

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

contact@zorginspectie.be

AUDITVERSLAG

INSPECTIEPUNT

Naam	Forensisch Psychiatrisch Centrum Antwerpen
Adres	Beatrijkslaan 96, 2050 Antwerpen
Telefoon	03 253 77 77
E-mail	info@fpcantwerpen.be
Website	www.fpcantwerpen.be
Erkenningsnummer	/

INRICHTENDE MACHT

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

UITBATINGSPAATS

Naam	Forensisch Psychiatrisch Centrum Antwerpen
Adres	Beatrijkslaan 96, 2050 Antwerpen

OPDRACHT

Nummer	O-2019-MAPU-0017
Datum	22/01/2019
Inspecteurs	■■■■■ (hoofdauditor) ■■■■■ (auditor) ■■■■■ (auditor) ■■■■■ (auditor)

VERSLAG

Nummer	V-2019-MIDA-0001
Datum	28/02/2019
Datum laatste vaststelling	14/02/2019

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Aangekondigd bezoek op 01/02/2019 en op 11/02/2019
Gesprekspartners	Zie 1.2

INHOUD

1	Inleiding	3
1.1	Toezicht door Zorginspectie op het FPC Antwerpen	3
1.2	Auditproces.....	4
1.3	Lijst met afkortingen.....	7
2	Situering van de voorziening	9
2.1	Zorg voor geïnterneerden.....	9
2.2	FPC Antwerpen: het tweede Forensisch Psychiatrisch Centrum	10
2.3	Directie	10
2.4	Organisatie van de zorg	10
3	Leiderschap	13
3.1	Beleidsorganen	13
3.2	Organisatiestructuur	14
4	Beleid en strategie.....	16
4.1	Beleid	16
4.2	Lerende omgeving	16
4.3	Formele samenwerkingsovereenkomsten	19
5	Middelen	20
5.1	Infrastructuur.....	20
5.2	Patiëntendossier	22
6	Medewerkers	23
6.1	Personeelsbeleid.....	23
6.2	Bestaffing	26
6.3	Vorming, training en opleiding (VTO)	29
7	Processen	31
7.1	Behandelproces	31
7.2	Procedurebeheer	37
7.3	Medicatiebeleid	39
7.4	Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM)	41
7.5	Agressiebeleid.....	50
7.6	Suicidebeleid.....	54
7.7	Interne rechtspositie	55
7.8	Klachtenmanagement en ombudsfunctie	62
8	Resultaten	65
8.1	Patiëntenparticipatie	65
8.2	Behandelrapportage	66
9	Conclusie	67

1 INLEIDING

1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE OP HET FPC ANTWERPEN

Bevoegdheid

Het Forensisch Psychiatrisch Centrum Antwerpen is de tweede voorziening in zijn soort, opgericht voor de opvang en behandeling van geïnterneerden met een high security-profiel. Het is een volledig federale instelling die noch een gevangenis noch een psychiatrisch ziekenhuis is.

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

Deze bevoegdheid werd gecreëerd middels het "Protocolakkoord tussen de Federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap betreffende de uitoefening van inspectiebevoegdheden in de forensisch psychiatrische centra van Gent en van Antwerpen" (in werking tredend op 30/11/2018).

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

Kader

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

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

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

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

Plaats van deze audit in het toezicht op FPC Antwerpen

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.

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

Ondanks het feit dat we er voor opteren om bij het toezicht op het FPC op termijn dezelfde toezichtmethodiek 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. We gaan er van uit dat dit vier à vijf jaar na de opstart het geval zal zijn.

In de eerstkomende jaren worden een aantal tussenstappen voorzien, waarvan deze oriënterende audit de eerste is. De (deel)onderwerpen van deze audit werden gekozen in functie van:

- hun inspecteerbaarheid en hun relevantie in de fase van de uitbouw;
- de mate waarin deze aspecten of onderwerpen "generiek" zijn, in die zin dat het aspecten betreft waarvoor niet hoeft gewacht te worden op een verdere specificering van het referentiekader in functie van forensisch-psychiatrische zorg.

In functie van de vaststellingen tijdens deze audit, de finalisering van het eisenkader forensisch-psychiatrische zorg of vragen van het Opvolgingscomité, kunnen de eerstkomende jaren bijkomende inspecties gepland worden.

De remediëring van de vastgestelde knelpunten van de verschillende inspectiebezoeken wordt opgevolgd door het Opvolgingscomité.

1.2 AUDITPROCES

Voorbereiding

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

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

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

Plaatsbezoeken

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

Tijdens de auditgesprekken werd dieper ingegaan op de informatie die tijdens de voorbereidende fase verkregen werd. Er werden 33 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met directieleden, middenkaderleden, psychiaters, afdelingshoofden en andere verpleegkundigen, afdelingspsychologen, therapeutisch assistenten, apothekers, de ombudspersoon en patiënten uit de patiëntenraad.

Volgende afdelingen werden tijdens de audit bezocht: Westerschelde (ZIZ), Rupel-Dijle, Nete-Dam, Kiel-Statie, Eilandje-Zuid, Luchtbal-Kievit, Kattendijkdok, Asiadok-Amerikadok. Er werden daarbij 29 patiëntendossiers ingekeken en daarnaast ook 20 blokkenroosters (individuele weekschema's van patiënten met hun activiteiten en therapieën).

VRIJDAG 1 FEBRUARI 2019				
9u00 – 9u30	Voorstelling en situering auditbezoek			
9u30 – 11u00	Afdelingsbezoek ZIZ Westerschelde	Afdelingsbezoek Kattendijkdok	Afdelingsbezoek Eilandje-Zuid	Observator bij afdelingsbezoek
11u00 – 12u30	Medicatiebeleid	Agressiebeleid	Programmalijn (afdelingsoverschrijdend zorgaanbod)	Observator bij Agressiebeleid
12u30 – 13u30	Middagmaal + overleg auditoren			
13u30 – 15u00	Psychiatrische zorg	Kwaliteitsbeleid en lerende omgeving	Behandelbeleid	Observator bij Psychiatrische zorg
	Medische zorg			Observator bij Medische zorg

MAANDAG 11 FEBRUARI 2019				
9u00 – 10u30	Leiderschap en organisatiebeleid	Afdelingsbezoek ZIZ	Rechtspositie en klachtenbeleid	Afdelingsbezoek Nete-Dam
10u30 – 12u30	Afdelingsbezoek Luchtbal-Kievit	Vrijheidsbeperkende maatregelen	Afdelingsbezoek Asiadok-Amerikadok	Personeelsbeleid
12u30 – 14u00	Middagmaal + overleg auditoren			
14u00 – 15u30	Gesprek patiëntenraad	Afdelingsbezoek Rupel-Dijle	Suïcidepreventie-beleid	Gesprek patiëntenraad
			afdelingsbezoek Kiel-Statie	
15u30 – 16u00	Afrondend gesprek met de directie			

Verslag en opvolging

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

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

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

Dit verslag eindigt met een conclusie, waarin de belangrijkste werkpunten en sterke punten worden opgesomd. Hierbij worden dezelfde kwalificaties als in de psychiatrische ziekenhuizen gehanteerd:

- **Algemene vaststellingen (AV)**

Deze elementen scoren niet negatief en niet positief.

Het is neutrale informatie, bv. om de context te schetsen.

- **Sterke Punten (SP)**

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

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

- **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 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 objectieveerbare 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).

Het ontwerpverslag werd per e-mail bezorgd aan het FPC Antwerpen en aan het Opvolgingscomité. 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.

Tijdens een slotbespreking op 02/04/2019 in Brussel werden de opmerkingen van het FPC besproken, in aanwezigheid van de directieleden en leden van het Opvolgingscomité.

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

Normaliter bezorgt Zorginspectie audit- en inspectieverslagen aan de bevoegde functionele entiteit van de Vlaamse overheid, die instaat voor de verdere opvolging van de vastgestelde knelpunten. In het geval van psychiatrische ziekenhuizen is dat het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

In het geval van het FPC Antwerpen worden de audit- en inspectieverslagen bezorgd aan het Opvolgingscomité, bestaande uit vertegenwoordigers van de FOD Volksgezondheid, de FOD Justitie, het RIZIV en de Regie der Gebouwen (zie verder 2.2). Dit Opvolgingscomité zal instaan voor de verdere opvolging.

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

1.3 LIJST MET AFKORTINGEN

ADL	Activiteiten van het Dagelijks Leven
AED	Automated External Defibrillator
AV	Algemene Vaststelling
AZ	Algemeen Ziekenhuis
BOT	Bedrijfs Opvang Team
BS	Belgisch Staatsblad
CPBW	Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk
CPT	European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment
CVO	Centrum voor Volwassenenonderwijs
DECT	Digital Enhanced Cordless Telecommunications
EC	Ethische Commissie
EHBO	Eerste Hulp bij Ongevallen
EIP	Eerste Interventie Ploeg
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
EFQM	European Foundation for Quality Management
EVS	Elektronisch Voorschriftsysteem
FOD	Federale Overheidsdienst
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum / Forensisch Psychiatrische Centra
FPCA	Forensisch Psychiatrisch Centrum Antwerpen
HR	Huishoudelijk Reglement
IAC	Interne Advies Commissie
IB	Individueel begeleider
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie

IOP	Invrijheidstelling op proef
KB	Koninklijk Besluit
KBM	Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij
KPI	Key Performance Indicator
KU	Katholieke Universiteit
NC	Non-conformiteit
NV	Naamloze Vennootschap
OPZC	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum
PAK	Prikkelarme Kamer
PC	Psychiatrisch Centrum
PSO	Patiënten-Staf Overleg
PVT	Psychiatrisch Verzorgingstehuis
PZ	Psychiatrisch Ziekenhuis / Psychiatrische Ziekenhuizen
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
RvB	Raad van Bestuur
SP	Sterk Punt
TA	Therapeutisch assistent
TK	Tekortkoming
UDS	Urine Drug Screening
UPC	Universitair Psychiatrisch Centrum
USB	Universal Serial Bus
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VBM	Vrijheidsbeperkende maatregelen
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
VIM	Veilig Incident Melden
VTE	Voltijds equivalent(en)
VTO	Vorming, training en opleiding
WLS	Werken – Leren – Sport
ZIZ	Zeer Intensieve Zorgen

2 SITUERING VAN DE VOORZIENING

2.1 ZORG VOOR GEÏNTERNEERDEN

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

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

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

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

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 is verantwoordelijk voor het gebruikersonderhoud. Eén en ander is geregeld via:

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

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

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

FPC heeft het voornemen om geïnterneerden niet terug te verwijzen naar de gevangenis na een incident. Enkel bij een incident dat niet toe te schrijven is aan controleverlies vanuit de pathologie, maar duidelijk voorbereid, gecontroleerd en doelbewust is én waarbij de integriteit van de staf en/of de medepatiënten dermate wordt aangetast, kan FPC besluiten tot terugplaatsing naar de gevangenis als een time-out. De eindbeslissing hierover ligt evenwel steeds bij de KBM.

2.2 FPC ANTWERPEN: HET TWEEDE FORENSISCH PSYCHIATRISCH CENTRUM

Het FPC Antwerpen is het tweede van deze Forensisch Psychiatrische Centra. Het centrum is bedoeld voor 182 geïnterneerden, zowel mannen als vrouwen. Er worden maximum 18 bedden voorbehouden voor vrouwelijke patiënten; dit aantal kan overschreden worden mits akkoord van het Opvolgingscomité.

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 Antwerpen – 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 februari 2017 gegund aan Psychiatrisch Forensisch Centrum Gent NV, met als aandeelhouders Parnassia Groep, FPC de Kijvelanden en Sodexo Belgium. Na de gunning werd de naam van de uitbater veranderd in Psychiatrisch Forensische Centra NV.

Het gebouw wordt ter beschikking gesteld door de Regie der Gebouwen, die het met dit doel liet optrekken op een terrein op de Antwerpse Linkeroever. In augustus 2016 werd het gebouw voorlopig opgeleverd. De verdere inrichting is ten laste van FPC NV.

Eind juni 2017 werden de gebouwen in gebruik genomen door de uitbater. Op 7 augustus 2017 werden de eerste patiënten opgenomen. De eerste 7 vrouwen werden in februari 2018 opgenomen. Een volledige bezetting (182 patiënten) werd eind juni 2018 behaald.

Op moment van inspectie zijn 181 patiënten opgenomen, waarvan 11 vrouwen die op 5 verschillende afdelingen verblijven (FPCA opteert er – uitgezonderd op afdeling ZIZ – voor om nooit minder dan 2 vrouwen op 1 afdeling op te nemen).

2.3 DIRECTIE

Algemeen directeur	■■■■
Directeur patiëntenzorg	■■■■
Hoofddarts	■■■■
Directieassistente	■■■■

2.4 ORGANISATIE VAN DE ZORG

- Er zijn 9 afdelingen, telkens met een aparte personeelsequipe.
Elke afdeling (met uitzondering van de afdeling Zeer Intensieve Zorg – Westerschelde) bestaat uit twee aparte gangen met elk een naam, met telkens een leefruimte (living, kook- en eetruimte) en patiëntenkamers voor 10 tot 12 patiënten. Tussen beide gangen ligt een verpleegpost.

- De afdelingen zijn onderverdeeld in 3 fases:

	fase / type afdelingen	kleur	aantal bedden
Rivier	Oriëntatie en observatie	Blauw	40
Stad	Doorgedreven behandeling	Geel	70
Haven	Resocialisatie	Oranje	72
			182

Er is één afdeling (Nete-Dam, zie hieronder) waarvan beide gangen tot een verschillende fase behoren.

- Elke afdeling wordt gekenmerkt door een type therapeutisch leefmilieu: een supportief milieu (SUPP) of een sociaal-therapeutisch (S-T) milieu (zie ook 7.1).

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

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

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

In een sociaal-therapeutisch milieu worden voornamelijk patiënten met een persoonlijkheidsstoornis opgenomen.

Er is één afdeling (Kanaaldok-Kattendijkdok, zie hieronder) waar in de twee gangen met een verschillend therapeutisch milieu wordt gewerkt.

- Patiënten worden in principe eerst opgenomen op één van de afdelingen binnen de fase observatie & oriëntatie, en stromen vervolgens – naarmate hun behandeling vordert – intern verder door naar de andere fases. Gedurende hun volledige opname in het FPC blijven patiënten wel binnen hetzelfde type therapeutisch milieu, tenzij tijdens de behandeling blijkt dat een ander milieu meer geschikt is.

