstandelijke beperking, werden de blokkenroosters van 12 patiënten ingekeken.
  - Elke patiënt volgt minstens één centraal georganiseerd therapieblok, met een gemiddelde van 2,8 therapieblokken per week (1 patiënt heeft 1 therapieblok in zijn blokkenrooster, 3 patiënten hebben 4 therapieblokken). Alle patiënten hebben daarnaast een groepsgesprek op de afdeling in hun blokkenrooster.
  - Gemiddeld hebben de patiënten 7 lege blokken per week in hun blokkenrooster.
- Op Mercatordok, een resocialisatieafdeling voor mensen met een as I-problematiek, werden 24 blokkenroosters ingekeken.
  - 2 patiënten hebben geen enkel centraal georganiseerd therapieblok in hun programma.
    De overige 22 patiënten volgen gemiddeld 2 therapieblokken per week (7 patiënten hebben 1 therapieblok, 1 patiënt heeft 4 therapieblokken en 4 patiënten hebben 3 therapieblokken).
    Alle patiënten hebben daarnaast een groepsgesprek op de afdeling in hun blokkenrooster.
  - 1 patiënt heeft buiten de standaardplanning van één groepsgesprek en het spreekuur van de sociale dienst een leeg blokkenrooster (deze patiënt zou een uitspraak van het CBM hebben dat hij mag uitstromen).
  - Gemiddeld hebben de patiënten 4,3 lege blokken per week in hun blokkenrooster (de patiënt met het quasi blanco blokkenrooster werd hierbij buiten beschouwing gelaten).

Somatische zorg

- Somatische zorg wordt deels binnen FPC Gent voorzien, voor het overige deel wordt beroep gedaan op specialisten buitenshuis. Aanvragen van patiënten voor medische zorg verlopen via de afdelingshoofden (verpleegkundigen), die hierover steeds kunnen overleggen met de psychiater; 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 Gent houden een aantal zorgverstekkers systematisch spreekuur.
    - Een huisarts doet 2 halve dagen consultatie in FPC Gent. Wekelijks gebeuren zo een 40-tal consultaties. Daarnaast zijn er 4 huisartsen die participeren aan de wachtdienst. Dezelfde huisartsen verzorgen ook de wachtdienst voor de gevangenis in Gent.
    - De verpleegkundigen van de medische dienst doen wekelijkse consultaties en zien zo 20 à 30 patiënten per week (bv. voor bloedafnames).
    - Anderhalve dag per week is een tandarts aanwezig.
    - Een kinesitherapeut is 20 uur per week beschikbaar voor behandeling van somatische aandoeningen.
    - Twee maal per maand is er een opticien in FPC Gent.
    - Op voorschrift van een specialist komt ook een audioloog ter plaatse in functie van audiometrie (hoorapparaten).

- FPC Gent sloot een samenwerkingsovereenkomst met drie Gentse algemene ziekenhuizen.

- De noodzaak voor somatische zorg is hoog door de slechte lichamelijke toestand van veel patiënten bij aankomst, zowel voor lichamelijke aandoeningen, als voor gebit, gehoor, … .
    - Het aantal extramurale consultaties voor medische verzorging ligt hoger dan aanvankelijk verwacht door FPC Gent. Er is een grote toename van medische uitgaansvergunningen. Medewerkers begeleiden patiënten van en naar het ziekenhuis. Deze medewerkers zijn op dat moment niet beschikbaar binnen het FPC en werden aanvankelijk vervangen door flexmedewerkers. Er is sinds september een team van 4 medewerkers patiëntenvervoer-verlofbegeleiding voorzien om deze nood aan extra personeel op te vangen. Dit team zal nog verder uitgebreid worden.
    - Het aantal consultatie-uren van de tandarts binnen FPC werd opgetrokken van één naar anderhalve dag per week. FPC Gent heeft zich tot doel gesteld om alle patiënten een degelijk gebit te bezorgen. Voor 15 patiënten werd door het FPC reeds een tandprothese bekostigd; voor veel andere patiënten loopt de voorbereidende behandeling voor een nieuw gebit.

- Per afdeling is een EHBO-kist beschikbaar met urgentie- en verzorgingsmateriaal. Er zijn daarnaast 8 AED-toestellen in het gebouw. 95 personeelsleden kregen in FPC een opleiding EHBO. Op de medische dienst is een uitgebreid gamma aan verzorgingsmateriaal. De verpleegkundigen van de medisch dienst staan in voor de complexere verzorgingstaken van patiënten.

- Patiënten kunnen hulp van zorgpersoneel inroepen via het TELEVIC-systeem.

7.2 PROCEDUREBEHEER

- Het huishoudelijk reglement is voor FPC Gent het basisdocument waarin tal van aspecten van de organisatie worden beschreven. Het is opgedeeld in volgende hoofdstukken:
    - Inleiding
    - Begripsbepaling
    - Aansprakelijkheid (van FPC, van patiënt en bij (over)plaatsing)
    - Plaatsing
    - Opname (procedure, inrichting persoonlijke verblijfsruimte, huisdieren, roken, verboden voorwerpen, handel, spel/gokken)
    - Toegang en controle persoonlijke verblijfsruimte (betreden, inspectie van de persoonlijke ruimte, inbeslagname en afsluiten energietoevoer)
    - Bewegingsvrijheid binnen het centrum (toegangsbadge, interne overplaatsing, zeer intensieve zorgen afdeling)
    - Behandeling en evaluatie (verpleegkundig dossier, inzage, afschrift, procedure, behandelplan, evaluatie, adviesrapportage CBM)
    - Verzorging, activiteiten, werkzaamheden en arbeid (morele bijstand, medische verzorging, inzage medisch/somatisch dossier, afschrift, medicatie, voeding, kleding, kapper, groepsactiviteiten, afmelden, boodschappen, bibliotheek, geld in het centrum, huishoudelijke werkzaamheden, werkervaringsplekken)
    - Beperkingen bewegingsvrijheid binnen het centrum (afdelingsarrest, afzondering, separatie, cameratoezicht)
    - Controle en dwang (toegangscontrole, onderzoek van het lichaam/kleding, urinecontrole, blaastest, gedwongen geneeskundige handeling, gebruik mechanische middelen, beperkingen gebruik van de “patient cloud”)
    - Informatie en mededeling van beslissingen (informatie over rechten/plichten, mondelingen en schriftelijke mededelingen van beslissingen)
    - Contact met de buitenwereld (post, bezoek, screening, procedure toelaten bezoek, regels voor bezoekers, bezoek van patiënten van andere afdelingen, telefoon, gesprekken 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)
    - Medezeggenschap (patiëntenraad)
    - Tijdelijk verlaten van het centrum (modaliteiten, uitvoering, procedure, intrekken modaliteit)
    - Tijdelijk verlaten centrum voor ziekenhuisopname
    - Definitief verlaten van het centrum (overplaatsing, ontslag).

  Een aantal van de aspecten van het HR zijn verder uitgewerkt in beleidsdocumenten, procedures, protocollen, instructiekaarten, checklists, richtlijnen, formulieren of sjablonen.
  Voor andere onderwerpen dienen de algemene uitgangspunten zoals ze omschreven zijn in het HR, nog verder uitgewerkt te worden.

- In juli 2015 werd het FPC Gent intranet voor medewerkers geïntroduceerd; dit bevat o.a. een documentbeheersysteem.

- In de toekomst wil men ook een intranet voor patiënten voorzien. Deze patient cloud zal gebruikt kunnen worden voor intranet, raadplegen van wetgeving, VDAB-website, telefonie, Skype, huren van films, inkijken van blokkenroosters en behandelplan, aanvragen van screening van bezoekers. De tests lopen nog en er zal voorlopig gestart worden met telefonie en filmhuur.

7.3 MEDICATIEBELEID

- Het FPC heeft niet het statuut van een psychiatrisch ziekenhuis. Hierdoor kan de voorziening niet beschikken over een eigen apotheek in huis en daardoor geen handelingen uitvoeren die voorbehouden zijn aan ziekenhuisapothekers (bv. het herverpakken in unitdoseverpakkingen). Voor de medicatiedistributie heeft het FPC een samenwerkingsovereenkomst afgesloten met Pharma Force NV.
  De beleidstaken m.b.t. het geneesmiddelenbeleid (kwaliteitscontrole, aansturing, evaluatie en analyse) die in de ziekenhuiswetgeving zijn toegewezen aan de ziekenhuisapothekers, zijn binnen FPC Gent nog niet allemaal geconcretiseerd. Het FPC kan opteren om deze taken zelf op te nemen, dan wel uit te besteden aan de externe apotheekgroep.

- Het medicatiebeleid voor het FPC Gent wordt driemaandelijks besproken in het overleg tussen directie en apotheek. Agendapunten waren tot nu toe o.a. het opstellen en aanpassen van het formularium (sinds 1 september 2015 op het intranet gepubliceerd), de bespreking van de invoering van het elektronisch voorschrift en de procedures rond medicatiedistributie. Leden van dit overleg zijn de algemeen directeur, de hoofdgeneesheer, de verpleegkundige van de medische dienst en de apotheker(s). Dit overleg vond tot op heden een 10-tal keer plaats en voorziet in inspraak en samenwerking tussen de verschillende partners betrokken in het vormgeven van het medicatiebeleid.

- Pharma Force levert een totaalpakket farmaceutische kleinhandelsactiviteiten aan individuele klanten en instellingen zoals rusthuizen, serviceflats, psychiatrische centra,…
  De firma beschikt over 12 apotheken geografisch verspreid over heel België. De apotheek die samenwerkt met het FPC is gelegen in Sint-Denijs-Westrem.
  Binnen het FPC staat Pharma Force concreet in voor de levering en het klaarzetten van de medicatie zoals voorgeschreven door het medisch team van de voorziening. Er zijn 4 externe apothekers (in roulement) om deze taken te volbrengen.
  De toegewezen taken werden onder meer omschreven in volgende procedures en afspraken: procedure geneesmiddeldistributie, instructiekaart voorschrift opiaten, instructiekaart temperatuurscontrole (op afdelingsniveau) medicatiekoelkast, instructiekaart gebruik urgentiekoffer, procedure kwaliteitsfiche.

- Het FPC maakt gebruik van het elektronisch voorschriftsysteem (EVS) Farmad. Alle patiënten worden per afdeling en leefgroep opgenomen in het EVS-systeem.
  Medicatie wordt door de artsen zelf ingebracht in het systeem met hun individuele login, wat op zich een autorisatie inhoudt.
  Bij het begin van elke maand wordt de medicatie per patiënt afgedrukt (maandschema's). Deze maandschema's vervangen de individuele voorschriften. De artsen ondertekenen maandelijks deze schema's, die bewaard worden in de apotheek.
  Tussentijdse wijzigingen worden door de artsen rechtstreeks aangebracht in het systeem, waarna opnieuw een afdruk gebeurt met een ondertekening door de artsen, deze print wordt bijgehouden door de apothekers.

