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

VERSLAG

GESTANDAARDISEERDE BEVRAGING FORENSISCH-PSYCHIATRISCHE ZORG & OPVOLGINGSAUDIT

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-2017-MAPU-0012
Datum	17-01-2017
Inspecteurs	XXXX (hoofdauditor)
	XXXX (auditor)
	XXXX (auditor)

VERSLAG	
Nummer	V-2017-MIDA-0001
Datum	20-01-2017

INSPECTIEBEZOEK	
Soort	Aangekondigd bezoek op 16/01/2017 en op 17/01/2017, telkens van 9 tot 16u

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. Verslag van de gestandaardiseerde bevraging ... 14

3.1. Inleiding ... 14
3.2. Beleid en strategie ... 14
3.2.1. Beleid ... 14
3.2.2. Lerende omgeving ... 16
3.3. Middelen (infrastructuur) ... 18
3.4. Medewerkers ... 20
3.4.1. Personeelsbeleid ... 20
3.4.2. Vorming, training en opleiding (VTO) ... 22
3.5. Processen ... 24
3.5.1. Behandelproces ... 24
3.5.2. Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) ... 27
3.5.3. Suïcidebeleid ... 31
3.5.4. Interne rechtspositie ... 32
3.5.5. Klachtenmanagement en ombudsfunctie ... 37
3.5.6. Individuele inspraak en patiëntenparticipatie ... 37

4. Opvolging van de audit in 2015 ... 38

4.1. Inleiding: conclusie van de audit in 2015 ... 38
4.2. Beleid en strategie ... 41
4.3. Middelen ... 43
4.3.1. Infrastructuur ... 43
4.3.2. Patiëntendossier ... 44
4.4. Medewerkers ... 45
4.5. Processen ... 51
4.5.1. Behandelproces ... 51
4.5.2. Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) ... 51
4.5.3. Suïcidebeleid ... 55
4.5.4. Interne rechtspositie ... 55
4.5.5. Klachtenmanagement en ombudsfunctie ... 58
4.6. Uitstroombeleid ... 58

5. Conclusie ... 63

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 (voorlopig) enig in haar soort is, en die noch een gevangenis noch een psychiatrisch ziekenhuis (PZ) 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 buiten de zorgcontext, bv. de toegangscontrole tot het gebouw). 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 er voor om in het verslag vooral 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 https://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 principepsafspraken gemaakt in het protocolakkoord tussen de Vlaamse en de federale overheid. In het voorjaar van 2017 start de Vlaamse overheid alvast met deze ontwikkeling voor de voorzieningen die onder haar erkenningsbevoegdheid vallen.

Plaats van deze opvolgingsaudit 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.

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, cfr. infra), 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 als dusdanig 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 werking.

In de eerste jaren van de werking werden een aantal tussenstappen voorzien, waarvan deze audit de derde is:

1. Een eerste oriënterende audit (uitgevoerd eind 2015, verslag gefinaliseerd begin 2016), 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" waren, in die zin dat het aspecten waren waarvoor niet hoefde gewacht te worden op een verdere specificering van het referentiekader in functie van forensisch-psychiatrische zorg.

   Het verslag van deze oriënterende audit was meer beschrijvend dan een klassiek PZ-auditverslag: niet elke vaststelling kreeg een aparte kwalificatie. Enerzijds omdat het – gezien de recente opstart – te vroeg was voor dergelijke gedetailleerde beoordeling, anderzijds omdat er te weinig zicht was 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 eindigde dit verslag wel met een conclusie, waarin de belangrijkste werkpunten (in de vorm van non-conformiteiten en tekortkomingen) en sterke punten werden opgesomd en als dusdanig werden gekwalificeerd.
2. Een gestandaardiseerde bevraging in andere vormen van residentiële forensisch-psychiatrische zorg, met name in drie medium security-eenheden binnen psychiatrische ziekenhuizen. Deze werd uitgevoerd in juni 2016.
   Voor de betrokken voorzieningen gold dit niet als een inspectie. Aan de hand van een beknopte en gestandaardiseerde bevraging wilden we een beeld krijgen van de kwaliteit van zorg op een aantal vlakken in de residentiële forensisch-psychiatrische zorg in Vlaanderen.

   Door deze gestandaardiseerde bevraging:
   - Kunnen we tot meer gefundeerde uitspraken en beoordelingen komen bij het toezicht op het FPC Gent (en later ook op andere vormen van forensisch-psychiatrische zorg).
   - Kregen we relevante input voor de uitwerking van het referentiekader forensisch-psychiatrische zorg.
   - Konden we relevante beleidsinformatie verzamelen voor de verdere uitbouw van de forensisch-psychiatrische zorg.
3. Een tweede inspectiebezoek in het FPC Gent (waarvan dit het verslag is), 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 het verslag van de oriënterende audit;
   - Speciale aandacht voor de uitstroom.
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.

Op indicatie kan Zorginspectie naast de geplande inspecties tussendoor ook specifieke deelaspecten ter plaatse inspecteren.

Tussen de inspectiebezoeken wordt de remediëring van de vastgestelde knelpunten opgevolgd door het Opvolgingscomité van de federale overheid, dat instaat voor de beleidsmatige opvolging van de uitbating in het algemeen (zie lager).

1.2. AUDITPROCES

Voorbereiding

Ongeveer twee maanden voor het plaatsbezoek ontving FPC Gent een voorbereidende vragenlijst van Zorginspectie, met de vraag die anderhalve maand later ingevuld terug te bezorgen. Er werd ook gevraagd om te rapporteren welke acties sinds de oriënterende audit werden ondernomen om de door Zorginspectie geformuleerde non-conformiteiten en tekortkomingen te remediëren. Tot slot werden een aantal aanvullende gegevens opgevraagd, onder meer m.b.t. de uitstroom.

Ook het Opvolgingscomité kreeg van Zorginspectie de vraag om een overzicht te bezorgen van de acties die werden genomen ter opvolging van de geformuleerde knelpunten.

Op basis van alle aangeleverde gegevens werd het plaatsbezoek verder voorbereid.

Bij het versturen van de vragenlijst werd aan het FPC ook gevraagd een delegatie van de patiëntenraad samen te stellen die bereid was tot deelname aan een groepsgesprek tijdens het plaatsbezoek.

Plaatsbezoeken

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

MAANDAG 16 JANUARI 2017			
	XXXX	**XXXX**	**XXXX**
9u00 – 9u30	introductiegesprek met de directie		
9u30 – 12u30	afdelingsbezoek Sluizeken	dossiercontrole op Rabot en Muide	afdelingsbezoek Ringvaart + controle afzonderings-registratie Leie
12u30 – 13u30	middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)		
13u30 – 15u30	gesprek met vertegenwoordigers van de patiëntenraad	dossiercontrole op Rabot en Muide	beleidsgesprek bij de gestandaardiseerde bevraging

DINSDAG 17 JANUARI 2017			
	XXXX	**XXXX**	**XXXX**
9u00 – 11u00	afdelingsbezoek Schelde	afdelingsbezoek Sifferdok	afdelingsbezoek Park
11u00 – 13u00	vrijheidsbeperkende maatregelen	personeelsbeleid	beleid m.b.t. uitstroom ombudsfunctie
13u00 – 14u00	middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)		
14u00 – 15u00	continuïteit van zorg bij uitstroom (dossiersteekproef)	kwaliteitsbeleid	rechtspositie en patiëntenrechten
15u00 – 15u45	terugkoppeling aan 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 drie directieleden, de twee hoofden zorglijn, de HR-manager, het hoofd van de juridische dienst, het hoofd van de dienst behandelrapportage en twee behandelrapporteurs, de kwaliteitscoördinator (tevens interne ombudspersoon), de Quality & Safety Officer, twee maatschappelijk werkers, 5 verpleegkundigen waarvan 4 afdelingshoofden, 2 afdelingspsychologen, 5 therapeutisch assistenten, 8 patiënten uit de patiëntenraad en de coördinator van de patiëntenraad.

Er werden 16 patiëntendossiers ingekeken, 138 blokkenroosters (dit zijn individuele weekoverzichten van patiënten met hun activiteiten en therapieën) en 11 registraties van afzonderingen en separaties.

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, registratiegegevens).

In het verslag onderscheiden we twee onderdelen:

- het verslag van de gestandaardiseerde bevraging die ook in de drie medium security-eenheden werd uitgevoerd;
- de opvolging van de eerste oriënterende audit (2015) met een eerste evaluatie van de uitstroom.

We eindigen met een overkoepelende conclusie.

Net als in het verslag van de eerste oriënterende audit opteren we er voor om doorheen het verslag de aparte vaststellingen niet te kwalificeren als “sterk punt”, “algemene vaststelling”, “aanbeveling”, “tekortkoming” en “non-conformiteit”. We doen dat enkel in de conclusie.

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 aan het FPC Gent bezorgd. Vervolgens was een periode van 14 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het auditrapport d.m.v. een gemotiveerde reactienota te formuleren.

Op basis van de reactienota werd het verslag op een aantal punten aangepast, waarna het definitief werd.

Normaliter bezorgt Zorginspectie definitieve 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. 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
AHT	Agressiehanteringstechnieken
AV	Algemene Vaststelling
AZ	Algemeen Ziekenhuis
BOT	Bedrijfs Opvang Team
BS	Belgisch Staatsblad
BW	Beschut Wonen
CBM	Commissie tot Bescherming van de Maatschappij
DECT	Digital Enhanced Cordless Telecommunications
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
EVS	Elektronisch Voorschriftsysteem
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
HR	Huishoudelijk Reglement
IAC	Interne Advies Commissie
FOD	Federale Overheidsdienst
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
KB	Koninklijk Besluit
KBM	Kamer ter Bescherming van de Maatschappij
KPI	Key Performance Indicator
NC	Non-Conformiteit
NV	Naamloze Vennootschap

OC	Opvolgingscomité
OPZC	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum
PAK	Prikkelarme Kamer
PC	Psychiatrisch Centrum
PSO	Patiënten-Staf Overleg
PVT	Psychiatrisch Verzorgingstehuis
PZ	Psychiatrisch Ziekenhuis / Psychiatrische Ziekenhuizen
ROM	Routine outcome monitoring
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SIRE	Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie
SP	Sterk Punt
TK	Tekortkoming
UDS	Urine Drug Screening
UPC	Universitair Psychiatrisch Centrum
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
ZIZ	Zeer Intensieve Zorgen

2. SITUERING VAN DE VOORZIENING

2.1. ZORG VOOR GEÏNTERNEERDEN

Zodra een internering wordt uitgesproken, is de Kamer ter Bescherming van de Maatschappij (KBM) bevoegd voor de uitvoering van de maatregel (tot 1/10/2016 was dat de Commissie ter Bescherming van de Maatschappij (CBM)). De KBM 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 vanuit het oogpunt van veiligheid en verzorging), Vrijlating op Proef (VOP) en definitieve invrijheidstelling. In het kader van plaatsingen kan de KBM 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 (opgestart eind 2014) en in Antwerpen (opstart voorzien in 2017). In de loop van 2016 werd ook een specifieke high security-afdeling voor vrouwen gecreëerd in PC Sint-Jan-Baptist (Zelzate). In UPC Sint-Kamillus kwam daarnaast een long-stay-afdeling voor mensen met een high risk-profiel.

Doel van de Forensisch Psychiatrische 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 KBM (en voordien 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 KBM-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 KBM.

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 Groep, FPC De Kijvelanden (zorgpartners) en Sodexo België (facilitaire dienstverlening). Dit consortium heeft vervolgens een juridische entiteit opgericht, namelijk FPC Gent NV, die het FPC Gent uitbaat. Deze NV baat geen andere zorgvoorzieningen uit, maar de twee zorgpartners doen dat wel: Parnassia Groep is de grootste instelling voor geestelijke gezondheidszorg in Nederland (meer dan 8.000 medewerkers) en heeft een deelwerking die gespecialiseerd is in forensische psychiatrie; ook FPC De Kijvelanden heeft jarenlange ervaring op het gebied van (diverse vormen van) forensische psychiatrie. Deze twee zorgpartners zijn non-profit-organisaties.

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 viel (en valt) 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. In het voorjaar van 2016 werd de volle capaciteit bereikt.

2.3. ORGANISATIE VAN DE ZORG

- FPC Gent biedt – conform de contractuele uitbatingsvoorwaarden – enkel residentiële forensisch-psychiatrische zorg. Na ontslag kan occasioneel wel nog een outreachend contact in de nieuwe verblijfcontext plaats vinden (zie 5.), maar dit kan niet als een apart aanbod beschouwd worden.

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

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

- Elke vleugel bestaat op zijn beurt uit vier afdelingen, elk met een eigen naam, een specifieke patiëntendoelgroep en een aparte personeelsequipe. Elke afdeling bestaat dan weer uit twee gangen ("links" en "rechts"), die fysiek van elkaar gescheiden zijn door een gemeenschappelijke verpleegpost.

  Elke afdeling wordt gekenmerkt door een type therapeutisch leefmilieu: een supportief milieu (niet gearceerd in onderstaande tabel) of een sociaal-therapeutisch milieu (groen gearceerd in onderstaande tabel).

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

De afdelingen van vleugel Park wijken qua organisatie licht af: de afdelingen zijn een stuk kleiner (woon-eenheden van telkens vier personen) en zijn niet opgesplitst in "links" en "rechts". Voor de vier afdelingen samen (16 patiënten) is er ook maar één (kleine) gemeenschappelijke personeelsequipe.

- Patiënten worden in principe eerst opgenomen op één van de afdelingen binnen de vleugel Rivier (obser-vatie & oriëntatie), en stromen vervolgens – naarmate hun behandeling vordert – intern verder door naar de andere vleugels. Gedurende hun volledige opname in het FPC blijven patiënten – behoudens enkele uitzonderingen bij wie de initiële inschatting bleek te moeten worden aangepast – wel binnen hetzelfde type therapeutisch milieu. Enkel op de afdelingen van vleugel Park worden patiënten die voorheen in een supportief of sociaal-therapeutisch milieu verbleven, soms gemengd opgenomen.

- In het FPC verblijven alleen mannen.

vleugel	**afdeling**	**aantal patiënten**	**omschrijving**	**fase in het behandeltraject**
Rivier	Schelde	8	Zeer Intensieve Zorg	Observatie & oriëntatie
	Lieve	8 + 8	Zeer Intensieve Zorg	
	Leie	8 + 8	Links: As II Rechts: As I en mentaal beperkten	
	Ringvaart	8 + 8	Links: As I Rechts: mentaal beperkten	
Stad	Tolhuis	12 + 11	Mentaal beperkten	Doorgedreven behandeling
	Muide	11 + 12	As I	
	Sluizeken	12 + 11	As II	
	Rabot	12 + 11	As II	
Haven	Grootdok	12 + 13	Mentaal beperkten	Resocialisatie
	Mercatordok	12 + 13	As I	
	Houtdok	13 + 12	As II	
	Sifferdok	12 + 13	As II	
Park	Citadelpark	4		Re-integratie
	Groene Vallei	4		
	Zuidpark	4		
	Blaarmeersen	4		
		264		

Organisatie behandelaanbod

- Een groot deel van het activiteiten- en therapieaanbod wordt centraal georganiseerd, dus niet op de afdelingen en ook niet door de afdelingsstaf:
    - De atelierwerking wordt gerund door een centrale equipe, aangestuurd door een eigen coördinator.
    - De zorgpaden, die het gros van het behandelaanbod 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.

- Daarnaast gebeurt ook een deel van de begeleiding en behandeling op de afdeling:
    - Milieutherapie: de afdelingsequipe geeft invulling aan het supportief of sociaal-therapeutisch leefmilieu (zie hoger).
    - Patiënten hebben een individuele begeleider (lid van het afdelingsteam), met wie ze wekelijks een gesprek voeren.
    - Er is wekelijks een risicomanagementgesprek in de leefgroep, onder leiding van de afdelingspsycholoog (risicofactoren op delictgedrag leren (her)kennen en hanteren, zowel bij zichzelf als bij anderen).

- Mensen met een verstandelijke beperking verblijven in de regel in een aparte leefgroep of een aparte afdeling. Enkel op afdeling Lieve is er één leefgroep waarin mensen met een verstandelijke beperking samen met enkele andere patiënten (met een As I-problematiek) zijn opgenomen.

  In de centraal georganiseerde behandelmodules worden mensen met een verstandelijke beperking meestal niet gemengd met andere populaties, en er is voor hen ook een specifiek zorgprogramma voorzien.

  Aan de atelierwerking, sport- of animatie-activiteiten nemen ze wel samen met andere patiënten deel.

2.4. DIRECTIE

Algemeen directeur	XXXX
Directeur patiëntenzorg	XXXX
Hoofdgeneesheer	XXXX

3. VERSLAG VAN DE GESTANDAARDISEERDE BEVRAGING

3.1. INLEIDING

Zoals hoger beschreven, deden we in FPC Gent dezelfde gestandaardiseerde bevraging die we in juni 2016 ook hebben uitgevoerd in de drie medium security-eenheden van psychiatriche ziekenhuizen in Vlaanderen (UPC Sint-Kamillus (Bierbeek), PC Sint-Jan-Baptist (Zelzate) en OPZC Rekem).

We geven de bevindingen op basis van deze gestandaardiseerde bevraging hieronder weer in een apart onderdeel van het verslag, ter facilitering van de vergelijking met de vaststellingen in de andere settings, zoals beschreven in het "Overzichtsrapport gestandaardiseerde bevraging forensisch-psychiatrische zorg in medium security-eenheden".

Om de vergelijkbaarheid van de bevragingen verder te verhogen, hebben de cijfers in dit gedeelte van het verslag – tenzij anders vermeld – betrekking op 2015.

3.2. BELEID EN STRATEGIE

3.2.1. Beleid

In- en uitstroom

- FPC Gent werd pas in het najaar van 2014 opgestart; er was een jaar voorzien om tot een volledige benutting van de capaciteit te komen. In de loop van 2015 gebeurden dan ook uitzonderlijk veel opnames. Logischerwijze kan ook het aantal patiënten dat in 2015 uitstroomde niet als representatief voor de komende jaren beschouwd worden.
  Pas in het voorjaar van 2016 bereikte men de volle capaciteit.

- In onderstaande tabellen werd het doorschuiven van een patiënt (in deze of gene richting) van de ene afdeling of vleugel naar de andere niet als een ontslag en/of nieuwe opname beschouwd. Deze cijfers bevatten ook geen dubbeltellingen van mensen die in de loop van 2015 twee keer zouden zijn opgenomen, en ook geen bewegingen omwille van korte verblijven buiten het FPC (bv. omwille van een korte opname in een AZ).
  Wanneer een patiënt het FPC ontvlucht (bv. niet terugkeert na een bezoek aan een ziekenhuis of na een bezoek aan familie) maar binnen de 7 dagen toch terug wordt opgenomen, wordt dit niet als uitstroom en (her)instroom meegeteld. Na 7 dagen wordt zijn bed vrijgegeven, en wordt de patiënt dus wel als "uitgestroomd" beschouwd.

Totaal aantal opnames (2015)	219
Opsplitsing:	
Aantal eerste opnames van nieuwe patiënten (patiënten voor de eerste keer opgenomen in FPC Gent)	218
Aantal eerste opnames vanuit de gevangenis	*216*
Aantal eerste opnames – niet vanuit de gevangenis	*2*
Aantal heropnames (patiënten waren reeds eerder opgenomen in FPC Gent)	1

Aantal overlijdens	0
Aantal ontvluchtingen	1
Aantal stopzettingen behandeling en terugkeer naar gevangenis (= aantal retours)	1
Aantal transfers naar een andere forensische setting	1
Forensisch bed in een PZ	*0*
Forensisch PVT	*0*
Forensisch BW	*0*
Forensisch tehuis niet-werkenden	*1*
Aantal transfers naar een niet-forensische afdeling van een PZ	0
Aantal patiënten met uitstroom naar ambulante setting	0
Aantal patiënten in vrijheid	0

- FPC Gent heeft de intentie om nooit een advies voor retour naar de gevangenis te geven aan de bevoegde gerechtelijke instanties. Hier kan enkel van afgeweken worden na een incident dat niet toegeschreven kan worden aan controleverlies vanuit de pathologie, maar dat 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 KBM.
  In 2015 werd voor één patiënt een tijdelijke heropname in de gevangenis geadviseerd aan de bevoegde (toen nog) CBM. Dit gebeurde naar aanleiding van een gijzelingsactie met een dermate grote impact op het gehele behandelteam van FPC Gent dat verder verblijf of behandeling voor een bepaalde periode niet mogelijk werd geacht.
  FPC Gent heeft vervolgens de patiënt in de gevangenis bezocht in een poging om overeenstemming te bereiken over zijn behandelplan na terugkeer. Na vier maanden verblijf in de gevangenis is de patiënt opnieuw opgenomen in FPC Gent.