Fase	Afdeling	Gang	Doelgroep	Bedden	Milieu
Oriëntatie en observatie	Westerschelde	Westerschelde	Zeer Intensieve Zorg (ZIZ)	10	SUPP
	Rupel-Dijle	Rupel	verstandelijke beperking	10	SUPP
		Dijle	psychotische problematiek	10	SUPP
	Nete-Dam	Nete	persoonlijkheidsproblematiek	10	S-T
Doorgedreven behandeling	Nete-Dam	Dam	persoonlijkheidsproblematiek	10	S-T
	Eilandje-Zuid	Eilandje	persoonlijkheidsstoornis	10	S-T
		Zuid	persoonlijkheidsstoornis	10	S-T
	Kiel-Statie	Kiel	psychotische problematiek	10	SUPP
		Statie	psychotische problematiek	10	SUPP
	Luchtbal-Kievit	Luchtbal	psychotische problematiek	10	SUPP
		Kievit	verstandelijke beperking	10	SUPP

Resocialisatie	Asiadok- Amerikadok	Asiadok	psychotische problematiek	12	SUPP
		Amerikadok	psychotische problematiek	12	SUPP
	Bonapartedok- Delwaidedok	Bonapartedok	persoonlijkheidsstoornis	12	S-T
		Delwaidedok	persoonlijkheidsstoornis	12	S-T
	Kanaaldok- Kattendijkdok	Kanaaldok	verstandelijke beperking	12	SUPP
		Kattendijkdok	persoonlijkheidsstoornis	12	S-T
					182

- Sinds 01/10/2018 is afdeling Westerschelde een afdeling Zeer Intensieve Zorg geworden. Voordien verbleef hier een meer gemengde patiëntenpopulatie: patiënten in observatiefase en patiënten met ZIZ-profiel. Aansluitend bij afdeling Westerschelde is er een apart blok met 4 separeerkamers, waar patiënten vanop afdelingen tijdelijk kunnen worden opgenomen. Daarnaast is er op elke afdeling minstens één PAK (Prikkel-Arme Kamer) voorzien (zie 7.4).
- Elke afdeling wordt multidisciplinair aangestuurd door een afdelingshoofd, -psycholoog en -psychiater.
- Elk afdelingshoofd heeft een diploma van verpleegkundige. De rest van de equipe (verpleegkundigen en therapeutisch assistenten) noemt men de sociotherapeuten. Elke patiënt heeft één sociotherapeut als individueel begeleider (IB). Op sommige afdelingen wordt gewerkt met een co-IB.
- Een groot deel van het activiteiten- en therapieaanbod (zie verder bij 7.1) wordt centraal georganiseerd, dus niet op de afdelingen en ook niet door de afdelingsstaf:
 - De arbeids-, sport- en ergotherapeuten maken deel uit van de dienst Werken – Leren – Sport (WLS), aangestuurd door een eigen coördinator.
 - Het grootste deel van de behandelmodules (zie 7.1), wordt ingevuld door een aparte equipe (psychologen, orthopedagogen, vaktherapeuten).
 - Het grootste deel van de psychodiagnostiek gebeurt door mensen die daar afdelingsoverstijgend mee bezig zijn.
 - Animatie wordt zowel centraal als op afdelingsniveau georganiseerd door animatoren.
- De zorg wordt gecoördineerd door een Hoofd Zorglijn Supportief, een Hoofd Zorglijn Sociaal-therapeutisch en een Hoofd Programmalijn; die laatste staat aan het hoofd van de aspecten die afdelingsoverstijgend worden georganiseerd, terwijl de twee anderen de afdelingshoofden en -psychologen van de respectieve therapeutische milieus aansturen. Deze hoofden worden op hun beurt aangestuurd door de directeur Patiëntenzorg en de hoofddarts.
- De medische zorg van FPC Antwerpen valt onder de bevoegdheid van de hoofddarts. Volgende disciplines maken deel uit van de medische dienst:
 - De psychiaters; aan elke afdeling is een psychiater toegewezen.
 - Assistent psychiater in opleiding.
 - Twee verpleegkundigen op de medische dienst (somatische zorg: bloedafnames, wondzorg, enz.).
 - Huisartsen; de somatische zorg heeft een eigen wachtdienst.
 - Tandarts.
 - Kinesist.

3 LEIDERSCHAP

3.1 BELEIDSORGANEN

- De vennootschap FPC Gent NV werd opgericht op 11 juli 2014 door de zorgpartners Parnassia en de Kijvelanden en partner voor bedrijfsvoering Sodexo België. Bij de start waren 60% van de aandelen in handen van de zorgpartners en 40% in handen van Sodexo België.

De NV FPC Gent werd in 2017 hernoemd tot NV Forensisch Psychiatrische Centra.

- De Raad van Bestuur (RvB) is samengesteld uit 3 bestuurders: 2 zorgbestuurders (waaronder de voorzitter) en 1 bestuurder bedrijfsvoering. De bestuurders hebben uitgebreide expertise in management en forensische zorg. De RvB vergadert maandelijks, met aanwezigheid van de directieleden van beide FPC.
- De directie bestaat uit de algemeen directeur, de hoofdarts en de directeur patiëntenzorg. De drie directieleden krijgen ondersteuning van een directieassistente.
- Er is voor beide FPC een gecombineerde bedrijfsvoering, maar met een aparte zorgorganisatie: er is een gemeenschappelijke algemeen directeur maar een eigen hoofdarts en directeur patiëntenzorg. Daarnaast zijn er een gemeenschappelijke manager communicatie, hoofdjurist, HR-manager, manager Technics & Facilities, Manager Financiën, administratie en ICT. De ondernemingsraad en het CPBW vergaderen afwisselend in Antwerpen en in Gent.

Door de samenwerking tussen beide FPC zijn synergiën mogelijk op vlak van ICT en telefonie, communicatie, personeelszaken, VTO, aansturing van de programma's. De expertise wordt uitgewisseld op verschillende beleidsniveaus (bv. op directieniveau, lesgevers agressiebeleid, kwaliteitscoördinatoren tijdens interne audits, ...).

De samenwerking tussen beide FPC biedt meer mogelijkheden voor zorg op maat:

- time-outmogelijkheden vanuit behandelinhoudelijke argumenten,
- FPC tracht patiënten in de fase van de resocialisatie voor zover mogelijk te laten verblijven in de regio van reïntegratie of in de regio rekening houdend met slachtoffergerichte voorwaarden.
- Er zijn maandelijks directiemeetings van alle directieleden van FPC Gent en Antwerpen.
- Er is een maandelijks managementmeeting van de directie en het volledig middenkader van FPC Antwerpen. Jaarlijks is er een gezamenlijke strategiedag met de managementleden en het middenmanagement van beide FPC.
- Er is een wekelijks overleg tussen hoofdarts, directeur patiëntenzorg en de hoofden van de zorglijnen, het periodiek Overleg Zorg (PO Zorg). Tweemaandelijks is er een overkoepelende PO Zorg van beide FPC samen.
- Beslissingen genomen in het PO Zorg worden doorgegeven naar alle leden van het maandelijks beleids-overleg:
 - afdelingshoofden
 - afdelingspsychologen
 - afdelingspsychiaters
 - hoofd griffie en behandelrapportage
 - coördinator Werken, Leren, Sport (WLS)
 - coördinator medische dienst
 - hoofden zorg- en programmalijn.

- Tevens is er wekelijks een afdelingshoofdenoverleg waarin de implementatie van beleidsbeslissingen wordt besproken. Bij dit overleg zijn alle afdelingshoofden en de hoofden zorglijnen sociaal-therapeutisch en supportief aanwezig.
- Op afdelingsniveau is er wekelijks overleg tussen het hoofd zorglijn, de afdelingspsycholoog en het afdelingshoofd.
- Tijdens het dagelijks ochtendoverleg worden de aandachtspunten m.b.t. de zorg voor patiënten overlopen. Op dit overleg zijn alle afdelingshoofden en afdelingspsychologen, de hoofden zorglijn en programmalijn, de psychiaters, de hoofdarts, directie patiëntenzorg, verpleegkundige medische dienst, coördinator WLS, maatschappelijk werker, behandelrapporteur alsook hoofd griffie en behandelrapportage aanwezig.
- Binnen de medische staf bestaan volgende overlegorganen:
 - een maandelijks psychiater-overleg (alle afdelingspsychiaters, hoofdarts en assistent-psychiater in opleiding), dat om de drie maanden voor beide FPC samenkomt;
 - een maandelijks overleg tussen de hoofdarts en de verpleegkundigen van de medische dienst;
 - een driemaandelijks overleg met de volledige medische dienst (alle disciplines van de medische dienst zoals hiervoor beschreven) dat jaarlijks vergadert voor beide FPC samen;
 - een halfjaarlijks medisch farmaceutisch overleg (opgestart januari 2019).
- Een overzicht van de verschillende overlegorganen en de doelstelling van deze overlegorganen is opgenomen in een foralijst.
- Er is een gemeenschappelijke ethische commissie (EC) voor beide FPC. In het reglement van de EC worden de rol en de opdracht omschreven als: "een begeleidende en raadgevende functie met betrekking tot de ethische aspecten van de forensisch-psychiatrische zorg, een ondersteunende functie bij beslissingen over individuele gevallen inzake ethiek binnen de behandelingscontext door middel van ethische analyse en overleg, en een raadgevende en ondersteunende functie bij beslissingen over de toepassing van recente wetenschappelijke bevindingen en experimentele bevindingen binnen de behandelingscontext."

De ethische commissie vergadert acht keer per jaar, en bestaat minstens uit twee artsen, een therapeutisch assistent, een verpleegkundige, een psycholoog, een criminoloog, een ethicus en een jurist.

Uit de vergaderverslagen blijkt de inhoudelijk sterke diepgang van dit overlegorgaan. De voorbije jaren werden door de ethische commissie adviezen geformuleerd over bezoek van een prostituee in FPC, over contraceptie bij vrouwelijke patiënten en over euthanasie bij psychisch lijden. Er wordt gewerkt aan een advies over het weigeren van een medisch noodzakelijke behandeling.

3.2 ORGANISATIESTRUCTUUR

- De algemeen directeur is verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering. Dit omvat het aankoopbeleid, de facilitaire diensten en beveiliging, human resources, boekhouding en financiën, communicatie, de juridische dienst en ICT. Het medische en therapeutische luik wordt aangestuurd door de hoofdarts en de directeur patiëntenzorg, waarbij de hoofdarts verantwoordelijk is voor het zorgbeleid en de directeur patiëntenzorg verantwoordelijk is voor de operationele aansturing van de zorgequipes.
- De algemeen directeur en de directeur patiëntenzorg zijn voltijds aangesteld. De hoofdarts is voor 15 uur per week benoemd [REDACTED]

- De afdelingen worden vanuit de directie duaal aangestuurd door de hoofdarts en de directeur patiëntenzorg via twee hoofden zorglijn, die elk een groep afdelingen aansturen die behoren tot eenzelfde zorglijn: de sociaal-therapeutische zorglijn en de supportieve zorglijn. Het beleid op elke afdeling wordt gevoerd door het afdelingshoofd (een verpleegkundige), de afdelingspsycholoog en de afdelingspsychiater. De medewerkers die instaan voor het afdelingsoverstijgende zorgaanbod (animatoren, vaktherapeuten, arbeidstherapeuten, sportagogen, medewerkers diagnostiek en zorgpaden) worden aangestuurd door een hoofd programmalijn (dat deze functie ook in FPC Gent vervult).

4 BELEID EN STRATEGIE

4.1 BELEID

- Een gezamenlijke missie voor de beide FPC is uitgeschreven. De missie is uitgewerkt in een visie op behandeling en zorg, de organisatie van behandeling en zorg, personeel en maatschappelijke betekenis. Vanuit de missie en visie neemt het FPC de volgende kernwaarden in acht: "respect en integriteit, teamwork, deskundigheid en veiligheid".
- Bij de opstart van FPC Antwerpen werd aangesloten op het 3 jaren-beleidsplan dat voor FPC Gent in 2016 werd opgesteld. In het najaar van 2018 werd met directie en stafleden van beide FPC een strategische denkoefening gemaakt o.b.v. een SWOT. In december 2018 werd het nieuwe overkoepelend strategisch beleidsplan voor beide FPC opgesteld voor 2019-2021.
- Vanaf 2019 zullen er in FPC Antwerpen op managementniveau en afdelingsniveau jaarplannen opgesteld worden waarin de doelstellingen per afdeling geformuleerd zullen worden (op basis van de doelstellingen uit het strategisch plan). Er werd een gemeenschappelijk beleidsplan (conceptvorm) opgesteld voor de patiëntenzorg. Een aantal afdelingen hadden al een jaarplan opgesteld op basis van het vorige beleidsplan.
- FPC Antwerpen evalueert maandelijks de realisatie van de doelstellingen op basis van 89 KPI's (Key Performance Indicators) die worden opgevolgd en besproken tijdens verschillende overlegorganen, directie-meeting, managementteam, RvB, waar bijsturing kan plaatsvinden. Hiervan gaan een 40-tal KPI's over de zorg, de andere KPI's betreffen human resources, facilities & technics, juridische dienst, communicatie en beveiliging.
Per doelstelling van het beleidsplan wordt een projectfiche opgesteld, wat zal leiden tot een nieuwe indeling van de KPI's.
- Jaarlijks organiseert het FPC drie beleidsnamiddagen met directieleden, managementsleden en andere leidinggevenden, waar evaluatie van de doelstellingen uit het strategisch plan centraal staat.
- Aan de hand het activiteitenverslag geeft FPC Antwerpen de opdrachtgever een zo compleet mogelijk beeld van het functioneren van FPC Antwerpen. Het activiteitenverslag werd gedurende het eerste (opstart)jaar driemaandelijks en daarna jaarlijks overgemaakt aan de leden van het Opvolgingscomité en de toezicht-houder van Justitie.

4.2 LERENDE OMGEVING

- De missie van FPC Antwerpen (en Gent) staat beschreven in het huishoudelijk reglement, het kwaliteits-handboek, het strategisch plan 2019-2021 en verschillende beleidsdocumenten: "het op een wetenschappelijk onderbouwde wijze voorzien in de vraag naar beveiliging van de samenleving door behandeling van geïnterneerde forensische psychiatrische patiënten, preventie van herval in forensisch-psychiatrische problematiek en uitvoering van specifieke taken op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. In het FPC worden forensisch-psychiatrische patiënten behandeld met het doel het risico op het plegen van nieuwe strafbare feiten te verminderen en de achterliggende oorzaken van het delictgedrag weg te nemen of beheersbaar te maken, zodat een (hernieuwd) verblijf in de samenleving veilig en mogelijk is. Het FPC Antwerpen en FPC Gent doen dit in nauwe samenwerking met de patiënt en zijn omgeving. Voor de behandeling van forensisch-psychiatrische patiënten vormt het gepleegde delict (delictanalyse en risico-inventarisatie) in combinatie met de psychiatrische diagnose de basis voor de behandeling."