- Voor verdovende medicatie wordt gewerkt met een apart voorschrift. Uit de maandschema's trekken de apothekers de voorschriften uit voor verdovende medicatie. Deze worden ter ondertekening voorgelegd aan de artsen.

Dit is een overgangsregeling voor de artsen. Momenteel is het mogelijk dat artsen rechtstreeks in het elektronisch voorschriftsysteem de voorschriften voor verdovende medicatie selecteren en ondertekenen.

- Het EVS-systeem is nog niet volledig operationeel. Sinds 13 oktober 2015 is de fase voor de artsen volledig werkzaam. Het onderdeel voor de verpleegkundigen (bv. inzage in het EVS, het registreren van de (niet-)toedieningen) is de volgende stap in de implementatie.

- Op afdelingsniveau beschikt men over een maandschema medicatie per patiënt en over een dagschema medicatie per patiënt. Beide schema's zijn op papier. De dagschema's worden door de apothekers dagelijks geprint, hierin is elke tussendoor ingevoerde medicatiewijziging verwerkt. Deze dagschema's worden meegeleverd met de medicatiekarren, die eveneens dagelijks aan de afdelingen bezorgd worden. De medicatie wordt aan de patiënten toegediend op basis van deze dagfiches. De verpleegkundige die toedient, parafeert of vinkt per toedieningsmoment de betreffende medicatie af op deze fiche.
  Momenteel is het nog niet mogelijk om als verpleegkundige van de afdeling rechtstreeks in het EVS te werken (zoals het ingeven van de reden van weigering of niet toediening van medicatie, het aanvinken van toegediende medicatie, ….).

- Binnen de medische dienst van het FPC is een apotheekruimte ingericht, vanwaar de medicatiedistributie georganiseerd wordt.
  Alle medicatie wordt dagelijks per patiënt in een medicatiebakje klaargezet voor 4 innamemomenten.
  De medicatiebakjes zijn geïdentificeerd door middel van een patiëntenlabel met naam, afdeling en een barcode van de patiëntidentificatie. Per afdeling worden de medicatiebakjes van de patiënten in een dagcassette of medicatiekar verzameld. Deze dagcassette wordt op het einde van elke dag klaargezet in de medische dienst. De nachtdiensten van de afdelingen zijn verantwoordelijk voor het wisselen van de dagcassettes.
  Voor iedere medicatie die de arts ad hoc voorschrijft, is een apart zakje met ad hoc medicatie in een dagdosis voorzien. De verdovende geneesmiddelen worden op dezelfde manier klaargezet als de andere medicatie.

- Volgende risico's in de medicatiedistributie werden opgemerkt:
  - De eigenlijke voorschrijver (de afdelingspsychiater) staat niet vermeld op het voorschrift. Standaard wordt de hoofdgeneesheer weergegeven op alle medicatieschema's. Dit is niet in regel met de wettelijke vereisten van een medicatievoorschrift.
  - Dagfiches worden per toedieningsmoment op papier afgetekend (soms met een paraaf die identificatie van de toediener toelaat, soms enkel afgevinkt zonder identificatie) door de verpleegkundige die de medicatie aan de patiënt heeft toegediend. Deze aftekening gebeurt niet consequent voor alle toedieningsmomenten.
  - Het is niet steeds traceerbaar welke verpleegkundige de medicatie heeft toegediend. De dagagenda waarin de naam van de verantwoordelijke verpleegkundige voor medicatie wordt genoteerd, is niet steeds voor elke shift ingevuld.
  - De afspraak is dat elke weigering van medicatie door de patiënt genoteerd wordt op de dagfiche. Alle andere onbedoelde gebeurtenissen (vergeten te geven, verkeerde dosis, …) in verband met medicatie moeten op de kwaliteitsfiche genoteerd worden. In de praktijk zijn deze afspraken niet duidelijk en wordt alles rond medicatie op de kwaliteitsfiche genoteerd.

    De kwaliteitsfiche is op papier en wordt niet steeds consequent aangevuld met de reden van niet-toediening.
  - Notities over medicatietoediening gebeuren niet altijd vlak na toediening. Dit houdt een risico in op onvolledigheid van informatie.
  - Er zijn geen interne afspraken omtrent het informeren van de behandelende arts over weigering van medicatie door de patiënt of niet-toediening van medicatie. Uit gesprek blijkt dat in de praktijk niet

steeds alle medicatieweigeringen worden doorgegeven; de afdelingen, en meer bepaald de verpleegkundigen die de medicatie toedienen, beslissen zelf of en wanneer deze informatie doorgaat naar de behandelende arts.

  - De kwaliteitsfiche wordt besproken met de arts. Er zijn geen afspraken vastgelegd hoe en met welke frequentie dit dient te gebeuren. De kwaliteitsfiche gaat naar de medische dienst, die het op zijn beurt bezorgt aan de apothekers. De opmerkingen worden nagekeken binnen de apotheek. De meeste van de meldingen waren tot nu toe gelieerd aan administratieve fouten. Een omvattend incidentmeldingssysteem (VIM) werd recent geïntroduceerd; de procedures voor analyse en opvolging zullen volgens het FPC eerstdaags besproken en geïmplementeerd worden. Het melden van medicatie-incidenten is hierin opgenomen.

  - De arts en de apothekers worden hierdoor mogelijk niet of onvolledig op de hoogte gesteld van weigering en niet toediening van medicatie.
  - De apothekers registreren geen aantallen van niet-ingenomen medicatie die teruggebracht wordt naar de apotheekruimte. Aangezien er geen registratie is, er geen interne afspraken zijn en er ook geen opvolgingssysteem is, kan deze werkwijze risico's inhouden zowel op het vlak van gezondheid en de behandeling van de patiënt, als naar mogelijke medicatiemisbruiken door het personeel.
  - Bij controle op de afdelingen werden versneden blisters gevonden waarop onvoldoende gegevens stonden, hierdoor is het niet mogelijk een volledige controle van de geneesmiddelen te doen tot net voor toediening. Op afdeling Ringvaart werden 4 verknipte blisters gezien, waarvan 4 zonder vervaldatum en 3 zonder naam van het geneesmiddel.
  - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX.
  - Medicatiekarren staan vaak aan de deuren van de verpleegpost. Uit incidenten blijkt dat medicatiekarren beter verder weg van de deur geplaatst worden om diefstal van medicatie te vermijden / bemoeilijken.

- Er is in het EHBO-lokaal van de medische dienst een urgentiekoffer beschikbaar voor de dringende opstart van medicatie buiten de openingsuren van de apotheek. Er is een instructiekaart uitgewerkt voor het gebruik. In deze koffer is medicatie terug te vinden die in geval van zowel fysische als psychische noodtoestanden kan toegediend worden. De artsen beslissen tijdens het medisch overleg gezamenlijk welke medicatie voorradig moet zijn in de urgentiekoffer.

- De apothekers komen niet op de afdelingen zelf. Alle communicatie tussen de apothekers en de afdelingen gebeurt via e-mail. Door deze specifieke situatie hebben de apothekers slechts gedeeltelijk zicht op het volledige medicatieproces van voorschrijven tot toediening. Zij hebben controle over de eerste fases van dit proces namelijk het voorschrijven, de aflevering en het klaarzetten van de medicatie aangezien deze processtappen los van de afdeling in de apotheekruimte plaatsvinden.

- Een aantal taken m.b.t. het medicatiegebeuren zijn nog niet uitgewerkt en toegewezen, hetzij aan de apothekers, hetzij aan de medische dienst: de veilige bewaring van medicatie, zoals bv. het juiste gebruik van de medicatiekarren, de vorming van de zorgequipe over psychofarmaca, de medicatietoediening door verpleegkundigen, de registratie en traceerbaarheid, de controle en registratie van temperatuur van ruimtes waar medicatie wordt bewaard… .

7.4 VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN (VBM)

Beleid

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

- Eén van de belangrijke pijlers binnen het therapeutisch concept van FPC Gent 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 Gent 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 behandeldoelstelling.

  Dit betekent dat een bepaalde vorm van dwang en vrijheidsbeperking inherent is aan het behandelconcept.

  Een aantal algemene vrijheidsbeperkingen gelden doorheen het hele verblijf.
  - Alle patiënten worden gedurende de nacht opgesloten in de patiëntenkamer, van 21u30 tot 7u.
  - De patiënten van de zeer intensieve zorgenafdeling Schelde worden het overgrote deel van de dag opgesloten in hun kamer.
  - Elke patiënt heeft een badge. Via de persoonlijke badge wordt de bewegingsvrijheid individueel aangepast.
  - Niet-deelname aan geïndiceerde therapieën of dagprogramma-onderdelen kan leiden tot opsluiting op de kamer (zie Behandelvisie 7.2.7 en HR 7.1.7).
  - Een algemeen geldende voorwaarde is dat de bewegingsvrijheid van de patiënt buiten de afdeling pas wordt toegekend nadat de patiënt zijn huishoudelijke werkzaamheden heeft verricht (zie HR 7.1.8).

- Het beleid inzake vrijheidsbeperkende maatregelen is beschreven in verschillende documenten.
  - Het huishoudelijk reglement:
    - Hoofdstuk 10 behandelt de beperkingen inzake bewegingsvrijheid binnen het centrum: afdelingsarrest, afzondering, separatie en cameratoezicht.
    - Hoofdstuk 11 van het huishoudelijk reglement beschrijft de onderwerpen controle en dwang: toegangscontrole van patiënten tot het centrum, onderzoek aan het lichaam of aan de kleding, urinecontrole, gedwongen geneeskundige handelingen en gebruik mechanische middelen.
  - Er is een protocol separeren opgemaakt dd. 2/7/2015.
  - Er is een instructiekaart hongerstaking patiënt uitgewerkt.

- Er zijn verschillende soorten en gradaties van vrijheidsbeperkende maatregelen voorzien. Volgende definities van VBM worden in het huishoudelijk reglement beschreven:
  - Afdelingsarrest: de bewegingsvrijheid van de patiënt wordt beperkt tot de afdeling.
  - Afzondering: de bewegingsvrijheid van de patiënt wordt beperkt tot de kamer. Dit kan gebeuren op de patiëntenkamer of op de PAK (een PrikkelArme Kamer op de afdeling).
  - Separatie: de bewegingsvrijheid van de patiënt wordt beperkt tot insluiting in een separeerkamer (in het aparte separeerblok dat centraal gelegen is).
  - Cameratoezicht: cameratoezicht kan ingesteld worden op de PAK's en op de separeerkamers.

- Gedwongen geneeskundige handeling: het tegen de wil van de patiënt toedienen van medicatie, vocht of voedsel of een geneeskundige handeling zoals het leegpompen van de maag.
- Gebruik mechanische middelen (fixatie): een patiënt kan tijdens de separatie door bevestiging van mechanische middelen aan zijn lichaam in zijn bewegingsvrijheid worden beperkt. Volgende mechanische middelen worden in het HR opgesomd als mogelijkheden:
  - Handschoenen
  - Mondafscherming
  - Polsbanden, lendenriem
  - Dwangjack
  - Enkelbanden met tussenstuk
  - Veiligheidsbed
  - Valhelm of schuimhelm

  Slechts enkele van deze middelen zjin ook effectief aanwezig en zullen op indicatie gebruikt worden. Het HR zal hiermee in overeenstemming gebracht worden.