- Er werd gevraagd op welk van onderstaande aspecten van de zorg men zicht heeft d.m.v. gegevensverzameling.

Aantal incidenten	ja
Aantal agressie-incidenten	ja
Aantal dagen arbeidsongeschiktheid t.g.v. agressie	ja
Aantal tussenkomsten van (specifiek daarvoor bedoeld) opvangteam na incidenten	ja
Aantal incidentanalyses	ja
Vrijheidsbeperkende maatregelen	
Aantal patiënten afgezonderd in een afzonderingskamer	ja
Gemiddelde afzonderingsduur in een afzonderingskamer	ja
Aantal afzonderingen in een andere kamer met gesloten deur	ja
Aantal patiënten afgezonderd in een andere kamer met gesloten deur	ja

Gemiddelde afzonderingsduur in een andere kamer met gesloten deur	ja
Aantal fixaties	ja
Gemiddelde fixatieduur	ja
Aantal gedwongen medicatietoedieningen	ja
Aantal patiënten met een behandelplan	ja
Aantal patiënten met een gestandaardiseerde risicotaxatie	ja
Aantal patiënten met een vroegsignaleringsplan i.k.v. agressiepreventie	ja
Gemiddelde verblijfsduur per afdeling	ja
Aantal overlijdens	ja
Aantal suïcides	ja
Aantal suïcidepogingen	ja
Aantal ontvluchtingen (inclusief patiënten die uiteindelijk terugkeerden)	ja
Manier van uitstroom (bestemming)	ja

3.2.2. Lerende omgeving

- In 2015 hadden de afdelingen nog geen eigen beleidsplan.
  Ondertussen werd begin 2016 een strategisch beleidsplan opgesteld voor FPC Gent voor de periode 2016-2018, waarna alle afdelingen een eigen afdelingsbeleidsplan (gekoppeld aan de strategische doelstellingen) hebben opgesteld.

- In november 2015 werden op alle afdelingen veiligheidsrondes uitgevoerd (intern “kikkertesten” genoemd), met uitzondering van twee afdelingen. In november en december 2016 gebeurde dat voor alle afdelingen, en het is de bedoeling deze veiligheidsrondes voortaan met hoge frequentie te herhalen.

- Maandelijks is er een beleidsoverleg tussen de leidinggevenden van de afdeling (afdelingshoofd en afdelingspsycholoog).

- Maandelijks is er formeel overleg tussen de leidinggevenden van de afdeling en de hoofden zorglijn.

- Viermaandelijks is er ook een overleg met de leidinggevenden van alle afdelingen, de hoofden zorglijn, de directie en de psychiaters.

- FPC Gent heeft de intentie om voor elke patiënt minstens jaarlijks (en daarnaast ook op indicatie) een gestandaardiseerde risicotaxatie uit te voeren aan de hand van de HKT-R en de SVR-20.

- Er werden in 2015 nog geen ROM-gegevens (routine outcome monitoring) verzameld. De focus lag op het opnemen van de aangemelde patiënten en op het inrichten van het behandelaanbod. Het FPC is van mening dat de ROM-gegevens hierdoor te sterk gekleurd zouden worden, o.a. door de aanpassingen aan een nieuwe omgeving en de opgelopen detentieschade. Ook op het moment van de bevraging (begin 2017) moet nog een inhoudelijke keuze gemaakt worden van het meest geschikte meetinstrument alvorens met ROM kan gestart worden.

- Registratie en analyse van incidenten:

	2015	**2016**
Aantal (bijna-)incidenten geregistreerd	102 *	720
Aantal ernstige incidenten geregistreerd	2 *	13
Aantal incidentanalyses (met verslaggeving) op basis van de geregistreerde incidenten en bijna-incidenten	0	4
Aantal agressie-incidenten geregistreerd	74 *	414

* Deze cijfers hebben slechts betrekking op de laatste drie maanden van 2015, aangezien pas op dat moment begonnen werd met het systematisch melden en registreren. Om een vollediger beeld te creëren werden ook de cijfers van 2016 toegevoegd.

- Deze cijfers zijn gebaseerd op het VIM-systeem dat eind oktober 2015 werd geïmplementeerd.
  Elk in VIM gemeld incident wordt op afdelingsniveau besproken en door de betrokken leidinggevenden opgevolgd (afdelingshoofd, afdelingshoofd en psychiater)

  In 2015 werden geen analyses met verslaggeving gemaakt. Incidenten worden wel elke dag besproken tijdens het Ochtendoverleg (waarbij vertegenwoordigers van alle afdelingen en van het centrale aanbod aanwezig zijn), en er is de nodige opvolging op afdelingsniveau.

  Ernstige incidenten werden aanvankelijk in het Periodiek Overleg Zorg besproken. Sinds 2016 is de VIM-commissie actief, die systematisch (i.e. maandelijks) de VIM-meldingen bespreekt en opvolgt.

- Wanneer een incident al op verschillende niveaus is besproken, en de VIM-commissie van mening is dat de oorzaken of de verbetermogelijkheden nog niet duidelijk zijn, wordt besloten tot een methodische SIRE-analyse (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie). In 2015 gebeurde dit nog niet, in 2016 drie keer (naast de 3 SIRE-analyses gebeurde dat jaar ook een incidentanalyse van een suïcide-incident).

- In VIM worden voornamelijk incidenten i.v.m. relationele beveiliging en zorgverlening geregistreerd.
  Ook Securitas registreert incidentmeldingen in een eigen registratiesysteem (Vision). Beide systemen zijn complementair aan elkaar. Securitas registreert vooral incidenten die in het kader van hun takenpakket plaats vinden; deze worden maandelijks met de directie van FPC Gent besproken. In 2015 betrof het 303 incidenten. Hierbij dient evenwel opgemerkt dat eenzelfde soort incident vaak in beide registratiesystemen wordt gemeld (weliswaar vanuit een andere invalshoek), wanneer daar bv. zowel zorg- als Securitas-mede-werkers bij betrokken waren.

- Het nemen van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt op verschillende manieren besproken:
  - Er is een dagelijkse bespreking (zonder verslag) tijdens het ochtendoverleg (waarbij vertegenwoordigers van alle afdelingen en van het centrale aanbod aanwezig zijn).
  - De cijfers, als onderdeel van de KPI, worden maandelijks besproken op de managementmeeting.

  De cijfers zijn niet per afdeling beschikbaar, en worden dus ook niet op dat niveau besproken. Alle mede-werkers krijgen de organisatiebrede cijfers wel maandelijks toegestuurd per e-mail.
  Het is de bedoeling dat de cijfers binnenkort per afdeling kunnen worden opgemaakt en besproken.

3.3. MIDDELEN (INFRASTRUCTUUR)

Patiëntenkamers

- Alle patiëntenkamers zijn eenpersoonskamers.

Infrastructurele mogelijkheden in het kader van de-escalatie en agressiepreventie, time-out kamers (open deur) en afzonderingskamers (gesloten deur)

Afdeling	**de-escalatie / agressiepreventie**	**aantal time-out-kamers**	**aantal afzonderingskamers**
Alle	Elke patiënt krijgt een uitbreiding van zijn bewegingsvrijheid i.f.v. de voortgang van de behandeling. Met het oog op de-escalatie en agressiepreventie kan dit teruggeschroefd worden indien nodig.	Elke patiëntenkamer wordt hiervoor gebruikt. Elke kamer kan ook prikkelvrij gemaakt worden (wat dat inhoudt wordt per patiënt bepaald door de afdelingspsycholoog in overleg met de psychiater)	0
Separeerblok	/	/	8 separeerkamers
Schelde	/	1 prikkelarme kamer	1 prikkelarme kamer
Lieve	/	1 prikkelarme kamer	2 prikkelarme kamers
Leie	/	1 prikkelarme kamer	2 prikkelarme kamers
Ringvaart	/	1 prikkelarme kamer	2 prikkelarme kamers
Tolhuis	/	0	2 prikkelarme kamers *
Muide	/	0	2 prikkelarme kamers *
Sluizeken	/	0	2 prikkelarme kamers *
Rabot	/	0	2 prikkelarme kamers *
Grootdok	/	0	2 prikkelarme kamers *
Mercatordok	/	0	2 prikkelarme kamers *
Houtdok	/	0	2 prikkelarme kamers *
Sifferdok	/	0	2 prikkelarme kamers *
Citadelpark	/	0	0
Groene Vallei	/	0	0
Zuidpark	/	0	0
Blaarmeersen	/	0	0

* vanaf oktober 2015 werden deze PAK's omgebouwd tot 1-persoonspatiëntenkamers; sindsdien zijn er geen PAK's meer op deze afdelingen.

Infrastructuur van de afzonderingskamers

- Twee PAK's (op afdeling Ringvaart) en een separeerkamer (op het separeerblok in nabijheid van afdeling Schelde) werden bezocht.

	PAK 1	**PAK 2**	**SEP 1**
voldoende beveiliging tegen automutilatie / verhanging	niet ok	niet ok	niet ok
met rookdetectie	ok	ok	ok
met bereikbaar oproepsysteem (ook voor gefixeerde patiënten)	ok	ok	ok
met voldoende mogelijkheid tot visueel toezicht	ok	ok	ok
klok zichtbaar voor patiënt in afzondering	ok	ok	ok
privacy beschermd (geen inkijk in afzonderingskamer)	niet ok	niet ok	niet ok
daglichtinval	ok	ok	ok

- De separeerkamers hebben elk een individuele buitenruimte. Per twee separeerkamers wordt een bad-kamer gedeeld.

  De helft van de separeerruimtes heeft een vaststaand bed, de andere helft is leeg en wordt gebruikt met een matras op de grond.

  Op het moment van de inspectie waren 4 van de 8 separeerkamers buiten gebruik wegens defecten.

Sanitair

- Alle patiëntenkamers in het FPC (ook de heringerichte PAK's) hebben een eigen toilet en douche.

Buitenruimtes

- Op vaste momenten (voor de meeste afdelingen 3 keer 30 minuten per dag) kunnen patiënten buiten in de tuin rondwandelen. De tuin is – afhankelijk van de afdeling – afgeschermd door een hoge muur of een hek.

- De afdelingen van vleugel Park hebben samen een afgeschermd stuk tuin ter beschikking, waar de patiënten te allen tijde gebruik kunnen van maken (uiteraard met uitzondering van de periodes waarbij patiënten op de kamer zijn opgesloten).

- Nergens zijn overkappingen of afdakjes voorzien, zodat patiënten bij slecht weer geen beschutting hebben tijdens de momenten waarop ze buiten mogen. Deze overkappingen worden in de toekomst voorzien.

3.4. MEDEWERKERS

3.4.1. Personeelsbeleid

Aantal medewerkers (exclusief artsen)

Totaal aantal VTE medewerkers (exclusief artsen)	249,35
Aantal VTE **zorg**medewerkers exclusief artsen (zie tabel hieronder voor opsplitsing met meer details)	212,4
Aantal VTE **niet-zorg** medewerkers	36,95

- Securitas- en Sodexo-medewerkers worden hierbij buiten beschouwing gelaten (zie verder).

Medewerkers in de zorg (exclusief artsen)

(geen onderhoudspersoneel, geen secretariaat, geen specifiek beveiligingspersoneel, geen logistiek, geen apotheek, geen middenkader, kwaliteitsmedewerkers, clusterverantwoordelijken, directie, hoofden zorglijn; wel inclusief centrale therapeuten, arbeidsbegeleiders, ADL-helpers, animatoren, zorgkundigen, verpleegkundigen, psychologen, …)

Aantal VTE zorgmedewerkers (exclusief artsen) met diploma hoger onderwijs (universitair of niet-universitair)	137
Aantal VTE zorgmedewerkers zonder diploma hoger onderwijs maar met diploma 3e graad middelbaar	66,00 (waarvan 45,80 met 7e specialisatiejaar)
Aantal VTE zorgmedewerkers zonder diploma 3e graad middelbaar onderwijs (bv. enkel lager middelbaar onderwijs)	9,40
Totaal aantal zorgmedewerkers	212,4

- We gingen uit van de situatie in de praktijk (niet van wat de normen voorzien), op 30/06/2016. Hoofdverpleegkundigen en nachtmedewerkers werden meegeteld als zorgmedewerkers; stafmedewerkers, onderzoeksmedewerkers, onderhoudspersoneel, hoofden zorglijn, directie, enz … werden als niet-zorgmedewerkers beschouwd (ook al tellen die laatste twee categorieën binnen het FPC wel als “zorgpersoneel”).

- In 2015 werden hier daarnaast ook 2,88 zelfstandigen (tandarts, huisarts, pedicure, kapper) in de zorg ingezet, en 2,97 VTE interims.

Andere medewerkers specifiek voor onderhoud, catering, onthaal en beveiliging

- In FPC Gent worden – bovenop de hierboven vermelde cijfers – ook nog 21 VTE Securitas-medewerkers ingezet voor beveiliging en 17 VTE Sodexo-medewerkers voor onderhoud, catering en onthaal.

Nachtbestaffing

Afdeling	**Nemen de nachtmedewerkers enkel nachtdiensten op?**	**Aantal medewerkers per nacht**
Alle afdelingen	Niet allemaal (zie hieronder)	X

- In 2015 werd van alle continuïteitsmedewerkers verwacht dat ze regelmatig nachtdiensten vervulden. Sinds 2016 wordt gewerkt met 6 medewerkers die exclusief 's nachts werken, en 8 "semi-vaste nachten" (die deels overdag en deels 's nachts werken).
  Het aantal zorgmedewerkers dat per nacht wordt ingezet, bleef onveranderd, XXXXXXXXX. Daarnaast zijn er ook 's nachts Securitasmedewerkers die ingezet worden voor de beveiliging.

Weekendbestaffing

- De weekendbestaffing werd bekeken voor een aantal afdelingen.

afdeling	**aantal patiënten**	**aantal medewerkers aanwezig**	**aantal zorgmedewerkers aanwezig**	**aantal verpleegkundigen aanwezig**
Sluizeken (zaterdag 10u)	23	2	2	1
Sluizeken (zondag 18u)	23	3	3	1
Ringvaart (zaterdag 10u)	15 + 1 patiënt in separeerblok	3	3	1
Ringvaart (zondag 18u)	15 + 1 patiënt in separeerblok	3	3	2
Park (zaterdag 10u)	13	0	0	0
Park (zondag 18u	15	1	1	0

- Voor de 4 afdelingen van vleugel Park is in het weekend enkel van 17 tot 21u30 een permanentiemede-werker voorzien. Daarnaast is er telefonische permanentie door een medewerker van een afdeling op vleugel Oranje.

Veiligheid van medewerkers

	2015
Aantal dagen arbeidsongeschiktheid in 2015 t.g.v. agressie-incidenten	169
% werkverzuim	3,78 %

Hebben alle medewerkers een draagbaar alarmsysteem bij zich?	ja
Hebben ook de psychiaters een draagbaar alarmsysteem bij zich?	ja
Maakt de procedure duidelijk wie overdag op een oproep moet reageren?	ja
Maakt de procedure duidelijk wie ‘s nachts op een oproep moet reageren?	ja

Psycho-sociale opvang van medewerkers (bv. na incidenten)

- Het bedrijfsopvangteam (BOT) verzorgt de nazorg voor medewerkers na een incident of een stressvolle gebeurtenis op het werk. Als vuistregel geldt dat opvang over het algemeen zo snel mogelijk wordt gegeven. De crisisopvang na een incident gebeurt door collega’s, het dienstdoende afdelingshoofd en/of de eigen leidinggevende. Deze schat in of het al dan niet noodzakelijk is om door te verwijzen naar (een lid van) het BOT. De medewerker kan ook zelf het BOT benaderen als hij of zij behoefte heeft aan een gesprek. Indien nodig kan de medewerker ook nog beroep doen op externe hulpverlening van eigen keuze. Daarnaast heeft FPC Gent een contract (via zijn externe dienst voor preventie en bescherming op het werk) met traumapsychologen die indien nodig 5 therapeutische gesprekken met de betrokkene kunnen hebben. Het BOT kan naar hen doorverwijzen indien uit de opvanggesprekken blijkt dat er sprake is van een post-traumatische stress-stoornis.

- In 2015 kreeg het BOT 53 aanmeldingen.

3.4.2. Vorming, training en opleiding (VTO)

Vorming voor zorgmedewerkers 2015

- Aangezien 2015 grotendeels een opstartjaar was voor FPC Gent, diende uitzonderlijk veel vorming te worden voorzien. Voor de meeste zorgmedewerkers bestond die uit 2 weken training, in de eerste fase ook nog aangevuld met een week stage in FPC De Kijvelanden.

Totaal aantal zorgmedewerkers	**Aantal uur gevolgde vorming per medewerker**	**Gemiddeld vormingsbudget per medewerker (zonder verrekening loonkost)**
197,95 VTE	71,69 uur	1.818 euro per jaar *

* Dit vormt een schatting, aangezien het vooral vormingen door de aandeelhouders van FPC Gent NV betrof (zonder factuur).

Inscholing van nieuwe medewerkers

Aantal keer per jaar dat een inscholingstraject voor nieuwe medewerkers wordt georganiseerd	- 7 in 2015 (uitzonderlijk wegens opstartjaar) - later: afhankelijk van aantal nieuwe instromers
Aantal uur vorming tijdens het inscholingstraject (voor zorgmedewerkers)	1e helft 2015: 80 uur + 40 uur externe stage 2e helft 2015: 80 uur + interne stage
Disciplines waarvoor een inscholingstraject voorzien is	Alle zorgmedewerkers

Permanente vorming van medewerkers

Streefdoel voor de verschillende disciplines voor het aantal te volgen uren vorming per jaar		niet in uren bepaald
Wordt het aantal gevolgde uren per medewerker binnen de organisatie (dus niet enkel door de medewerker zelf) geregistreerd en opgevolgd?		ja
Herhaalfrequenties als streefdoel voor volgende onderwerpen:		
	Agressiebeleid/-preventie/-hantering	om de 6 maanden
	Inoefenen van afzonderingstechnieken	om de 6 maanden
	Suïcidebeleid/-preventie	niet bepaald
	Basic life support (BLS), d.i. een basisopleiding reanimatie-technieken	om de 12 maanden
	Patiëntenrechten	niet bepaald
Wordt van therapeuten verwacht dat ze alle / sommige van boven-staande opleidingen volgen?		ja
Wordt van psychiaters verwacht dat alle / sommige van bovenstaande opleidingen volgen?		ja
Aantal medewerkers dat een opleiding gevolgd heeft voor het afnemen van gestandaardiseerde risicotaxatieinstrumenten.		17: - 16 afdelingspsychologen - 4 criminologen (behandelrapporteurs) In de praktijk gebeurt de afname enkel door psychologen; de behandelrapporteurs beperken zich tot het administratieve en historische luik

3.5. PROCESSEN

3.5.1. Behandelproces

In- en exclusiecriteria + toeleiding

exclusie	inclusie
	- FPC Gent dient elke (mannelijke) geïnterneerde op te nemen die een beslissing tot plaatsing / oriëntatie in FPC Gent heeft van de bevoegde CBM/KBM. FPC Gent heeft een opnameplicht.

- In 2015 werden geen aanmeldingen geweigerd. FPC Gent heeft een opnameplicht.