- Kwaliteitsbeleid binnen FPC Antwerpen is in volle ontwikkeling. Het gebruikte managementmodel voor het kwaliteitsbeleid is het business Excellence model van de European Foundation for Quality Management (EFQM).
- Het kwaliteitshandboek is (zowel voor FPC Antwerpen als voor FPC Gent) opgesteld naar analogie met het Vlaams decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. De processen zijn in kaart gebracht en beschreven aan de hand van beleidsdocumenten. In 2019 zal er bekeken worden of er naar een kwaliteitscertificatie wordt overgegaan.
- In het kwaliteitshandboek staan de 4 grote domeinen van de zelfevaluatie uitgeschreven (naar analogie met het Vlaams kwaliteitsdecreet voor gezondheids- en welzijnsvoorzieningen), namelijk:
 - de periodieke evaluatie van de klinische performantie;
 - de periodieke evaluatie van de operationele performantie;
 - de periodieke evaluatie door de gebruiker;
 - de periodieke evaluatie door de medewerkers.

Voor al deze domeinen zit FPC Antwerpen volop in de fase van gegevensverzameling. Voor sommige aspecten beschikt het al over analyses en zijn er reeds verbeterplannen en acties opgesteld.

- Het FPC Antwerpen beschikt over een kwaliteitscoördinator die 80% aangesteld is. Zij combineert deze functie met die van (interne) ombudspersoon (20%.) De kwaliteitscoördinator wordt aangestuurd (m.b.t. welke taken zij dient op te nemen) door de algemeen directeur. Inhoudelijk wordt zij mee aangestuurd door de directeur patiëntenzorg en de hoofdarts. De kwaliteitscoördinator is een vast lid van het maandelijks managementoverleg. Dit overlegorgaan volgt o.a. de voortgang en implementatie van de kwaliteitsdoelstellingen op.
- Het kwaliteitsbeleid van het FPC Antwerpen en FPC Gent wordt continu op elkaar afgestemd. De kwaliteitscoördinatoren van beide FPC hebben structureel tweewekelijks overleg met elkaar.
- Een vorming over het kwaliteitsbeleid en het incidentmeldsysteem is een vast en verplicht onderdeel bij de inscholing van alle medewerkers, met uitzondering van de medewerkers van Sodexo en Securitas.
- In februari 2019 zal er gestart worden met een Forum Kwaliteit en Veiligheid waar tweemaandelijks het kwaliteitsbeleid en veiligheidsbeleid van het FPC Antwerpen zal besproken worden. Dit forum rapporteert de uitkomsten naar de Commissie Kwaliteit en Veiligheid, die bestaat uit de directieleden van beide FPC met uitzondering van de hoofartsen.
- Het FPC krijgt zicht op het niveau van de kwaliteit van zorg door verschillende gegevens te registreren en op te volgen.
 - Tijdens het maandelijks managementoverleg worden realisaties van doelstellingen geëvalueerd aan de hand van 89 key performance indicatoren (KPI). Deze zijn onderverdeeld in 6 thema's: zorg, human resource, facilities & technics, juridische dienst, communicatie en beveiliging.
 - De incidentmeldingen geven bijkomende informatie over risicovolle situaties in de dagelijkse werking van het FPC. Sinds de start van het FPC Antwerpen zijn er 2 incidentmeldsystemen actief: Vision van Securitas en het Veilig Incident Melden (VIM)-systeem; beide systemen werken complementair (cfr. infra).
 - Tweemaandelijks wordt op alle afdelingen een veiligheidsronde uitgevoerd door de kwaliteitscoördinator, genaamd de kikkertesten. Op een kwantitatieve manier wordt nagegaan of afspraken / procedures nageleefd worden op de diverse afdelingen en waar er knelpunten zijn. De vragen van deze kikkertesten komen van het zorgmanagement en worden jaarlijks geëvalueerd op het periodiek over-

leg zorg. Er werden checks gedaan binnen de thema's patiëntendossier, medicatie, milieutherapie, kwaliteit & veiligheid, medewerkers, vrijheidsbeperkende maatregelen. Deze kikkertesten geven snel na de opstart een goed beeld m.b.t. de implementatie van tal van procedures. Deze informatie wordt gebruikt om verbeteracties op te starten die gecoördineerd worden door de afdelingen. Resultaten van deze kikkertesten worden overlopen op het managementoverleg en directieoverleg.

- In december 2018 is er gestart met 2 interne audits door de kwaliteitscoördinator op de processen "somatische zorg" en "vrijheidsbeperkende maatregelen". Op een kwalitatieve manier werd nagegaan hoe deze processen georganiseerd worden. Vanaf 2019 zal er gestart worden met een cyclus van interne audits waarin er 5 à 6 processen per jaar ge-audit worden. Het FPC stelt dat men elke 4 jaar alle processen onderworpen wil hebben aan een interne audit. Voor elk proces is er een proces-eigenaar aangeduid die de resultaten van de interne audit kan gebruiken om verbeterplannen en acties op te stellen. De resultaten van de interne audits worden besproken op de Commissie Kwaliteit en Veiligheid.
- Elk kwartaal wordt er een cijferrapport opgesteld over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Jaarlijks maakt FPC een uitgebreid analyserapport over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- In januari 2019 was er een eerste medewerkersbevraging over het psychosociaal welzijn.
- In januari 2019 was er een eerste patiëntenbevraging over de kwaliteit van zorg.
- Sinds de start van het FPC worden incidenten geregistreerd via verschillende systemen.
 - In het VIM-systeem kunnen medewerkers van FPC Antwerpen incidenten melden. Een incident is een gebeurtenis of omstandigheid die tot schade aan een persoon of de omgeving heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden. Via een snelkoppeling op het intranet is dit systeem toegankelijk voor alle medewerkers. Het anoniem melden van een incident is mogelijk. In het systeem zijn 4 types meldingen voorzien: agressiemeldingen, medicatiemeldingen, beveiligingsmeldingen, meldingen i.v.m. arbeidsomstandigheden of ongewenst gedrag.

In 2018 waren er 665 meldingen via VIM, wat neerkomt op bijna 2 meldingen per dag. De verdeling over de 4 types meldingen was:

 - 17% (116/665) van de meldingen betrof agressie-incidenten;
 - 21% (140/665) betrof medicatiemeldingen;
 - 26% (170/665) van de meldingen betrof beveiligingsincidenten;
 - 36% (239/665) van de meldingen betrof arbeidsomstandigheden of ongewenst gedrag.
 - Sinds januari 2018 is er een maandelijks overleg van de VIM-commissie (directeur patiëntenzorg, kwaliteitscoördinator, 4 verantwoordelijken per type melding en hoofddarts als adviserend lid) waarin de meldingen van die maand besproken worden en eventueel verder geanalyseerd worden.
 - Alle incidenten die gemeld worden via het meldingssysteem worden geanalyseerd tijdens de maandelijks VIM-commissies. In de VIM-commissie kan op basis van een risicomatrix besloten worden om voor specifieke meldingen een diepere analyse te doen aan de hand van de SIRE (systematische incident reconstructie en evaluatie) -methode. Op het moment van de audit heeft er nog maar 1 uitgebreide analyse plaatsgevonden, meer bepaald van een agressie-incident. Het FPC geeft zelf aan dat het aantal uitgebreidere analyses te laag ligt.

Het niet analyseren van ernstige incidenten zoals bijvoorbeeld suïcidepogingen of ernstige agressie-incidenten is een tekortkoming van het huidige VIM-beleid.
 - Het aantal incidenten en het aantal agressie-incidenten zijn twee KPI's die maandelijks overlopen worden. De kwartaal- en jaarrapportages van het VIM-systeem worden besproken op het managementoverleg en directieoverleg.
 - Per kwartaal en jaarlijks worden er rapportages van het VIM-systeem opgemaakt. De algemene aanbevelingen van dit rapport worden opgesteld door de directeur patiëntenzorg en opgevolgd door de

kwaliteitscoördinator. De verantwoordelijken per type melding stellen aanbevelingen op voor hun onderwerp en zijn ook verantwoordelijk voor de opvolging hiervan.

- Kwartaal- en jaarrapportages van het VIM-systeem worden gepubliceerd op het intranet, waardoor alle medewerkers deze kunnen raadplegen.
- ⇒ In het systeem Vision van Securitas worden incidenten geregistreerd die zich op het domein van het FPC voordoen; enkel de incidenten geregistreerd via de camerabewaking worden hierin opgenomen door medewerkers van Securitas. De meldingen worden maandelijks overgemaakt aan de directeur, Manager Technics en Facilities en siteverantwoordelijke Technics en Facilities. De siteverantwoordelijke bespreekt deze meldingen tweemaandelijks met de verantwoordelijke van de beveiligingsincidenten VIM.

In 2018 werden er via Vision 286 incidenten geregistreerd. Het betreft vooral veiligheidsincidenten (brand, politie-interventie, ongewenst bezoek, EHBO, isolatie, schade, fysieke en verbale agressie, diefstal, ...). Het Visionsysteem is een registratiesysteem, maar geen opvolgings- en analysesysteem. Gedetailleerde cijfergegevens over het totaal aantal en de soort incidenten worden niet gegene-reerd. Gestructureerde analyses gebeuren niet op basis van deze registratie en kunnen dan ook niet dienst doen als mogelijke input voor verbeteracties op beleidsniveau.

4.3 FORMELE SAMENWERKINGSOVEREENKOMSTEN

- Omwille van de specifieke wetgeving met betrekking tot de bewaking in België, wordt de bewakings-opdracht door een extern hiertoe bevoegd bedrijf uitgevoerd, namelijk Securitas. Het betreft de beveiliging van de koude zone (d. i. de zone waar geen patiëntenverkeer is): in- en uitgangscntrole, controle van binnenkomende en uitgaande goederen, van vrachtwagens en personen, patrouilleren en opvolgen van de meldkamer die bemand wordt door 2 personen. De bewakingsfirma heeft geen opdracht in de warme zone. De opdracht is via een meerpartijenovereenkomst tussen de Belgische staat, FPC NV en Securitas NV overeengekomen.
- FPC heeft voor de specialistische medische zorg aan patiënten van FPC Antwerpen een raamakkoord af-gesloten met AZ Nikolaas uit Sint-Niklaas.
- Voor de medicatiedistributie heeft het FPC een samenwerkingsovereenkomst afgesloten met een externe apotheekgroep Pharmaforce.
- FPC Gent en Antwerpen hebben een samenwerkingsovereenkomst met PC Gent-Sleidinge met het oog op het uitwerken van een geïntegreerd zorgtraject voor geïnterneerden. Ook met andere partners in de foren-sische zorg zijn er contacten voor verdere samenwerking.
- Er zijn gesprekken gaande over samenwerking met verschillende organisaties in de regio: rust- en verzor-gingstehuizen, organisaties die gespecialiseerd zijn in de zorg voor patiënten met een verstandelijke beperking, een sociaal wonen-project, Centra voor Volwassenenonderwijs (CVO).

5 MIDDELEN

5.1 INFRASTRUCTUUR

- Het gebouw is volledig nieuw en wordt kosteloos ter beschikking gesteld door de Regie der Gebouwen. De inrichting en het onderhoud van het gebouw is ten laste van FPC NV. Anders dan in FPC Gent is het technisch beheerssysteem van FPC Antwerpen volledig in handen van FPC.
- Het complex telt 3 gebouwen (16.441 m²). De afdelingen voor resocialisatie bevinden zich in een apart gebouw, met enkel een hek errond, terwijl rond de andere gebouwen een muur en een hek zijn gebouwd.
- De afdelingen bestaan telkens uit twee gangen (met uitzondering van afdeling Westerschelde waar in de tweede gang het separeerblok is gelegen), die op hun beurt dan weer bestaan uit patiëntenkamers voor 10 tot 12 patiënten, een gemeenschappelijke leefruimte (keuken/eetruimte + living) en een gespreksruimte. Tussen beide gangen is er één gedeelde verpleegpost, dus één per afdeling.
- Op de verschillende afdelingen bevinden zich in totaal 11 duokamers. Het gebruik van de tweepersoonskamers kent een aantal knelpunten, voornamelijk gezien de high risk-patiëntendoelgroep. Het betreft niet enkel risico's inzake patiëntveiligheid, maar ook technische belemmeringen, privacyproblemen, frustratie omwille van het delen van een gemeenschappelijke badkamer (op de afdelingen van Rivier en Stad), het grote aandeel patiënten dat het delen van een kamer (nog) niet aankan, het wegvallen van de mogelijkheid voor patiënten om gedurende de dag in hun kamer een prikkelarme omgeving op te zoeken en het niet kunnen ontvangen van bezoek op de eigen kamer. In 2018 waren er 588 overnachtingen in de PrikkelArme Kamer (PAK) omwille van overlast op een duokamer. Ook vanuit de patiëntenraad kwam de vraag om de duokamers om te vormen tot éénpersoonkamers.

Elke gang had aanvankelijk 1 PAK die gebruikt wordt voor afzondering op de afdeling; in totaal waren er 17 PAK's. Om alle patiënten in een individuele kamer te kunnen laten verblijven, vroeg FPC Antwerpen toelating om 11 prikkelarme kamers te verbouwen tot patiëntenkamers. Het Opvolgingscomité gaf hier toestemming voor. Vooral de specifieke constructie van de sanitaire units heeft gemaakt dat een volledige offerte voor de verbouwingswerken pas in februari 2019 ontvangen werd. Na de verbouwing van duokamers en PAK's tot éénpersoonkamers zullen er nog 6 PAK's zijn op de afdelingen.

- Om te voldoen aan de noden van de uitbating, zijn volgens het FPC nog diverse andere infrastructurele aanpassingen nodig:
 - het plaatsen van doorgeefluiken in de deuren van de patiëntenkamers (een tweede projectvoorstel hierover en het aspect veiligheid daarvan wordt in februari 2019 verder besproken met de firma die de deuren plaatste);
 - het plaatsen van overkappingen in de buitenruimtes (patio's) (bouwaanvraag eind 2018 ingediend);
 - het plaatsen van extra camera's (lopend);
 - het aanpassen van de inrichting van de separeerkamers (zie 7.4);
 - het verhogen van de veiligheid van de sanitaire ruimtes in de patiëntenkamers en de gemeenschappelijke badkamers, vooral met het oog op suïcidepreventie (er wordt nog naar een haalbare oplossing gezocht);
 - het plaatsen van airconditioning in de apotheek, de medische dienst en de griffie (gepland voorjaar 2019).