- Er is nog geen procedure/protocol/instructiekaart uitgeschreven voor het beleid van vrijheidsbeperkende maatregelen.
  In vergelijking met de good-practice richtlijnen ontbreken nog een aantal aspecten.
  - Indicaties, contra-indicaties, alternatieven en modaliteiten voor de verschillende gradaties van vrijheidsbeperkende maatregelen.
  - Het minimum aantal personeelsleden nodig om de maatregel uit te voeren en om binnen te gaan in de kamer of PAK.
  - Het verhoogd toezicht tijdens afzondering en separatie dient geëxpliciteerd te worden: de minimumfrequentie van toezicht (bv. minstens om het half uur tijdens separatie), de verschillende modaliteiten met hun frequentie (cameratoezicht, contact via intercom, luikverzorging, binnen gaan in de kamer, dagelijks bezoek van de psychiater) en de inhoudelijke aspecten van het verhoogd toezicht (bv. parameters, bewustzijnsniveau op individuele indicatie). De inhoud van de notities in het patiëntendossier over het verhoogd toezicht dienen omschreven te worden.
  - De herevaluatie van de vrijheidsbeperkende maatregelen: de frequentie, de betrokkenen en de eindverantwoordelijke.
  - Alle gegevens i.v.m. de vrijheidsbeperkende maatregelen die geregistreerd dienen te worden in het patiëntendossier en het maatregelenregister (minstens naam patiënt, leeftijd, datum en uur van ingang en opheffing van de maatregel, naam en handtekening van de geneesheer onder wiens verantwoordelijkheid deze maatregel moet getroffen worden, naam en handtekening van de verantwoordelijke verpleegkundige, reden en indicatie van de maatregel, eventuele medicatie en follow-up gegevens).
  - De voorwaarden om politiebijstand te vragen.
  - De nabespreking bij beëindiging van de maatregel, met aandacht voor de beleving van de patiënt.

- De beslissingen over de verschillende vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen gebeuren volgens het huishoudelijk reglement op basis van de proportionaliteitstoetsing. Hierbij worden volgende vragen meegenomen: “Is de maatregel in staat het doel te bereiken?”, “Is de maatregel noodzakelijk om het doel te bereiken?”, “Is er een redelijke verhouding tussen de aantasting van de fysieke integriteit en de bescherming van de volksgezondheid?”.
  Het proportionaliteitsbeginsel blijft in deze beschrijving een abstract begrip dat veel ruimte laat voor subjectieve invulling.
  In de praktijk zijn de maatregelen meestal een teambeslissing, wat willekeur enigszins moet ondervangen. We bevelen aan om een aantal criteria te omschrijven en zo tot een zekere mate van objectivering te

komen voor het nemen van de verschillende gradaties van maatregelen binnen het FPC. Op deze manier kan de afstemming tussen de afdelingen verbeterd worden. Patiënten geven aan dat de “spelregels” verschillen naargelang de afdeling en naargelang de aanwezige personeelsleden, wat leidt tot onvoorspelbaarheid en frustratie.

- Een aantal vrijheidsbeperkende maatregelen worden volgens het huishoudelijk reglement niet gedefinieerd als dwangmaatregelen maar als onderdeel van het therapeutisch beleid.
    - Maatregelen, zoals het inperken van de bewegingsvrijheid tot de afdeling, die voortvloeien uit het huishoudelijk reglement, uit het behandelplan van de patiënt of uit het niet-naleven van de voorwaarden om de afdeling te verlaten, worden als uitzonderingen geformuleerd in de definities van maatregelen.
    - Volgens het huishoudelijk reglement wordt opsluiting op de kamer wegens niet-willen deelnemen aan behandelmodules niet beschouwd als kamerafzondering. Ook opsluiting op de afdeling omdat huishoudelijke taken niet werden verricht wordt volgens het HR niet beschouwd als afdelingsarrest.
    - Afzondering op de kamer waarbij de patiënt minstens 4 uur/dag in de leefgroep mag aanwezig zijn, wordt niet als kamerafzondering gedefinieerd.
    - Verplichte rustmomenten op de kamer met afgesloten deur worden niet als vrijheidsbeperkende maatregel beschouwd (bv. 2 patiënten van Muide krijgen 2 uur/dag en 4 uur/dag “rustmomenten”).
    - Patiënten van de zeer intensieve zorgenafdeling Schelde die het overgrote deel van de dag op hun kamer zijn opgesloten worden als uitzondering geformuleerd bij de definitie van kamerarrest.

  Deze verschillende vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen worden door deze definiëring in het HR niet geregistreerd in de maatregelenlijst. Alle dwangmaatregelen, ongeacht de reden, dienen geregistreerd te worden. De registratie moet toelaten om de verschillende redenen van VBM verder te analyseren.

  Volgens internationale richtlijnen mogen dwangmaatregelen enkel gebruikt worden in situaties van reëel gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen.

- In het huishoudelijk reglement worden de verantwoordelijkheden voor de verschillende dwangmaatregelen gedefinieerd. Er is een verschil qua eindverantwoordelijkheid naargelang de graad van vrijheidsbeperking. De psychiater is volgens het huishoudelijk reglement eindverantwoordelijke voor separatie, gebruik van mechanische middelen en dwangmedicatie. Voor lichtere vormen van vrijheidsbeperking zoals afzondering op de afdeling of op de kamer/PAK is de afdelingspsycholoog eindverantwoordelijke. Volgens de omzendbrief van Minister Weckx uit 1999 ligt de eindverantwoordelijkheid voor elke afzondering, ook op de kamer, bij de arts.

- De scope aan vrijheidsbeperkende maatregelen die geregistreerd worden is zeer breed.
    - Volgende maatregelen (waarvan de eerste drie niet gedefinieerd zijn in het HR) worden geregistreerd in een maatregelenregister:
        - post
        - weigering telefonisch contact
        - weigering bezoek
        - afdelingsarrest
        - afzondering op eigen kamer
        - afzondering op PAK (met of zonder cameratoezicht)
        - separatie in separatiekamer (met of zonder cameratoezicht)
        - gedwongen geneeskundige handeling.

Dit register kan geconsulteerd worden door de advocaat van de patiënt en de door hem gekozen geneesheer.
Maatregelen die volgens het HR niet gedefinieerd worden als dwangmaatregelen maar als onderdeel van het therapeutisch beleid worden niet geregistreerd in het register.

- Volgende KPI 's over vrijheidsbeperkende maatregelen worden maandelijks opgevolgd: aantal dwangmedicatie, gemiddelde separatieduur, aantal separaties, aantal patiënten gesepareerd, aantal maatregelen inclusief separatie, aantal patiënten met maatregelen.
- In aanloop naar de audit werden voor de auditoren een aantal bijkomende cijfergegevens gegenereerd over de frequentie van de verschillende maatregelen op afdelingsniveau.

  Deze cijfergegevens werden binnen het FPC nog niet geanalyseerd en geëvalueerd.
- De cijfergegevens worden nog niet per afdeling teruggekoppeld. Afdelingen kregen een aantal algemene cijfers over maatregelen binnen het FPC.

Er zijn geen diepere inhoudelijke analyses mogelijk op basis van de huidige registratie (bv. analyses over de verschillen tussen de afdelingen, frequentie naargelang het uur van de dag, frequentie naargelang de dag van de week, frequentie i.f.v. van de bestaffing, frequentie i.f.v. de opnameduur, …). Op sommige afdelingen wordt subjectief aangevoeld dat vrijdagavond een risicomoment is voor vrijheidsbeperkende maatregelen. Op basis van de huidige beschikbare registratiegegevens kan deze hypothese niet bevestigd of weerlegd worden.

- Het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen is hoog. Vanuit de directie wordt aangegeven dat men verwacht dat het aantal VBM in de toekomst zal dalen wanneer de medewerkers meer ervaring en expertise zullen hebben opgebouwd. Daarnaast kunnen volgens Zorginspectie nog een heel aantal factoren een invloed hebben op het aantal VBM, zoals infrastructuur, opleiding agressiehantering, bestaffing (aantal, kwalificatie en samenstelling van de equipe), gebruik van vroegsignaleringsplannen, …

Infrastructuur

- De toegang tot en de uitgang van FPC Gent is zwaar beveiligd. De toegang gebeurt gecontroleerd na voorafgaande aanmelding en na een veiligheidscheck door medewerkers van Securitas.

- Alle patiëntenafdelingen zijn afgesloten. Tussen afdelingen en gangen zijn telkens sassen voorzien. Toegang is enkel mogelijk d.m.v. een badgesysteem. Elke medewerker en elke patiënt heeft een badge. Via de persoonlijke badge wordt de bewegingsvrijheid individueel aangepast.
  Op de afdelingen van Blauw en Geel kunnen alle patiëntenkamers individueel afgesloten worden.
  XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

- Er waren in het aanvankelijk ontwerp van FPC Gent 23 prikkelarme kamers (PAK's) voorzien, 2 op elke afdeling (uitgezonderd op Schelde waar maar één PAK aanwezig is). Op de afdelingen van Geel en Oranje wordt telkens één van beide PAK's omgebouwd tot een patiëntenkamer, op de afdelingen van Blauw blijven de PAK's zoals voorzien. Na de verbouwing zullen er 15 PAK's overblijven. De PAK's worden enkel voor afzondering met gesloten deur gebruikt.

  Volgende knelpunten werden opgemerkt i.v.m. de PAK's:
  - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
  - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
  - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

  - Soms slapen patiënten in een PAK, er ligt een matras, maar douchen kan enkel op de eigen kamer. Nochtans verblijven sommige patiënten soms meerdere dagen in een PAK.
    FPC Gent geeft hierbij wel aan dat een verblijf van meerdere dagen in een PAK alleen voorkomt omwille van het feit dat een groot aantal separeerkamers buiten gebruik is (zie elders).
  - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX.