- FPC Gent heeft als opdracht het opnemen van high risk-geïnterneerden. Het is de CBM/KBM die beslist welke patiënten worden aangemeld. FPC Gent wordt niet betrokken bij het bepalen van het profiel.

Opnameverloop

- 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 kan hij nieuw gedrag te oefenen. Patiënten worden zo geconfronteerd met de gevolgen van gedrag en leren gedrag aan te passen vanuit een passende sociale identiteit.

- 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. 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.

- Er wordt naar gestreefd om binnen de 8 weken na opname een behandelplan te hebben. Als uiterlijke limiet wordt een periode van 3 maanden vooropgesteld.

	Voorbereidende vragenlijst (% 2015)	**Dossiersteekproef**
Aantal patiënten met een behandelplan	97 %	100 %

- Van bij de opmaak van het eerste behandelplan wordt ontslaggericht gewerkt: men maakt een eerste indicatie voor de te volgen modules (behandeling, werken, leren, sport), koppelt daar een verwachte behandel- en verblijfsduur aan, en maakt ook een inschatting van de verwachte vervolgzorg. Alle gegevens zijn samengebracht in één centraal databestand.
  Zo kan men zowel op individueel-klinisch als op geaggregeerd niveau aan ontslagplanning doen, zowel wat termijnen als te ondernemen acties betreft.
  Een koppeling tussen het databestand en het EPD (User) is er vooralsnog niet. De geschatte duur van de totale behandeling stond dan ook in geen enkel van de gecontroleerde dossiers genoteerd. Volgens de medewerkers wordt dit mondeling wel besproken met de patiënt.

- Delictbespreking in groep maakt (verplicht) deel uit van de behandeling vanaf de fase "doorgedreven behandeling".

- Van een tiental – willekeurig gekozen – patiënten van twee afdelingen in vleugel "Stad" (intensieve behandeling) werd het weekschema geanalyseerd. Ook de individuele gespreksmomenten, die meestal niet in de schema's worden vermeld, werden meegeteld.

  Alle geplande activiteiten met focus op het uitvoeren van handmatige of andere vaardigheden en op het verwerven of behouden van arbeidsattitude werden als "arbeid" geteld (bv. houtatelier, kaarsenatelier, fietsherstel, …).

  Geplande activiteiten met de focus op het verwerven van kennis (computerles, Nederlands voor anderstaligen, …) werden als "opleiding" gecatalogeerd.

Aantal patiënten waarvan het weekschema werd bekeken	10
Gemiddeld aantal ingeplande uren – totaal (therapie, sport, opleiding, recreatie, arbeid, …)	16u45
Gemiddeld aantal uren "therapie en beweging" voor deze patiënten	7u55
Aantal patiënten met blokken "arbeid"	10
Gemiddeld aantal uur "arbeid" voor deze patiënten	8u30
Aantal patiënten met blokken "opleiding"	2
Gemiddeld aantal uur "opleiding" voor deze patiënten	1u40

- Uit de patiëntengesprekken blijkt dat de patiënten, onder het item opnameverloop, volgende onderwerpen belangrijk vinden:
  - Gesprekken met de psychiater worden één maal per week gepland op vraag van de patiënt. De periode tussen aanvraag en gesprek kan meerdere weken duren.
    Patiënten die zelf geen aanvraag doen, hebben soms maandenlang geen gesprek met de psychiater.
  - Er is een ruim aanbod aan zinvolle dagbesteding, er zijn tal van mogelijkheden waarmee alle blokken van de week kunnen gevuld worden.
  - Het aanbod "leren" vinden patiënten te beperkt. Het aanbod biedt vooral basiseducatie (bv. "beter lezen en schrijven", "aan de slag met geld en papieren") en cursussen voor handenarbeid (bv. fietsenhersteller). De vergelijking wordt gemaakt met de mogelijkheden tijdens het verblijf in de gevangenis waar online studeren via de Open Universiteit mogelijk is. In FPC Gent hebben patiënten (met uitzondering van de vleugel Park) geen toegang tot internet en werd studeren via Open Universiteit om deze reden tot nu toe geweigerd.

Somatische zorg

- Er werd nagegaan of er procedures of richtlijnen gehanteerd worden over de frequentie van verschillende elementen van een goede somatische zorg, namelijk tandartsbezoek, een somatische check-up (bv. bloeddruk, bloedanalyse) en gewichtscontrole. Hieruit bleek dat deze frequenties niet vastliggen, maar door de betreffende artsen individueel moeten worden vastgelegd in het medisch-somatisch dossier.

  In 9 van de medisch-somatische dossiers werd ook nagegaan in hoeverre deze vormen van zorg recent werden uitgevoerd.

n = 9	**Aantal dossiers < 1 maand**	**Aantal dossiers 1 maand < 1 jaar**	**Aantal dossiers > 1 jaar**	**Aantal dossiers zonder notities**
tandartsbezoek	2	3	0	4
gewichtscontrole	1	7	0	1
bloeddrukmeting	0	6	0	3

- Uit de patiëntengesprekken blijkt dat de patiënten, onder het item somatische zorg volgende onderwerpen belangrijk vinden:
  - De lange wachttijden voor een consultatie bij de huisarts (volgens patiënten "minstens 2 weken voor problemen die door het personeel als niet-urgent worden beschouwd").
    Noot: in de reactienota geeft het FPC aan dat het afdelingshoofd (verpleegkundige) en de afdelingspsychiater de urgentie voor een consult bij de huisarts evalueren. Planningsproblemen bij de huisarts worden volgens het FPC gedeeltelijk veroorzaakt door patiënten die hun gemaakte afspraak niet nakomen.
  - De lange wachttijden voor een consultatie bij een externe specialist (soms meerdere maanden).
    Noot: in de reactienota geeft het FPC aan dat de huisarts de indicatie en urgentie voor doorverwijzing naar een externe specialist bepaalt. Indien het een eerste consult betreft en er geen onmiddellijke urgentie is, is het tijdstip van de geplande afspraak afhankelijk van de beschikbaarheid van de desbetreffende arts-specialist in het ziekenhuis. FPC Gent heeft zelf afspraken gemaakt met o.a. een gastro-enteroloog en een neuroloog om consultaties in FPC Gent te houden.

Risico-inschatting

	Voorbereidende vragenlijst (% 2015)	Dossiersteekproef
Aantal patiënten met een gestandaardiseerde risicotaxatie	40 %	70 %

- Er werd nagegaan of de dossiers een gestandaardiseerde risico-inschatting bevatten, en hoe oud de meest recente desgevallend was. Hierbij werd geen onderscheid gemaakt tussen inschattingen die door het FPC zelf dan wel door andere instanties werden uitgevoerd, maar in de praktijk bleken alle gevonden risicotaxaties in het FPC te zijn gebeurd.

Aantal dossiers	Aantal dossiers met gestandaar-diseerde risico-inschatting	Aantal dossiers met gestandaar-diseerde risico-inschatting < 3 maanden	Aantal dossiers met gestandaar-diseerde risico-inschatting > 3 < 6 maanden	Aantal dossiers met gestandaar-diseerde risico-inschatting > 6 < 12 maanden	Aantal dossiers met gestandaar-diseerde risico-inschatting > 12 maanden
10	7	4	1	2	0

IQ-meting

- Enkel wanneer er aanwijzingen zijn voor cognitieve problemen, wordt een IQ-test afgenomen.
  In de 10 bekeken patiëntendossiers werd slechts 2 keer een IQ-meting gevonden. Het juridisch dossier, waarin mogelijk vroegere IQ-metingen zijn opgenomen, is niet toegankelijk voor de medewerkers op de afdelingen en werd ook niet ingekeken in het kader van deze dossiersteekproef. Dit kan de cijfers van de steekproef negatief beïnvloed hebben.

3.5.2. Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM)

Vrijheidsberoving

- Het gehele domein van FPC Gent is afgesloten.

- Alle afdelingen van de vleugel Park zijn overdag open. Patiënten zijn in de gelegenheid de afdeling overdag zelfstandig te verlaten en weer terug te keren. Mits ze over de juiste uitgangsvergunningen beschikken, kunnen ze (na controle door Securitas-medewerkers) ook zelfstandig het FPC verlaten.
  Op de overige vleugels (Rivier, Stad en Haven) is tussenkomst nodig van de staf voordat een patiënt de afdeling kan verlaten. Patiënten die (i.f.v. de vordering van hun behandeling) een zogeheten “badge uit-breiding” hebben, kunnen zich wel zelfstandig door het centrum begeven, eens zij de afdeling hebben verlaten met hulp van de staf.

- Voor alle afdelingen geldt er een nachtelijke opsluiting. De duurtijd hiervan varieert:

<table>
<tr><th>vleugel</th><th>weekdagen</th><th>weekend- en feestdagen</th></tr>
<tr><td>Rivier</td><td rowspan="4">21u30 – 7u</td><td rowspan="2">21u – 9u30</td></tr>
<tr><td>Stad</td></tr>
<tr><td>Haven</td><td>21u – 11u</td></tr>
<tr><td>Park</td><td>21u30 – 8u45</td></tr>
</table>

- Volgende vrijheidsbeperkende maatregelen zijn beschreven in het huishoudelijk reglement en worden uitvoerig geregistreerd in de maatregelenlijst:
  - 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 of op een andere afdeling).
  - Separatie: de bewegingsvrijheid van de patiënt wordt beperkt tot opsluiting 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).

- In 2015 werden geen mechanische fixatiemiddelen gebruikt. Sinds 2016 worden mechanische fixatiemiddelen zelden gebruikt: soms voor het transport van patiënten van de afdeling naar het separeerblok. Tijdens afzondering wordt nagenoeg nooit gebruik gemaakt van fixatiemiddelen (twee maal polsfixatie in 2016).

- Cijfers (2015):

Aantal afzonderingen in beveiligde kamer met gesloten deur	Gemiddelde duur	Aantal opsluitingen op eigen kamer	Gemiddelde duur	Aantal fixaties	Gemiddelde duur
separeer: 86 PAK: 39	5 dagen en 3u52min 2 dagen en 23u12min	223	7 dagen en 7u24min	0	/

- Hierbij dient opgemerkt dat bij de "opsluiting op eigen kamer" (conform het Huishoudelijk Reglement van FPC Gent) enkel die situaties worden meegeteld waarbij patiënten minder dan 4 uur per dag in de gelegenheid zijn om tijd door te brengen samen met andere patiënten.

Registratie afzonderingen

Aantal gecontroleerde registraties	11
Aantal van deze afzonderingen waarbij patiënt ook werd gefixeerd	0
Aantal registraties waarin identificatie patiënt genoteerd was	11
Aantal registraties waarin datum start afzondering genoteerd was	11
Aantal registraties waarin reden voor afzondering genoteerd was	11
Aantal registraties waarin begin-/eindduur van de afzondering genoteerd was	5
Aantal registraties waarin de verantwoordelijke arts genoteerd was	8
Aantal registraties waarin de verantwoordelijke verpleegkundige genoteerd was	7

Redenen voor afzonderingen in deze dossiers	- Gevaar voor medewerkers en/of medepatiënten (9) - Dreigend / agressief (2)

Aantal registraties waarin elke notitie over het toezicht duidelijk maakte hoe dit toezicht werd uitgevoerd (camera, binnengaan, luik)	3/11
Gemiddelde frequentie toezicht, volgens de notities (binnengaan, camera, luiktoezicht)	De procedure voorziet dat bij afzondering op PAK en bij separatie om de 30 minuten toezicht wordt uitgeoefend, bij afzondering op de kamer om de 60 minuten. Op de afdelingen waar dit kon nagegaan worden, werd deze frequentie vaak niet gehaald. Op sommige afdelingen wordt niet geregistreerd tijdens afzonderingen op de kamer (behalve wanneer verhoogd toezicht omwille van suïcidaliteit is ingesteld).
Maximale periode zonder (notitie over) toezicht per afzondering	Bij kamermaatregelen en PAK's varieerde dit – afhankelijk van het dossier – van maximaal 1 uur en 15 minuten tot maximaal 5 uur. Dit kon evenwel niet in alle registraties worden nagegaan wegens ontbrekende formulieren voor sommige dagen. Bij sommige kamermaatregelen wordt geen notities m.b.t. verhoogd toezicht gemaakt. Bij separatie was er op 9/1/2017 bij 2 verschillende patiënten een periode van 9u en een periode van 10u zonder notities over toezicht. Op andere dagen waren er 3 periodes van 5u en 2 periodes van 6u zonder notities.
Gemiddelde frequentie van binnengaan in de afzonderingskamer	De notities zijn onvoldoende nauwkeurig om dit op betrouwbare wijze te kunnen nagaan

Maximale periode zonder binnengaan per afzondering	Bij dossiers waarbij dit kon worden nagegaan varieerde dit – afhankelijk van het dossier – van maximaal 1u19 tot maximaal 8u42. In 4 dossiers werd dit evenwel onvoldoende nauwkeuring genoteerd om dit op betrouwbare wijze te kunnen nagaan.
Aantal afzonderingen met notities over persoonlijk contact tussen patiënt en arts	4/11
Gemiddelde tijd tussen start afzondering en persoonlijk contact tussen patiënt en arts	De notities in dit verband zijn onvoldoende nauwkeurig om een gemiddelde tijd te berekenen.
Aantal afzonderingen langer dan 24 uur	6/11
Aantal afzonderingen langer dan 24 uur met elke 24 uur notities over persoonlijk contact tussen patiënt en arts	0/6

- Een aantal van de gezochte gegevens werden niet in de registratie op zich gevonden, maar wel in de "maatregel" die elke patiënt (binnen de 24 uur) krijgt naar aanleiding van een afzondering: daarin worden de antecedenten uitgebreid beschreven, evenals de voorwaarden voor opheffing van de maatregel. De ondertekende versie van deze maatregel wordt ingescand en geüpload in het EPD.

Vrijheidsbeperking

- Zoals hoger beschreven, zijn bepaalde vrijheden gekoppeld aan de fase in het behandeltraject.

- Patiënten hebben in principe altijd vrije toegang tot hun eigen patiëntenkamer en de gemeenschappelijke ruimtes van hun afdeling. Patiënten mogen niet in de kamers van andere patiënten komen.

- De rookmomenten zijn overdag door patiënten vrij te kiezen: de rookzaal is overdag vrij toegankelijk.

- Er werd een document gevraagd waarin het sanctiebeleid wordt beschreven.
  FPC Gent stelt dat er geen sanctiebeleid is.

  Het Huishoudelijk Reglement (HR) van FPC Gent bepaalt voor elke maatregel op limitatieve wijze met welke doelstelling(en) deze kan opgelegd worden. Dit is steeds om één of meerdere van de volgende doelstellingen te bereiken: de bescherming van de veiligheid van de patiënt zelf, de bescherming van de veiligheid van de staf of medepatiënten of goederen en/of de handhaving van het therapeutisch leefmilieu. Hieruit volgt dat maatregelen nooit kunnen worden opgelegd met als doel het sanctioneren van de patiënt, aldus het FPC.

  Voorbeelden van maatregelen die kunnen worden opgelegd:
  - afdelingsarrest: het tijdelijk intrekken van de toestemming om de afdeling te verlaten, omdat de veiligheid in het gedrang is gekomen of vanuit een onstabiel psychisch toestandsbeeld (bv. patiënt is onder invloed, is psychotisch of heeft bedreigingen geuit);
  - kamermaatregel: de patiënt moet verplicht op de kamer blijven (met gesloten deur).

  Daarnaast gelden soms ook vrijheidsbeperkingen die niet als maatregel gecatalogeerd worden, zoals bv.:
  - De afdeling niet mogen verlaten zolang de huishoudelijke taken niet zijn vervuld (HR 7.1.4: "Aan de bewegingsvrijheid kunnen in het behandelplan voorwaarden worden gesteld. Deze voorwaarden kunnen voor de patiënten de verplichting inhouden aan bepaalde activiteiten en/of therapieën deel te nemen of

om bepaalde taken te verrichten. In het behandelplan kan tevens worden bepaald dat de patiënt, ondanks de toegekende bewegingsvrijheid niet op bepaalde plaatsen van het centrum mag komen. Een algemeen geldende voorwaarde is dat de bewegingsvrijheid van de patiënt buiten de afdeling pas wordt toegekend, nadat de patiënt zijn huishoudelijke werkzaamheden, zoals bedoeld in artikel 9.14, heeft verricht.).

- Het vastleggen van een kamerprogramma (waarbij de patiënt grote delen van de dag op de kamer – met open deur – verblijft en minder tijd in de groep doorbrengt; bedoeling is meestal om meer structuur te bieden).

De patiëntenraad geeft aan dat maatregelen steeds worden getroffen omwille van de veiligheid van de patiënt zelf, medewerkers of medepatiënten, maar dat patiënten dit vaak als sanctie ervaren. Bovendien wordt het (dreigen met) intrekken van UV's ook als een maatregel of sanctie beschouwd, terwijl het FPC dit niet doet.

- Patiënten worden geacht de behandelblokken waarvoor ze geïndiceerd zijn ook effectief te volgen, maar worden hier niet toe verplicht.
  Voor de blokken "atelierwerking" kunnen patiënten wekelijks wijzigingen in hun blokkenrooster bespreken, en ze worden geacht om de blokken waarvoor ze zich die week geëngageerd hebben, ook effectief te volgen.
  Als patiënten weigeren een blok te volgen, moeten ze zich afmelden en voor de duur van het betreffende blok op hun kamer verblijven (met open deur).

- Uit de patiëntengesprekken blijkt dat de patiënten, onder het item vrijheidsbeperkende maatregelen, volgende onderwerpen belangrijk vinden:
  - Inname van medicatie wordt doorgaans met de arts besproken en in overleg wordt gestreefd naar de beste medicatie voor de persoonlijke problematiek. Psychiaters zijn soms meerdere weken in gesprek met een patiënt om hen te overtuigen van de noodzaak tot medicatie-inname. Anderzijds rekent het team erop dat de medicatie wordt ingenomen en stellen sommige patiënten zich vragen bij het verplichte karakter hiervan. Vaak is er impliciete of expliciete druk om medicatie in te nemen (bv. "eigenlijk ben je verplicht"; "sommige patiënten moeten hun medicatie onder direct toezicht innemen", "sommige patiënten vermelden het dreigen met intrekken van UV's bij weigeren van medicatie-inname").
    In een reactienota geeft het FPC aan dat het innemen van medicatie niet verplicht is; de patiënt kan en mag weigeren. Bij weigering van innemen van medicatie kan iemands psychisch toestandsbeeld evenwel instabiel worden en is de veiligheid tijdens een UV niet gegarandeerd. Het correct innemen van medicatie is een voorwaarde van de KBM om uitgaansmodaliteiten toe te staan.

3.5.3. Suïcidebeleid

- Er is een procedure suïcidepreventie, opgesteld in mei 2016. Hierin staat beschreven: "Suïcidaliteit moet worden bevraagd en in kaart gebracht voor de opname van een patiënt. Tijdens de intake moet gepeild worden naar suïcidaliteit en eerdere suïcidepogingen. Dit moet worden geregistreerd in het Forensisch Psychiatrisch Diagnostisch Verslag. In User moet suïcidaliteit in de rubriek "waarschuwing" worden geregistreerd."

- In de 10 nagekeken dossiers werd geen enkele suïciderisico-inschatting gevonden (noch bij intake, noch later). Van deze dossiers gebeurde de intake voor de inwerkingtreding van de procedure. Toen werd een laag risico niet systematisch genoteerd in het dossier.

- Suïcidepogingen worden geregistreerd en geanalyseerd.

- Cijfergegevens

	2014	2015	2016
Aantal suïcidepogingen	0	3	3
Aantal suïcides	0	0	1

3.5.4. Interne rechtspositie

Procedures

- Er is een procedure uitgeschreven over kamercontroles.

- Er is een procedure uitgeschreven over postcontroles.

- Het HR voorziet lichaamscontroles. Dit wordt door FPC Gent gezien als een intern onderzoek van de patiënt (uit te voeren door een arts), wat in de praktijk niet voorkomt.