Een aantal aanpassingen gebeurden reeds:

- het verstevigen van de doorgeefluikjes van de PAK's en separeerruimtes;
- het creëren van een wacht- en onthaalruimte voor bezoekers ter hoogte van het onthaal;
- het inrichten van 2 EHBO-lokalen centraal in het centrum.

- Er zijn verschillende buitenruimtes (patio's) waar patiënten gebruik kunnen van maken: een aparte patio voor afdeling Westerschelde, een gedeelde patio voor Nete-Dam en Kiel-Statie, een aparte patio voor Eilandje-Zuid, en een gedeelde patio voor Rupel-Dijle en Luchtbal-Kievit. De patiënten van de resocialisatie-afdelingen kunnen terecht in de grote tuin, die het resterende deel van de open ruimte van het terrein grotendeels omvat.
Voorlopig maken patiënten steeds op vaste momenten gebruik van de buitenruimtes, onder begeleiding en per afdeling. Het is de bedoeling dat sommige patiënten op termijn ook "vrije patio" krijgen (individueel en zonder begeleiding).
 - Verspreid over het gebouw bevinden zich therapieruimtes (voor muziektherapie, crea, ...), arbeidsateliers (houtatelier, assemblage, ...), een klaslokaal, een ruimte voor afname van psychodiagnostische tests, kantoorruimtes voor de vaktherapeuten en de WLS-begeleiders, de medische dienst, een superette, een kledijwinkel voor mannen en één voor vrouwen, een bibliotheek (waar ook DVD's en games kunnen ontleend worden) en een pornotheek, gebedsruimtes, een kappersruimte, een ruimte voor pedicure, een sporthal, een fitnessruimte en een ontspanningsruimte met biljart, dartsborden en een voetbaltafel.
 - Ook in de tuin worden verschillende activiteiten aangeboden: er is een ruime serre waarin groenten worden gekweekt, er werd een fruittuin aangeplant, er is een petanquebaan en een kunstgrasveld voor buitensport; samen met patiënten wordt een tweede kunstgrasveld aangelegd.
 - Op het gelijkvloers, naast de afdeling Westerschelde, is een centraal separeerblok met 4 separeerruimtes.
 - In het hoofdgebouw zijn verder ook nog vergaderzalen, directie- en stafburelen voorzien.
 - Net zoals FPC Gent beschikt FPC Antwerpen over een ruim bezoekerscomplex (met gesprekslokalen voor advocaten e.d.) dat niet past binnen de behandelvisie: patiënten ontvangen bezoek op de kamer. De voorziene ruimtes worden in de praktijk gebruikt door de vaktherapeuten (bv. als crearuimtes).
 - Elke patiënt beschikt op zijn kamer over een computer met toegang tot de "patient cloud", die verschillende mogelijkheden biedt:
 - het bekijken van een selectie van films (tegen betaling);
 - toegang tot een selectie van nieuwsartikels;
 - toegang tot een selectie van sportnieuwsartikels;
 - een alarm (wekkerfunctie);
 - telefoneren (naar goedgekeurde contacten);
 - een beperkte desktopfunctie (tekstverwerking, rekenblad, ...) met mogelijkheid om bestanden op te slaan op een USB-stick.
- Er wordt ook gewerkt aan een apart intranet voor patiënten. Tijdens de blokken onderwijs zullen patiënten daarnaast (op indicatie) gebruik kunnen maken van één PC die toelaat om op het internet te werken.
- Op de afdelingen worden volgende aspecten als een knelpunt ervaren.
 - De patiëntenkamers beschikken over relatief weinig bergruimte. In sommige kamers liggen kledij en schoenen opgestapeld op de vloer.
 - De keuken op de afdelingen is niet aangepast om systematisch voor de leefgroep te koken, zo is bv. het kookfornuis te klein.

5.2 PATIËNTENDOSSIER

- In het FPC maakt men gebruik van een elektronisch patiëntendossier (User). Het EPD bevat o.m. volgende rubrieken:
 - Dagrapportage (dagelijkse observaties door de afdelingsstaf, verslagen PSO en risicomanagement-groepen)
 - Voortgang (notities op basis van gesprekken van de IB, de afdelingspsycholoog, de psychiater, therapeuten, WLS-medewerkers, huisarts, medische dienst, ...)
 - Behandelen
 - Patiëntenafspraken (wordt nog weinig gebruikt in afwachting van nodige aanpassingen en van opleiding van het personeel)
 - Werkpunten (wordt niet gebruikt)
 - Cliëntendashboard: een overzichtsscherm van waaruit kan doorgelinkt worden naar andere rubrieken: agenda patiënt (blokkenrooster), samenvatting, personalia, behandelen, correspondentie, somatiek, voortgang, aanvullende gegevens, vrijheidsbeperkende interventies, sociogram, vragenlijsten, ROM, zorgtraject, te verwerken documenten
 - Correspondentie (verslagen vroegere opnames, verslagen van deskundigen,...)
 - Contactpersonen (gescreende contactpersonen van de patiënt).

- Het dossier bevat een sjabloon voor het behandelplan dat op alle afdelingen gebruikt wordt, wat het overzicht voor de medewerkers bevordert.

Dit sjabloon is zeer gestructureerd en gedetailleerd uitgewerkt. Het bevat de feitelijke weergave van de feiten, een delictanalyse, een beschrijving van het voorziene traject, toelichting bij het behandelplan, het (klinisch) patiëntenprofiel, het einddoel van de behandeling, concrete behandeldoelen, afspraken, vrijheden en de visie van de patiënt. Daarnaast is er ook somatische info opgenomen, medicatie, informatie over het netwerk, over slachtoffers, een beschrijving van risicofactoren, behoeften, mogelijkheden en beschermende factoren, de motivatie van de patiënt, de prognose, informatie vanuit de sociale dienst en een wegingsfactor in het kader van urinedrugscreening.

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

- Op afdelingsniveau werden volgende knelpunten in verband met dossiervorming vastgesteld.
 - Veel medewerkers weten niet altijd waar ze welke informatie kunnen vinden.
Het feit dat flexmedewerkers worden ingezet (zie 6.1) en dat medewerkers kunnen worden ingezet op andere afdelingen, maakt de nood aan heldere en eenvormige afspraken over dossiervorming (evenals goede kennis daarvan) des te groter.
 - De boomstructuur van User bevat een aantal ongebruikte onderverdelingen. De opleidingen om User zo efficiënt en volledig mogelijk te gebruiken, zijn nog gaande.
 - Over de herevaluatie van het suïciderisico wordt vaak niets genoteerd (tenzij bij wijzigingen inzake het ingeschatte risico), waardoor niet kan nagegaan worden of en wanneer een herevaluatie gebeurde, en waardoor de evolutie van het suïciderisico doorheen de opname ook niet kan gereconstrueerd worden (zie 7.6).
- Medicatie wordt elektronisch voorgeschreven door de artsen in het systeem Farmad. Met deze gegevens wordt door Farmad automatisch een medicatieschema gegenereerd, dat vanuit de apotheek zowel in de vorm van medicatiemaandschema's als van medicatiedagschema's per patiënt op papier naar de afdelingen gestuurd wordt.

6 MEDEWERKERS

6.1 PERSONEELSBELEID

- De dienst human resources wordt geleid door de human resources manager en wordt aangestuurd door de algemeen directeur. De dienst behartigt het aanwervingsbeleid, het vormingsbeleid, evenals de taakverdeling en functieomschrijvingen.
- Het middenkader in het FPCA bestaat uit:
 - de afdelingshoofden;
 - de afdelingspsychologen;
 - de coördinator Werken-Leren-Sport;
 - de psychiaters;
 - hoofd behandelrapportage;
 - kwaliteitscoördinator;
 - preventieadviseur;
 - verantwoordelijke personeelszaken;
 - hoofdboekhouder;
 - siteverantwoordelijke facilities en technics;
 - verantwoordelijke ICT helpdesk.
- De inroostering en planning van de afdelingen wordt centraal vanuit de dienst Human Resources gestuurd. Bij plotse afwezigheden wordt een oplossing gezocht in samenwerking met de betreffende afdelingshoofden.
- De inhoudelijke aansturing van de zorgequipes gebeurt door de directeur patiëntenzorg die voltijds is aangesteld.
- Er zijn in totaal 9 zorgequipes voor 9 afdelingen. Elk team wordt aangestuurd door een afdelingshoofd, een afdelingspsycholoog en een psychiater. Het afdelingshoofd is hiërarchisch verantwoordelijk en stuurt de sociotherapeuten aan. De afdelingspsycholoog stuurt het behandelmilieu inhoudelijk aan en leidt de risicomanagement-groep.
- Alle afdelingshoofden zijn verpleegkundigen van opleiding. Momenteel is er 1 afdeling (Kattendijk-Kanaaldok) die geen vast afdelingshoofd heeft. De vacature werd intern ingevuld en in maart start het nieuwe afdelingshoofd. Tot dan zijn er twee afdelingshoofden die deze taak waarnemend op zich nemen.
- De zorgequipe op een afdeling bestaat uit verpleegkundigen en therapeutisch assistenten, samen sociotherapeuten genoemd. Beiden nemen de taak van individueel begeleider op. Elke sociotherapeut is individueel begeleider (IB) van 1 à 2 patiënten. De rol van IB staat duidelijk omschreven in een richtlijn (o.a. wekelijks evaluatiegesprek met verslag in User, opstellen en bijwerken van het signaleringsplan, voorbereiden en aanwezig zijn bij de behandelplanbesprekingen, collega's brieven over aandachtspunten van de gevolgde patiënten, ...).
- Men streeft naar een 1/1-verhouding tussen beide functieprofielen (verpleegkundige-therapeutisch assistent) in de equipe van de sociotherapeuten. Deze verhouding bereiken is sinds de start van het FPC niet evident, enerzijds door de krapte aan verpleegkundigen op de arbeidsmarkt, anderzijds door de zeer specifieke setting van een FPC. Door de moeilijke instroom van verpleegkundigen werden er meer therapeutisch assistenten aangeworven. De bedoeling is om deze, wanneer ze het FPC zouden verlaten, te ver-

vangen door verpleegkundigen zodat de 1/1 verhouding op termijn kan bereikt worden. Op het moment van de audit is de verhouding verpleegkundigen / therapeutisch assistenten 36,4 VTE / 70,7 VTE.

- Binnen de groep van sociotherapeuten zijn er 46 verpleegkundigen (bachelor en HBO5-opleiding), waarvan 9 afdelingshoofden, en 86 therapeutisch assistenten. Van de therapeutisch assistenten hebben er 32 een masteropleiding (37%), 43 een bacheloropleiding (50%) en 11 een beroepsopleiding (13%).
- De therapeutisch assistent is een medewerker die bijdraagt tot het therapeutisch leefklimaat, de diagnostiek, de behandeling en de resocialisatie. Voor de therapeutisch assistenten wordt door FPC Antwerpen minimum een zorgdiploma vereist. In de praktijk hebben 70 van de 86 therapeutisch assistenten een zorgdiploma (81%), 13 zijn criminoloog (15%) en 3 personen (4%) hebben geen zorgdiploma maar hebben relevante ervaring met de forensische doelgroep en werden positief geëvalueerd.
- Om ziekte en afwezigheden (bv. verlof, vorming) op te vangen, zijn er 8,9 VTE extra voorzien voor de verpleegkundigen en 8,9 VTE extra voor de therapeutisch assistenten. Daarnaast is er een mobiele ploeg van 4,1 VTE. Bij verlof en ziekte bekijkt de centrale planner op welke afdelingen het meest personeel beschikbaar is en welke medewerkers elders kunnen bijspringen.
- Er worden sinds januari 2018 ook flex-medewerkers ingeschakeld. Deze flexers zijn medewerkers die geen vast contract hebben met FPC Antwerpen, maar via 3 vaste interimkantoren kunnen ingeschakeld worden op alle afdelingen binnen het FPC. Indien de centrale planner geen interne medewerkers vindt, wordt er een beroep gedaan worden op flexers.
 - Op het moment van de audit zitten er 69 personen in de "flexpool", waarvan 35 verpleegkundigen en 35 mensen die de functie van therapeutisch assistent kunnen opnemen. Deze zijn allen voldoende gekwalificeerd, zijnde met een zorgdiploma en bij voorkeur ervaring binnen de psychiatrie.
 - In de maanden voorafgaand aan de zomer van 2018 (april-mei-juni) werden er in totaal 1938 uur flex-medewerkers ingezet. In de zomermaanden liep dit cijfer op tot 770 uur in juli en 950 uur in augustus.
 - Alle flexers doorlopen een traject dat bestaat uit een gesprek met een HR-medewerker en een rondgang in het FPC. Daarna start hun opleiding, bestaande uit verschillende e-learningmodules, een tweedaagse training bestaande uit een praktijkvorming agressiehantering en een theoretische vorming. Regelmatig worden er rapporten gemaakt van wie de e-learningmodules doorlopen heeft; deze rapporten worden doorgestuurd naar de interimbureaus.
 - De flexers die het vaakst worden ingezet en een goede evaluatie krijgen, kunnen na verloop van tijd ook de vijfdaagse opleiding agressiehantering krijgen die vaste nieuwe medewerkers doorlopen.
- Er wordt binnen de zorg geen beroep gedaan op jobstudenten. Momenteel doet het FPC geen beroep op vrijwilligers.
- Er werden heel wat inspanningen geleverd voor de werving van verpleegkundigen: "Bring a friend"-acties, premies voor medewerkers die een verpleegkundige aanbrengen, acties via LinkedIn en Facebook, postings op job-sites, aanwezigheid op VDAB-jobbeurzen, jobdagen op FPC, contacten met scholen, Dit leverde al resultaten op.
- Op het moment van de audit zijn er vacatures voor de functies directeur patiëntenzorg, verpleegkundigen, verpleegkundige medische dienst en medewerker ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen).
- Medewerkers moeten de Nederlandse taal voldoende beheersen. Men heeft in het verleden getracht om anderstaligen bij te scholen door een taalcursus Nederlands aan te bieden, maar in praktijk bleek dit onvoldoende om de taak van sociotherapeut kwalitatief te kunnen uitvoeren.