- FPC Gent beschikt over een separeerblok met 8 separeerkamers, gelegen op de gelijkvloerse verdieping naast de afdeling Schelde. Het separeerblok is verdeeld over 2 gangen met elk 4 separeerkamers.
  Elke separeerkamer bestaat uit:
  - Een deur met een vensterraam en een luik.
  - De separeerkamer is uitgerust met een inox toilet, camerabewaking, een branddetector en een interfoniesysteem.
  - Er zijn op moment van bezoek 2 separeerkamers waarin een bed is voorzien, bevestigd aan de muur. In de andere separeerkamers is een matras op de grond voorzien.
    De bedden worden nog uitgetest. Er zijn in het hoofdeinde twee ronde gaten. Voor het openen van de deur wordt aan de patiënt gevraagd om zijn benen door de gaten te steken, waardoor zijn mobiliteit afgeremd wordt en hierdoor de veiligheid van het personeel beter beveiligd is.
  - In de andere kamers is een matras met een plastic overtrek. Hier is geen bedlinnen voorzien (scheurvrij en brandvrij), enkel de wikkeldekens zijn voorhanden voor de patiënt.
  - Er is ruime daglichtinval doorheen de glazen buitenwand.
  - Volgens medewerkers is het de bedoeling om tijdens separatie een magnetische klok te voorzien aan de buitenkant van het deurvenster zodat de patiënt zich voldoende kan oriënteren in de tijd. Deze klok was op het moment van bezoek maar aanwezig aan de deur van één van de drie patiënten in separatie. De bevestiging van de klok d.m.v. een magneet werkt weinig efficiënt.
  - Elke separeerkamer beschikt over een eigen buitenruimte.
  - Per 2 separeerkamers is een sanitair blok voorzien met douche en toilet.
  - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

- FPC Gent kiest ervoor om geen fixatietechnieken toe te passen tijdens afzondering of separatie.
  In reactie op het ontwerp van auditverslag geeft het FPC aan dat de lijst van mechanische middelen die in het huishoudelijk reglement staan vermeld zal in overeenstemming worden gebracht met de middelen die ook effectief aanwezig zijn.
  - Er wordt 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.
  - Er is op het moment van het inspectiebezoek een lederen buikriem met polsbanden aangekocht. De vraag werd door het personeel aan de directie gesteld om deze in gebruik te mogen nemen XXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXX.

- Er is geen specifiek formulier voorhanden voor registratie van de nodige gegevens bij maatregelen. We bevelen aan om hiervoor een elektronische applicatie te voorzien, geïntegreerd in het patiëntendossier. Idealiter is deze gebruiksvriendelijk, kunnen hierin zowel de nodige notities voor het patiëntendossier ingebracht worden als de registratiegegevens om analyses en verbeteracties te kunnen opstarten.

- In het afzonderingsblok is geen computer voorhanden om de observaties en registratiegegevens i.v.m. de maatregelen te noteren in het patiëntendossier.

Medewerkers

- De procedure voor separatie wordt regelmatig ingeoefend door het personeel tijdens een dry-run. Na de aanvankelijke training tijdens de inscholing werden na zes maanden herhalingsmodules voorzien om de verschillende technieken in te oefenen.

- In uitzonderlijke omstandigheden wordt bijstand van de politie gevraagd voor overbrengen van een patiënt naar een separeerruimte. Dit gebeurt pas na overleg met de psychiater en hoofdgeneesheer. Het voorbije jaar werd 7 maal politiebijstand gevraagd voor een separatie.

Processen

- Het verhoogd toezicht zowel tijdens afzondering op kamer of PAK als tijdens separatie gebeurt onvoldoende sluitend. Afzondering en separatie dienen immers beschouwd te worden als “intensive care”. Er dient in een procedure vastgelegd te worden wat bij verschillende vormen van afzondering (op de eigen kamer, in een PAK of in een separeerruimte) de minimale frequenties zijn voor cameratoezicht, voor luikverzorging en voor binnen gaan bij de patiënt. Op die manier dient de veiligheid van de patiënt beter gewaarborgd te worden, bv. door het opvolgen van de toestand en de vitale parameters na het toedienen van noodmedicatie.
  Over alle toezichtsmomenten dient ook gerapporteerd te worden in het dossier.
  - Bij steekproeven in patiëntendossiers blijken er te weinig notities voorhanden over de maatregelen.
    - Er wordt geen begin- en einduur van de maatregel genoteerd in het dossier. De tijdsgegevens worden vanop de afdeling achteraf telefonisch aan de griffie doorgegeven op basis van een inschatting.
    - Er zijn verder te weinig en te vage notities over het toezicht. Er wordt achteraf per dag in het dossier een korte samenvatting genoteerd, daaruit kan men bv. enkel afleiden dat er 2 à 3 toezichtmomenten op die dag waren (het uur en verdere details ontbreken). Op sommige dagen zijn er geen notities terug te vinden van het toezicht.
      Het is niet duidelijk of dit aan onvoldoende toezicht te wijten is of aan het onvoldoende zorgvuldig noteren in het dossier.
  - Noch in het protocol separeren, noch in het huishoudelijk reglement is een minimumfrequentie voor verhoogd toezicht beschreven voor patiënten in afzondering en separatie.
  - Verder wordt nergens gepreciseerd waaruit dat verhoogd toezicht moet bestaan en hoe dit dient te gebeuren (bv. controle van kritische parameters, controle bewustzijnsniveau, controle vochtinname, …).
  - In het protocol separeren is omschreven “indien mogelijk worden volgende contactmomenten gehanteerd: 3 x maaltijd, 1 x douchen, 3 x koffie/thee en gelegenheid tot roken, 1 x mogelijkheid tot buitenverblijf, 1 x laatste verzorging voor de nacht.”
  - Er wordt in het protocol separeren beschreven dat de separeerverzorging altijd dient te gebeuren door twee personen (exclusief psychiater en afdelingspsycholoog). Wanneer deze minimale begeleiding door 2 stafleden niet geboden kan worden door de afdeling, vindt alleen “luikverzorging” plaats.

Personeelsleden van Schelde geven aan dat zij 4-5 personeelsleden nodig achten om veilig bij patiënten binnen te kunnen gaan in de separeerruimtes.

- Het beleid is dat de kamers (inclusief de separeerruimtes) ’s nachts niet worden geopend, uitgezonderd bij medische urgenties. FPC Gent geeft aan dat de personeelsbezetting hier ook op berekend is. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
- Er is in het protocol separeren geen minimale frequentie van binnengaan in de separeerruimte vastgelegd, noch van “luikverzorging” (verzorging met gesloten deur, via het luikje in de deur) vastgelegd.
- Uit gesprek met een psychiater blijkt dat er een dagelijks bezoek is van de behandelend psychiater aan de patiënt in de separeerruimte; tijdens het weekend gebeurt dit door de psychiater van wacht. Dit gesprek of observatie gebeurt vaak meestal via het luikje in de deur.
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
- Het is niet duidelijk welke van de vier nachtmedewerkers verantwoordelijk is voor het cameratoezicht op de patiënten in de separeerruimte en PAK’s. De vier nachtdiensten zijn verantwoordelijk voor het toezicht in het hele centrum en hebben geen specifieke opdracht voor één bepaalde vleugel. De taken van deze medewerkers zijn niet duidelijk vastgelegd in werkafspraken (wie doet wat, frequentie van de nachtrondes, verantwoordelijke voor het cameratoezicht, welke taken worden alleen of in duo uitgevoerd, enz …).

- Van elke maatregel met toelichting en motivatie wordt een schriftelijke mededeling aan de patiënt overhandigd, ondertekend door de eindverantwoordelijke van de maatregel (de psychiater of de psycholoog naargelang het soort maatregel volgens het HR).

- In de praktijk worden in documenten en patiëntendossiers verschillende termen door elkaar gebruikt, zo wordt het verblijf in de separeerkamer niet enkel als separatie aangeduid, maar worden hiervoor ook de termen (in Vlaanderen couranter gebruikte termen) afzondering en iso(latie) gebruikt. Aangezien de procedures verschillen is het belangrijk om eenduidige termen te gebruiken, zodat er geen verwarring ontstaat tijdens communicatie tussen zorgverleners.

- Op de eerste inspectiedag zijn slechts 2 separeerkamers in gebruik omwille van herstelwerkzaamheden aan de 6 andere kamers. Hierdoor zijn de separatiekamers soms niet voorhanden wanneer ze nodig zijn. Men dient dan gebruik te maken van PAK’s.

- Een “kamerprogramma” betekent niet dat een patiënt de hele dag op de kamer dient te verblijven: er wordt een zeer gedetailleerd programma op maat gemaakt (en aan de patiënt overhandigd), dat meestal een heel beperkt aantal groepsmomenten bevat maar in elk geval garandeert dat de patiënt minstens 4 uur per dag in de groep is.

7.5 AGRESSIEBELEID

Beleid en strategie

- Het agressiepreventiebeleid is nog niet uitgeschreven. Er is nog geen procedure uitgeschreven die de opmaak van een vroegsignalerings- en crisisplan beschrijft.

- Er is een procedure incidentmelding om alle incidenten, waaronder agressie-incidenten, te melden via iProva. Een procedure voor het analyseren van incidenten is nog niet uitgeschreven en zal uitgewerkt worden binnen de VIM-commissie (zie 4.2).

- Het aantal agressie-incidenten en het aantal arbeidsongevallen zijn KPI 's die maandelijks worden opgevolgd.

Middelen

- Het DECT-systeem is actief zodat personeelsleden persoonlijk alarm kunnen geven. Bij een alarmoproep komen overdag een 20-tal medewerkers naar de plaats van de oproep. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

Medewerkers

- In de opstartfase hebben medewerkers tijdens hun inscholingsperiode een 5-daagse training agressiehantering gekregen. Na de opstartfase is de opleiding agressiehantering voorzien in de inscholingsmodule voor nieuwe medewerkers die drie maal per jaar wordt georganiseerd. Naargelang het moment van indiensttreding kan het zo enkele maanden duren vooraleer men opgeleid wordt in agressiehantering.

- In afwachting van de opleiding agressiehantering worden de medewerkers die deze opleiding nog niet volgden ook niet ingezet voor een alarmoproep.

- Er zijn aandachtsfunctionarissen vroegsignalering, die vanuit het FPC hierrond vorming krijgen.

- Het BOT-team (bedrijfsopvangteam, zie 6.1) organiseert opvang voor medewerkers na agressie-incidenten en komt maandelijks samen. Ook externe experten kunnen ingeschakeld worden om te ondersteunen.

Processen

- Er wordt gewerkt met de methode vroegsignalering. Deze methode draait om het herkennen van signalen, van individuele patiënten, die agressief gedrag aankondigen. In wekelijkse gesprekken met de patiënt identificeert en benoemt de sociotherapeut deze signalen. Mochten de signalen optreden, dan kan de patiënt overgaan tot stabiliserende maatregelen, zoals bijvoorbeeld rust en afleiding zoeken op zijn kamer. Bij de toepassing van de methode vroegsignalering wordt ernaar gestreefd patiënten te helpen vroege waarschuwingssignalen van agressie bij zichzelf te herkennen met als doel de preventie van (ernstige) agressie-incidenten.

- Een informatiefolder legt aan de patiënt en zijn sociaal netwerk uit wat het nut van een vroegsignaleringsplan is.

- Tijdens steekproeven van patiëntendossiers werd opgemerkt dat nog niet van elke patiënt een vroegsignaleringsplan werd opgemaakt.

7.6 SUÏCIDEBELEID

- Het protocol suïcidepreventie is nog in ontwikkeling.
  In de voorlopige versie is het luik vroegdetectie en –interventie inhoudelijk goed uitgewerkt (welke vragen stel je, welke gradaties kan je hieruit afleiden, opmaak van een actieplan).

- Een aantal verbeterpunten van het document in ontwikkeling werden opgemerkt:
  - Er wordt niet beschreven dat suïcidaliteit (in het verleden en het heden) voor elke patiënt expliciet bevraagd dient te worden bij opname. Forensische patiënten zijn, evenals gevangenen, een hoog-risicogroep voor suïcide.