  Lichaamscontroles in de ruimere zin (die binnen FPC Gent evenwel niet als dusdanig benoemd worden) gebeuren soms wel bij aanvang van een separatie. Er wordt bij sommige patiënten tijdens het omkleden in separeerkleding een visuele inspectie gedaan van het naakte lichaam, waarbij aan de patiënt wordt gevraagd om de balzak op te tillen en de bilspleet te spreiden. Er is geen uitgeschreven procedure uitgewerkt hierrond.

- Er is een procedure opgemaakt voor drugscreening. Hierin staat beschreven: “De afname van urine gebeurt bij voorkeur ’s morgens vroeg. De patiënt krijgt 4 uur de tijd om te plassen; hij mag de kamer niet verlaten tot hij geplast heeft. UDS vindt plaats op de kamer van de patiënt. Elke UDS-afname wordt uitgevoerd door 2 stafleden, waarvan 1 staflid aan de toiletdeur staat. De toezichthouder (voor zover mogelijk iemand van hetzelfde geslacht als de patiënt) kijkt mee of een patiënt de test niet probeert te manipuleren en geeft de patiënt zo nodig uitleg over de te volgen procedure.”

- Patiënten zijn op de hoogte van de procedures via het huishoudelijk reglement dat op alle afdelingen in de leefruimte ter inzage ligt voor patiënten.

Cijfers 2015

Aantal urinecontroles:	+/- 5.000 Dit betreft een schatting: de urinecontroles worden geregistreerd in het EPD, waaruit de geaggregeerde cijfers moeilijk af te leiden zijn.
Aantal lichaamscontroles	0
Aantal medicamenteuze behandelingen zonder instemming van de patiënt	16
Aantal wilsonbekwame patiënten	1

In de reactienota geeft het FPC aan dat er dankzij de doorgedreven UDS-controles geen grote problemen zijn met druggebruik in FPC Gent.

Financiën

Inkomsten

- Op het moment van de bevraging is er één patiënt die een loon uit externe arbeid ontvangt. Drie patiënten krijgen een vrijwilligersvergoeding voor vrijwilligersarbeid buiten de voorziening.

- Voor deelname aan de arbeidstherapieblokken binnen het FPC krijgen patiënten een tegemoetkoming. Deze bedraagt maximaal 96 euro per maand; dit maximumbedrag wordt toegekend wanneer een patiënt aan alle arbeidstherapieblokken deelneemt waarvoor hij werd geïndiceerd (dit aantal varieert van patiënt tot patiënt). Wanneer hij aan minder blokken deelneemt, wordt zijn vergoeding pro rata verminderd, tenzij de patiënt om gegronde redenen afwezig is (bv. ziekte van de patiënt).

Vermogensbeheer

- 74 patiënten hebben een bewindvoerder.

- Kort na de opname brengt de sociale dienst de inkomsten, uitgaven en schulden van patiënten in kaart. Als de patiënt toestemming geeft, worden ook de bezittingen in kaart gebracht.
  Elke patiënt heeft een kasboek waarin alle inkomsten en uitgaven worden bijgehouden en dat tijdens de weekevaluatie besproken wordt. Patiënten kunnen op elk moment hun kasboek bekijken aan de hand van hun stick voor de patient cloud.

- Patiënten hoeven in principe niets zelf te betalen: er wordt door FPC Gent voorzien in verblijf, behandeling, verzorgingsproducten, maaltijden, etc. Enkel wanneer patiënten iets extra willen aankopen, dienen ze dit zelf te bekostigen.

- Patiënten kunnen wekelijks € 30 spenderen in de winkel en kledijwinkel van FPC Gent en € 20 aan telefonie. Indien een patiënt in het FPC structureel te veel geld uitgeeft, kan als uiterste mogelijkheid zijn badge voor gebruik in de winkel tijdelijk worden beperkt.
  Aanvragen voor extra budget, aanvragen voor contant geld om tijdens een uitgaansmodaliteit iets te kopen (maximaal € 25) en externe bestellingen (bv. bij online winkels) dienen te worden goedgekeurd door de afdelingspsycholoog, de sociale dienst en - indien van toepassing - de bewindvoerder. Tijdens het patiëntengesprek bleek dat dit vlot verloopt, en dat patiënten hun geld naar eigen believen kunnen besteden om zaken te bestellen, zolang het binnen hun financiële mogelijkheden ligt.
  Bij een occasioneel negatief advies over een extra uitgave kan een patiënt daar steeds tegen in gaan (mits hij voldoende middelen heeft).

- Er is een solidariteitssysteem uitgewerkt aan de hand waarvan onbemiddelde patiënten kunnen telefoneren, tabak aankopen, etc.

Informatie aan de patiënt

- Er werd een informatienota voor patiënten opgemaakt met een begrijpelijke uitleg van de nieuwe regelgeving over internering. Het betreft meer bepaald informatie over de KBM, haar leden, de mogelijkheid tot verschijnen voor de KBM en het feit dat het slachtoffer voortaan aanwezig mag zijn bij de zitting; daarnaast worden de verschillende modaliteiten tot tijdelijk verlaten van het FPC toegelicht en wordt verduidelijkt wat er met de reeds door de CBM toegekende modaliteiten gebeurt.
  De informatienota werd tijdens een patiëntenraad uitgelegd; de leden van de patiëntenraad hebben de nota vervolgens verspreid op afdeling.
  In de bibliotheek is ook een exemplaar van de nieuwe wet beschikbaar.

- Er is een FPC-brede onthaalbrochure beschikbaar; afdelingsspecifieke brochures zijn er niet.

- Er is een "informatiefolder omgeving van patiënten", die beschikbaar is in de gevangenissen. Er worden ook een aantal exemplaren aan de patiënt gegeven tijdens het kennismakingsgesprek dat voorafgaat aan de opname.

- Daarnaast ontvangt elk gescreend netwerklid dat de patiënt voor het eerst komt bezoeken een document "huisregels voor bezoekers" waarin omschreven staat hoe het bezoek zal verlopen en welke regels gelden. Ook tijdens de screening worden de bezoekregels overlopen met het netwerklid, zodat deze duidelijk zijn en het netwerklid niet voor verrassingen komt te staan tijdens het bezoek. Volgens de patiëntenraad wordt het netwerk uitvoerig ingelicht via brochures en telefonische contacten.

- Patiënten krijgen standaard geen afdruk van hun medicatieschema. In het behandelplan dat patiënten krijgen, staat wel de naam van de medicatie vermeld, maar geen dosis. Patiënten geven via de patiëntenraad aan dat ze enkel op vraag een bijsluiter krijgen. De meeste patiënten krijgen van de psychiater informatie over hun medicatie. Sommige patiënten die een verpleegkundige als IB hebben, kregen via die weg uitvoerige info over de medicatie.

- Uit de patiëntengesprekken blijkt dat de patiënten volgend onderwerp belangrijk vinden:
  - Patiënten vinden dat de informatie die voor de opname in FPC Gent wordt gegeven, te rooskleurig is. Op basis van deze informatie verwachten patiënten een snellere opmaak van een behandelplan, meer individuele en persoonlijke begeleiding, meer individuele gesprekken en minder groepstherapie. Het zou volgens de patiëntenraad ook beter zijn om al vóór de opname aan te geven dat niet alle patiënten na behandeling in FPC zullen kunnen doorstromen naar de maatschappij.

Contact met de buitenwereld

Uitgangsregeling

- De eindbeslissing over het toekennen van uitgangsvergunning ligt steeds bij de KBM, na advies van het FPC (meer bepaald de Interne Advies Commissie).

Bezoekregeling

- Bezoek ontvangen is mogelijk op dinsdag- en donderdagavond van 17u30 tot 19u.
  Op weekend- en feestdagen kan dat van 13u tot 14u30 en van 15u tot 16u30.

- Bezoek kan enkel door gescreende bezoekers. Deze screening gebeurt door de sociale dienst en kan enkele weken in beslag nemen.

- Om het bezoek (aanmelding bij de receptie, toegangscontrole, naar de afdeling gebracht worden door personeel, etc.) zo efficiënt mogelijk te laten verlopen, wordt er gewerkt met bezoekmomenten van 1,5 uur. Bezoekers dienen zich uiterlijk een kwartier voor aanvang van het bezoekmoment aan te melden (dit kan tot een uur voorafgaand aan de start van het bezoek). Indien zij te laat zijn, zullen ze zo spoedig mogelijk naar de afdeling worden gebracht. Het kan in uitzonderlijk geval voorkomen dat deze tijd van hun bezoektijd wordt afgetrokken. Gedurende het weekend kan het bezoek ervoor kiezen om tijdens 2 bezoekmomenten na elkaar op bezoek te komen. De bezoekers mogen te allen tijde FPC Gent verlaten, zij zijn niet verplicht het volledige bezoekmoment vol te maken.

- Bezoek vindt in principe zonder aanwezigheid van personeel plaats, tenzij de afdelingspsycholoog beslist dat, ten behoeve van de handhaving van het therapeutisch leefklimaat, toezicht moet worden gehouden door de afdelingsstaf. In de regel worden niet meer dan vier bezoekers tegelijk tot een patiënt toegelaten.

- Indien bezoekers voorwerpen willen meenemen voor de patiënt, moet de patiënt dit aanvragen via een formulier. De staf controleert of de gewenste in te voeren goederen mogen worden ingevoerd conform het HR. Het afdelingshoofd of de afdelingspsycholoog geeft de uiteindelijke goedkeuring.

- Het is bezoekers niet toegestaan enig verboden voorwerp bij zich te dragen tijdens het bezoek. De noodzaak om voor persoonlijk gebruik medicijnen mee te nemen, dient te blijken uit een doktersverklaring. Voor een zuigeling mogen de volgende voorwerpen meegenomen worden: twee pampers, vochtige doekjes, één afgesloten flesje water, één leeg flesje en een potje poeder om voeding mee te maken.

- Bezoekers dienen bij aankomst hun identiteitskaart af te geven.

- Tenzij de afdelingspsycholoog anders beslist, vindt het bezoek plaats op de kamer van de patiënt. Er is dus de mogelijkheid tot intiem bezoek.

- Uit de patiëntengesprekken blijkt dat de patiënten in dit verband volgende onderwerpen belangrijk vinden:
  - De lange duur van screening van contacten (de patiëntenraad gaf een voorbeeld van de verandering van een GSM-nummer van een familielid, dat twee maanden na de aanvraag nog niet aan de gescreende contacten was toegevoegd).
  - De veiligheidsprocedure bij aanvang van het bezoek kan heel wat vertraging oplopen, bv. wanneer bij andere bezoekers verboden voorwerpen worden aangetroffen.
  - Het bespreken van delictaspecten tijdens telefonische gesprekken met personen uit het netwerk van patiënten, als onderdeel van de screeningsprocedure. Patiënten geven aan dat deze delicate onderwerpen beter tijdens individuele gesprekken zouden besproken worden.
  - De nood aan meer informatie over de voorwaarden voor het toekennen van uitgangsverlof (UV's). Het toekennen van UV's gebeurt individueel op maat (in tegenstelling tot de medium security-eenheden, waar er volgens de patiënten meer algemene regels en vrijheidsregimes zijn), en de voorwaarden voor het toekennen van UV's zijn niet transparant voor patiënten. Patiënten hebben het gevoel dat er veel ruimte is voor persoonlijke interpretatie van de afdelingspsycholoog bij het al dan niet toekennen van UV's.
  - De UV's die in de gevangenis bestonden, verdwijnen bij opname in FPC Gent en kunnen pas na de eerste zitting van de CBM/KBM opnieuw opgestart worden.
  - Patiënten vragen meer mogelijkheden qua UV's.

Telefoon, internet en e-mail

- Telefonisch contact is enkel toegelaten met gescreende contacten. Het telefoonnummer van de contactpersoon wordt vervolgens op een stick (patient cloud) van de patiënt gezet. Een patiënt kan enkel bellen naar de nummers die op zijn stick staan, vanuit een daartoe bestemde ruimte. Enkele patiënten van afdelingen op de vleugel Park hebben een individuele patient cloud op hun kamer. Dit is een digitaal dienstenplatform dat de patiënt kan gebruiken om een aantal handelingen uit te voeren, bijvoorbeeld telefoneren, televisie kijken, films huren, …. Deze patiënten kunnen vanuit hun kamer bellen. Voor de overige patiënten is, om alle patiënten de kans te geven te kunnen bellen, de regel dat telefoongesprekken in principe niet langer dan 15 minuten duren.
  Patiënten kunnen in principe gedurende de hele dag bellen, tenzij op momenten dat ze blokken of therapie moeten volgen.

- Wanneer FPC Gent kennis heeft van een contactverbod zal het telefonisch contact hoe dan ook geweigerd worden. In geval FPC Gent een schriftelijke en met reden omklede verklaring ontvangt van een derde waarin deze om gefundeerde redenen te kennen geeft geen telefonisch contact meer met een patiënt te willen hebben, kan de afdelingspsychiater telefonisch contact met deze derde weigeren. De patiënt ontvangt hiervoor een schriftelijke maatregel en de schriftelijke en met reden omklede verklaring van de geadresseerde wordt in het EPD opgenomen. Daarnaast kan telefonisch contact geweigerd worden wanneer de afdelingspsychiater van oordeel is dat er sprake is van een medische contra-indicatie. Hiervan is sprake wanneer iemands geestestoestand gedestabiliseerd raakt. Het kan zijn dat de problematiek of de geestestoestand van de patiënt het op een bepaald ogenblik niet toelaat dat patiënt (met een welbepaald persoon) telefonisch contact onderhoudt. Ook hiervan ontvangt de patiënt een schriftelijke en met reden omklede maatregel die in het EPD wordt opgenomen.

- Een aantal personen hoeven niet gescreend te worden; met hen kan de patiënt te allen tijde contact opnemen: zijn advocaat, de door hem gekozen externe geneesheer, consulaire en diplomatieke ambtenaren en zijn vertrouwenspersoon.

- Patiënten mogen geen eigen GSM gebruiken. Patiënten van de afdelingen van vleugel Park kunnen tijdens een UV wel een GSM gebruiken, maar moeten die bij terugkeer afgeven.

- Enkel patiënten op de afdelingen van vleugel Park hebben mogelijkheid tot internetten en e-mailen.
  Ze hebben hiertoe één computer per afdeling (en dus per vier patiënten) ter beschikking. Er gelden geen beperkingen qua gebruik hiervan, maar ze ondertekenen wel een overeenkomst waarin een aantal gedragsregels zijn opgenomen.
  Indien patiënten een eigen laptop nodig hebben in functie van werk of opleiding buiten het FPC, kan dit hen worden toegestaan.

Privacy en menswaardige behandeling

- Patiënten dienen naakt te zijn tijdens de drugscreening (procedure UDS: “In het belang van een controleerbare afname kan een patiënt gevraagd worden de balzak op te tillen alvorens te urineren. Tevens dient het hemd omhoog te worden gehouden en moeten de broek en onderbroek zijn afgezakt tot de knieën. De patiënt urineert onder direct visueel toezicht van de toezichthouder in een daartoe aan hem verstrekte opvangbeker in de toiletruimte”).

Recht op inzage in het dossier

- Patiënten krijgen aan de hand van het HR (beschikbaar op elke afdeling) informatie over hun recht op inzage in en recht op afschrift van het patiëntendossier (zie ook 4.5.4).

- De overgrote meerderheid van de bevraagde patiënten is op de hoogte van dit recht op inzage, één niet.

Cijfers 2015

- FPC Gent maakt voor wat inzage en afschrift betreft een onderscheid tussen het “patiëntendossier” en het “medisch-somatisch” dossier. Cijfers over vragen tot inzage en afschrift worden enkel bijgehouden m.b.t het “patiëntendossier”.

Aantal vragen om inzage in dossier	37
Aantal vragen om afschriften van dossier	20

Geïnformeerde toestemming

- Patiënten worden uitgenodigd hun behandelplan te ondertekenen, maar zijn hier niet toe verplicht.

3.5.5. Klachtenmanagement en ombudsfunctie

- Patiënten zijn op de hoogte van de mogelijkheid om een klacht in te dienen bij de ombudspersoon. Zij worden hierover geïnformeerd via het Huishoudelijk Reglement.

  Op een aantal (maar niet alle) afdelingen is ook een map beschikbaar met het reglement ombudsfunctie, en met formulieren om een klacht in te dienen.

  Op de afdelingen van de vleugel Rivier (waar patiënten het minst bewegingsvrijheid hebben) zijn speciale brievenbussen beschikbaar waarin klachten kunnen worden gepost. Hierop is ook de basisinformatie m.b.t. de ombudsfunctie vermeld.
  Voor de andere patiënten is een centrale brievenbus beschikbaar.

- De ombudspersoon doet geen systematische rondgang op de afdelingen (behalve om de brievenbussen te ledigen). Klachten kunnen zowel mondeling als schriftelijk (al dan niet via het geijkte formulier) of per e-mail (via de afdelingsstaf) worden ingediend.

3.5.6. Individuele inspraak en patiëntenparticipatie

- Patiënten worden nauw betrokken bij de opmaak van hun behandelplan, minstens aan de hand van voor- en/of nabesprekingen, en vaak ook door aanwezigheid bij de behandelplanbespreking zelf. Er wordt ook actief naar hun inbreng gevraagd.
  Patiënten worden ook uitgenodigd hun behandelplan te ondertekenen.

- De keuzevrijheid van beroepsbeoefenaars is beperkt. Patiënten kunnen enkel een beroep doen op de huisarts en de tandarts die ter beschikking zijn in het FPC. Voor behandeling in een algemeen ziekenhuis beperkt de keuzevrijheid zich in principe tot de drie Gentse ziekenhuizen waarmee het FPC een akkoord heeft afgesloten, en waarmee duidelijke procedures zijn afgesproken. Indien er een indicatie bestaat voor behandeling in een ander ziekenhuis, kan hiervoor een aanvraag ingediend worden bij de KBM.
  Daarnaast kan de patiënt te allen tijde bezoek ontvangen van een door hem aangestelde externe arts, maar dit consult dient door de patiënt bekostigd te worden. De patiënt kan ook een arts als vertrouwenspersoon aanduiden.

- Uit de patiëntengesprekken blijkt dat de patiënten, onder het item inspraak en patiëntenparticipatie, volgende onderwerpen belangrijk vinden:
  - Er is ruime inspraak mogelijk van patiënten in het behandelplan (bv. “als patiënten initiatief nemen, kan hierover stevig onderhandeld worden en kan men de doelstellingen zelf omschrijven”).
  - Andere patiënten ervaren het behandelplan als meer opgelegd en zijn niet tevreden over alle aspecten ervan.
  - Er is geen inspraak van patiënten in de keuze van hun individuele begeleider.
    In de reactienota geeft het FPC aan dat men wil voorkomen dat er een exclusiviteit ontstaat tussen de patiënt en een zorgverlener. Bij het bepalen van de individueel begeleider wordt gekeken naar de draagkracht van de medewerker en probeert men een goede match te vinden met de patiënt.

4. OPVOLGING VAN DE AUDIT IN 2015

We hernemen in dit hoofdstuk vooreerst de conclusies van het auditverslag in 2015 en geven daaropvolgend op een aantal domeinen een overzicht van de evoluties in het jaar tussen de twee audits.

4.1. INLEIDING: CONCLUSIE VAN DE AUDIT IN 2015

In de conclusie van het auditverslag van 2015 werden de voornaamste bevindingen opgesomd. Deze conclusie wordt hieronder volledig hernomen *(cursief)*.

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, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX. 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.

4.2. BELEID EN STRATEGIE

- Begin 2016 werd een strategisch beleidsplan opgesteld voor FPC Gent voor de periode 2016-2018, waarna alle afdelingen een eigen afdelingsbeleidsplan (gekoppeld aan de strategische doelstellingen) hebben opgemaakt.

- Het gevoerde (kwaliteits)beleid heeft sinds de audit van eind 2015 een gestage positieve evolutie doorgemaakt. Het kwaliteitsbeleid is een volwaardig beleidsinstrument in de verdere groei naar kwaliteitsvolle zorg binnen FPC Gent. De knelpunten binnen de voorziening zijn gekend en worden aangepakt, linken worden gelegd, zowel naar verbeteracties als naar het detecteren van bijkomende knelpunten.