- Het FPC heeft aandacht voor taakuitzuivering, zodat de sociotherapeuten hun tijd optimaal kunnen besteden aan therapeutische activiteiten.
 - De medewerkers ADL (5 x 0,75 VTE) ondersteunen de zorgelijke dagelijks gedurende 4 uur 's morgens voor de ADL-aspecten. Hun taken worden ruim opgevat, gaande van de hulp aan patiënten bij het wassen en aankleden, opruimen van de kamer tot het uitvoeren van logistieke taken zoals bestellingen doen binnen de afdelingskeuken.
 - 's Avonds en in het weekend worden animatoren (2 x 0,5 VTE) ingeschakeld. Zij organiseren zowel afdelingsgebonden als afdelingsoverstijgende activiteiten. Soms worden er ook lesgevers van buitenshuis ingeschakeld om animatie te voorzien (bv. yogaleraar).
 - De dienst "Patiëntenvervoer" staat in voor een groot deel van het vervoer en de begeleiding van de patiënten tijdens het vervoer, alsook voor het inplannen en het organiseren van alle uitgaansmodaliteiten van de patiënten binnen FPC Antwerpen.
 - 1 medewerker (0,8 VTE) wordt ingeschakeld voor extern patiëntenvervoer en begeleidde uitgaansvergunningen. Daarnaast zijn er nog 2 therapeutisch assistenten (TA) die bovenop hun 0,8 VTE als TA ook de taak van patiëntenvervoer op zich nemen. Voorlopig volstaat dit om de aanvragen op te vangen, maar dit kan in de toekomst nog uitgebreid worden binnen het personeelsbestand.
- Het beperkte aantal verpleegkundigen laat niet toe om tijdens elke shift binnen elke zorgelijke een verpleegkundige in te roosteren. Binnen sommige zorgelijken zijn er maar 2 of 3 verpleegkundigen. Verpleegkundige taken zoals bedeling van medicatie zullen in de toekomst ook gedelegeerd worden aan zorgkundigen. Momenteel is er bij de therapeutisch assistenten één zorgkundige. Men wil een oproep doen bij de therapeutisch assistenten om een opleiding zorgkundige te volgen.
- Het FPC werkt met jaargesprekken die structureel eenmaal per jaar plaats vinden met elke medewerker. Deze worden gehouden één jaar na de indiensttreding en vallen zo voor iedere medewerker op een ander tijdstip. De gesprekken worden geregistreerd door de dienst Human Resources die de afdelingshoofden laat weten welke gesprekken nog moeten plaatsvinden.
- Er vinden exitgesprekken plaats met medewerkers die uit dienst gaan. Deze worden gevoerd door een HR-medewerker. Er is feedback naar de afdelingshoofden, het hoofd zorg en de directeur patiëntenzorg. In 2018 vonden er 49 gesprekken plaats (77 uit dienst). Vanuit deze feedback werd er besloten tot een opleiding coachingstraject voor de leidinggevenden en wordt er aandacht besteed aan loopbaanperspectieven waar mogelijk.
- Er wordt gewerkt met 8 vaste nachtmedewerkers (medewerkers die uitsluitend 's nachts werken). Alle nachtmedewerkers nemen deel aan vormingen en dienstvergaderingen. Daarnaast is er een apart overleg dat eenmaal per kwartaal georganiseerd wordt en gekoppeld is aan intervisie.
- Er is een procedure disfunctioneren opgenomen in het arbeidsreglement en er is een beleid uitgewerkt dat bepaalt hoe het FPC omgaat met middelenmisbruik bij werknemers.
- Het BOT (Bedrijfs Opvang Team) voorziet in de nazorg voor medewerkers na een incident met een patiënt of een stressvolle gebeurtenis op het werk (zie 7.5). In het kader van ongewenst grensoverschrijdend gedrag kunnen medewerkers beroep doen op de vertrouwenspersonen. Deze taak wordt opgenomen door een maatschappelijk werker en een orthopedagoog binnen het FPC.
- De verantwoordelijkheden van alle zorgverleners binnen een multidisciplinair team staan in de individuele functiebeschrijvingen beschreven, die allemaal op 1/2/2019 goedgekeurd werden. Daarnaast wordt de functie van de afdelingspsychiater en de afdelingspsycholoog ook kort beschreven in het huishoudelijk reglement (1.2 functies en bevoegdheden). Tenslotte wordt de rol van de individueel begeleider beschreven in de richtlijn "Rol individueel begeleider".

6.2 BESTAFFING

- De bestaffingsnormen voor het FPC zijn vastgelegd in het KB van 19/12/2014 in uitvoering van artikel 56, § 3ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voor de forensische psychiatrische centra (BS 29/01/2015). Volgens dit KB dient het FPC te beschikken over 21,25 VTE per 30 bedden waarvan 4 VTE verpleegkundigen. Omgerekend naar 182 bedden komt dit neer op een totaal van 128,92 VTE waarvan 24,27 VTE verpleegkundigen. Hieraan voldoet de personeelsbestaffing van FPC Antwerpen.

Er is op dit moment geen geobjectiveerde vergelijking voorhanden van de zorgzwaarte van patiënten in verschillende instellingen of afdelingen (FPC, medium-security en high-security-afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen, intensieve behandel eenheden in psychiatrische ziekenhuizen). De zorgzwaarte van de patiënten in FPC verschilt tussen de afdelingen (ZIZ, behandelafdelingen en resocialisatie-afdelingen). In de opstartfase zijn er in FPC Antwerpen relatief meer patiënten in een observatie- en oriëntatiefase en met een aanzienlijke detentieschade dan op langere termijn kan verwacht worden.

De algemeen voorziene bestaffing in FPC Antwerpen ligt een stuk lager dan wat in de andere afdelingen (medium-security en high-security-afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen, intensieve behandel eenheden in psychiatrische ziekenhuizen) wordt vooropgesteld, weliswaar met dien verstande dat in een FPC meer personele middelen beschikbaar zijn voor beveiliging van de koude zone en meer infrastructurele mogelijkheden qua beveiliging voorhanden zijn.

De lage bestaffingsnorm die voorzien is in het KB voor FPC, in combinatie met de basisbezetting die FPC noodzakelijk acht om kwalitatieve zorg te bieden tijdens de dag (zie ook lager), laat niet toe om 's nachts meer te bestaffenen dan de huidige ■ nachtmedewerkers voor 9 afdelingen. De norm laat daarenboven niet toe om in elke shift per afdeling een verpleegkundige in te roosteren.

Het personeel dat het FPC vooropstelt om te werven, ligt hoger dan de personeelsnorm die in het KB is vastgelegd.

In november 2019 is een evaluatie gepland door de bevoegde federale overheden over de wettelijk voorziene bestaffingsnorm.

- Het FPC beschikt in totaal over 197 medewerkers of 168,83 VTE. Het personeel van Securitas dat instaat voor beveiliging en het personeel van Sodexo is hierin niet meegerekend.
In de zorg zijn er 178 medewerkers of 152,05 VTE personeelsleden actief, waarvan:
 - 36,4 VTE verpleegkundigen (37 verpleegkundigen waarvan 22 psychiatrisch verpleegkundigen);
 - 70,7 VTE therapeutisch assistenten;
 - 8,8 VTE afdelingshoofden;
 - 9,8 VTE afdelingspsychologen;
 - 13 VTE therapeuten (psychologen, bewegingsagogen, ergotherapeut, dramatherapeut, beeldend therapeut, arbeidstherapeut, muziektherapeut,...);
 - 3,75 VTE medewerkers ADL;
 - 1 VTE animatoren;
 - 3 VTE behandelrapporteurs, waarvan 1 hoofd behandelrapporteur;
 - 1 VTE medewerker patiëntenvervoer;
 - 2 VTE maatschappelijk werker;
 - 1 VTE arts-in-opleiding psychiatrie (ASO);
 - 1,6 VTE psychiaters, exclusief de psychiater werkzaam op zelfstandige basis (0,6 VTE) en de hoofdarts.

- Er zijn in totaal 3 psychiaters verbonden aan het FPC, onder wie 1 psychiater die op zelfstandige basis werkt. Daarnaast is er ook een laatstejaars ASO-psychiater. De hoofdarts neemt geen klinische taken op binnen het FPC.

Dagelijks zijn er minstens 2 psychiaters en 1 ASO-psychiater aanwezig. Er is een duidelijke werkverdeling. De verantwoordelijkheid over de verschillende afdelingen is verdeeld onder de psychiaters. De ASO-psychiater volgt 4 afdelingen op, onder supervisie van 2 psychiaters. Ongeveer 60% van de tijd van de psychiaters gaat naar direct patiëntencontact. De resterende 40% van de tijd is voorzien voor rapportering en overleg met behandelstaf. Bovenop de contractuele arbeidsduur presteert de psychiater ook nog de wachtdienst; deze wordt ingeschat op 30% van de contractuele arbeidsduur.

- In het weekend, de avond en nacht is er een dubbele medische wachtrekening.
 - De psychiatrische wacht wordt via een beurtrol door de psychiaters gemeenschappelijk voor FPC Antwerpen en FPC Gent gedaan. Ook de ASO-psychiater neemt deel aan de wachtdienst, onder supervisie van een psychiater van achterwacht.
De psychiater van wacht komt ter plaatse bij opstart van een separatiemaatregel.
 - De somatische wacht voor FPC Antwerpen wordt door vijf huisartsen waargenomen via een beurtrol. Zij kunnen telefonisch gecontacteerd worden en combineren hun wachtdienst vaak met de wachtdienst in de gevangenis van Beveren.
- Tijdens weekend- en feestdagen is een afdelingshoofd vier uur per dag aanwezig. Een afdelingshoofd en een afdelingspsycholoog zijn oproepbaar.
- De man/vrouwverdeling bij het personeel komt voor 197 personeelsleden (uitgedrukt in aantal medewerkers) neer op 39 mannen (20%) en 158 vrouwen (80%); bij de groep zorgpersoneel is de verhouding man/vrouw 19%/81%.
- De leeftijdspiramide van de personeelsleden wordt weergegeven in de onderstaande tabel.

leeftijdscategorie	aantal medewerkers	aantal zorgmedewerkers
20-24 jaar	46	43
25-29 jaar	73	65
30-34 jaar	21	18
35-39 jaar	9	8
40-44 jaar	20	19
45-49 jaar	16	11
50-54 jaar	7	5
55-59 jaar	4	3
60+	1	1

Hieruit blijkt dat 119 personeelsleden (62%) zich situeren in de leeftijdspiramide tussen de 20 en 29 jaar. Bij het zorgpersoneel zijn er 108 (62%) personeelsleden binnen die leeftijdscategorie. Het vrouwenaandeel in deze leeftijdscategorie komt neer op 99 (92%).

- Het FPC stelt zelf volgende basisbezetting voorop voor de verschillende afdelingen.

Op weekdays:

	vroegdiensten	late diensten
Nete-Dam	2	3
Eilandje-Zuid	2	3
Luchtbal-Kievit	2	3
Asiadok-Amerikadok	2	3
Bonapartedok-Delwaidedok	2	3
Rupel-Dijle	3	2
Kiel-Statie	3	2
Kanaaldok-Kattendijkdok	3	2
ZIZ	3	3

In het weekend zijn de patiëntenkamers afgesloten tot 9u i.p.v. tot 7u (zie 7.4). Tussen 7u en 9u wordt er een vroegdienst van ZIZ gedetacheerd naar het resocialisatiegebouw en een tweede medewerker van ZIZ neemt de permanentie waar in het behandel- en observatiegebouw tot de dagdiensten aanwezig zijn.

	vroegdiensten	dagdiensten	late diensten
Nete-Dam	/	2	3
Eilandje-Zuid	/	2	3
Luchtbal-Kievit	/	2	3
Asiadok-Amerikadok	/	2	3
Bonapartedok-Delwaidedok	/	2	3
Rupel-Dijle	/	3	2
Kiel-Statie	/	3	2
Kanaaldok-Kattendijkdok	/	3	2
ZIZ	3	/	3

In de praktijk streeft men naar een hogere bezetting dan de basisbezetting, met name 3 vroege shiften en 3 late shiften op alle afdelingen. Op het moment van de audit wordt er op ZIZ meer personeel ingezet (4 vroege en 4 late shiften) dan de basisbezetting, dit om continu toezicht op een patiënt te kunnen garanderen.

Meestal kan men deze hogere bezetting halen. In het verleden was dat echter niet steeds het geval en waren er regelmatig meldingen via VIM over personeelstekorten op de afdelingen.

Uitzonderlijk haalt men de basisbezetting niet en moet men met een minimumbezetting van 2 vroege shiften en 2 late shiften werken (is bv. uitzonderlijk gebeurd in de zomermaanden). Indien de minimumbezetting niet gehaald wordt, dan worden de patiëntenkamers van die afdeling niet geopend tot er bijkomend personeel (bv. flexer) aanwezig is.

- In een psychiatrisch ziekenhuis dient men volgens de ziekenhuiswetgeving voor elke afdeling minstens een verpleegkundige in elke shift te voorzien (24/24u). Gezien de populatie van high risk forensisch psychiatrische patiënten in FPC en de wettelijk voorziene verpleegkundige taken in de zorg lijkt deze verpleegkundige bestaafsnorm ook hier een minimale vereiste. De bestaafsnorm die voor FPC is vastgelegd in een KB laat niet toe om in elke shift per afdeling een verpleegkundige in te roosteren.

- Overdag tracht FPC per shift en per afdeling een verpleegkundige te voorzien. Hierin slaagt men niet altijd. Minimaal zet men voor het hele FPC (dus voor de 9 afdelingen) 7 verpleegkundigen per shift in. Indien er minder dan 7 verpleegkundigen beschikbaar zijn voor een shift (zoals bv. in de zomermaanden van 2018 het geval was), worden er verpleegkundige flexers ingezet.
- 's Nachts zijn er organisatiebreed [REDACTED] personeelsleden voor de zorg aanwezig, waarvan minstens één verpleegkundige.

•

[REDACTED] FPC kan op het moment van de audit niet aantonen dat [REDACTED] nachtmedewerkers voldoende zijn om alle nodige toezichtstaken te vervullen (zie 7.4).

6.3 VORMING, TRAINING EN OPLEIDING (VTO)

- Het FPC beschikt over een uitgeschreven beleidsplan vorming en een vormingskalender 2019. Alle vaste opleidingen zijn reeds bij het begin van het jaar vastgelegd, waarna nieuwe medewerkers stelselmatig worden uitgenodigd.
FPCA heeft een streefdoel van gemiddeld 5 dagen opleiding per medewerker per jaar. Vormingsbehoeften worden in kaart gebracht aan de hand van bevraging tijdens de jaargesprekken.
Gevolgde vormingen worden bijgehouden in de HR-tool Progreso door het departement HR. Nagenoeg alle medewerkers behalen ruim hun vooropgestelde aantal uren vorming.
- In 2018 werd de streefnorm overschreden omwille van het feit dat elke sociotherapeut tijdens de opstartfase van het FPC alle verplichte opleidingen vóór de effectieve start op de afdelingen kreeg in drie opeenvolgende weken.
Nadien is men overgestapt naar opleidingen op periodieke tijdstippen. In Progreso wordt bijgehouden wie welke opleiding nog moet volgen en wie nog dient ingepland te worden. Hierbij wordt getracht om een evenwicht te vinden tussen het volgen van opleidingen en het bewaken van een correcte bezetting.
- Alle nieuwe medewerkers krijgen meteen na contractondertekening een link doorgestuurd naar de e-learningen. Zo hebben ze ruim de tijd om zich de belangrijkste procedures binnen FPC Antwerpen eigen te maken. Enkele voorbeelden zijn:
 - Eerste interventieploeg (EHBO, Brand, Evacuatie)
 - Suïcidepreventie
 - Milieutherapie
 - Kamerinventaris
 - Alarmsituaties (alarmering, gijzeling)
 - Vrijheidsbeperkende maatregelen
 - Uitgaansmodaliteiten
 - Urine Drugs Controle
 - Aankoop & Financiën.
- Alle nieuwe medewerkers in de sociotherapie krijgen op hun eerste werkdag een document met hun inscholingstraject waarop alle opleidingen die voor hen voorzien worden opgesomd staan. Het algemene inscholingstraject voor nieuwe sociotherapeuten omvat een halve onthaaldag, verzorgd door de directeur patiëntenzorg en HR, en een opleiding van 2 weken, bestaande uit een week fysieke weerbaarheidstraining en een week theorie.