    In het Forensisch Psychiatrisch Diagnostisch Verslag is geen specifieke rubriek voorzien en als er niets is genoteerd is het niet duidelijk of er geen verhoogd risico is, dan wel of (vroegere of huidige) suïcidaliteit niet bevraagd werd.

    Ook in USER is er geen specifieke plaats voorzien voor noteren en systematisch opvolgen van het suïciderisico. Het is niet voor iedereen duidelijk waar de notities over de bevraging van het suïcide-risico bewaard worden. Bij dossiersteekproeven werden geen notities gevonden over het bevragen en beoordelen van suïcidaliteit.
  - De eindverantwoordelijke voor het bevragen van het suïciderisico dient vastgelegd te worden.
  - Er dient afgesproken te worden hoe en waar dit onderwerp dient beschreven te worden in het dossier. Verder is het nodig dat een verhoogd suïciderisico voor alle medewerkers snel en duidelijk terug te vinden is in het patiëntendossier.
  - De frequentie van systematische herevaluatie voor alle patiënten wordt best beschreven.
  - De rol van de psychiater bij suïcidale patiënten is nog onvoldoende omschreven.

- In het opstartjaar kwamen 3 suïcidepogingen voor. Hiervan werd een uitgebreid verslag opgemaakt door de afdelingspsychologen, met in de conclusie verbeterpunten op het vlak van organisatie.
  Een incidentanalyse gebeurde nog niet. Enerzijds wordt dit verwacht van het betrokken zorgteam, daarnaast gebeurt dit best ook door een multidisciplinair team dat niet betrokken was.

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 de drang en dwang die gebruikt worden tijdens het behandelingstraject 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.

- Gezien het statuut sui generis van het FPC Gent is er weinig wettelijk geregeld wat betreft de interne rechtspositie van de opgenomen patiënten/geïnterneerden.

  De rechten en plichten van de patiënten binnen het FPC zijn voornamelijk beschreven in het Huishoudelijk Reglement (HR). Gezien het bovenstaande is het HR een lijvig document (69 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 Gent, en dit enkel na wederzijds akkoord. Op het moment van de audit waren trouwens een aanzienlijk aantal elementen van het HR in heronderhandeling. De vragen tot wijziging werden vooral ingegeven door voortschrijdend inzicht en door de ondertussen opgedane praktijkervaringen.
  Deze onderhandelingen hierover verlopen in een constructieve sfeer.

- Dit document dient uiteraard in overeenstemming te zijn met de (weinige) geldende wet- en regelgeving (bv. de Wet tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen en gewoontemisdadigers, de Wet betreffende de rechten van de patiënt), en is daar vaak een uitbreiding of specificering van.

Informatie aan de patiënt

- Patiënten krijgen op verschillende manieren informatie over hun verblijf en over hun rechten en plichten binnen het FPC Gent:
  - Nog voor de opname krijgen de patiënt en zijn netwerk elk een informatiebrochure (ook beschikbaar op www.fpcgent.be).
  - Bij opname krijgt de patiënt een onthaalbrochure, met daarin de belangrijkste rechten en plichten; voor bezoekers is er een document “huisregels bezoekers”.
  - Het HR is op elke afdeling ter inzage beschikbaar.
  - Medewerkers geven aan dat het HR bij opname ook met de patiënten wordt overlopen. Dit werd tegengesproken door de patiëntenraad.
  - In de opstartperiode van het FPC Gent werd in de lessen “maatschappelijke vorming” (die evenwel niet voor alle patiënten tot hun blokkenrooster behoren) regelmatig verder ingegaan op de verschillende elementen van het HR.
  - Bij opname krijgen patiënten ook een folder over de externe ombudsfunctie.
  - Met bijkomende vragen over patiëntenrechten kunnen patiënten terecht bij de staf of bij de externe ombudspersoon.

- In de loop van zijn verblijf wordt de patiënt goed geïnformeerd over het verloop van de behandeling: zowel het verpleeg- en behandelplan als de CBM-rapportage worden systematisch samen met de patiënt overlopen, en hij krijgt telkens de gelegenheid om eigen aanvullingen te formuleren. In vergelijking met psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen scoort het FPC hier duidelijk sterker.

- Met vragen over hun rechtspositie wenden de meeste patiënten zich tot hun advocaat (zo nodig vraagt het FPC Gent trouwens een pro deo-advocaat aan); ze kunnen evenwel ook terecht (weliswaar onrechtstreeks, via de staf) bij de juridische dienst van het FPC. Daarnaast kunnen patiënten met vragen ook terecht bij de CBM (die elke patiënt minstens één keer per jaar uitnodigt).

- Met betrekking tot informatieverstrekking kunnen een aantal opmerkingen geformuleerd worden:
  - Gezien het grote belang van het HR enerzijds en de lijvigheid en de complexiteit ervan anderzijds, is het erg belangrijk om patiënten hierover voldoende en op een verstaanbare manier te informeren. Het is nochtans geen evidentie om alle elementen uit het HR op een begrijpelijke manier te vertalen

(bv. in brochures) en toe te lichten voor de verschillende patiëntendoelgroepen (met soms beperkte verstandelijke vermogens).

- Het is belangrijk dat het personeel hier de nodige ondersteuning in krijgt, bv. door regelmatige vorming (niet alleen bij indiensttreding maar ook later, en zeker bij wijzigingen in het HR) en/of door een vlotte helpdeskfunctie wanneer zij zelf vragen hebben over de interpretatie van bepaalde artikels. In de praktijk vervult de juridische dienst van het FPC deze helpdeskfunctie voor medewerkers.
- Uit gesprek blijkt dat de kennis van het HR bij zowel patiënten als personeel niet altijd optimaal is, en dat interpretatie van het HR door personeelsleden niet altijd eenduidig is. Dit leidt soms tot conflicten.
  Dit versterkt uiteraard nog de argumentatie om in voldoende toelichting en vorming te voorzien.
- Het dient duidelijk te zijn wiens verantwoordelijkheid het is om het HR toe te lichten aan patiënten en/of om vragen over het HR te beantwoorden. Dat is op heden niet het geval, en de patiëntenraad geeft aan dat niet alle patiënten een uitleg kregen over het HR.
- Eventueel kunnen ook alternatieve of aanvullende vormen van informatieverstrekking voor de patiënten verkend te worden, aangepast aan de verschillende doelgroepen (bv. systematische lessenreeksen kort na opname, video, …).
- Het HR ligt ter inzage op elke afdeling. Op sommige afdelingen is dit document te vinden in de leefruimte, op andere afdelingen wordt het in de verpleegpost bewaard. De patiëntenraad geeft aan dat de afdelingsexemplaren regelmatig verdwijnen. Medewerkers geven aan dat het HR op sommige afdelingen enkele weken niet beschikbaar was omwille van op til zijnde versiewijzigingen (ook al blijft een goedgekeurde versie geldig tot een nieuwe versie effectief is goedgekeurd).
- We bevelen aan om aan elke patiënt een exemplaar van het HR te overhandigen.

- Het HR (en ook andere documenten binnen het FPC Gent) bevat vrij veel typisch Nederlandse terminologie, die de verstaanbaarheid voor Vlaamse medewerkers en patiënten niet bevordert (bv. “onttrekking” betekent ontvluchting, een “aanwijzing” duidt op een corrigerende of sanctionerende maatregel, …). We bevelen aan alle documenten maximaal naar de Vlaamse context te vertalen.
- Op verschillende manieren kan een inventaris gemaakt worden van artikels die voor patiënten en/of medewerkers vaak aanleiding geven tot onduidelijkheid. Die kunnen vervolgens op een begrijpelijker manier hertaald worden.

Contact met de buitenwereld

- Bellen met of bezoek door externen mag enkel nadat deze werden gescreend door FPC Gent.
  Deze screening van potentiële contacten start met het invullen van een aanvraagformulier door de patiënt. Medewerkers van FPC Gent nemen vervolgens telefonisch contact op met de persoon in kwestie. Bij twijfel of onduidelijkheden wordt deze uitgenodigd voor een gesprek.
  Volgens medewerkers zijn redenen om contact met of bezoek van bepaalde personen te weigeren zijn bv. het niet op de hoogte zijn van de gepleegde feiten, mededader of slachtoffer zijn. In het HR staat enkel medische gronden als reden om contact te weigeren.
  Een screening kan ook tot een “partieel positief” resultaat leiden, waarbij contact met bepaalde personen bv. maar gedeeltelijk is toegelaten (wel bellen, geen bezoek), of gefaseerd (bv. eerst onder begeleiding).

  Er zijn verschillende knelpunten m.b.t. deze screeningsprocedure:

  - Op afdelingsniveau beschikt men over een stappenplan voor de afhandeling van screeningsaanvragen (bv. in USER nagaan of persoon al gescreend is, wat indien de oproep niet beantwoord wordt,

inhoud van het screeningsgesprek, …). Het is niet duidelijk of dit stappenplan dat een organisatiebreed document is of enkel op sommige afdelingen verder werd uitgewerkt.

- Het is niet duidelijk op basis van welke criteria de screening gebeurt, of de patiënt daar op enige vorm inspraak in krijgt of beroep kan aantekenen.
- Het is niet duidelijk wat de aanpak is als na screening blijkt dat de persoon niet op de hoogte is van de gepleegde feiten en of het niet op de hoogte zijn van het delict al dan niet een reden is om het bezoek van deze persoon te weigeren. Bij patiënten leeft de perceptie dat het delict tijdens de screening wordt meegedeeld.
- De screening duurde – zeker in het opstartjaar – vaak heel lang. Verschillende bronnen vermelden termijnen van 4 tot 6 weken, wat maakte dat patiënten soms wekenlang na hun opname geen contact konden hebben met vrienden of kennissen. Dit dient vermeden te worden, bv. door de screenings sneller of reeds voor de opname uit te voeren.
  In een poging de goedkeuringstermijnen te verkorten, werd onder meer gevraagd aan patiënten om een maximum aantal screeningsaanvragen in te vullen (15), en daarin ook de 5 prioritair te behandelen aanvragen aan te duiden

  In het gesprek met de patiënten blijken rond dit alles veel frustraties te bestaan.

- Na goedkeuring van de contacten kan de patiënt deze bellen na identificatie op Patient Cloud aan de hand van een persoonlijke USB-stick. Dat kan op weekdagen tussen 17 en 21u, in het weekend van 9 tot 21 uur. De patiënt kan telkens maximaal 15 minuten bellen en moet de kosten zelf betalen.
  Een deel van de patiënten belt gratis via het Ondersteuningsfonds (zie lager). Het bedrag dat andere patiënten betalen wordt – vanuit een herverdelings- en solidariteitsgedachte – deels gebruikt om dit Ondersteuningsfonds te spijzen. Veel patiënten vinden de belkosten hoog, wat tot ontevredenheid en klachten leidt.