  Systemen zoals VIM (incidentmeldingsysteem) en de "kikkertesten" (veiligheidsrondes) behoren op korte tijd tot de cultuur van de instelling. Deze systemen worden aangevuld met informatierondes en andere bevragingen (o.a. "checklistenronde") op afdelingsniveau om meer in detail bepaalde thema's te bevragen, te onderzoeken en te verbeteren. De samenwerking tussen de afdelingen en de kwaliteitsstafleden verloopt vlot. Eveneens dragen de afdelingsspecifieke beleidsplannen, die een eerste vertaling van het strategische beleidsplan vormen, bij tot de verspreiding van het kwaliteitsdenken en het installeren van verbeterprojecten.

- Er wordt maandelijks intern gerapporteerd op basis van een 100-tal KPI 's (Key Performance Indicators) die worden opgevolgd.
  Hiervan gaan +/- 40 KPI 's over de zorg*:*
  - Totaal aantal patiënten
  - Patiënten met behandelplan
  - Ondertekende behandelplannen
  - Evaluatie behandelplan
  - Risicotaxatie gestandaardiseerd
  - Patiënten ongeoorloofd afwezig
  - Gemiddelde verblijfsduur in FPC Gent
  - Gemiddelde verblijfsduur blauw
  - Gemiddelde verblijfsduur geel
  - Gemiddelde verblijfsduur oranje
  - Gemiddelde verblijfsduur groen
  - Primaire opnamediagnose: As I
  - Primaire opnamediagnose: As II exclusief mentaal beperkten
  - Primaire opnamediagnose: mentaal beperkten
  - Aantal maatregelen inclusief separatie
  - Aantal patiënten met maatregelen
  - Dwangmedicatie / noodmedicatie
  - Gemiddelde separatieduur
  - 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 bezette stoelen zorgprogramma-module

- Behandelaanbod gerealiseerde modules in de afgelopen maand
- Behandelaanbod aanwezige patiënten
- Behandelaanbod bezettingsgraad
- Sport: gerealiseerde modules in de afgelopen maand
- Sport: aanwezige patiënten
- Leren: gerealiseerde modules in de afgelopen maand
- Leren: aanwezige patiënten
- Animatie: gerealiseerde modules in de afgelopen maand
- Animatie: aanwezige patiënten
- Atelierwerking: gerealiseerde modules in de afgelopen maand
- Atelierwerking: aanwezige patiënten
- Atelierwerking: aantal uitbetaalde patiënten
- Atelierwerking: bezettingsgraad
- Aanmeldingen BOT
- Geregistreerde gesprekken
- Meldingen VIM
- Agressiemeldingen VIM
- Alarmmeldingen via DECT

De andere KPI 's betreffen human resources, facilities & technics, juridische dienst, communicatie en beveiliging.

- Alle processen werden in kaart gebracht. Elk proces werd beschreven in een procedure of beleidsdocument. Procesonderdelen werden verder uitgewerkt in protocollen (voor medische, psychiatrische of behandeltechnische handelingen) of instructies. Deze documenten worden beheerd in een documentmanagementsysteem, beschikbaar op het intranet.

- In november 2015 werden op alle afdelingen veiligheidsrondes uitgevoerd (intern "kikkertesten" genoemd), met uitzondering van twee afdelingen. In november en december 2016 gebeurde dat voor alle afdelingen, en het is de bedoeling deze veiligheidsrondes voortaan met hoge frequentie te herhalen.

- Een tevredenheidsmeting van medewerkers werd eind 2015 gehouden en wordt in 2017 hernomen. De meting van 2015 heeft geresulteerd in een Quality of Life project, wat ook is opgenomen in het strategisch beleidsplan van de organisatie en waar ingezet wordt op de balans tussen werk-gezin-mobiliteit-…
  We bevelen aan om ook veiligheidscultuurmetingen uit te voeren, wat bijkomende informatie kan opleveren om het personeelsbeleid verder vorm te geven.
  De tevredenheidsmeting van patiënten van eind 2016 is nog in verwerking.

- In 2016 werd een rapportage over medicatiegebeuren gemaakt in navolging van de audit 2015 door Zorginspectie. Deze rapportage somt de verschillende knelpunten en ondernomen stappen op en bundelt de medicatiegerelateerde resultaten en metingen uit het VIM-systeem (incidentmeldingen), de kikkertesten en de opgestarte informatierondes.
  Op basis van bovenstaande input werd een actieplan uitgewerkt, welke het medicatiegebeuren verder opvolgt. Twee pilootprojecten rond elektronisch voorschrift staan gepland voor het eerste kwartaal van 2017 (pilootproject Medeye en een project/onderzoek naar mogelijkheden om het elektronisch voorschrift vanuit het patiëntendossier te operationaliseren).
  We bevelen aan om het actieplan van een timing en voor de herhalende acties van een frequentie, te voorzien.

- Volgende verbetermogelijkheden binnen het kwaliteitsbeleid worden meegegeven:
    - De leermogelijkheden tussen afdelingen onderling kunnen geoptimaliseerd worden.

      Hierbij dient zowel de formele opvolging als de systematische aanpak verder uitgewerkt te worden (o.a. verspreiding van feedback/analyses/verbeteracties, opvolging, verwachtingen, verantwoordelijken, …).
    - Verbeteracties (op geaggregeerd niveau) uit de VIM en uit de kikkertesten kunnen op een meer projectmatige manier gedocumenteerd en uitgewerkt worden met inbegrip van een formelere opvolging.
    - Verbeteracties (zowel individuele als op geaggregeerd niveau) uit VIM, kikkertesten, checkrondes, informatierondes, … zouden als vast item een plaats in de afdelingsbeleidsplannen kunnen krijgen.
    - Een vorming projectmatig werken en kwaliteitsdenken voor alle zorgmedewerkers zou een meerwaarde kunnen zijn in de toekomst.
    - Analyses van ernstige incidenten dienen afdelingsoverschrijdend besproken te worden; hieruit voortvloeiende verbeteracties en gekoppelde afspraken dienen doorheen de gehele voorziening gecommuniceerd te worden (o.a. suïcidepogingen).

4.3. MIDDELEN

4.3.1. Infrastructuur

- Alle patiëntenkamers zijn eenpersoonskamers.
  De tot patiëntenkamers omgebouwde PAK 's (prikkel arme kamers) bestaan uit 2 ruimtes en bevinden zich in een verbindingsgang tussen de 2 leefgroepen in. Hierdoor bieden ze iets meer rust en privacy dan gewone patiëntenkamers.

- Het voorbije jaar werden een aantal knelpunten op het vlak van infrastructuur opgelost. De separeerruimtes werden meer vandalismebestendig gemaakt: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXX.

- Er blijft een groot aantal infrastructurele knelpunten.
    - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
    - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
    - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
    - De klimaatregeling bij warme dagen blijft een probleem, zowel in de patiëntenkamers als in de verpleegposten en administratieve gedeeltes. De patiëntenraad geeft aan dat de temperaturen op patiëntenkamers tijdens hitteperiodes kunnen oplopen tot boven 30°C.
    - Contractuele SLA 's i.v.m. interventietijden, opgesteld met onderaannemers, worden nog steeds onvoldoende gerespecteerd door de onderhoudsfirma.
    - Vandalismeschade wordt niet hersteld door de onderhoudsfirma. De onderhoudsfirma beschouwt dit niet als hun verantwoordelijkheid, hoewel dit nochtans vermeld staat in het onderhoudscontract. Bepaalde beschadigingen (bv. ontbrekende lampenkap in de badkamer van een patiënt, badgelezer in een patiëntenkamer) blijven daardoor maandenlang bestaan.

- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
- Tijdens het inspectiebezoek waren de helft van de separeerruimtes opnieuw buiten gebruik omwille van allerlei defecten:
  - 2 separeerkamers zijn buiten werking wegens een lek in de badkamer waardoor de separeer-kamers onder water stonden;
  - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX;
  - in één van de badkamers is een spiegel vernield.
- Er blijven ook een aantal knelpunten m.b.t. de inrichting van de separeerruimtes:
  - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
  - Er zijn problemen qua geluidsisolatie, waardoor gesprekken die gevoerd worden met de patiënt in de separeerkamers te horen zijn door de andere patiënten.
  - Er zijn geen gespreksruimtes voorzien in de buurt van de separeerkamers (er is geen ruimte met mogelijkheid om te zitten).
  - Er zijn onvoldoende opbergmogelijkheden: de kledij van de patiënten in separatie ligt op de grond voor de deur van de separeerkamers.
- Ook in de PAK's van afdeling Ringvaart werden een aantal knelpunten vastgesteld:
  - Er is inkijk mogelijk (o.m. vanuit de ruimte waar patiënten telefoneren).
  - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
  - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
  - In een PAK staat geen bed, maar ligt wel een matras op de vloer. Douchen kan enkel op de eigen kamer. Nochtans bedraagt de gemiddelde verblijfsduur in een PAK meerdere dagen.

4.3.2. Patiëntendossier

- Begin 2016 werd een nieuwe versie van het elektronisch patiëntendossier (EPD) geïmplementeerd. Deze implementatie heeft ervoor gezorgd dat heel wat opmerkingen inzake versnippering van het patiënten-dossier werden opgelost. Alle zorgmedewerkers hebben een opleiding gekregen hoe te werken met deze nieuwe versie. Bij wijzigingen worden door de applicatiebeheerder bijkomende (verplichte) infosessies georganiseerd om zorgmedewerkers up-to-date te houden.
  Het EPD bevat o.m. volgende informatie: behandelplan, geïndiceerd zorgpad, voortgangsbesprekingen, blokkenrooster (agenda), opvolging van suïcide en vrijheidsbeperkende maatregelen, vroegsignalering en somatische data. Enkel deze laatste twee items zitten nog in de implementatiefase.

- Het aantal patiënten met een vroegsignaleringsplan wordt maandelijks opgevolgd aan de hand van cijfer-gegevens uit het EPD. Daaruit blijkt dat meer dan de helft van de patiënten reeds een duidelijk uitgewerkt vroegsignaleringsplan heeft, dat door hen gebruikt wordt. In de tien dossiers die door Zorginspectie werden bekeken, werd telkens een vroegsignaleringsplan gevonden.

- Uit de kikkertesten die eind 2016 werden uitgevoerd, bleek dat de conclusie van de risicotaxatie nog niet terug te vinden is in User. Er is inmiddels wel een pagina aangemaakt in User waar de risicotaxaties kunnen opgeladen worden. Binnen afzienbare tijd zullen deze dus ook voor de medewerkers beschikbaar zijn. Medewerkers hebben momenteel nog geen toegang tot de conclusie van de risicotaxatie.

- Uit de kikkertesten blijkt dat medewerkers zich soms nog onvoldoende bewust zijn van de risicovolle situaties in hun dagdagelijkse praktijk; zo worden bv. een aantal routine-activiteiten niet consequent gedocumenteerd door de medewerkers (herkenning van suïciderisico, toediening van medicatie, gesprekken met patiënten, afspraken voor patiënten etc.).

- Er werd een elektronisch voorschriftsysteem (EVS) geïmplementeerd dat enkele verbeteringen inhoudt: de naam van de eigenlijke voorschrijver (psychiater) staat op het voorschrift vermeld en de verpleegkundige die de medicatie toedient, kan in het systeem de nodige aantekeningen maken. Redenen van niet-inname kunnen in het patiëntendossier genoteerd worden.
  De medicatie wordt aangeleverd per patiënt en per toedieningsmoment vanuit een externe apotheek. De hierbij horende software laat geen individuele registratie toe en de verpleegkundigen die instaan voor de toediening geven aan dat de EVS-software heel wat problemen geeft. Daarom wordt de registratie vaak uitgesteld tot het einde van de shift. Momenteel wordt gezocht naar een meer passende software, gekoppeld aan het EPD, om de registratie van de medicatietoediening mogelijk te maken in het EPD.

4.4. MEDEWERKERS

- Het FPC beschikt op datum van inspectie over 216 VTE personeelsleden in de zorg, waarvan:
  - 67,6 VTE verpleegkundigen en psychiatrisch verpleegkundigen werkzaam op de afdelingen binnen het zorgteam.
  - 76,9 VTE therapeutisch assistenten werkzaam op de afdelingen binnen het zorgteam.
    De samenstelling van deze groep komt neer op 18,1 VTE met diploma secundair onderwijs, 24 VTE met een universitair diploma en 34,8 VTE met een diploma van niet-universitair hoger onderwijs, waarvan 12,6 VTE met een diploma sociaal verpleegkundige of maatschappelijk werk.
  - 68,7 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)
  - 2,8 VTE artsen (binnen FPC Gent “management zorg” genoemd) bestaande uit psychiaters en de hoofdarts. Daar bovenop staan de psychiaters elk in voor de invulling van de medische wacht (wanneer deze wachten worden mee gerekend is het aantal VTE 3,64).

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

  Indien we de cijfers van 2016 vergelijken met het aantal VTE in december 2015 (zie onderstaande tabel), zien we een stijging van 9 %. Hierbij dient vermeld dat in december 2015 nog maar 248 patiënten waren opgenomen (vs. 264 in december 2016) en dat op dat moment nog niet alle WLS- en behandelblokken gestart waren. Tussen beide momenten werd het aantal ZIZ-bedden ook uitgebreid van 8 naar 24.

	december 2015	**december 2016**
Verpleegkundigen werkzaam in zorgteams	62,3	67,6
Therapeutisch assistenten werkzaam in zorgteams	70	76,9
Medewerkers kader zorg	63	68,7
Artsen	2,9	2,8
Totaal personeel in de zorg	198,2	216

- Onderstaande tabel geeft de cijfers weer van de nagestreefde personeelsequipes voor de verschillende afdelingen en de bijhorende verhouding tussen zorgstaf en patiënt.

Afdeling	Aantal patiënten	Beoogd aantal VTE afdelingsmedewerkers	Beoogde verhouding afdelingsmedewerkers/patiënt
Schelde (ZIZ)	8	13,7	1,71
Lieve (ZIZ)	16	23,6	1,48
Ringvaart	16	16,2	1,01
Leie	16	16,2	1,01
Tolhuis	23	18,3	0,80
Rabot	23	16,4	0,71
Muide	23	16,4	0,71
Sluizeken	23	16,4	0,71
Grootdok	25	16,5	0,66
Houtdok	25	16,0	0,64
Mercatordok	25	16,0	0,64
Sifferdok	25	16,0	0,64
Park	16	6,8	0,42
Totaal	**264**	**208,5**	**0,79**

Een aantal afdelingen beschikt nog niet over de volledige beoogde personeelsequipe.

- De man/vrouwverdeling bij het personeel komt voor 231 (uitgedrukt in aantal medewerkers) zorg-personeelsleden neer op 78 (33,77 %) mannen en 153 (66,23 %) vrouwen.

  De leeftijdspiramide van deze 231 zorgpersoneelsleden wordt weergegeven in de onderstaande tabel. Hieruit blijkt dat 101 personeelsleden (43,7 %) zich situeren in de leeftijdspiramide tussen de 20 en 29 jaar.

Leeftijdscategorie	Aantal medewerkers december 2016
20-24 jaar	28
25-29 jaar	73
30-34 jaar	39
35-39 jaar	24
40-44 jaar	24
45-49 jaar	14
50-54 jaar	15
55-59 jaar	11
60+	3

- De basisbezetting op weekdagen voor alle afdelingen (behalve ZIZ en Park) is voorzien op 2 vroegdiensten en 2 late diensten. De dagdienst van het afdelingshoofd komt hier nog bovenop.

Er wordt wel een onderscheid gemaakt tussen basisbezetting en "in te plannen bezetting" (= 2 vroegdiensten en 3 late diensten), waarbij het eerste de minimale bezetting is die steeds behaald moet worden in de praktijk en het tweede de "ideaal" ingeplande bezetting. Het "surplus" aan personeel vanuit de "in te plannen bezetting" wordt uitgeleend aan afdelingen die te kampen hebben met tekorten in de betreffende shift. Het voorbije jaar had dit als resultaat dat medewerkers zeer frequent op andere afdelingen dan de eigen afdeling werden ingezet.
De basisbezetting voor ZIZ Schelde is 3 medewerkers per shift, voor ZIZ Lieve is dit 5 per shift.
Op Park is er op weekdagen voor de 4 afdelingen (16 patiënten) tijdens de kantooruren altijd minstens één medewerker van permanentie. Buiten de kantooruren wordt de permanentie ingevuld door een medewerker van vleugel Oranje die naar afdeling Park komt.

- De weekendbezetting is voor een groot aantal afdelingen hetzelfde gebleven, namelijk 2 vroeg- en 2 late diensten.
  Voor de afdelingen van Haven loopt in het weekend een proefproject waarbij simultaan gewerkt wordt aan het resocialisatieaspect van de doelgroep en aan het knelpunt m.b.t. bestaffing. Op Haven wordt van 19u00 tot 21u00 van de patiënten verwacht dat ze zonder rechtstreeks toezicht in de leefgroep verblijven (meer verantwoordelijkheid als resocialisatiedoel). Gedurende deze tijdspanne (2 uur) zijn 2 verpleegkundigen aanwezig voor de 4 afdelingen, wat neerkomt op 100 patiënten (doel verlaging bestaffing).
  Om 21u00 worden de patiënten opgesloten in hun kamer tot 11u00 de dag nadien. Er zijn plannen om in de toekomst ook tijdens de ochtend 2 uur verblijf in de leefgroep te voorzien (9u00 tot 11u00) waarbij 2 verpleegkundigen beschikbaar zijn voor 100 patiënten. Men wacht eerst de officiële evaluatie en analyse van dit proefproject af om deze wijziging door te voeren. Evaluaties zijn voorzien voor patiënten en zorgmedewerkers.
  Voor de afdelingen van vleugel Park is er op weekenddagen tot 17u00 geen permanentie voorzien; patiënten kunnen wel een medewerker van vleugel Oranje opbellen. Na 17u00 komt een medewerker van vleugel Oranje de permanentie fysiek waarnemen.

- De nachtploeg wordt anders georganiseerd dan voordien. Waar in 2015 alle zorgmedewerkers ook 's nachts ingeroosterd werden, werkt men nu met een nieuw systeem van 6 VTE vaste nachten en 8 VTE semi-vaste nachten.
  De nachtbestaffing bestaat uit 4 zorgmedewerkers voor toezicht op alle afdelingen.
  De afdelingshoofden werken niet 's nachts maar zijn wel ingeschakeld in de wachtdiensten.

- De bestaffing op de afdelingen Zeer Intensieve Zorg (ZIZ) is te krap. Op deze afdelingen verblijven geïnterneerde patiënten die zich, omwille van de ernst van hun forensisch-psychiatrische problematiek, (tijdelijk) niet kunnen handhaven op een reguliere afdeling omwille van het veiligheidsrisico of het zorgaspect. Het betreft een doorgedreven vorm van zorg op maat waarbij strikt individueel gekeken wordt wat deze patiënt nodig heeft in functie van risicomanagement. De problematiek van de populatie die instroomde, is in de praktijk zwaarder gebleken dan initieel werd ingeschat. Dit vloeit volgens FPC Gent voort uit een combinatie van de opnameplicht, het (vooraf) ontbreken van cijfergegevens over het profiel van de geïnterneerden die in de gevangenis verbleven, en het feit dat de impact van de detentieschade op voorhand niet kon worden ingeschat. Daarnaast ziet men ook een impact op de zorgzwaarte door de toepassing van de spoedprocedure op initiatief van de dienst Penitentiaire Inrichtingen: patiënten die via de spoedprocedure worden opgenomen, hebben een sterk ontwrichtende invloed op de afdeling.

  FPC Gent heeft daarom beslist om van een opname-afdeling een extra afdeling "Zeer Intensieve Zorg" te maken en zo het aantal bedden voor deze populatie uit te breiden van de 8, die voorzien waren, naar 24, die noodzakelijk blijken.
  - Er werd geen aanpassing van de financiering gedaan voor deze hoger dan voorziene zorgzwaarte. De extra bestaffing voor de tweede ZIZ kan men enkel voorzien door personeel van andere afdelingen te verminderen.