Het vormingspakket binnen de algemene inscholing bestaat uit:

- 1 dag vroegsignalering;
- 1 dag milieutherapie;
- 1 dag eerste interventieploeg;
- 2 dagen over behandelvisie en -aanbod, wet- en regelgeving, User, intern noodplan, VIM, BOT, kwaliteitsbeleid, observeren en rapporteren.

Nieuwe medewerkers worden twee weken bovenop de normale bestaffing geplaatst om hen de mogelijkheid te geven zich in te werken. Ze worden op de afdeling begeleid door een peter of meter die hen wegwijs maakt.

- De onderdelen patiëntenrechten, klachtenbeleid en rechtspositie komen aan bod in de opleiding wet- en regelgeving. Deze opleiding wordt gegeven bij indienststreding. In de vorming "kwaliteitsbeheer" (voorzien voor alle medewerkers bij indienststreding) wordt aandacht besteed aan de ombudsdienst binnen het FPC en het klachtenbeleid.
- Er zijn specifieke inscholingstrajecten voor specifieke afdelingen (bv. Boeien en fouilleren voor ZIZ). Medewerkers voor ZIZ worden vooral geselecteerd op basis van draagkracht en ervaring.
- In 2018 was er voor elk team een halve dag opleiding waar ook intervisie aan bod komt; in de toekomst wordt dit uitgebreid naar twee dagen per team. Deze opleiding wordt geleid door de directeur patiëntenzorg. Naast opleiding milieutherapie en behandelvisie worden ook casussen en het functioneren van de staf besproken. Daardoor blijft de focus op het hanteren van de juiste begeleidingstechniek en vindt verdieping plaats in het samenhangend behandelen.
- Alle afdelingspsychologen volgden een opleiding risicotaxatie. De psychiaters en de hoofden zorglijnen volgden een verkorte opleiding risicotaxatie.
- De opleiding psychopathologie voor nieuwe medewerkers, flexers, verpleegkundigen en therapeutisch assistenten wordt vanaf dit jaar uitgerold en zal door een psychiater en een psycholoog gegeven worden.
- In het kader van vroegsignalering zijn er op elke afdeling aandachtsfunctionarissen aangeduid. Zij krijgen extra training hiervoor en worden via mail ondersteund door een externe trainer.
- Intervisie wordt op verschillende niveaus georganiseerd.
 - Intervisie voor afdelingshoofden wordt geleid door de hoofden zorg.
 - Intervisie voor de afdelingspsychologen is geïntegreerd in het wekelijkse overleg tussen afdelingspsychologen. Dit wordt eveneens geleid door de hoofden zorg.
 - Intervisie voor de afdelingsstaf vindt maandelijks plaats onder leiding van de afdelingspsycholoog.
 - Voor de coördinator WLS en de therapeuten is er een aparte intervisie, geleid door het hoofd programmalijn.

7 PROCESSEN

7.1 BEHANDELPROCES

Toeleiding

- De verschillende Kamers voor de Bescherming van de Maatschappij (KBM) kunnen beslissen tot plaatsing van geïnterneerden in FPC Antwerpen. Noch de patiënt, noch het FPC kunnen die opname weigeren.
- Meestal verblijft de patiënt op het moment van de aanmelding in de gevangenis (in de periode sinds de opstart gebeurden daarnaast een paar overplaatsingen vanuit FPC Gent en één vanuit afdeling Levanta van PC Sint-Jan-Baptist). Een psychiater en een psycholoog of criminoloog gaan voor een aanmeldingsgesprek naar de gevangenis in kwestie. Dit gesprek verloopt aan de hand van een gestandaardiseerd format. Samen met de informatie uit het vooronderzoek (op basis van het dossier) leidt dit tot een omstandig "forensisch-psychiatrisch diagnostisch verslag", waarin meteen ook wordt besloten in welk therapeutisch milieu de patiënt moet worden opgenomen (supportief of sociaal-therapeutisch).
- Bij de eerste 132 opnames had FPC Antwerpen inspraak in de volgorde waarin de patiënten werden opgenomen. Sindsdien is de beslissingsdatum van de KBM in principe bepalend, tenzij de KBM een geïnterneerde bij hoogdringendheid in het FPC wil plaatsen. Dit laatste kan in twee gevallen:
 1. In het geval waarbij een (langer) verblijf in een penitentiaire omgeving nefast zou zijn voor het functioneren van de geïnterneerde.
 2. Wanneer de geïnterneerde eerder in een FPC verbleef, vervolgens in een inrichting van het directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen werd opgenomen en het van belang is dat hij of zij snel terug kan aanhaken bij de eerder verstrekte behandeling:
 - een patiënt die uit een FPC uitstroomde naar een vervolgtraject in het kader van zijn verdere maatschappelijke re-integratie;
 - een patiënt die langer dan 7 dagen ongeoorloofd afwezig is (door ontvluchting of onttrekking tijdens een uitgaansmodaliteit die hij vanuit een FPC heeft genoten) en voor wie de KBM intussen een beslissing tot overplaatsing genomen heeft.

Het FPC heeft dus nauwelijks of geen invloed op de instroom van patiënten. Via het interne doorstroom- en het uitstroombeleid dient men zich aan te passen en plaats te creëren in een opnameafdeling voor de doelgroep en met het therapeutisch milieu dat geschikt is voor de volgende patiënt op de wachtlijst.

- De nieuwe interneringswet, die in werking trad in 2016, voerde – naast plaatsing (en beperkte detentie, als modaliteit van plaatsing) – nog een extra mogelijkheid in om patiënten in een FPC op te nemen, met name in geval van schorsing van de invrijheidstelling op proef (IOP) en dit voor de duur van de schorsing (die gevolgd wordt door een verderzetting, elektronisch toezicht, een herziening of een herroeping van de IOP). Door een nieuwe wetswijziging in 2017 werd ook de uitvoering van een voorlopige aanhouding in het kader van een interneringsmaatregel in een FPC mogelijk (voor de duur van de voorlopige aanhouding). Er lopen nog gesprekken met de federale overheid, met de KBM's, met het Openbaar Ministerie en met het RIZIV over de uitvoeringsmodaliteiten hiervan in FPC Antwerpen. In afwachting daarvan werden (tot op het moment van de audit) in FPC Antwerpen nog geen patiënten opgenomen op basis van deze mogelijkheid.

Opnameverloop en interne doorstroom

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

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

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

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

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

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

- Binnen het multidisciplinair team wordt er nagegaan welke psychodiagnostiek nodig is om een correcte indeling te maken van behandelmilieu en klinisch profiel en om een juiste inschatting te maken voor de uitstroom van de patiënt. Voor het uitvoeren van de diagnostiek wordt er rekening gehouden met de diagnostiek uit de penitentiaire instelling en uit de intake aan de hand van het Forensisch Psychiatrisch Protocol. Conform het theoretisch Risk-Needs-Responsivity-kader wordt psychodiagnostiek aangevuld met risicotaxatie (cfr. infra).

Men plant binnenkort te starten met het systematisch uitvoeren van een basisdiagnostiek, al dan niet aangevuld met een bijkomende diagnostiek.

- Basisdiagnostiek: gestandaardiseerde risicotaxatie, screening op verstandelijke beperking en een aantal bijkomende tests in functie daarvan en in functie van de psychopathologie.
- Indien het multidisciplinaire team onvoldoende zicht heeft op de diagnose of op de mogelijkheden van de patiënt kan er bijkomend onderzoek aangevraagd worden.

De afdelingspsychologen staan in voor de afname van de risicotaxatie en van de Psychopathy Checklist - revised (die standaard worden afgenomen). Het overige psychodiagnostisch onderzoek wordt uitgevoerd

door medewerkers diagnostiek, die niet aan een afdeling verbonden zijn maar onder het hoofd Program-
malijn ressorteren (en daarnaast ook instaan voor bepaalde behandelmodules). Via User wordt doorgege-
ven welke testafnames worden gevraagd door de teams voor de verschillende patiënten. Op basis hiervan
wordt een lijst gegenereerd op het intranet. Op het moment van inspectie kampen de medewerkers
diagnostiek met een aanzienlijke achterstand, en dit gezien de grote instroom in de opstartfase.

- Binnen de vooropgestelde basisdiagnostiek zitten twee testen die deel zullen uitmaken van de Routine Outcome Monitoring (ROM) en periodiek zullen afgenomen worden. De rest van de ROM-testing moet nog worden bepaald, waarna de uitrol kan volgen (voorzien in de loop van 2019). Wel worden de indicatoren uitstroom van patiënten en herval na uitstroom (terugkeer naar de gevangenis) al bijgehouden.
- Centraal in de behandeling staat het behandelplan (Verpleeg- en Behandelplan - VBP) dat onder voor-
zitterschap van de afdelingspsycholoog opgesteld wordt binnen het multidisciplinair team. Er wordt naar
gestreefd om daarbij volgende termijnen te hanteren (wat in het opstartjaar evenwel niet lukte door de
grote instroom):
 - Binnen de twee weken na opname in het FPC is er een opnamebespreking.
 - Een eerste versie van het VBP wordt opgesteld binnen de 8 weken na opname.
 - Binnen de 3 maanden na opname wordt het VBP vastgesteld op de behandelplanbespreking.
De IB (of op sommige afdelingen soms ook een ander staflid) bereidt samen met de patiënt de
behandelplanbespreking voor tijdens het wekelijkse evaluatiegesprek. De afdelingspsycholoog vraagt
informatie op bij de therapeuten van WLS- en behandelblokken, evenals bij de sociale dienst.
De behandelplanbespreking gebeurt in aanwezigheid van de patiënt (als dit mogelijk is en deze dat ook
wenst), de afdelingspsycholoog, het afdelingshoofd, een staflid, een vertegenwoordiger van WLS of de
zorgprogramma's en de afdelingspsychiater. Daarnaast kan de vertrouwenspersoon ook aanwezig zijn.
Het is de bedoeling dat alle partijen tot een akkoord komen over de gestelde behandeldoelen.
Hierna verwerkt de afdelingspsycholoog dit tot een behandelplan, dat in User wordt geregistreerd en
afgegeven wordt aan de patiënt. Deze kan hierop feedback geven, wat verwerkt wordt in het behan-
delplan. Daarna wordt het document aan de patiënt aangeboden, die het idealiter kan tekenen voor
akkoord. Wanneer een patiënt weigert te tekenen of niet in staat is om te tekenen, wordt dit geregi-
streerd in het EPD en wordt het behandelplan definitief gemaakt.
 - De multidisciplinaire evaluatiebesprekingen van het VBP gebeuren telkens uiterlijk na 6 maanden.
De patiënt is hierbij aanwezig en kan zijn inbreng doen.
- Bij het opstellen van het VBP wordt een patiënt toegewezen aan één van zeven klinische profielen:
 - de psychotische patiënt met meervoudige problematiek;
 - de typisch psychotische patiënt;
 - de antisociale patiënt;
 - de onder invloed verkerende patiënt;
 - de patiënt met ADHD of autisme;
 - de patiënt met seksuele problematiek en delictgedrag;
 - de mentaal beperkte patiënt.

Voor elk klinisch profiel werd een zorgpad ontwikkeld.

- Afhankelijk van de individuele vorderingen op vlak van behandeling en in functie van risicomanagement
kunnen patiënten doorstromen naar de afdelingen voor doorgedreven behandeling en naar de minder
beveiligde resocialisatie-afdelingen. De interne adviescommissie (IAC) en de in- en doorstroomcommissie
(IDC) bewaken dit proces.

In het opstartjaar konden hierbij nog niet de criteria worden gehanteerd die op termijn zullen toegepast worden. Immers: door de grote tijds- en opnamedruk werden in de loop van het opstartjaar ook mensen rechtstreeks opgenomen op een afdeling voor voortgezette behandeling en zijn sommige patiënten sneller doorgestroomd naar andere vleugels dan theoretisch de bedoeling is. De vereiste opnamesnelheid lag immers een stuk hoger dan de doorstromingsnelheid die kan verwacht worden op basis van de behandelresultaten. Op het moment van de inspectie zitten de meeste patiënten in FPC Antwerpen (ook degene die verblijven op de resocialisatieafdelingen) nog in de eerste fase van de behandeling, waarbij de focus ligt op het ontwikkelen van het individueel behandelplan, het toewijzen aan een klinisch profiel, het toeleiden naar een passend zorgpad, de risicotaxatie en het opstellen van het vroegsignaleringsplan. In maart 2019 is een evaluatie gepland van alle patiënten om tot een juiste doelpopulatie te komen.

- Patiënten krijgen op de afdeling begeleiding door een individuele begeleider, met wie ze wekelijks gesprekken voeren. Dit is één van de sociotherapeuten (verpleegkundigen of therapeutisch assistenten). Elke sociotherapeut is individueel begeleider van één of meerdere patiënten. Flexmedewerkers en medewerkers van de mobiele equipe nemen geen individuele begeleidingen op zich.
- Daarnaast is er ook wekelijks een risicomanagementgesprek op de afdeling (per gang), onder leiding van de afdelingspsycholoog. In deze risicomanagementgroep leren patiënten hun risicofactoren op delictgedrag kennen en hanteren, en leren ze risicogedrag bij de andere patiënten herkennen.
- Het is de bedoeling om op afdelingsniveau per patiënt een vroegsignaleringsplan op te stellen. Deze plannen worden gebruikt om vroege signalen van ontsporingsgedrag te leren herkennen en verdere escalatie van gedrag te voorkomen. Dit plan wordt door de patiënt samen met zijn individuele begeleider opgesteld en omvat een concrete omschrijving van vroege signalen en mogelijke acties die kunnen ondernomen worden door de patiënt enerzijds en de medewerkers anderzijds. Tijdens de afdelingsbezoeken werd aan de hand van dossiercontroles vastgesteld dat deze vroegsignaleringsplannen zeer systematisch worden opgesteld. Op het moment van de audit is dit al voor 119 patiënten gebeurd.
- Op elke afdeling is er een wekelijkse patiëntenbespreking ("voortgangsbespreking") tussen de zorgstaf, het afdelingshoofd, de afdelingspsycholoog, de psychiater en een vertegenwoordiger van de programmalijs.