- Minstens een dag op voorhand moet een patiënt zijn verwachte bezoek invullen op een aanvraagformulier. Bezoek is mogelijk op weekendnamiddagen en (sinds juni 2015) ook op dinsdag- en donderdagavond van 17u30 tot 19u. Vanuit de patiëntenraad werd de vraag gesteld om de bezoekmogelijkheid uit te breiden naar woensdagen, om bezoek door kinderen te faciliteren.

- Elke uitgaansvergunning moet door de bevoegde CBM worden toegekend bij een (voorzitters)beslissing. FPC Gent geeft de CBM daarbij steeds advies op basis van een risicotaxatie die door de afdelingspsycholoog in samenspraak met het multidisciplinair team wordt opgesteld.
  Wanneer het verzoek uitgaat van FPC Gent verschilt de interne procedure al naargelang het systematische dan wel incidentele (bv. om medische of sociale redenen) uitgaansmodaliteiten betreft.
  Aanvragen tot incidentele uitgaansmodaliteiten worden op basis van de door het hoofd zorglijn goedgekeurde risicotaxatie (opgesteld door de afdelingspsycholoog) opgemaakt door de dienst griffie en behandelrapportage en ter goedkeuring voorgelegd aan de hoofdgeneesheer.
  Aanvragen tot systematische uitgaansmodaliteiten worden bij de zesmaandelijkse CBM-rapportages aangevraagd zoals hoger beschreven (zie 7.1).

- Vanuit de patiëntenraad werd aangegeven dat het intrekken van een uitgaansvergunning soms als straf wordt gesteld; ook zou er gedreigd worden met intrekken van uitgaansvergunningen als sanctiemaatregel. FPC Gent geeft als reactie op het ontwerp van auditverslag aan dat dit niet strookt met de visie, die stelt dat alle beslissingen genomen worden in het kader van orde en veiligheid binnen het centrum.

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.
    - Ongestoord bezoek op de kamer kan in principe voor alle gescreende contacten; bij elk bezoek wordt ingeschat of dit veilig kan plaats vinden.

- De Securitas-medewerkers, die instaan voor de beveiliging in de "koude zone", komen in principe nooit in contact met patiënten. Zij hebben evenwel toegang tot alle camerabeelden, dus ook die in de separeer- en PAK-ruimtes.
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

- Er is nog geen procedure uitgeschreven voor het onderzoek aan het lichaam of aan de kleding. XXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

- Tijdens staalname voor urinedrugscreenings dienen patiënten zichtbaar voor de staf in het potje te plassen. Hierbij dient men aan patiënten te garanderen dat ze dit niet hoeven te doen in aanwezigheid van medewerkers van het andere geslacht.

Geldbeheer

- Patiënten mogen geen cash geld bijhouden binnen FPC Gent en geven dit in bewaring, net als betaalkaarten en andere financiële zaken. 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. Maandelijks krijgt de patiënt een print van de fiche.
Patiënten voelen dit volgens de patiëntenraad aan als budgetbeheer door FPC.

- 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.

Zelf is het FPC van geen enkele patiënt de bewindvoerder, maar soms wordt het instellen van financiële bewindvoering (door een derde, meestal een advocaat) wel geadviseerd aan de CBM.

- Er werd binnen FPC Gent een Ondersteuningsfonds opgericht, dat enerzijds behoeftige patiënten financiële ondersteuning biedt en anderzijds de (WLS-)activiteiten van patiënten financieel vergoedt. Per arbeidsblok van 1,5 uur uit hun blokkenrooster krijgen patiënten een vergoeding van eerst 1,5 en later 3 euro. Met dit budget kunnen zij onder meer aankopen doen in het FPC-winkeltje en telefoneren.
  Het Ondersteuningsfonds wordt in grote mate gefinancierd door het FPC, maar het is de bedoeling dat het op termijn zelfbedruipend wordt. Het fonds wordt op verschillende manieren gespijsd:
  - Via de winst op de verkoop van producten in de kledingwinkel en mini superette voor patiënten. De winst 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**. In dit verband zijn er samenwerkingsverbanden met verschillende organisaties en bedrijven. De opbrengsten hiervan komen ten goede van het Ondersteuningsfonds, en vloeien op die manier terug naar de patiënten.
  - Heronderhandeling van een onderhoudscontract dat voortaan deels door patiënten van het FPC wordt uitgevoerd (waarbij de uitgespaarde middelen integraal aan het Ondersteuningsfonds werden toegekend)
  - Giften door bezoekers, service clubs of andere derden.

  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, dat evenwel eerder een therapeutische dan een economische functie heeft.
  De mogelijkheden tot inkomstenverwerving zouden volgens de patiëntenraad in het FPC merkelijk lager liggen dan in de gevangenis. Patiënten maken zich zorgen over de mate waarin dit hun kansen op re-integratie kan hypothekeren.

  FPC wordt geconfronteerd met de realiteit waarbij een groot aantal patiënten behoeftig blijken te zijn. Behoeftige patiënten worden door FPC ondersteund, op voorwaarde dat ze werkblokken opnemen. Zij ontvangen bv. een noodpakket kledij, een basispakket persoonlijke hygiëne, 10 euro per week belkrediet en 15 euro per week dat in de winkel kan gespendeerd worden.

  Kappersbeurten worden grotendeels gefinancierd door het FPC, de patiënt betaalt hiervoor slechts 2 euro.

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 procedure hieromtrent.
  De gehanteerde werkwijze is op een aantal vlakken evenwel niet conform de wetgeving omtrent patiëntenrechten:
  - De inzage en het afschrift worden beperkt tot “vastgestelde documenten”, waarmee men documenten zoals het afgewerkte behandelplan en gefinaliseerde behandelrapportages bedoelt.
  - De dagrapportage geschreven door de afdelingsstaf wordt beschouwd als persoonlijke notities. Dit strookt niet met wat de wetgever bedoelde. Alle informatie die via het dossier gedeeld wordt binnen het team, dient aanzien te worden als deel van dat dossier. Persoonlijke notities zijn enkel de notities die niet gedeeld worden met de andere teamleden.
    De dagrapportage waarvan sprake bevat trouwens niet alleen notities van de sociotherapeuten,

maar ook van de meeste andere disciplines (bv. medewerkers die de WLS-blokken of de therapeutische activiteiten verzorgen).
In reactie op het ontwerp van auditverslag geeft FPC Gent aan dat de definities van persoonlijke noties ondertussen werd aangepast, en dat de patiënt nu recht heeft op inzage in alle rapportages.

- Inzage dient steeds te gebeuren onder toezicht van een hulpverlener (de afdelingspsycholoog voor het patiëntendossier met uitzondering van het medisch-somatisch dossier, de huisarts voor het medisch-somatisch dossier). Hoewel deze aanwezigheid nuttig kan zijn voor het geven van toelichting, kan de verplichte aanwezigheid van deze hulpverlener als een belemmering van het inzagerecht beschouwd worden.
  In reactie op het ontwerp van auditverslag geeft FPC Gent aan dat de procedure ondertussen werd aangepast: patiënten worden hoe dan ook begeleid (i.c. door de afdelingspsycholoog of de arts), maar die begeleider blijft op voldoende afstand zodat de patiënt ongestoord en zelfstandig zijn dossier kan inkijken. De begeleider staat ter beschikking voor toelichting indien de patiënt hier uitdrukkelijk om verzoekt.

- Van 17 november 2014 tot 20 oktober 2015 is er door 29 patiënten om inzage in het verpleegkundig dossier verzocht; deze inzage heeft in 12 gevallen geleid tot een verzoek om een afschrift. Eén patiënt wenste enkel een afschrift van zijn verpleegkundig dossier. Er waren daarnaast 3 aanvragen tot inzage in het medisch-somatisch patiëntendossier.

Geïnformeerde toestemming

- Instemming met de behandeling is een relatief begrip in de context van het FPC Gent. 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. In die zin is volgende passage uit rubriek 3.3.2 van de behandelvisie niet congruent met de huidige regelgeving:
  “Binnen vijf werkdagen na het vaststellen van het behandelplan bespreekt de patiënt het met de behandelaar en krijgt hij het plan aangeboden ter ondertekening. Mocht de patiënt niet willen tekenen, dan kan het behandelplan bijgesteld worden. In het uiterste geval gaat het plan ongetekend retour in het dossier. In deze situatie doet de behandelaar hier melding van in het voortgangsverslag, door expliciet te vermelden waarom het behandelplan niet ondertekend is. Bij het uitblijven van overeenstemming [tussen de patiënt en de behandelequipe over het behandelplan] zal gedwongen behandeling overwogen moeten worden”.

- De afzonderlijke onderdelen van de behandeling die FPC Gent aanbiedt, zijn op zich niet verplicht.
  De deelname aan behandelmodules wordt evenwel in het behandelplan als voorwaarde gesteld 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.

- Het FPC levert ook 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. Het aantal ondertekende behandelplannen is één van de key performance indicators die voor de zorg worden opgevolgd. De patiënt kan ook opmerkingen bij het behandelplan laten noteren.

- Er zijn in het HR een aantal mogelijkheden voorzien voor gedwongen behandeling (zie 7.4) vanuit medische noodzaak. Deze kan bestaan uit het tegen de wil van de patiënt toedienen van medicatie, vocht of voedsel of het leegpompen van de maag. Inzake het toedienen van medicatie wordt er een onderscheid tussen enerzijds "noodmedicatie" (een éénmalige toediening van medicatie om tegemoet te komen aan een acute somatische of psychiatrische noodsituatie) en anderzijds "dwangmedicatie" (het herhaaldelijk toedienen

van medicatie vanuit medische noodzaak). Dit kan omwille van zowel somatische als psychische overwegingen gebeuren. De patiënt ontvangt hiervan – zoals bij andere vrijheidsbeperkende maatregelen – binnen de 24 uur een schriftelijke en gemotiveerde mededeling.
Patiënten worden ook regelmatig gevraagd om een urinetest te ondergaan. Weigering staat gelijk met een positieve screening, waaraan sancties ("maatregelen") verbonden zijn.

Vrije keuze beroepsbeoefenaar

- Gelet op het specifieke karakter van FPC Gent en het juridisch statuut van de patiënten is er geen absolute vrije keuze van zorgverlener. FPC Gent 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 de door hem gekozen externe geneesheer (op eigen kosten). Tot nu toe heeft één patiënt hier gebruik van gemaakt, in het kader van een euthanasievraag.

7.8 KLACHTENMANAGEMENT EN OMBUDSFUNCTIE

- Aangezien in het FPC Gent de Wet op de rechten van de patiënt van toepassing is, dient het FPC ook te beschikken over een ombudsfunctie.
FPC Gent heeft er van bij de opstart voor geopteerd om deze ombudsfunctie – middels een onderlinge overeenkomst – toe te vertrouwen aan een onafhankelijke partij, zijnde het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen (PopovGGZ vzw). Het Overlegplatform biedt deze externe ombudsfunctie ook aan in (onder meer) alle psychiatrische ziekenhuizen van Oost-Vlaanderen.