- Op Schelde zijn 8 ZIZ-patiënten opgenomen en staat het personeel in voor het toezicht op het separeerblok (waar het voorbije jaar maximaal 5 patiënten terzelfdertijd in separatie verbleven) en 1 PAK. Er zijn voor de zorg van deze patiënten in de dagshiften 3 sociotherapeuten voorzien.
- Op Lieve verblijven 16 ZIZ-patiënten en staat het personeel in voor het toezicht op 2 PAK's. Er zijn voor de zorg van deze patiënten in de dagshiften 5 sociotherapeuten voorzien.
- Medewerkers geven aan dat deze bestaffing nipt voldoende is voor de dagen in "ideale omstandigheden"; bij crisissen of afwezigheden wegens ziekte of vorming kan men de taken niet rond krijgen.
- Uit de registratie van het verhoogd toezicht van patiënten in separatie bleken er op 9/1/2017 in het patiëntendossier gedurende 9 en 10u geen notities te zijn over het toezicht op 2 patiënten in separatie. Wanneer men de werkomstandigheden voor die dag reconstrueerde, bleek er die dag een intervisie door te gaan van het team Lieve, waren de aanwezige medewerkers op afdeling Lieve niet vertrouwd met de patiënten, en was er een "opstand" van een aantal patiënten op Lieve. De medewerkers van Schelde waren meerdere uren bezig met het helpen bedaren van de gemoederen op Lieve. Ook op andere dagen blijken er herhaaldelijk hiaten te zijn in de notities van het verhoogd toezicht op patiënten in separatie.
- Medewerkers van Securitas worden betrokken bij het toezicht op patiënten; zorgmedewerkers vragen soms bijstand aan de controlekamer voor het toezicht op patiënten in separatie of in de PAK's (bv. tijdens de nachtrondes of bij het begin van een separatie). Uit de rapporten van Securitas blijkt dat het meermaals voorkwam dat het bewakingspersoneel tijdens separaties gedrag had gesignaleerd dat kon wijzen op of leiden tot medische urgenties, terwijl de zorgmedewerkers dit niet snel genoeg hadden opgemerkt door hun veelheid aan taken.

- Er wordt naar gestreefd om op elke afdeling in elke shift de "in te plannen bezetting" te halen, met de minimale bezetting als ondergrens. Eventuele tekorten m.b.t. de ondergrens worden op verschillende manieren opgevangen.
  - Het verschil tussen de ingeplande medewerkers en de minimale bezetting wordt herverdeeld over de afdelingen binnen het FPC.
  - Er zal een mobiele equipe van 5 VTE worden opgericht. Momenteel is hiervoor reeds een afdelingshoofd aangeduid en zijn al 2 VTE zorgmedewerkers in deze pool opgenomen. Eind januari 2017 worden de resterende 3 VTE zorgmedewerkers ingeschakeld.
  - Het FPC maakt hiernaast nog steeds gebruik van een "vaste" flexploeg. Op de lijst staan momenteel 85 "vaste" interim-medewerkers (uit 3 interimkantoren). Afhankelijk van hun diploma kunnen zij ingezet worden als verpleegkundige of als therapeutisch assistent.
    De voorziene inscholingsmethodiek is hetzelfde gebleven als 1 jaar geleden (o.a. voortraject, vorming AHT, …). Van de 85 flexmedewerkers die ingezet worden in het FPC heeft niet iedereen een AHT-vorming gehad. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
    Op ZIZ worden geen flexmedewerkers ingezet en wordt steeds eigen FPC-personeel ingeroosterd (vanuit de eerste twee systemen).

- In 2016 bedroeg het absenteïsme 5,26 %. Dit cijfer omvat alle afwezigheden (één dag afwezigheid, langdurige afwezigheid) door ziekte.

- De diplomavereisten voor therapeutisch assistenten werden in navolging van de audit herbekeken door de dienst human resources. Nieuw aangeworven therapeutisch assistenten dienen minimum over een zorgdiploma A2 te beschikken. Relevante ervaring wordt als een meerwaarde gezien (criteria zijn ervaring in de zorg, ervaring met ziektebeelden, ervaring in de forensische zorg).
  Bij de therapeutisch assistenten, reeds werkzaam in de instelling en zonder zorgdiploma, werd hun relevante ervaring nagegaan. Op basis hiervan werden een aantal therapeutisch assistenten uit de "individuele

begeleiders-rol" gehaald. Dit is het geval voor 5 van de 8 nog actieve therapeutisch assistenten zonder zorg-gerelateerd diploma. De overige 3 hadden volgens het FPC voldoende jaren praktijkervaring om een IB rol op te nemen.
We bevelen aan om deze vereisten in alle vacatures voor therapeutisch assistenten (en eventuele andere communicatie) hierop af te stellen.

- Het inscholingsprogramma, de timing en de frequentie van de vorming voor nieuwe medewerkers is hetzelfde als één jaar geleden. In 2016 heeft het FPC moeilijkheden ondervonden met de organisatie van deze vormingsmomenten. Er was onvoldoende continuïteit in de vooropgestelde planning, verschillende vormingsmomenten werden afgelast waardoor er een achterstand is opgetreden in de inscholing van de huidige zorgmedewerkers. Deze achterstand zal bovendien nog een tijdje aanslepen aangezien per afdelingsequipe slechts een tweetal personeelsleden op vorming kunnen omwille van continuïteitswaarborgen voor het overblijvende team.
  Er zijn plannen om deze inscholing volledig door interne trainers te laten uitvoeren waardoor men niet langer afhankelijk is van de beschikbaarheid van trainers uit Nederland.

- Afdelingsspecifieke inscholing is nog steeds 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. De hoge turnover (cfr. infra) en de vele verschillende medewerkers die inspringen op een afdeling maakt het opmaken van een afdelingsspecifieke inscholing dringend/noodzakelijk.

- Vanuit human resources werd ingezet op e-learning modules. 27 modules (2 modules algemene beveiliging, 6 modules eerste interventie, 5 modules behandelproces, 8 modules risicovolle situaties, 6 modules specifieke procedures) werden uitgewerkt volgens een theoretisch en een testgedeelte. Alle medewerkers krijgen deze modules in hun takenlijst. Van zodra geslaagd voor de test verdwijnt de module uit de takenlijst. De e-learning modules hebben een tweeledig doel, namelijk het verder verfijnen van de deskundigheid en het opfrissen van kennis bij de medewerkers.

- In 2016 eindigde de tewerkstelling van 61 zorgmedewerkers, wat neerkwam op 57 VTE. Meer dan een derde van de verpleegkundigen verlieten het FPC in 2016. Ontslagen op initiatief van de werkgever en van de werknemer zijn hierin inbegrepen, evenals tijdelijke contracten die geen vervolg kregen. Wellicht kan een deel van de uitstroom worden verklaard doordat het FPC Gent de eerste voorziening in haar soort is in België, wat het voor medewerkers moeilijk maakte om in te schatten of de werkomgeving en de jobinhoud hen zouden liggen.

- Exitgesprekken worden gehouden zowel door de afdelingshoofden als door de human resources-manager. Van de 38 medewerkers die uit eigen initiatief uit dienst zijn getreden werd bij 32 een exitgesprek voorzien, hiervan zijn effectief 26 exitgesprekken doorgegaan. Buiten het standaardformulier uitdiensttreding, waarbij de respectievelijke afdelingshoofden input leveren over hun uit dienst tredende personeelslid, is er weinig tot geen overleg tussen beide partijen.

- Er worden initiatieven genomen op het vlak van retentiebeleid:
  - Met de afdelingshoofden werden alle medewerkers overlopen aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst (diploma, ambitie, ziekteverzuim, toekomst, leeftijd, …) zodat beter en sneller kan ingespeeld worden op eventuele mogelijke "vertrekken" van medewerkers (o.a. ombuigen door in te zetten op ambities, …).
  - Om aan de hoge werkdruk van de afdelingspsychologen tegemoet te komen (eveneens een hoog scorende reden tot uitdiensttreding) werden inter- en supervisies georganiseerd met een ervaren Nederlandse klinisch psycholoog uit FPC de Kijvelanden. Deze sessies (o.a. regie houden, plannen, …) vinden sinds september 2016 plaats met een driewekelijkse frequentie.

- Uit het bovenstaande blijkt dat er diverse problemen zijn op het vlak van medewerkersbeleid. Deze knelpunten zijn gekend bij het FPC en er wordt op velerlei manieren op ingespeeld. Daarbij wordt op een creatieve manier en met een niet aflatende aandacht en energie naar oplossingen gezocht, met respect voor de therapeutische visie.
  De mogelijkheden van het FPC om deze problemen op te lossen worden evenwel beperkt door het contractueel voorziene personeelskader. Zorginspectie is evenwel van mening dat dit te krappe personeelskader net een belangrijke factor is in het ontstaan en/of in stand houden van tal van organisatorische problemen, met een grote impact op de kwaliteit van zorg die kan geboden worden.
    - Medewerkers van de verschillende afdelingen moeten vaak bij elkaar inspringen (bij tekort, ziekte, verlof, …) en er wordt frequent gebruik gemaakt van flexmedewerkers.
    - Het FPC heeft het afgelopen jaar te kampen gehad met periodes van grote uitstroom (voor het jaar 2016 betrof dit ongeveer 20 % van het zorgpersoneel, met een piek in september van 4,4%). Meer dan een derde van de verpleegkundigen verlieten het FPC in 2016.
    - Hierdoor komt de minimale basisbestaffing onder druk te staan en is de aanwezigheid van een verpleegkundige in elke shift niet eenvoudig te realiseren.
    - Bij de uitstroom gaat ervaring verloren en nieuwe medewerkers moeten ingewerkt en geschoold worden.
    - De druk op de basisbezetting wordt nog verhoogd door een vrij hoog percentage afwezigheid omwille van ziekte.
    - Het evenwicht tussen ervaren en nieuwe medewerkers is op een aantal afdelingen scheefgetrokken; teams worden mede om deze reden regelmatig hersamengesteld op basis van functies en ervaring.
    - De inscholing voor nieuwe medewerkers komt onder druk te staan: de inscholing moet omwille van een tekort aan medewerkers soms uitgesteld worden, en een aanzienlijk aantal nieuwe medewerkers moet zonder inscholing meedraaien op de afdelingen (soms tot 8 maanden). Van de 68 zorgmedewerkers die in 2016 in dienst gekomen zijn, hebben er 47 medewerkers hun inscholing niet binnen de vooropgestelde 3 maanden gekregen.
    - Door de krappe bestaffing moeten onervaren (en vaak nog niet ingeschoolde) medewerkers in de basisbestaffing worden ingezet.
    - Bestaffingsproblemen dragen bij tot een hoge werkdruk en gevoelens van onveiligheid.

  Ruim twee jaar na de start is er gezien dit alles nog steeds een grote instabiliteit van afdelingsteams. Deze instabiliteit heeft grote gevolgen, zowel voor de organisatie als voor de medewerkers en de patiënten.

    - Patiënten geven via de patiëntenraad bv. aan dat de frequente personeelswissels een invloed hebben op het therapeutisch klimaat. Nieuwe personeelsleden moeten opgeleid worden, wat de nodige tijd vraagt; zij kunnen ondertussen niet op alle vragen van patiënten antwoorden. Op afdeling Rabot zouden op 6 maanden tijd alle personeelsleden (uitgezonderd één) veranderd zijn. Patiënten willen hun verhaal niet steeds opnieuw doen, het opgebouwde vertrouwen en de gemaakte afspraken gaan zo soms verloren, wat tot vertragingen leidt in het therapieplan en tot uitstel van UV's. Sommige patiënten leggen moeilijker contact en hebben minder vertrouwen bij frequente wissels, wat tot frustratie kan leiden in de leefgroep. Patiënten geven voorbeelden waarbij ze 11 IB 's hadden op een periode van 6 maanden of 20 IB 's gedurende 2,5 jaar. Tijdens de periode met erg veel ontslagen en afwezigheden (augustus-september 2016) werd een groot deel van de therapie- en WLS-blokken geannuleerd en gingen de weekevaluatiegesprekken gedurende enkele weken niet door omwille van een tekort aan IB's.
    - Stabiele teams dragen in belangrijke mate bij tot interprofessionele samenwerking, betrokkenheid (t.a.v. de organisatie, het team en de patiënten) en jobsatisfactie. Deze factoren hebben op hun beurt een grote invloed op het therapeutisch en veiligheidsklimaat in een organisatie.

  Net als in het auditverslag van eind 2015, blijft Zorginspectie wijzen op een spanningsveld tussen wat op het vlak van bestaffing contractueel werd afgesproken en wat nodig is om continue kwaliteit van zorg en

patiëntveiligheid te garanderen. Begin 2017 stellen we vast dat dit spanningsveld een weerslag heeft op heel wat aspecten met betrekking tot medewerkersbeleid en kwaliteit van zorg.

Er dringt zich een betere objectivering en afstemming op van de nodige bestaffing (zowel qua aantallen als wat betreft kwalificaties) in de verschillende settings waar geïnterneerden opgevangen en behandeld worden. Daarbij dient rekening gehouden te worden met patiëntenprofielen, zorgzwaarte, veiligheidsrisico's, infrastructurele mogelijkheden inzake beveiliging enerzijds en de te behalen kwaliteit van zorg anderzijds.

4.5. PROCESSEN

4.5.1. Behandelproces

- Alle voorziene behandelblokken zijn ondertussen opgestart.
  Wat het luik "Leren" betreft zijn er enerzijds vormingen door het Centrum voor Volwassenenonderwijs en het Centrum voor Basiseducatie, naast sessies die georganiseerd worden door twee interne vormingsmedewerkers.
  De duur van de blokken atelierwerking werd op 1/11/2016 teruggebracht van 90 naar 50 minuten, om deze haalbaarder te maken voor een aantal patiënten.

- Ook het voorziene behandelaanbod werd vervolledigd; er kwam een zorgpad "autisme" bij.

- Voor de blokken leren, sport, en behandeling zijn er geen wachtlijsten meer omwille van een tekort aan capaciteit. Het is wel zo dat sommige groepen slechts halfjaarlijks worden opgestart met een vaste samenstelling. Om die reden moeten patiënten soms enige tijd wachten eer ze een voor hen geïndiceerde module kunnen volgen.

  Ook de wachtlijsten voor psychodiagnostiek zijn grotendeels weggewerkt: enkel de uitvoering van een persoonlijkheidsonderzoek laat vaak nog een maand of twee op zich wachten.

- Omdat (vooral in afdelingen met een sociaal-therapeutisch leefmilieu) veel incidenten bleken te gebeuren op "dode momenten" (avonden en weekend) werd een centraal georganiseerd animatie-aanbod uitgewerkt, waarvoor animatoren werden aangeworven. Zij hebben een eigen aanbod, maar proberen ook in te gaan op suggesties van patiënten.

- Naast een grondige analyse van de blokkenroosters van 10 patiënten in het kader van de gestandaardiseerde bevraging (zie 3.5.1) werden er 128 andere blokkenroosters van een willekeurig gekozen week overlopen.
  - In de week van 8 januari 2017 gingen alle blokken door zoals gepland voor 44 patiënten. Voor de andere patiënten werden één of meerdere blokken geschrapt omwille van ziekte/afwezigheid van personeel: voor 15 patiënten bleef dit beperkt tot één blok; voor 69 patiënten ging het om 2 blokken of meer (met een maximum van 11 geschrapte blokken).
  - Van de 128 patiënten hebben er 24 geen therapeutische blokken ingeroosterd in de gekozen week.

    Er werd bij 18 van de 128 patiënten een aantal therapeutische blokken afgelast omwille van afwezigheid / ziekte van de medewerkers.

4.5.2. Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM)

- Het preventief beleid inzake agressiepreventie en dwang werd verder uitgerold.
  - Het gebruik van vroegsignaleringsplannen werd geïmplementeerd. In de tien dossiers die door Zorginspectie werden bekeken, werd telkens een vroegsignaleringsplan gevonden.

   - Medewerkers werden verder opgeleid in agressiehantering. Het ging zowel om basisopleidingen voor nieuwe medewerkers als om opfrisdagen voor eerder opgeleide medewerkers.
   - Het aantal agressie-incidenten daalde in 2016 sterk t.o.v. 2015.
   - Patiënten hebben de mogelijkheid om een klein huisdier te houden op de kamer (bv. een parkiet op patiëntenkamer van Sluizeken, een konijn in de leefgroep van Ringvaart).

- De infrastructuur ondersteunt nog onvoldoende het preventief beleid van agressiepreventie en dwang-preventie. Een breder gamma aan infrastructurele alternatieven zou het preventief beleid verder kunnen ondersteunen. We denken daarbij aan comfortrooms, ontspanningsruimtes, ruimtes met mogelijkheden voor de-escalatie, …

- Het beleid inzake VBM werd inhoudelijk verder uitgediept en neergeschreven. In het HR werd de verant-woordelijkheid voor alle maatregelen toegewezen aan de psychiater. Er werden daarnaast een “protocol separeren” en een “procedure vrijheidsbeperkende maatregelen” uitgeschreven. De indicaties, criteria, verhoogd toezicht, de nodige registratiegegevens in het dossier, het aantal nodige medewerkers en hun taakverdeling voor de verschillende gradaties van maatregelen werden beschreven in deze documenten.

- In 2016 werd het (beperkt) gebruik van een aantal mechanische fixatiemiddelen ingevoerd. Mechanische fixatiemiddelen worden zelden gebruikt: soms voor het transport van patiënten van de afdeling naar het separeerblok. Tijdens afzondering wordt nagenoeg nooit gebruik gemaakt van fixatie-middelen (twee maal polsfixatie in 2016).

  Volgende mechanische fixatiemiddelen zijn ter beschikking:
   - Lederen polsbanden. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXX.
   - Handboeien; deze worden ook politieboeien of Lipsboeien genoemd.
   - Lederen polsbanden bevestigd aan een lederen lendenriem. Deze zijn niet meer in gebruik.
   - Een valhelm en een schuimhelm. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
   - Het bed in 4 van de 8 separeerkamers wordt gebruikt als veiligheidsbed. Patiënten worden gevraagd om hun benen door openingen in het voeteinde te steken vooraleer medewerkers de separeerruimte bin-nen gaan. Hierdoor wordt de bewegingsruimte beperkt en de veiligheid van de medewerkers verhoogd.
   - Er wordt gebruik gemaakt van een wikkeldeken bij aanvang van de separatie. Patiënten kunnen dit zelf los maken binnen enkele seconden nadat de medewerkers de separeerruimte hebben verlaten.

- De registratie werd aangepast waardoor inhoudelijke analyses mogelijk zijn. Uit het analyserapport dat opgemaakt werd over de maatregelen in 2016 (in totaal 839 maatregelen bij 178 patiënten) blijkt dat:
   - de meest voorkomende maatregel de afzondering op eigen kamer is (277 of 33 % van de maatrege-len, bij 109 patiënten);
   - het afdelingsarrest qua frequentie op de tweede plaats komt (243 of 29 %, bij 109 patiënten);
   - de separatie met cameratoezicht, de meest ingrijpende maatregel, 126 keer werd toegepast (15 %, bij 57 patiënten);
   - de afzondering in een PAK met cameratoezicht iets minder voorkwam dan separatie (105 of 13 %, bij 54 patiënten);
   - de gedwongen geneeskundige handeling (gedwongen medicatietoediening) beperkt bleef (58 keer of 7 %, bij 35 patiënten);

- een (beperkte) toepassing van mechanische fixatiemiddelen werd ingevoerd; het aantal bleef beperkt tot 7 maal bij 5 patiënten (polsbanden/handboeien), waarvan dit 5 maal beperkt bleef tot gebruik tijdens het overbrengen van een patiënt van de afdeling naar het separeerblok, en er 2 maal ook gebruik was van handboeien of polsbanden tijdens de separatie;
- beperking van telefoon, bezoek of post 23 keer voorkwam bij 18 patiënten;
- er een daling is van het aantal maatregelen tijdens het weekend (slechts 10 % van de maatregelen komt voor op zaterdag of zondag);
- het aantal maatregelen dat tijdens de nacht wordt opgestart (tussen 22u 's avonds en 7u 's morgens), erg beperkt is (13 of minder dan 2 %).