Uitstroom

- Uitstroom uit het FPC naar een externe (forensische of reguliere) voorziening is mogelijk vanuit elke eenheid. Patiënten hoeven dus niet noodzakelijk het volledige traject doorheen de drie fases te doorlopen. FPC Antwerpen adviseert de bevoegde KBM over de uitstroom en stippelt voor de desbetreffende patiënt een traject uit. De KBM oordeelt over de geschikte verblijfssituatie en de omkadering van geïnterneerden. Wanneer de KBM zich principieel akkoord kan verklaren met het voorgestelde traject en een plaats in het externe zorgcircuit wordt gevonden, moet de plaatsing door de KBM in een vrijstelling-op-proef worden omgezet of moet een overplaatsing gebeuren.

Tot eind 2018 waren 7 patiënten uitgestroomd (2 overplaatsingen naar FPC Gent, 1 overplaatsing naar een gevangenis, 1 overlevering aan het buitenland en 3 patiënten naar een psychiatrisch ziekenhuis). De uitstroomfase werd tijdens deze oriënterende audit nog niet grondig bekeken. Dit zal gebeuren tijdens een volgende audit.

Dagbesteding: behandeling en Werken-Leren-Sport (WLS)

- In FPC Antwerpen hecht men veel waarde aan het volgen van een dagprogramma afgestemd op de mogelijkheden van de patiënt. Dergelijk dagprogramma bestaat – naast therapie – uit zogenaamde "blokken" arbeid, opleiding en sport / beweging. Deze blokken worden aangeboden door een aparte dienst, die bestaat uit 3 VTE ergo- en arbeidstherapeuten (atelierwerking), 3 VTE vaktherapeuten (beeldende therapie, psychomotore therapie, drama- en muziektherapie), 3 VTE psychologen/pedagogen (die ook voor het grootste deel van de diagnostiek instaan), 3 VTE sportagogen, 1 VTE vormingsmedewerker en een coördinator.

Bij de arbeidsblokken leert men specifieke arbeidsvaardigheden. De mogelijkheden zijn divers: assemblage, houtbewerking, crea, textiel, groenonderhoud en tuinprojecten; daarnaast worden ook een aantal blokken georganiseerd in samenwerking met Sodexo: ondersteuning in de keuken en bediening in het personeelsrestaurant, cleaning en het aanvullen van de rekken in de superette. Ook het uitbaten van de kledingwinkel en de bibliotheek wordt samen met patiënten georganiseerd.

Het multidisciplinair team indiceert de patiënten voor het aantal en de soort arbeidstherapieblokken die de patiënt aankan en waarin hij of zij zelf interesse toont. Patiënten kunnen voor 12 blokken per week geïndiceerd worden. Voor het uitvoeren van hun werkblokken krijgen patiënten een tegemoetkoming van maximaal 97,22 euro per maand, betaald door het ondersteuningsfonds; deze vergoeding wordt aangepast in functie van de aanwezigheidsgraad (en gewettigde afwezigheid) van de patiënt tijdens de geïndiceerde blokken (zie 7.7).

In de vorm van sport en spel worden (op verschillende niveaus) bewegingsmogelijkheden aangeboden. Ook op dit vlak zijn de mogelijkheden divers (korfbal, voetbal, volleybal, badminton, tennis, cardio, gewichtheffen, start to walk, start to run, darts).

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

Voor het luik leren/onderwijs is een docent in dienst, die op basis van een zesmaandelijks rondgang en vragen van patiënten een aanbod uitwerkt (bv. lessen Nederlands, lezen en schrijven, Frans, rekenen, actualiteit, computerles, ...).

In samenwerking met externe partners (Centra voor Volwassenenonderwijs) wordt gewerkt aan een aanbod dat gericht is op het behalen van officiële deelcertificaten. Vanaf maart 2019 wordt in dit kader alvast gestart met houtbewerking; daarnaast worden de mogelijkheden verkend om dat ook te doen voor tuinbouw, keukenhulp en huishoudkunde.

Ook de therapeutische activiteiten in het kader van de verschillende zorgpaden (zie lager) worden per blok (en in groep) aangeboden.

Door een combinatie van arbeid, sport, leren en therapie wordt voor elke patiënt een blokkenrooster op maat samengesteld. Elk blok duurt een uur, met telkens 10 minuten tussen het einde van het ene en het begin van het volgende blok. Tussen 8u30 en 16u10 zijn er zo elke werkdag 6 blokken en een middagpauze.

Tijdens het gesprek met de patiëntenraad werd aangegeven dat de tijd tussen 2 blokken soms te nipt is, vooral als er tussendoor op de afdeling van kledij moet gewisseld worden.

Na afloop van het blokkenprogramma of tussendoor worden volgens een schema per afdeling nog mogelijkheden geboden tot bezoek aan de superette, de kledijwinkel en de bibliotheek; en worden dagelijks momenten in de buitenlucht ("patio") voorzien.

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

Zorgpaden

- Bij de opmaak van zijn behandelplan worden voor elke patiënt, op basis van zijn klinisch profiel, een aantal modules vooropgesteld. Een groot deel daarvan behoren tot één of meerdere zorgpaden, die samenhangen met het klinisch profiel. Elk zorgpad bestaat minimaal uit enkele modules gesprekstherapie enerzijds en modules "vaktherapie" (bv. psychomotore therapie, beeldende therapie, dramatherapie en muziektherapie) anderzijds. Op het moment van de inspectie worden nog niet alle voorziene behandelmodules aangeboden omdat er nog geen of onvoldoende patiënten voor zijn aangemeld. Patiënten die voor bepaalde modules zijn aangemeld, kunnen die wel al volgen zoals voorzien in hun behandelplan.

Daarnaast zijn er ook een aantal generalistische modules, die losstaan van een specifiek zorgpad of een specifieke patiëntendoelgroep (bv. relaxatie, VRIS (vrienden, relaties, intimiteit en seksualiteit), sociale vaardigheden, pre-therapie, ...). Patiënten kunnen deze generalistische modules ook volgen in afwachting van of in voorbereiding op het volgen van de modules uit het zorgpad waaraan ze zijn toegewezen.

Bij het opstellen van het behandelplan wordt door de multidisciplinaire equipe vastgelegd welke modules geïndiceerd zijn voor de patiënt in kwestie, en in welke volgorde. Begin februari 2019 was een behandelplan opgesteld voor 179 patiënten; 140 van deze behandelplannen kreeg al een evaluatie.

- De patiënt wordt pas effectief aangemeld bij behandelmodules wanneer hij daar ook effectief aan toe is (voldoende behandelrijp en voldoende draagkracht). Zo nodig wordt voor een patiënt ook individuele therapie geïndiceerd. Zo wordt voor elke patiënt een individueel traject samengesteld waarin niet alle geïndiceerde modules tegelijk worden gevolgd: de meeste modules duren 6 maanden, en meestal volgen patiënten 2 behandelmodules tegelijk (naast hun andere activiteiten).
- De vrouwelijke patiënten volgen de meeste modules samen met mannelijke patiënten. Voor de modules VRIS en psychomotore therapie worden wel exclusief vrouwelijke groepen georganiseerd.
- De therapeuten die werken voor de Programmalijn, werken in principe enkel centraal. Voor patiënten die de afdeling niet kunnen verlaten, gaan de therapeuten ook naar de afdeling zelf. Zo worden op ZIZ twee blokken creatherapie per week op de afdeling gegeven. Men wil daarnaast ook sportblokken opstarten. Patiënten van ZIZ kunnen door hun zorgzwaarte eerder uitzonderlijk deelnemen aan groepstherapieën buiten de afdeling; dit wordt pas opgestart ter voorbereiding van doorstroom naar andere afdelingen.

Somatische zorg

- FPC streeft ernaar een somatische zorg aan te bieden die vergelijkbaar is met de medische zorg in de bredere maatschappij.
- Somatische zorg wordt deels binnen FPC Antwerpen voorzien, maar voor het overige deel wordt beroep gedaan op specialisten buitenshuis. Aanvragen van patiënten voor medische zorg verlopen via de afdelingshoofden (verpleegkundigen) die hierover steeds kunnen overleggen met de psychiater en met de medische dienst; tijdens het weekend kan men hiervoor beroep doen op een afdelingshoofd van wacht. De verpleegkundigen van de medische dienst staan in voor de coördinatie van de afspraken (zowel interne als externe afspraken).
- Binnen FPC Antwerpen houden een aantal zorgverstekkers wekelijks spreekuur.
 - Een huisarts doet twee halve dagen consultatie. Daarnaast zijn er vijf huisartsen die participeren aan de wachtdienst. Dezelfde huisartsen verzorgen ook de wachtdienst voor de gevangenis in Beveren.
 - De verpleegkundigen van de medische dienst doen wekelijkse consultaties (bv. voor wondcontroles).
 - Een dag per week is een tandarts aanwezig.
 - Een kinesitherapeut is halftijds (20u) beschikbaar voor behandeling van somatische aandoeningen.

- Patiënten kunnen op doktersvoorschrift gratis gebruik maken van een medische pedicure.
- Een diëtist volgt enerzijds de patiënten individueel op, anderzijds gaat deze op de afdelingen langs om patiënten bewust te maken van gezonde voeding en het effect van voeding op het lichaam.
- FPC Antwerpen sloot een raamakkoord met AZ Nikolaas voor de specialistische medische zorg aan patiënten.
- In het protocol medische opvolging worden een aantal aspecten van de medische zorg beschreven.
 - Elke patiënt krijgt bij opname een consultatie bij de huisarts, waarbij een screening en een bloedafname gebeurt.
 - Minimum twee keer per jaar gebeurt er een evaluatie van het psychiatrisch toestandbeeld en het psychofarmacabeleid.
 - Bij het voorschrijven van atypische antipsychotica wordt het metabool protocol gevolgd; hierin zijn de taken voor psychiater en huisarts beschreven.
 - Alle patiënten krijgen een jaarlijkse controle bij de tandarts.
 - Jaarlijks wordt bij elke patiënt bloeddruk, pols en gewicht geregistreerd door de verpleegkundige van de medische dienst.
 - Vanaf 45 jaar worden patiënten jaarlijks somatisch opgevolgd en wordt een persoonlijk preventieplan opgesteld.

Vanuit de patiëntenraad wordt melding gemaakt van wachttijden voor het krijgen van bepaalde medische onderzoeken. Op de medische dienst wordt aangegeven dat er geen wachtlijsten zijn voor consultaties bij de verpleegkundigen en de huisarts.

- Per afdeling is een kleine huisapotheek met verzorgingsmateriaal. Op elke afdeling zijn AED-toestellen (automatische defibrillatoren voor hartreanimatie) geplaatst. Centraal op de medische dienst is een reanimatiezak aanwezig.
- Alle zorgmedewerkers en de arts-psychiater-in-opleiding kregen in FPC Antwerpen een opleiding EHBO, reanimatie, brand en evacuatie (opleiding EIP – Eerste Interventie Ploeg). Per afdeling is er dan ook op elke dienst een EIP-opgeleide medewerker voorzien. In de toekomst zullen ook medewerkers van de ondersteunende diensten de cursus moeten volgen. Artsen zijn uitgenodigd voor de opleiding en staan ingepland.
- In december 2018 gebeurde een interne audit over het thema somatische zorg.

7.2 PROCEDUREBEHEER

- Op intranet is een documentbeheermodulesysteem (DMS) geïmplementeerd. Op alle documenten staat minimaal de geldigheidsdatum en de proceseigenaar vermeld. De kwaliteitscoördinator is verantwoordelijk voor het opladen van documenten in het systeem. De communicatie over nieuwe of gereviseerde documenten is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de proceseigenaar van het document. Daarnaast stuurt de kwaliteitscoördinator maandelijks een e-mail naar alle medewerkers met een overzicht van nieuwe of gereviseerde documenten.
Het gebruik van het documentbeheermodulesysteem is mee opgenomen in het inscholingsprogramma van nieuwe medewerkers.

- Het huishoudelijk reglement is voor FPC Antwerpen het basisdocument waarin tal van aspecten van de organisatie worden beschreven. Het is opgedeeld in volgende hoofdstukken:
 - Begripsbepaling (definities, afkortingen, functies en bevoegdheden).
 - Inleiding.
 - Aansprakelijkheid (van patiënt, van FPC, bij vervoer van goederen en bij (over)plaatsing).
 - Plaatsing.
 - Opname (procedure, inrichting persoonlijke verblijfsruimte, huisdieren, roken, verboden voorwerpen, handel, spel/weddenschap/gokken, consulaire bijstand) .
 - Toegang en controle persoonlijke verblijfsruimte (betreden en inspectie van de persoonlijke ruimte, inbewaringneming en afsluiten energietoevoer).
 - Bewegingsvrijheid binnen het centrum (algemene bepalingen, toegangsbadge, interne overplaatsing, zeer intensieve zorg afdeling).
 - Behandeling en evaluatie (patiëntendossier, inzage, afschrift, procedure, verpleeg- en behandelplan, evaluatie van de verpleging en behandeling, voortgangsrapportage KBM).
 - Verzorging, activiteiten, werkzaamheden en arbeid (morele bijstand, medische verzorging, inzage medisch/somatisch dossier, afschrift, medicatie, voeding, kleding, kapper, groepsactiviteiten, afmelden, boodschappen, bibliotheek, geld in het centrum, huishoudelijke werkzaamheden op de afdeling, werkervaringsplekken).
 - Beperkingen bewegingsvrijheid binnen het centrum (afdelingsmaatregel, afzondering, separatie, cameratoezicht).
 - Controle en dwang (toegangscontrole, onderzoek aan het lichaam/kleding, urinecontrole, blaastest, gedwongen geneeskundige handeling, gebruik mechanische middelen, beperkingen gebruik van de patient cloud).
 - Informatie en mededeling van beslissingen (informatie over rechten/plichten, mondelinge en schriftelijke mededelingen van beslissingen).
 - Contact met de buitenwereld (post, bezoek, screening van personen uit het sociaal netwerk van de patiënt, procedure toelaten bezoek, regels voor bezoekers, bezoek van patiënten van andere afdelingen, telefoon, contacten met de media).
 - Opslag en transport van voorwerpen (opslag goederen, bepalingen inzake bewaring/opslag in geval van ongeoorloofde afwezigheid langer dan 24 uur, in geval van overlijden).
 - Toezicht, bemiddeling en klachten (Opvolgingscomité, ethische commissie, ombudsdienst, externe adviescommissie, ...).
 - Medezeggenschap (patiëntenraad).
 - Tijdelijk verlaten van het centrum (modaliteiten, uitvoering, procedure, wijziging, schending voorwaarden).
 - Tijdelijk verlaten van het centrum voor ziekenhuisopname.
 - Definitief verlaten van het centrum.