- Tussen de twee auditdagen in kwam het bericht dat de overeenkomst tussen FPC Gent en PopovGGZ vzw in onderling overleg zal worden beëindigd, en dit wegens onverenigbare visieverschillen. Er werd overeengekomen dat PopovGGZ in een overgangsperiode (waarschijnlijk tot eind januari 2016) de ombudsfunctie nog zal waarborgen, tot FPC Gent een vervangend systeem heeft geïmplementeerd. Tijdens het feedbackgesprek op het einde van de audit gaven de verantwoordelijken aan dat dit vervangende systeem waarschijnlijk zal bestaan uit een combinatie van een interne ombudspersoon en een externe klachtencommissie.

- Op het moment dat de overeenkomst werd opgezegd had het auditgesprek over de ombudsfunctie reeds plaats gevonden. Onderstaande beschrijving heeft dan ook betrekking op de ombudsfunctie zoals zij voor de audit functioneerde.

- De ombudsvrouw is master in de communicatiewetenschappen en werkt sinds 2013 als ombudsvrouw in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Daarvoor werkte ze ongeveer tien jaar als ombudspersoon en communicatieverantwoordelijke in twee algemene ziekenhuizen.
Zij volgde de basisopleiding bemiddelaar in de gezondheidszorg en is tevens opgeleid als familiaal bemiddelaar. Naast haar opdracht in het FPC Gent is zij, vanuit PopovGGZ vzw, ook ombudspersoon in PZ en PVT Sint-Jan-Baptist Zelzate (inclusief de medium security afdeling voor geïnterneerden) en in BW De Vlier; daarnaast heeft ze een eigen praktijk voor begeleiding en coaching in familiale en gezinscontext.

- De hoofdlijnen van de mogelijkheid om een klacht in te dienen staan vermeld in het Huishoudelijk Reglement (zie hoger), maar een vertaling daarvan in een procedure en een duidelijke flowchart voor personeel en patiënten is nog niet gebeurd.

Dit komt voornamelijk omdat er tussen PopovGGZ en FPC Gent nog geen overeenstemming werd bereikt over de visietekst (en de concrete vertaling ervan) met betrekking tot de invulling van de ombudsfunctie. Het overlegplatform wou aanvankelijk dezelfde visie en werkwijze hanteren zoals alle Vlaamse overlegplatforms dat doen in de psychiatrische ziekenhuizen die zij bedienen (inclusief de medium-security eenheden voor geïnterneerden in PC Sint-Jan-Bapist Zelzate, OPZC Rekem en UPC Sint-Kamillus Bierbeek). FPC Gent was evenwel van mening dat een aantal aanpassingen nodig waren aan de specifieke context. Het ging daarbij vooral over:

- Registratie van (en rapportage over) aanmeldingen en klachten.
  Aanvankelijk gebeurde dit a.d.h.v. de software Go-Between, het registratie- en rapportagesysteem dat alle externe (en ook sommige interne) ombudspersonen in de door hen bediende voorzieningen in Vlaanderen gebruiken.
  Na de eerste rapportage vroeg het FPC dit registratiesysteem op een aantal punten aan te passen. PopovGGZ is hierop ingegaan, waardoor Go-Between in FPC niet meer kon gebruikt worden.
- I.p.v. te werken aan de hand van het standaard gebruikte aanmeldformulier in de folder van de externe ombudsfunctie drong het FPC er sterk op aan om een eigen ontworpen antwoordformulier te laten gebruiken. De patiënt moet op dit formulier beschrijven waarom hij contact wenst met de ombudspersoon. Tevens moet hij aangeven of hij hierover reeds met de staf heeft gesproken, zo ja met wie en zo neen, waarom niet. De patiënt moet ook aanduiden op welk patiëntenrecht zijn klacht betrekking heeft.
  Ondanks de therapeutische motivaties die het FPC Gent voor deze werkwijze aanbrengt, is dit formulier vooral een drempelverhogende maatregel. Het feit dat men voor het invullen de hulp van de staf aanbiedt, heft deze bijkomende drempel niet op, aangezien de patiënt hiervoor zijn ontevredenheid kenbaar moet maken aan het afdelingspersoneel, wat hij – gezien zijn keuze om zich te wenden tot de externe ombudspersoon – net niet wenst te doen, of toch niet zonder tussenkomst van die ombudspersoon. Dit betekent een verhoging van de drempel om een klacht in te dienen, wat strijdig is met de regelgeving die stelt dat een klacht vlot en zonder belemmering moet kunnen worden neergelegd.
- Wanneer de ombudsvrouw een aanmelding ontvangt, moet zij hier volgens het FPC eerst met de staf over spreken “om vermijdingsgedrag op te sporen en te voorkomen”. Met vermijdingsgedrag wordt bedoeld dat een patiënt zijn probleem rechtstreeks dient aan te kaarten bij de betrokkene en dit niet mag vermijden door bij de ombudspersoon te klagen. Wanneer de patiënt aangeeft niet anoniem te willen blijven, dient de aanmelding zelfs te worden “overgedragen” aan de staf van het FPC, die het van dan af overneemt (en achteraf terugkoppelt naar de ombudspersoon).
  Deze werkwijze is strijdig met de regelgeving die stelt dat een ombudspersoon gebonden is aan het beroepsgeheim. De keuze van de patiënt om zich rechtstreeks tot de ombudspersoon te richten dient gerespecteerd te worden.

- Bij opname krijgen patiënten een folder over de externe ombudsfunctie (met de contactgegevens van de ombudsvrouw). Op verschillende locaties zijn ook de foto en de contactgegevens van de ombudsvrouw geafficheerd. 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 contactgegevens).
  Informatie over de patiëntenrechten wordt niet standaard ter beschikking gesteld van patiënten. Er is enkel een exemplaar van de wet raadpleegbaar via de patiëntenbibliotheek.

- Zoals hoger beschreven kregen medewerkers tijdens hun inscholingstraject enige uitleg over de patiëntenrechten. Tijdens het auditgesprek gaf de ombudsvrouw aan dat de kennis van de medewerkers over de ombudsfunctie en over patiëntenrechten evenwel voor verbetering vatbaar is. Zo kwam het reeds voor dat medewerkers de toegang van de ombudspersoon tot bepaalde patiënten weigerden. In de reactie op het ontwerp van auditverslag stelt het FPC dat dergelijke weigering enkel kan als de veiligheid van de ombudsvrouw niet kan gewaarborgd worden.

- Patiënten konden op verschillende manieren een beroep doen op de ombudspersoon:
    - Rechtstreeks contact.
    - Aanvraag contact per e-mail via de staf.
    - Telefonisch (het nummer van de ombudsvrouw staat standaard als goedgekeurd telefoonnummer op de stick die patiënten moeten gebruiken om te kunnen bellen)
    - Schriftelijk.
      Op de afdelingen van de vleugel Rivier (opname en oriëntatie) – waar veel patiënten nog een beperkte bewegingsvrijheid hebben – hangen brievenbussen waar patiënten klachten kunnen posten. Patiënten van andere afdelingen (in de vleugels voor behandeling, resocialisatie, en reïntegratie) kunnen terecht in de brievenbus in de centrale hal. De brievenbussen worden wekelijks gelicht door de ombudspersoon.

- De ombudsvrouw had een dag per week ter beschikking voor het FPC Gent. Theoretisch was 3 uur daarvan voorzien voor permanentie in het FPC Gent, de rest voor afhandeling en opvolging van klachten. In de praktijk duurde de permanentie zo lang als nodig om de aangevraagde afspraken te kunnen opvolgen.

- Het diensthoofd griffie en behandelrapportage was aangeduid als contactpersoon voor de ombudsvrouw. Met haar was er regelmatig overleg ter bespreking of opvolging van klachten.
  Daarnaast was er ook regelmatig overleg tussen deze contactpersoon, de ombudsvrouw en de directeur patiëntenzorg. Via dit tussentijds overleg wilde men snel kunnen overleggen over de rapportage en afhandeling van klachten, eerder dan hiervoor te wachten op formele jaarverslagen.

8 RESULTATEN

8.1 TOEGANKELIJKHEID

- FPC Gent is zeer moeilijk bereikbaar met openbaar vervoer, terwijl sommige familieleden hierop aangewezen zijn om op bezoek te komen. Ook de personeelsleden van FPC zouden gebruik kunnen maken van openbaar vervoer. De directie ging hierover in overleg met vervoersmaatschappij De Lijn, maar kreeg voorlopig geen enkele toezegging op haar vraag.

8.2 PATIËNTENPARTICIPATIE

- Patiëntparticipatie op individueel niveau:
    - Patiënten zijn aanwezig op de behandelplanbespreking en krijgen een uitprint van hun behandelplan waarbij gevraagd wordt om die te ondertekenen.
    - Bij elke maatregel krijgt de patiënt een brief “uitgereikt” met een uitgebreide verantwoording, de stapsgewijze motivatie en de voorwaarden om de maatregel te beëindigen.
    - De schoonmaak van de kamers en leefruimtes van de patiënten gebeurt door de patiënten zelf. De schoonmaakploeg biedt hierin ondersteuning door opleiding en opvolging.
    - Patiënten wassen zelf hun kleding. Hiervoor zijn op elke afdeling een wasmachine, een droogkast, een wasrek, een strijkplank en een strijkijzer voorzien. Jetons voor de toestellen en wasproducten worden gratis aangeboden.

- Patiëntparticipatie op groepsniveau:
    - Op afdelingsniveau wordt er op de meeste afdelingen op wekelijkse basis een PSO of patiëntstaf-overleg georganiseerd over de praktische gang van zaken op de afdeling.
    - Sinds enkele maanden is een patiëntenraad actief. De patiënten hebben via verkiezing voor elke afdeling één patiënt afgevaardigd. Maandelijks komt de patiëntenraad samen. De voorzitter, een patiënt, krijgt voor de uitvoering van zijn taak de mogelijkheid om op elke afdeling met de patiënten vergaderpunten te bespreken. Er is tweemaandelijks een vergadering van de patiëntenraad met afgevaardigden van de directie

      Als doelstelling van de patiëntenraad ziet men het waarborgen van de collectieve rechten van de patiënt door periodiek in overleg te treden met de hoofdgeneesheer en/of andere leden van 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.
    - Jaarlijks organiseert de directie een patiëntendebat. In 2015 werd dit georganiseerd tussen directie en alle patiënten. In 2016 zal dit debat per vleugel georganiseerd worden.
    - De kledingwinkel en de bibliotheek worden open gehouden door patiënten.

8.3 BEHANDELRAPPORTAGE

- Contractueel is het FPC ertoe gebonden voor elke patiënt minstens jaarlijks een behandelrapport voor de CBM te schrijven; het FPC heeft zich voorgenomen om beter te doen en poogt op zesmaandelijkse basis aan de CBM te rapporteren. Ook in functie van elke vraag tot uitgaansvergunning (UV) of verschijning voor de CBM dient een rapport te worden geschreven.

De dienst griffie en behandelrapportage staat in voor de opmaak van deze behandelrapportage. Deze dienst bestaat uit een hoofd en drie duo's van telkens een behandelrapporteur en een assistent griffie. Organisatorisch maakt deze dienst deel uit van het juridisch departement, en staat dus los van het zorg-departement. Elk duo werkt voor één of meerdere 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.