- Van alle afdelingsarresten is 70 % gerelateerd aan de afname van een urinedrugscreening, waarvan 86 % gelinkt is aan de weigering tot medewerking aan een UDS en niet aan een positieve of onbetrouwbare testuitslag. Deze analyse heeft FPC Gent aangegrepen om het beleid van UDS te herevalueren, waarbij men het aandeel willekeurige steekproeven wil beperken en meer richten op patiënten met risico's.

- De duur van de afzonderingen in een PAK was in 44 gevallen of 42 % korter of gelijk aan een dag; in 16 gevallen was het langer dan 5 dagen. Bij 78 % van de separaties in 2016 was de duur korter of gelijk aan 5 dagen; 24 separaties duurden langer dan 7 dagen, waarvan 11 separaties langer dan 10 dagen duurden. De mediaan van alle separaties voor 2016 bedraagt 3,13 dagen, de gemiddelde separatieduur 6,07 dagen. Deze cijfers worden beïnvloed door twee uitzonderlijke casussen. Indien we deze buiten beschouwing laten, daalt de gemiddelde separatieduur naar 4,54 dagen.

- Een aantal vrijheidsbeperkende maatregelen worden volgens het HR nog steeds niet gedefinieerd als dwangmaatregelen maar als onderdeel van het therapeutisch beleid (zoals verplicht verblijf op de afdeling wanneer de patiënt zijn huistaken niet heeft verricht, verplicht verblijf op de kamer (met open deur) omdat hij zijn geïndiceerde WLS- of therapieblok niet wil volgen, enz …). Deze VBM-maatregelen worden wel in het patiëntendossier genoteerd, maar niet in het maatregelenregister geregistreerd. Aangezien de cijfergegevens gebaseerd zijn op het maatregelenregister is er hierdoor een onderregistratie van het aantal VBM. Men dient op zoek te gaan naar een efficiënte manier om zicht te krijgen op alle VBM, ook op dit aandeel dat binnen FPC Gent gedefinieerd wordt als onderdeel van het therapeutisch beleid. De doelstellingen van een registratie zijn ook hier zelfcontrole door middel van cijfergegevens, detecteren van tendensen, transparantie omtrent gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.

- Tijdens separatie en verblijf in PAK is geen bezoek van familie toegestaan. De contactmogelijkheden met de buitenwereld zijn beperkt tot zijn advocaat, de door hem gekozen externe geneesheer, vertrouwenspersoon, consulaire en diplomatieke ambtenaren, en de ombudspersoon. Gezien het regelmatig voorkomen van langdurige afzonderingen, dient men te voorzien in infrastructuur om het verblijf humaner te maken. Daarbij kan gedacht worden aan audiovisuele mogelijkheden en mogelijkheid om te telefoneren naar buitenaf.

- Er zijn specifieke formulieren in gebruik genomen voor verhoogd toezicht in de patiëntenkamer, in een PAK en in een separatiekamer. De notities m.b.t. het toezicht gebeuren in eerste instantie op papier, en worden nadien door de nachtmedewerkers ingebracht in het EPD. Hierbij werden een aantal problemen vastgesteld:
  - Het formulier is losbladig. Per dag wordt een nieuw formulier gebruikt. Het is ook vaak niet duidelijk of verschillende formulieren met eenzelfde naam erop betrekking hebben op eenzelfde dan wel verschillende episodes van afzondering.
  - Soms kon het formulier van een bepaalde dag niet teruggevonden worden, noch op papier, noch in het EPD.

- Soms werden voor eenzelfde dag en eenzelfde patiënt meerdere formulieren gevonden. Onder meer omdat de naam van de invuller niet staat genoteerd, was het daarbij niet duidelijk of het formulieren betrof waarop een verkeerde datum was ingevuld dan wel of het ene formulier misschien was ingevuld door de afdeling waar de PAK zich bevindt en het andere door de zendende afdeling (waar de patiënt normaliter verblijft, maar waar geen PAK (meer) aanwezig of beschikbaar is); beide afdelingen nemen een deel van de opvolging op zich.
- Bij elke notitie is er een hokje voorzien voor het uur, en dan een hokje per bijhorend kwartier. De manier waarop medewerkers hier mee om gaan, verschilt: sommigen zetten standaard vier kruisjes als ze in de loop van het betreffende uur een observatie hebben gedaan, anderen duiden met één kruisje aan wanneer het observatiemoment precies plaats vond.
- Er is per regel te weinig plaats om de gevraagde gegevens te noteren.
- De notities over verhoogd toezicht van patiënten in een separeerkamer gebeurt op 2 verschillende papieren fiches. De ene fiche bevindt zich in de verpleegpost en wordt gebruikt om het toezicht via een camera te noteren; de andere fiche wordt in de buurt van de separeerkamer bewaard en bevat de notities over het persoonlijk contact. In de nabijheid van het separeerblok is geen computer voorhanden om notities in het EPD (User) in te brengen. De nachtmedewerkers nemen deze taak op zich. In de map in de verpleegpost van Schelde waarin de papieren toezichtfiches van het separeerblok worden bewaard, zaten verkeerdelijk ook fiches van kamermaatregelen van patiënten op andere afdelingen; deze werden waarschijnlijk door de nachtmedewerkers verkeerd geklasseerd na het overtypen in User.

- Het verhoogd toezicht op en de veiligheid van patiënten in afzondering is nog steeds onvoldoende gewaarborgd. Volgens de interne procedures is er tijdens afzondering op de eigen kamer om het uur een vorm van toezicht nodig, terwijl tijdens afzonderingen in de PAK en tijdens separaties een verhoogd toezicht om het half uur wordt vooropgesteld. Er werden in de dossiersteekproeven van patiënten in afzondering systematisch lacunes gevonden waarbij gedurende meerdere uren notities ontbreken over het toezicht. Ook bij de steekproeven van patiënten in separatie – dit zijn de meest zorgbehoevende patiënten en met de grootste risico's op het vlak van patiëntveiligheid – werden systematisch grote lacunes vastgesteld i.v.m. het toezicht: tijdsperiodes van 5, 6 tot 9u zonder enige notitie. Medewerkers geven aan dat de bestaffing op ZIZ te krap is om dit toezicht te allen tijde te kunnen waarmaken.

- Het voorbije jaar werden een aantal vrijheidsbeperkingen minder toegepast.
  - Zo is het verblijf op de patiëntenkamer met gesloten deur deels verminderd: patiënten die niet deelnemen aan de patio-wandeling verblijven nu op de kamer met open deur en worden niet meer opgesloten.
  - Door de organisatie van animatie-activiteiten tijdens de avonduren en in het weekend, zag men het aantal incidenten en maatregelen tijdens deze "dode momenten" dalen.

  Er blijft verdere verbeterruimte om het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen te doen dalen:
  - Het aantal afdelingsarresten door weigering van UDS zou sterk kunnen dalen middels een beleid dat meer op risico's is gebaseerd, waarbij het aantal willekeurige UDS-steekproeven lager zou worden.
  - Het aantal uren nachtelijke afsluiting van de patiëntenkamers zou kunnen beperkt worden.
  - Een infrastructuur die meer mogelijkheden biedt qua preventief beleid zou het aantal agressie-incidenten verder kunnen doen dalen.
  - Een analyse van de redenen waarom er tijdens het weekend veel minder dwangmaatregelen zijn, zou wellicht inzichten kunnen geven om het beleid verder te verfijnen.

4.5.3. Suïcidebeleid

- Een procedure suïcidepreventie werd uitgeschreven en is van toepassing sinds 25/5/2016.
  - Hierin wordt beschreven dat suïcidaliteit moet worden bevraagd en in kaart gebracht vóór de opname van een patiënt. Tijdens de intake moet gepeild worden naar suïcidaliteit en eerdere suïcidepogingen. Dit moet worden geregistreerd in het Forensisch Psychiatrisch Diagnostisch Verslag (FPDV).
  - Een belangrijk element in het interne suïcidepreventiebeleid is een algemene waakzaamheid van de afdelingsstaf voor signalen die erop kunnen wijzen dat de patiënt door een mindere periode gaat. Wanneer medewerkers zulke signalen opmerken, dienen zij met de patiënt het gesprek aan te gaan rond suïcidale gedachten.
  - Verder wordt een verschil gemaakt tussen suïcidaliteit zonder acute dreiging en acute suïcidedreiging. Bij acute suïcidedreiging wordt een verhoogd toezicht ingesteld met een tijdsinterval van maximum 30 minuten. Hiervoor werd een specifiek formulier “verhoogd toezicht suïcidaliteit” in gebruik genomen.
  - Zolang de suïcidedreiging aanhoudt, wordt de patiënt dagelijks meermaals besproken in het multidisciplinair overleg. De suïcidedreiging blijft onderwerp uitmaken van de patiëntenbespreking tot één maand nadat de crisis is geluwd.
  - Rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden werden in de procedure beschreven.

- Sinds juni 2016 wordt het bevraagde suïciderisico genoteerd in het intakeformulier van het FPDV. Voor patiënten met een gekend of acuut suïciderisico staat dit vermeld als waarschuwing op de startpagina van het patiëntendossier User. Bij patiënten zonder gekend of acuut suïciderisico, die vóór juni 2016 werden opgenomen, staat dit niet vermeld in het FPDV, noch op een andere plaats in het patiëntendossier.

- Uit de kikkertesten die eind 2016 werden afgenomen bleek dat het suïciderisico bij medewerkers enkel gekend is indien het vermeld staat bij de waarschuwing in het patiëntendossier, maar dat medewerkers niet weten waar ze de informatie dienen te zoeken indien het niet als waarschuwing is vermeld.

- In 2016 heeft een patiënt zelfmoord gepleegd. Er werd een incidentanalyse van de suïcide gemaakt, hierbij waren zowel directieleden als stafleden betrokken. In het verslag van deze analyse zijn een aantal algemene aandachtspunten i.v.m. het suïcidebeleid geformuleerd.

4.5.4. Interne rechtspositie

Algemeen

- Het verslag van de audit in 2015 beschrijft een aantal aspecten in de zorg voor forensisch-psychiatrische patiënten die (op een niveau dat het FPC overstijgt) juridisch onvoldoende geregeld zijn. Dit blijft onverkort gelden. Voorbeelden hiervan zijn de moeilijke verhouding tussen enerzijds de geïnformeerde toestemming van de patiënt die volgens de patiëntenrechtenwet voor elke behandeling noodzakelijk is en anderzijds de dwang en drang die gebruikt worden tijdens het behandeltraject in FPC Gent (en in de ruimere forensisch-psychiatrische zorg), het recht op contact met de buitenwereld, het recht op informatie, het recht op participatie, het recht op autonomie en het klachtrecht.

  Ook andere aspecten van de interne rechtspositie van patiënten blijven juridische onvoldoende geregeld.

- Desondanks heeft FPC Gent in het voorbije jaar inspanningen geleverd om de rechtspositie van de patiënten te verduidelijken en te beschermen, zoals hieronder beschreven.

Bepalend hierbij is dat het Huishoudelijk Reglement (HR) – in samenspraak met het Opvolgingscomité – grondig bijgewerkt werd. Dit document, dat bij ontstentenis van overkoepelende regelgeving op veel vlakken bepalend is voor de rechtspositie van de patiënten, is coherenter en leesbaarder geworden. Aan zowat alle opmerkingen uit het vorig verslag werd tegemoet gekomen.

- Op 6 oktober 2016 organiseerde FPC Gent een congres "Zeer intensieve zorg binnen de forensische psychiatrie – Het zoeken naar een evenwicht tussen behandelen en beheersen". Daarbij werd het behandelaanbod voor geïnterneerden met nood aan zeer intensieve zorg, en ruimer het hanteren van vrijheidsbeperkende maatregelen binnen een therapeutisch kader, vanuit verschillende disciplines en invalshoeken belicht. Er werd ook stilgestaan bij de ethische dilemma's en het juridisch kader waar in de dagelijkse praktijk mee gewerkt wordt. Rond dit alles werd in debat gegaan met externen.

Informatie

- Er werden inspanningen geleverd om een deel van het personeel (afdelingspsychologen, afdelingshoofden, …) stelselmatig te informeren over de (aanpassingen aan de) inhoud van het HR, zodat zij het correct toepassen in de dagdagelijkse praktijk. Analoge vormingen dienen nog georganiseerd te worden voor de sociotherapeuten en andere medewerkers die dagdagelijks met patiënten werken.

  Verder is de juridische dienst ook altijd beschikbaar voor het oplossen van vragen en onduidelijkheden over de interpretatie van bepaalde artikels. Medewerkers maken vaker dan vroeger gebruik van deze "helpdeskfunctie", wat er wellicht op wijst dat de drempel in dit verband verlaagd is.

- Overal waar dat tijdens de inspectie gecontroleerd werd, was een exemplaar van het HR beschikbaar in de leefruimte van de afdeling. Er is ook steeds een exemplaar beschikbaar in de bibliotheek. Verder worden patiënten geattendeerd op wijzigingen via de patiëntenraad, via de staf en via een boodschap in de patient cloud.

  Patiënten die de tekst van het HR niet begrijpen, worden daarbij geholpen door hun IB, door andere patiënten of leden van de patiëntenraad.

- We bevelen aan om (bv. periodiek) na te gaan of de kennis van het HR voldoende is, zowel bij patiënten als bij medewerkers, om zo eventuele noden aan vorming of aan verduidelijking van het HR te detecteren en te remediëren. Op die manier kunnen frustraties en conflicten voorkomen worden ten gevolge van foutieve of verschillen in interpretatie.

- Patiënten werden – onder meer aan de hand van een nota – geïnformeerd over de veranderingen in de interneringswet die ingingen op 1/10/2016 (zie 3.5.4.).

Recht op inzage in het patiëntendossier

- De mogelijkheden inzake het verkrijgen van inzage in en een afschrift van het dossier, zoals voorzien in de patiëntenrechtenwet, werden herwerkt conform de opmerkingen in het vorige verslag.
  - In rubriek 8.2.6 staat wel dat de inzage in bepaalde stukken kan worden geweigerd indien dit noodzakelijk is voor de handhaving van het therapeutisch leefklimaat. De beperkingen dienen gelimiteerd te worden tot de wettelijk voorziene uitzonderingen (zoals dat elders in het HR is gebeurd).
  - Conform de opmerkingen in het vorig verslag maken de notities in het dossier nu duidelijk welk personeelslid welke notitie heeft ingevoerd. Personeelsleden hebben vanuit veiligheidsoogpunt evenwel huiver bij het feit dat deze namen ook verschijnen in een afdruk van een patiëntendossier.
    Het afschermen of weglaten van deze namen (waarbij enkel de functie wordt vermeld) bij het laten inkijken of het bezorgen van een afschrift van het dossier kan een manier zijn om aan deze bezorgdheid tegemoet te komen.

Contact met de buitenwereld

- De vertragingen die tijdens het opstartjaar bestonden in de screeningsprocedure voor contactpersonen van patiënten (voor bezoek en telefonisch contact) lijken weggewerkt. Toch blijft de tijd die dit vraagt (vaak meerdere weken) een bron van frustratie voor patiënten. In een poging hieraan tegemoet te komen, probeert FPC Gent door samenwerking met het Schakelteam Internering het netwerk van de patiënt reeds vóór de opname in kaart te brengen, zodat de screening zo snel mogelijk kan worden opgestart en de patiënt na opname zo kort mogelijk van contact met zijn naasten gedepriveerd wordt.

- Op medische indicatie kan het versturen van brieven verboden worden, evenals het zien van bepaalde bezoekers.
  Het is volgens het nieuwe HR ook verboden om contact te hebben met een vertegenwoordiger van de media zonder toestemming van de directie.

Menselijke waardigheid en privacy

- In dit verband werden nog een aantal knelpunten vastgesteld:
  - In het HR staat de mogelijkheid tot lichaamsonderzoek (met inbegrip van controle van lichaamsholten) beschreven. Directie en stafmedewerkers stellen dat dergelijk lichaamsonderzoek (in de vorm van een intern onderzoek door een arts) in de praktijk niet gebeurt, en dat er daarom geen procedure is uitgewerkt.
    Tijdens gesprekken op de afdeling bleek dat externe lichaamscontrole (met visuele controle van het naakte lichaam) wel degelijk (zij het occasioneel) gebeurt, in het bijzonder bij de start van separatie. Ook voor deze externe lichaamscontrole is evenwel geen procedure uitgewerkt.
  - Tijdens staalname voor urinedrugscreenings dienen patiënten zichtbaar voor de staf in het potje te plassen. Hierrond werden bepalingen opgenomen in het HR en in de bijhorende procedures. Daarbij wordt bepaald dat dit bij voorkeur gebeurt door een medewerker van hetzelfde geslacht, maar in de praktijk kan men dit niet waarmaken door het hoge aantal UDS (+/- 5.000 in 2015) in combinatie met het lage aantal mannelijke personeelsleden.
  - In de rapportage van Securitas worden persoonsgegevens beschreven van patiënten in separatie en in PAK. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX. De geheimhoudingsplicht die is vastgelegd in de meerpartijenovereenkomst tussen de overheid, Securitas en FPC Gent is niet van dezelfde juridische orde als het beroepsgeheim waaraan beroepsbeoefenaars gebonden zijn.
    XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
  - Patiënten stellen zich vragen bij het gedeeld beroepsgeheim binnen FPC Gent. Sommigen omschrijven hun bezwaar tegen het delen van somatische informatie uit de voorgeschiedenis met bv. de sportinstructeur.

    In de reactienota verduidelijkt het FPC dat enkel medewerkers van de medische dienst toegang hebben tot het somatisch dossier van de patiënt, maar dat het voor de sportagogen wel belangrijk is om informatie te hebben over de fysieke integriteit van de patiënt om hen een gepast sportaanbod aan te bieden.

4.5.5. Klachtenmanagement en ombudsfunctie

- In de loop van de eerste oriënterende audit werd de overeenkomst tussen FPC Gent en PopovGGZ vzw met betrekking tot de organisatie van de ombudsfunctie in FPC Gent opgezegd.

  Per 1 februari 2016 werd een interne ombudspersoon aangesteld: sindsdien vervult de kwaliteitscoördinator deze functie. Zij heeft hiervoor een dag per week ter beschikking. Ze neemt ook deel aan de bijeenkomsten van de Vlaamse Beroepsvereniging Ombudspersonen van alle Zorgvoorzieningen (VVOVAZ), en zal daar in de loop van 2017 de basisopleiding "bemiddeling" volgen.
  Bij afwezigheid wordt de ombudspersoon vervangen door de preventie-adviseur.

- De informatie over de ombudsfunctie werd geactualiseerd in het HR. Er werd ook een reglement voor de ombudsfunctie opgesteld. Dit ligt op sommige afdelingen ter beschikking van de patiënten, maar niet overal.

- Naast de interne ombudspersoon werd een externe adviescommissie in het leven geroepen. Wanneer de bemiddeling door de ombudspersoon niet tot het gewenste resultaat leidt, kan aan een externe adviescommissie (die met dit oogpunt werd opgericht) een onafhankelijk advies (voor de directie én voor de patiënt) over de afhandeling van de klacht gevraagd worden. Tot nu toe werd slechts in twee gevallen een beroep gedaan op deze commissie.

- Zoals wettelijk voorzien zal de ombudspersoon begin 2017 een geanonimiseerd jaarverslag m.b.t. 2016 opstellen. Dit zal ook besproken worden in de Commissie Kwaliteit en Patiëntveiligheid, waar ook systematisch (tijdens de maandelijkse vergaderingen) het aantal aanmeldingen en klachten overlopen wordt.

4.6. UITSTROOMBELEID

Op het moment van de eerste oriënterende audit was het FPC nog niet volledig in gebruik, en was uitstroom nog niet aan de orde.
Ook op het moment van deze opvolgaudit blijft het vroeg om het uitstroombeleid ten gronde te evalueren. Toch vond Zorginspectie het aangewezen hier enige specifieke aandacht aan te geven, met het oog op tijdige detectie van eventuele belangrijke aandachtspunten, zowel voor het FPC zelf als voor het beleid.

- Van bij de opmaak van het eerste behandelplan wordt ontslaggericht gewerkt: men maakt een eerste indicatie voor de te volgen modules (behandeling, werken, leren, sport), koppelt daar een verwachte behandel- en verblijfsduur aan, en maakt ook een inschatting van de verwachte vervolgzorg (bestemming na ontslag uit het FPC). Alle gegevens zijn samengebracht in één centraal databestand, dat regelmatig wordt geactualiseerd op basis van de periodieke behandelplanevaluatie, waarbij alle inschattingen opnieuw worden geëvalueerd.
  Zo kan men zowel op individueel-klinisch als op geaggregeerd niveau aan ontslagplanning doen, zowel wat verwachte termijnen als wat de te ondernemen acties betreft.
  Een koppeling tussen dit databestand en het EPD (User) is er vooralsnog niet, waardoor de mogelijkheden van de data voor het plannen van ontslagvoorbereidende actiepunten voorlopig nog wat onderbenut worden. Tijdens de dossiersteekproef (zie 3.5.1.) werd de verwachte ontslagdatum ook nergens teruggevonden.

- De grootste uitstroom valt te verwachten vanuit de vleugels Haven/Oranje en Park/Groen, maar uitstroom naar een externe (forensische of reguliere) voorziening is mogelijk vanuit elke afdeling. Patiënten hoeven dus niet noodzakelijk het volledige traject doorheen de vier vleugels te doorlopen. Zo is een opname in de vleugel Park bv. enkel geïndiceerd voor patiënten waarvan verwacht wordt dat ze zullen doorstromen naar

ambulante vervolgzorg. Interne doorstroom kan soms zelfs moeilijker zijn dan uitstroom (bv. voor demente personen is doorstroom naar een Oranje afdeling onhaalbaar, en dient naar een externe oplossing te worden gezocht).

- Het FPC Gent adviseert (via de Interne Advies Commissie - IAC) de bevoegde KBM over de uitstroom en stippelt voor de desbetreffende patiënt een re-integratietraject uit, met onder meer een verblijfssituatie en de bijhorende omkadering. Wanneer de KBM zich principieel akkoord verklaart met het voorgestelde re-integratietraject en een plaats in een vervolgvoorziening wordt gevonden, dient de plaatsing door de KBM in een vrijstelling op proef te worden omgezet of dient een overplaatsing te gebeuren.

- Soms (in het bijzonder voor patiënten in Park) kan tijdens het verblijf in FPC Gent al "beperkte vrijheid" worden toegekend door de KBM, bv. om een opleiding of arbeid buiten het FPC mogelijk te maken.
  Ter voorbereiding van het ontslag kunnen patiënten tijdens hun verblijf in FPC Gent immers ook al elders hun dagbesteding invullen. Eind 2016 waren 14 trajecten in die zin opgestart (waarvan 1 in afwachting).

	aanmel-dingen	wachtend op antwoord	op wachtlijst	weigering door vervolgzorg	weigering door patiënt	opgestarte trajecten
VAPH (samenwerking met Obra/Baken)	11	4	0	0	0	7

	screenings bij VDAB	wachtend op screening	stopzettingen	werkzoekend	opgestarte trajecten
Extern werk	7	1	1	2 (via GTB)	3

Externe opleiding, vrijwilligerswerk en andere dagbesteding	opgestarte trajecten
	4 (waarvan 1 in afwachting)

- Elke aanpassing in het re-integratietraject moet worden goedgekeurd door de IAC en door de KBM. De frequentie van bespreking (om de zes maanden) kan een inhiberende factor vormen, en zo tot een verlenging van het geïndiceerde ontslagtraject leiden. Bij hoogdringendheid (bv. wanneer de UV's moeten aangepast worden omdat een patiënt extern werk heeft gevonden) kan wel gevraagd worden om de patiënt tijdens de eerstvolgende (maandelijkse) bijeenkomst van de KBM te bespreken.

- Elk kwartaal wordt een analyserapport m.b.t. uitstroom opgesteld en aan het Opvolgingscomité bezorgd. Deze rapporten bevatten heel wat gegevens om mogelijke knelpunten te detecteren.
  Hieronder nemen we enkele basisgegevens over met betrekking tot patiënten die sinds de opstart zijn uitgestroomd, of voor wie naar uitstroommogelijkheden wordt gezocht.

	aanmel-dingen	wachtend op antwoord	op wachtlijst	weigering door vervolgzorg	weigering door patiënt	uit-gestroomd
PZ of PVT (algemeen)	**20**	4	1	9	0	6
Gespecialiseerde afdeling voor seksueel delinquenten (deel van PZ)	**6**	1	0	4	0	1
Medium security-eenheid (deel van PZ)	**19**	2 + 3 wachtend op intake	0	5	2 + 1 ingetrokken door FPC	6
Longstay (deel van PZ)	**10**	0	0	8	0	2
Ambulant / semi-residentieel	**15**	5	1	4	0	3 (+ 2 opgestarte begeleidingen)
VAPH	**10**	1	2	6	0	1
WZC / RVT	**1**	0	0	1	0	0
Gevangenis	**4**	0	0	0	0	4 waarvan 1 heropname
Invrijheidstelling	**0**	0	0	0	0	1
Totaal	**85**	**13** + 3 wachtend op intake	**4**	**37**	**2** + 1 ingetrokken door FPC	**24** (+ 2 opgestarte begeleidingen)

- Enkele aanvullende opmerkingen hierbij:
  - Het aantal aanmeldingen is hoger dan het aantal patiënten waarop ze betrekking hebben. Zo betreffen de 20 aanmeldingen bij PZ of PVT (algemeen) 17 patiënten. De 9 weigeringen kwamen van 8 verschillende ziekenhuizen.
  - Het verdient aanbeveling om de cijfers van PZ (algemeen) en PVT (algemeen) in de toekomst apart te registreren.
  - De verwijzingen voor ambulante begeleiding hebben betrekking op verschillende zorgvormen, binnen en buiten de gezondheidszorg: Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, mobiele teams (i.k.v. de projecten artikel 107), al dan niet in combinatie met een externe psycholoog en een externe psychiater, Begeleid Wonen en CAW.

- Met het oog op het optimaliseren van de doorstroom voert FPC Gent overleg met verschillende (soorten) voorzieningen en in verschillende netwerkfora. Met de VAPH-voorziening (Obra/Baken) leidde dit tot een samenwerkingsovereenkomst. Met andere (soorten) voorzieningen werden de onderhandelingen opgeschort.
  De opnameplicht van het FPC enerzijds en de keuzevrijheid inzake opname door andere voorzieningen anderzijds zorgt voor een ongelijke positie in de onderhandelingen.

- Het is nog vroeg om een grondige evaluatie te maken van de patiëntenprofielen waarvoor moeilijk vervolgzorg gevonden wordt. Op basis van de eerste ervaringen vernoemt FPC een aantal doelgroepen:
    - mensen met zowel een verstandelijke beperking als een psychiatrisch profiel; zowel het vinden van forensische als niet-forensische vervolgzorg blijkt moeilijk;
    - mensen met een niet-aangeboren hersenletsel;
    - mensen met een seksuele pathologie in combinatie met een verhoogde score op psychopathieschalen (ook al dateert die vaak van heel lang geleden);
    - patiënten met een long stay-profiel.

  Het monitoren en zo nodig faciliteren van de uitstroom door de betrokken overheden wordt een belangrijke bepalende factor voor het realiseren van de vooropgestelde behandeldoelen en doorlooptijden. Bijkomende impulsen lijken nodig om de nodige vervolgzorg te verzekeren.

- Problemen op financieel gebied vormen voor veel gedetineerden een ernstige bedreiging van hun mogelijkheden tot re-integratie. Zolang zij in FPC Gent verblijven, hebben ze geen recht op een uitkering. Voor velen is regulier werk ook niet haalbaar, waardoor ze zijn aangewezen op vrijwilligerswerk of een andere vorm van dagbesteding. Dit alles – in combinatie met de lange wachtlijsten voor sociale woningen – maakt dat onder meer het vinden van een betaalbare woonst geen evidentie is.

Continuïteit van zorg

- Ter voorbereiding van het ontslag stellen de behandelrapporteurs een aanmeldbrief op voor de externe partner. Daarin wordt ook het verloop van de behandeling geschetst. Na positief advies door de IAC wordt deze brief verstuurd.

- Na een positief antwoord van de vervolgvoorziening, wordt deze voorziening vóór de overdracht van een patiënt uitgenodigd om (het omgaan met) de patiënt uitgebreid te bespreken. FPC Gent biedt structureel aan om ook na de transfer – bv. bij problemen – bijstand te verlenen op basis van de ervaringen tijdens de opname. Niet alle vervolgvoorzieningen maken van deze mogelijkheid gebruik, wat de continuïteit van zorg niet ten goede komt.

- FPC Gent vindt het problematisch dat er vaak geen specifiek traject wordt uitgewerkt in vervolgvoorzieningen en dat ze vasthouden aan één algemeen opname- en behandeltraject voor alle geïnterneerden, ongeacht of die rechtstreeks vanuit de gevangenis worden opgenomen dan wel reeds een behandeltraject in het FPC achter de rug hebben. Dit impliceert vaak dat patiënten bij de overgang naar een nieuwe voorziening een terugval in hun verworven vrijheden ervaren en/of allerlei diagnostische en behandelprocessen opnieuw dienen te doorlopen. Dit leidt vaak tot frustratie bij de betrokken patiënten en tot een inefficiënte aanwending van maatschappelijke middelen.

- Er werd een check gedaan over de informatie die meegegeven werd aan de vervolgzorg in een steekproef van dossiers van patiënten die op ontslag gingen uit FPC Gent.

Aantal gecontroleerde dossiers	5
Aantal dossiers met ontslaginformatie op moment van ontslag	5
Aantal met informatie over medicatie	5
Aantal met informatie over somatische voorgeschiedenis	2
Aantal met somatische basisinformatie (gewicht, bloeddruk, allergie, tandartsbezoek)	0

Aantal met risicotaxatie	5
Aantal met IQ	2
Aantal met psychiatrische diagnose	5
Aantal met vermelding van suïciderisico	0
Aantal met vroegsignaleringsplan als bijlage	0
Aantal met informatie over het verloop van de behandeling	5
Aantal met informatie over de arbeidsmogelijkheden	5

- Na ontslag worden de patiënten (behalve wanneer ze in vrijheid worden gesteld) doorgaans opgevolgd door een justitieassistent en door de KBM. Het FPC probeert met hen tot afspraken te komen om tijdig te signaleren wanneer een en ander fout dreigt te gaan, zodat er tijdig kan op ingespeeld worden. Wanneer het desondanks toch fout loopt in de vervolgzorg, en patiënten vanuit die vervolgzorg worden teruggestuurd naar de gevangenis, geldt een voorrangsregeling: de betreffende patiënten worden door de KBM (in samenspraak met de hoofdarts van FPC Gent) bovenaan de wachtlijst voor FPC Gent geplaatst, zodat zij opnieuw kunnen worden opgenomen van zodra een plaats beschikbaar komt. In afwachting gaat een psycholoog van FPC Gent naar de gevangenis om alvast een aangepast behandelplan uit te werken in samenspraak met de patiënt.

5. CONCLUSIE

Het Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent is de eerste voorziening in haar soort, opgericht voor de opvang en behandeling van geïnterneerden met een hoogrisicoprofiel. Het is een instelling die (voorlopig) ook 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 geopteerd voor een oriënterende audit (eind 2015) na het eerste werkingsjaar; ongeveer een jaar later werd een opvolgingsaudit uitgevoerd, waarvan dit het verslag het is. Tijdens deze opvolgingsaudit werd enerzijds een gestandaardiseerde bevraging gedaan die halfweg 2016 ook gebeurde in de medium security-afdelingen van 3 psychiatrische ziekenhuizen, en werd anderzijds een stand van zaken opgemaakt met betrekking tot de voornaamste knelpunten uit de audit van 2015. Daarnaast werd ook aandacht besteed aan het uitstroombeleid.

- Na twee werkingsjaren is FPC Gent qua organisatie op heel wat vlakken gegroeid. Heel wat knelpunten uit de eerste oriënterende audit werden ondertussen verholpen:
    - Er werd een strategisch beleidsplan opgemaakt voor 2016-2018. Hierna werd gestart met de opmaak van afdelingsbeleidsplannen. **(AV)**
    - Alle processen werden uitgeschreven in procedures, protocollen of instructies. **(AV)**
    - Er is een uitgebreid systeem van monitoring waardoor men zicht heeft op de voortgang en op de bestaande knelpunten. Voorbeelden hiervan zijn de maandelijkse KPI 's, de interne audits op afdelingen ("kikkertesten") en de analyse van registratiegegevens (zoals de kwartaalrapportages van de incidentmeldingen, de incidentanalyses en het analyserapport van de vrijheidsbeperkende maatregelen in 2016). **(SP)**
    - Het therapeutisch aanbod is inhoudelijk sterk, wetenschappelijk onderbouwd en heeft een breed gamma aan modules op het vlak van behandeling, werken, leren, sport en animatie. **(SP)**
      Alle voorziene modules zijn ondertussen operationeel.
    - Er werd een suïcidebeleid uitgewerkt. **(AV)**

  De participatie van patiënten aan het beleid blijft groot; patiënten worden niet enkel betrokken bij hun individueel behandelplan en bij de periodieke evaluatie daarvan, maar ook bij het beleid van afdelingen en (d.m.v. een actieve patiëntenraad) bij het beleid op organisatieniveau. Bovendien krijgen patiënten bij elke maatregel een uitgebreide schriftelijke motivering overhandigd. **(SP)**

- Er zijn diverse problemen op het vlak van medewerkersbeleid. **(TK)** Deze knelpunten zijn gekend bij het FPC en er wordt op velerlei manieren op ingespeeld. Daarbij wordt op een creatieve manier en met een niet aflatende aandacht en energie naar oplossingen gezocht, met respect voor de therapeutische visie.
  De mogelijkheden van het FPC om deze problemen op te lossen worden evenwel beperkt door het contractueel voorziene personeelskader. Zorginspectie is van mening dat dit te krappe personeelskader net een belangrijke factor is in het ontstaan en/of in stand houden van tal van organisatorische problemen, met een grote impact op de kwaliteit van zorg die kan geboden worden.

Gezien de talrijke problemen (die beschreven worden onder 4.4) is er ruim twee jaar na de start nog steeds een grote instabiliteit van afdelingsteams. Deze instabiliteit heeft grote gevolgen, zowel voor de organisatie als voor de medewerkers en de patiënten.

Net als in het auditverslag van eind 2015, blijft Zorginspectie dan ook wijzen op een spanningsveld tussen wat op het vlak van bestaffing contractueel werd afgesproken en wat nodig is om continue kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te garanderen. Begin 2017 stellen we vast dat dit spanningsveld een weerslag heeft op heel wat aspecten met betrekking tot medewerkersbeleid en kwaliteit van zorg.

Er dringt zich een betere objectivering en afstemming op van de nodige bestaffing (zowel qua aantallen als wat betreft kwalificaties) in de verschillende settings waar geïnterneerden worden opgevangen en behandeld. Daarbij dient rekening gehouden te worden met patiëntenprofielen, zorgzwaarte, veiligheidsrisico's, infrastructurele mogelijkheden inzake beveiliging enerzijds en de te behalen kwaliteit van zorg anderzijds.

- Het beleid inzake VBM was eind 2015 reeds op heel wat vlakken vooruitstrevend en werd ondertussen nog verder uitgediept en neergeschreven. **(SP)** Het preventief beleid inzake agressiepreventie en dwang werd verder uitgerold; de registratie werd aangepast waardoor inhoudelijke analyses mogelijk zijn; een eerste rapport werd opgemaakt voor 2016, wat meteen tot enkele verbeteracties heeft geleid. **(AV)**
  Nog niet alle VBM worden evenwel in de cijfers opgenomen, omdat ze in het Huishoudelijk Reglement als onderdeel van het therapeutisch beleid worden gedefinieerd.

  Een groot knelpunt blijft dat het verhoogd toezicht tijdens afzondering en separatie onvoldoende gewaarborgd is. **(TK)** Dit wordt mede veroorzaakt door de krappe bestaffing op sommige momenten.

- Er blijven ook heel wat knelpunten op het vlak van infrastructuur bestaan die een invloed hebben op de veiligheid van medewerkers, op de patiëntveiligheid en op de kwaliteit van zorg. Voorbeelden hiervan zijn XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, de problemen op het vlak van temperatuurregeling, XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, het onvoldoende tijdig herstellen van de door het FPC gemelde mankementen en beschadigingen. Net zoals een jaar geleden zijn de helft van de separeerruimtes buiten gebruik door defecten allerlei. Dit laat de geïdentificeerde risico's onaanvaardbaar lang bestaan. **(TK)**

- Tijdens de eerste oriënterende audit benoemden we een aantal knelpunten die niet enkel aan de orde zijn binnen FPC Gent, maar ook in andere settings voor (forensisch-)psychiatrische zorg. Dit blijft onverkort gelden. 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)** Bv. het feit dat de geïnformeerde toestemming die volgens de patiëntenrechtenwet voor elke behandeling noodzakelijk is, moeilijk te verzoenen is met de drang en dwang die gebruikt worden tijdens het behandelingstraject in FPC **(NC)** en de 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. (bv. recht op contact met de buitenwereld, recht op autonomie, ...). **(TK)**
    De mate waarin het gerechtvaardigd is om deze rechten binnen de forensische zorg te beperken, verdient een maatschappelijk debat en daaruit voortvloeiende wetgeving.

  Tegelijk dient hierbij vermeld dat het FPC het voorbije jaar – vooral middels een herwerking van het Huishoudelijk Reglement en het uitschrijven of bijstellen van een aantal procedures – inspanningen heeft gedaan om de rechtspositie van patiënten te verduidelijken en te beschermen. **(AV)**

- Doorheen de hele opname wordt ontslaggericht gewerkt, waarbij men o.m. lang op voorhand probeert in te schatten welk vervolgtraject zal nodig zijn. Zo kan men zowel op individueel-klinisch als op geaggregeerd

niveau aan ontslagplanning doen, zowel wat verwachte termijnen als wat de te ondernemen acties betreft. Elk kwartaal maakt het FPC een analyserapport m.b.t. uitstroom en bezorgt dit aan het Opvolgingscomité van de federale overheid. Deze rapporten bevatten heel wat gegevens om mogelijke knelpunten te detecteren, ook voor het beleid. **(SP)**

- Een aantal elementen verdient nauwgezette opvolging (zowel door het FPC zelf als door alle betrokken beleidsverantwoordelijken) naarmate het aantal patiënten dat klaar is om uit te stromen, stijgt: **(AV)**
    - Het door de betrokken overheden monitoren en zo nodig faciliteren van de uitstroom wordt een belangrijke bepalende factor voor het realiseren van de vooropgestelde behandeldoelen en doorlooptijden. Bijkomende impulsen lijken nodig om (vlotte doorstroming naar) de nodige vervolgzorg te verzekeren.
    - De aansluiting op de vervolgzorg kan geoptimaliseerd worden, zodat patiënten hun uitstroom niet als een stap terug hoeven te ervaren.
    - Er worden best goede afspraken gemaakt (in samenwerking tussen bv. het FPC, de justitie-assistenten, de vervolgvoorziening en de KBM) om een eventuele terugval na ontslag zo goed mogelijk te voorkomen, zo snel mogelijk te detecteren en zo goed mogelijk te beantwoorden.

  De meeste gegevens om deze aandachtspunten op te volgen, worden verzameld en geanalyseerd door het FPC. De oplossing van sommige knelpunten overstijgt evenwel hun invloedssfeer.