- Inhoudelijk is er uiteraard 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 Advies Commissie (IAC). Deze adviescommissie bestaat uit de hoofden zorglijn, de hoofdgeneesheer, de directeur patiëntenzorg en het hoofd griffie en behandelrapportage.
  Als het ontwerprapport een advies inzake (nieuwe of bijkomende) uitgaansmodaliteiten bevat, formuleert de IAC haar opmerkingen. Die worden vervolgens verwerkt door de behandelrapporteur in samenspraak met de afdelingspsycholoog.

- Het rapport bevat ook de reactie van de patiënt, die hij (mondeling of schriftelijk) kan geven na bespreking van de ontwerprapportage met de afdelingspsycholoog.

- De rapporten worden opgesteld volgens een vast format, dat werd voorgelegd aan de CBM-voorzitters en aan de vertegenwoordigers van de FOD Justitie. Dit format is zeer volledig.

- Het eerder "statische" deel van de rapportage (o.m. persoonsgegevens, synthese eerdere beslissingen CBM, overzicht uittreksel strafregister, voorgeschiedenis, diagnostiek, delictscenario) vraagt de nodige inspanningen, wat maakt dat de eerste rapportage van elke patiënt vrij tijdrovend is.
  Omdat deze eerste rapportage op dit moment nog voor een vrij groot aantal patiënten moet worden opgesteld, is het niet evident om in deze fase een vervolgrapportage op te stellen van de patiënten wier eerste rapportage reeds zes maanden oud is.

9 CONCLUSIE

Het Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent is de eerste voorziening in zijn soort, opgericht voor de opvang en behandeling van geïnterneerden met een hoogrisicoprofiel. Het is een instelling die enig is in haar soort, en die noch een gevangenis is, noch een psychiatrisch ziekenhuis.

Van bij het begin was het de bedoeling van de federale overheid dat geïnterneerden in het FPC zouden verzorgd worden zoals in een gesloten 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, uiteraard rekening houdend met de specifieke context (die onder meer gekenmerkt door het verplichte karakter van de opname, zowel voor de patiënten als voor het FPC Gent).
Op termijn is er evenwel nood aan een meer specifiek referentiekader voor forensisch-psychiatrische zorg.

Ook de toezichtmethodiek zal op termijn analoog zijn aan die die in psychiatrische ziekenhuizen, met name een organisatiebrede audit met focus op de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Een beoordeling volgens deze methodiek en volgens dezelfde standaarden kan evenwel pas ten volle wanneer de organisatie voldoende matuur is, i.e. ten vroegste na vier à vijf jaar.

Als eerste fase werd daarom geopteerd voor een oriënterende audit na het eerste werkingsjaar.

Deze conclusie vormt een oplijsting van de belangrijkste bevindingen uit deze oriënterende audit. Bij het samenvatten gaat onvermijdelijk nuance verloren; elders in het verslag worden deze bevindingen meer in detail beargumenteerd en genuanceerd.

- Een jaar na de opstart is FPC Gent qua organisatie nog in volle evolutie.
  De basis werd gelegd om forensisch-psychiatrische patiënten op een wetenschappelijk onderbouwde manier te behandelen.
  - Tijdens het opstartjaar ging de aandacht in dit verband vooral naar observatie, diagnostiek, het installeren van de therapeutische milieus op de afdelingen, het opstellen van behandelplannen, risicotaxatie, het conceptueel uitwerken van het therapeutisch aanbod en pre-therapeutische activiteiten, zoals bv. training van sociale vaardigheden, risicomanagement en agressiehantering. **(AV)**
  - Patiënten werden in een hoog tempo opgenomen, gezien maar een jaar voorzien was om volledig op te starten.
    Hierdoor konden patiënten sneller weg uit de gevangenis. Anderzijds betekende de snelle opstart dat deze patiënten werden opgevangen door medewerkers die nog niet lang in dienst en dus nog maar recent opgeleid waren. Zorgequipes werden in de loop van de opstart ook vaak hersamengesteld om tot een evenwicht van onervaren en meer ervaren collega's te komen; vanaf zes maanden na de opening werd met vaste teams gewerkt. Tot kort voor de audit zijn grote aantallen nieuwe medewerkers gestart. Na het eerste jaar valt een zekere stabiliteit qua personeelsequipe en teamsamenstelling te verwachten, wat verdere afstemming en expertiseverhoging zal toelaten. **(AV)**
  - Er werd een zeer divers dagactiviteitenaanbod uitgewerkt, bestaande uit sport en arbeid. Alle patiënten hebben een weekoverzicht met een blokkenrooster, waarbinnen werk en sport vaak meer dan de helft van de week vullen. **(SP)**
  - Er wordt op zeer gestructureerde wijze aan behandelplanning gedaan. **(SP)**
  - Het therapeutisch aanbod dat mee uitvoering moet geven aan die behandelplanning (en dat buiten de afdeling wordt aangeboden) is conceptueel sterk uitgebouwd. **(SP)** De implementatie ervan kwam evenwel trager op gang. Kort voor de audit werd het grootste deel van de voorziene zorgprogramma's en modules opgestart **(AV)**, maar de capaciteit is vooralsnog ontoereikend om aan de verwachtingen van de patiënten en aan de doelstellingen van de behandelplannen te voldoen. **(TK)**

De somatische zorg voor de patiënten kan de vergelijking doorstaan met gezondheidszorg in de vrije samenleving. **(SP)**

Een aantal andere aspecten van de zorgorganisatie zijn nog niet helemaal geïmplementeerd of draaien nog niet op maximale capaciteit, andere zaken zijn nog onvoldoende verhelderd.

- Tal van procedures, protocollen en instructiekaarten moeten nog uitgeschreven en geïmplementeerd worden. Voorbeelden hiervan zijn het beleid inzake agressiepreventie en vroegsignalering, het suïcidepreventiebeleid en het beleid over vrijheidsbeperkende maatregelen. **(TK)**
- Het patiëntendossier staat nog niet op punt: het is onvoldoende gestroomlijnd qua inhoud, de informatie is te weinig geïntegreerd en de notities zijn soms onvolledig. **(TK)**
- Een nieuwe versie van het patiëntendossier, geïntroduceerd eind januari 2016, zou overzichtelijker en vollediger zijn. **(AV)**

Het FPC kan op veel vlakken de vergelijking met de kwaliteit van zorg in psychiatrische ziekenhuizen doorstaan.

- Zowel het bestuur als de directie volgden tijdens het eerste opstartjaar de processtappen in de organisatie van nabij op. Door middel van key performance indicators (KPI's), waarvan een 25-tal over de zorg, worden tal van onderwerpen maandelijks gemonitord. **(SP)**

- Het opstartjaar werd gekenmerkt door een aantal knelpunten op het vlak van infrastructuur. De belangrijkste voorbeelden die een invloed hebben op de patiëntveiligheid en op de kwaliteit van zorg zijn de tekorten in de inrichting van de PAK's en de separeerruimtes, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX. Nog een belangrijker probleem bleek het onvoldoende tijdig herstellen van de door het FPC gemelde mankementen en beschadigingen. Dit laat de geïdentificeerde risico's onaanvaardbaar lang bestaan. **(TK)**

- Op het vlak van bestaffing zijn er verschillende knelpunten: **(TK)**
  - Er is een groot spanningsveld tussen wat contractueel werd afgesproken en wat nodig is om continue kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te garanderen.
  - Er is een tekort aan verpleegkundigen en men kan voorlopig niet garanderen dat er in elke shift minstens één verpleegkundige aanwezig is op de afdeling (zoals vereist is in psychiatrische ziekenhuizen).
  - De nachtelijke bestaffing van 4 zorgmedewerkers voor FPC is ruim onvoldoende om alle voorziene zorgtaken kwalitatief te kunnen uitvoeren.
  - Niet alle therapeutisch assistenten die de taak van individueel begeleider opnemen hebben een diploma van een zorgopleiding.

- Bovenop de vrijheidsberoving ten gevolge van de CBM-beslissing tot plaatsing, maken dwang en drang binnen FPC Gent 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 leren omgaan met grenzen van zichzelf en anderen is dan ook een belangrijke behandeldoelstelling.
  Dit betekent dat een bepaalde vorm van dwang en vrijheidsbeperking inherent is aan het behandelconcept.
  Ook binnen deze context dient men er echter over te waken dat de hoeveelheid vrijheidsbeperkende maatregelen zo laag mogelijk is. **(AV)**
  Een aantal factoren maken dat het aantal gehanteerde vrijheidsbeperkingen niet steeds aan het behandelconcept kan gelinkt worden en hoger is dan strikt noodzakelijk. **(TK)** Verbeteracties op onder meer de volgende domeinen kunnen het aantal maatregelen doen dalen: de infrastructuur, de bestaffing (aantal,

kwalificatie en samenstelling van de equipe), de ervaring en expertise van medewerkers, de volledige implementatie van vroegsignaleringsplannen, continuering en verdere uitwerking van de opleiding agressiehantering, het veiligheidsgevoel van medewerkers, …

Een aantal aspecten met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen zijn degelijk uitgewerkt: **(SP)**

- Er zijn verschillende initiatieven op het vlak van agressiepreventie (een week opleiding agressiehantering voor nieuwe medewerkers, het werken met vroegsignaleringsplannen);
- 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 die geregistreerd worden is zeer breed;
- Er wordt gekozen voor een fixatie-arm beleid.

Andere aspecten (zoals procedures en verhoogd toezicht tijdens afzondering en separatie) beantwoorden nog niet aan de verwachtingen. **(TK)**

- Binnen de Vlaamse context scoort FPC erg 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.
  - Naast de patiëntstafoverlegmomenten waar praktische zaken op afdelingsniveau worden besproken, is er op FPC-niveau een patiëntenraad actief met verkozen vertegenwoordigers van elke afdeling die rechtstreeks in overleg gaat met de directie.

Volgende knelpunten zijn niet enkel aan de orde binnen FPC Gent, 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 Gent. De ervaringen binnen FPC Gent kunnen het debat hieromtrent stofferen.

- Verschillende aspecten in de zorg voor forensisch-psychiatrische patiënten (niet enkel binnen FPC) zijn juridisch onvoldoende geregeld. **(TK)** 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 voor elke behandeling noodzakelijk is, is moeilijk te verzoenen met de drang en dwang die gebruikt worden tijdens het behandelingstraject in FPC. **(NC)** Voorbeelden hiervan zijn de vrijheden en sancties die gekoppeld zijn aan het al dan niet volgen van de verschillende therapie- en activiteitsblokken, het gebruik van medicatie zonder toestemming en tegen de wil van de patiënt, het verplicht uitvoeren van urinedrugscreenings met sancties bij weigering, … . 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. **(TK)** 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 gerechtvaardigd is om deze rechten binnen de forensische zorg te beperken, verdient een maatschappelijk debat en daaruit voortvloeiende wetgeving.