7.3 MEDICATIEBELEID

- FPC Antwerpen heeft niet het statuut van een psychiatrisch ziekenhuis en heeft geen erkenning voor een apotheek in huis waardoor het geen handelingen kan uitvoeren die voorbehouden zijn aan ziekenhuis-apothekers (bv. het herverpakken in unitdose-verpakkingen). Voor het leveren en klaarzetten van de medicatie is er een samenwerkingsovereenkomst met Pharmaforce. De medicatieleveringen gebeuren vanuit de apotheek van Pharmaforce in Sint-Denijs-Westrem, zoals het ook voor FPC Gent gebeurt.
- Binnen de medische dienst is een apotheekruimte ingericht, vanwaar de verdere medicatiedistributie georganiseerd wordt. Er is hiervoor een voltijds apotheker aangesteld door Pharmaforce, die alle wekdagen aanwezig is. Er is daarnaast een apotheker-coördinator van Pharmaforce die instaat voor het medicatiebeleid van beide FPC.
- In januari 2019 was er een eerste overleg tussen de apotheek, de hoofdverpleegkundige van de medische dienst, de hoofdarts, de huisarts en een psychiater om de werking te evalueren. Men plant dit overleg verder halfjaarlijks.
- Volgende procedures en beleidsdocumenten zijn opgesteld:
 - procedure medicatiebeheer;
 - formularium FPC en formularium apotheek;
 - protocol "gebruik noodapotheek";
 - document "urgente medicatielevering weekend";
 - procedure "voorschrijven verdovende medicatie";
 - procedure "temperatuurcontrole medicatiekoelkast apotheek";
 - instructie "temperatuurcontrole medicatiekoelkasten afdelingen";
 - procedure "bewaaromstandigheden medicatie apotheek";
 - document "controle vervaldata apotheek".
- Sinds de opstart van FPC Antwerpen wordt er gebruik gemaakt van het Elektrisch Voorschrift Systeem (EVS) Farmad. Medicatie wordt door een arts (psychiater, huisarts, tandarts) in EVS voorgeschreven. De apotheker heeft hierdoor zicht op het volledige medicatieschema van de patiënt.
- In principe wordt alle medicatie verdeeld op basis van de voorgeschreven medicatieschema's. Uitzonderingen hierop zijn mondelinge voorschriften door een arts die van wacht is (buiten kantooruren en weekenden / feestdagen).
- Er zijn geen afdelingsvoorraden en medicatie wordt door de apotheek voor 1 dag geleverd. De medicatie wordt door de apotheker in de apotheekruimte klaargezet per innamemoment. Alle medicatie wordt per patiënt in een medicatiebakje klaargezet voor 4 innamemomenten op basis van het afgedrukte dagschema. De medicatiebakjes zijn geïdentificeerd door middel van een patiëntenlabel met naam, afdeling en een barcode van de patiëntidentificatie. Per innamemoment wordt de medicatie in een zakje opgeborgen waarop de naam van de patiënt, de naam van het medicament en de dosis staan vermeld, evenals herkenningssymbolen van de comprimé (bv. kleur + ander kenmerk). Per afdeling worden de medicatiebakjes van de patiënten in een dagcassette of medicatiekar verzameld. Deze dagcassette wordt op het einde van elke dag klaargezet in de medische dienst. De nachtdiensten van de afdelingen zijn verantwoordelijk voor het wissen van de dagcassettes.

- Zo'n 90 tot 95% van de medicatie wordt als unitdosis afgeleverd. Ongeveer 3-5% van alle producten zitten niet in het formularium omwille van het niet fractioneerbaar zijn, zoals depot-inspuitingen, zalven,... Overige medicatie wordt zoveel mogelijk verpakt zodat die na portionering identificeerbaar is.
- Aan de nachtdiensten wordt gevraagd om een controle te doen op de klaargezette medicatie. Van deze controles worden geen notities gemaakt; bij opgemerkte fouten wordt dit via mail gemeld aan de verpleegkundige van de medische dienst. De nachtdiensten hebben niet elke nacht voldoende tijd om de medicatie te controleren; in dat geval gebeurt de controle door de vroegdiensten op de afdelingen.
- Noodmedicatie wordt bewaard in een afgesloten kast met een code in een afgesloten ruimte van de medische dienst. De code van de noodmedicatiekast verandert regelmatig en is gekend door de afdelingshoofden. Stockcontrole van de noodmedicatie gebeurt om de 2 weken door de verpleegkundige van de medische dienst. Van deze controles worden geen notities gemaakt.
- Op de afdelingen Rupel-Dijle werd tijdens de inspectieweek gestart met de informaticatoepassing MedEye. Deze digitale toepassing is gelinkt met EVS en automatiseert het controleren van de medicatie volgens het voorschrift alsmede het registreren van de medicatietoediening. Daarnaast blijft men als back-up de medicatieschema's op papier afdrukken. Het uitrollen van deze toepassing zal verder per afdeling gebeuren. Op de andere afdelingen worden de weigeringen van medicatie op papier genoteerd tijdens de medicatiebedeling en nadien ingebracht in User onder voortgangsrapportering (bij somatische zorg). Weigering van medicatie wordt besproken op de wekelijkse voortgangsbesprekingen.
- De verdovende medicatie wordt op dezelfde wijze klaargezet als alle andere medicatie, maar het bewaren in de apotheek en de wijze van voorschrijven is strikter.
Verdovende medicatie wordt in de apotheekruimte bewaard. Deze ruimte is enkel toegankelijk voor de apothekers. Buiten de openingsuren van de apotheek kan alleen een afdelingshoofd (of een verpleegkundige van de afdeling met toestemming van het afdelingshoofd) de apotheekruimte betreden met een sleutel die opgehaald kan worden bij Securitas, die dit registreert.
Elk voorschrift wordt door de voorschrijvende arts in EVS ondertekend en daarnaast als naschrift nogmaals op een papieren voorschrift ondertekend.
- De medicatiebedeling op de afdelingen gebeurt volgens de afspraak steeds door verpleegkundigen. Wanneer de verpleegkundige niet tot het team van de afdeling behoort, gebeurt de bedeling in aanwezigheid van een andere medewerker van de afdeling. De inname van medicatie gebeurt onder visueel toezicht van de verpleegkundige. Patiënten mogen geen medicatie op de kamer bewaren.
- Wanneer er een afwijking wordt geconstateerd met betrekking tot de medicatie, zal een medewerker een melding maken in het incidentmeldingsysteem (VIM). De mogelijkheden tot het melden van incidenten met betrekking tot de medicatie zijn: "Fouten tijdens controle van medicatie vooraf", "Fouten tijdens het verstrekken van de medicatie" en een mogelijkheid "Algemeen" waaronder overige incidenten of afwijkingen gemeld kunnen worden. De apotheker krijgt een kopie van elke individuele melding over medicatie. De verpleegkundige van de medische dienst volgt deze meldingen op, is lid van de VIM-commissie en doet per kwartaal aanbevelingen.
- Tijdens de kikkertesten worden een aantal aspecten van het medicatiebeleid nagegaan op alle afdelingen:
 - of het rolluik van de medicatiekar dicht is;
 - of de cassette met medicatie afgesloten is;
 - of de medicatiekoelkast de juiste temperatuur heeft;
 - of het temperatuurregistratieformulier correct ingevuld is;
 - of medicatie in de koelkast identificeerbaar is per patiënt;

- of er enkel medicatie in de medicatiekoelkast zit;
- of er een verpleegkundige tijdens deze shift aanwezig is op de afdeling;
- of de laatste medicatietoediening correct is afgetekend.

7.4 VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN (VBM)

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

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

Beleid

- Plaatsing in het FPC betekent voor de geïnterneerden een opsluiting binnen de muren van het centrum. Dit hoofdstuk over vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) focust niet op dit aspect van vrijheidsberoving dat het gevolg is van een KBM-beslissing, maar beschrijft de verdere VBM binnen deze context.
- Eén van de belangrijke pijlers binnen het therapeutisch concept van FPC Antwerpen is het evenwicht tussen het beperken van vrijheden en het gradueel toekennen van vrijheden in de loop van het behandelproces. Dwang en drang maken binnen FPC Antwerpen intrinsiek deel uit van de behandeling. Voor de opgenomen patiënten was het omgaan met regels en normen in het verleden vaak heel problematisch, en voor velen van hen is de behandeling in andere behandelsettings vaak net fout gelopen op basis van veiligheidsincidenten en het overtreden van regels. Het aanleren van omgaan met grenzen van zichzelf en anderen is dan ook een belangrijke behandel doelstelling. Dit betekent dat een bepaalde vorm van dwang en vrijheidsbeperking inherent is aan het behandelconcept.
- Binnen de algemeen geldende huisregels van het FPC Antwerpen zijn er met het oog op het organiseren van het therapeutisch leefklimaat en het neerzetten van de visie op het behandelmilieu een aantal werkwijzen voorzien. Patiënten worden voorafgaand aan en bij hun opname hierover ingelicht (zie 7.7).
 - De persoonlijke bewegingsvrijheid van een patiënt – die zich in eerste instantie beperkt tot de afdeling – kan in functie van het verloop van de behandeling worden uitgebreid. Elke patiënt heeft een persoonlijke badge, via dewelke de bewegingsvrijheid individueel wordt aangepast.
 - Alle patiënten worden gedurende de nacht opgesloten in de patiëntenkamer, van 21u30 tot 7u op weekdays en van 21u30 tot 9u in het weekend.
 - Patiënten die niet deelnemen aan therapieblokken of dagprogramma-onderdelen waarvoor zij geïndiceerd zijn, moeten voor de duur van deze momenten op hun kamer verblijven. Op sommige afdelingen gaat dit gepaard met opsluiting op de kamer, op andere afdelingen niet.

- Patiënten kunnen hun afdeling pas verlaten nadat ze hun huishoudelijke taken (waarvan geoordeeld wordt dat zij in de mogelijkheid zijn om deze te verrichten) hebben verricht.
- Een kamerprogramma (verblijf op kamer met afgesloten deur) waar patiënten (uitgezonderd patiënten op ZIZ) gedurende meer dan vier uur per dag met één of meerdere patiënten contact hebben, wordt volgens het HR niet als een vrijheidsbeperkende maatregel beschouwd.
- Een kamerprogramma waar patiënten van de ZIZ-afdeling meer dan één uur per dag met één of meerdere patiënten contact hebben, wordt volgens het HR niet als vrijheidsbeperkende maatregel beschouwd.

De hierboven beschreven kamerprogramma's worden door FPC niet beschouwd als vrijheidsbeperkende maatregelen maar als huisregels binnen het therapeutisch beleid; deze moeten gerapporteerd worden in het EPD maar worden niet opgenomen in het register en de cijfergegevens.

Volgens de internationale richtlijnen over VBM in geestelijke gezondheidszorg worden deze maatregelen wel als vrijheidsbeperkende maatregelen beschouwd en dienen ze onder andere te voldoen aan de criteria inzake indicatie, toezicht en registratie. Voor de doelgroep van forensische psychiatrie zijn er geen specifieke richtlijnen beschikbaar rond vrijheidsbeperkende maatregelen. In het referentiekader voor forensische geestelijke gezondheidszorg dat momenteel in ontwikkeling is, verdient dit onderwerp de nodige aandacht.

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

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

- de procedure vrijheidsbeperkende maatregelen;
 - de procedure separeren;
 - de instructie controle patiëntenkamer en gemeenschappelijke ruimten;
 - de instructie controle brieven en poststukken;
 - de instructie oproepen politie-interventie;
 - het protocol urine-en drugscreening.
- Het FPC definieert de 4 soorten van vrijheidsbeperkende maatregelen die gradueel opbouwen (de terminologie van het FPC wordt doorheen het verslag aangehouden niettegenstaande het verschil met de gehanteerde definities in andere psychiatrische settings):

- afdelingsmaatregel: de bewegingsvrijheid van de patiënt wordt beperkt tot de afdeling;
 - afzondering op de patiëntenkamer: de bewegingsvrijheid van de patiënt wordt beperkt tot de patiëntenkamer;
 - afzondering op de PrikkelArme kamer (PAK): de bewegingsvrijheid van de patiënt wordt beperkt tot de PAK;
 - separatie: de bewegingsvrijheid van de patiënt wordt beperkt tot insluiting in een separeerkamer (in het aparte separeerblok dat naast de afdeling ZIZ gelegen is).
- In het FPC gelden volgende basisprincipes voor het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.
 - Indicatie voor het starten van een maatregel zijn:
 - handhaving van het therapeutisch leefklimaat;
 - afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid van de patiënt;
 - veiligheid van anderen dan de patiënt of de algemene veiligheid van personen of goederen.
 - De beslissing tot het nemen van een vrijheidsbeperkende maatregel wordt genomen in overleg met het multidisciplinair team, waar de psychiater en de afdelingspsycholoog deel van uitmaken. De psychiater neemt de eindbeslissing.
 - Toepassen van de maatregel vindt altijd plaats volgens het proportionaliteitsprincipe en volgens het principe dat steeds voor de lichtst mogelijke maatregel wordt gekozen, totdat zwaardere maatregelen nodig zijn. De beslissingen worden genomen op basis van proportionaliteitstoetsing, aan de hand volgende vragen: "Is de maatregel in staat het doel te bereiken?", "Is de maatregel noodzakelijk om het doel te bereiken?" en "Is er een redelijke verhouding tussen de aantasting van de fysieke integriteit en de bescherming van de gezondheid?". De ernst van de vrijheidsbeperkende maatregel en de concrete omstandigheden moeten hierin meegenomen worden, rekening houdend met de begrippen legaliteit en legitimiteit.
 - De patiënt moet vooraf geïnformeerd worden over de maatregel door de afdelingspsychiater en/of psycholoog, tenzij dit niet mogelijk is in het geval van een noodsituatie.
 - Er moeten steeds een aantal basisrechten gerespecteerd worden (eten, drinken, contact met de buitenwereld, buitenlucht enz.).
 - Volgende elementen in het beleid van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn vooruitstrevend.
 - Het inperken van de bewegingsvrijheid tot de afdeling wordt in het FPC ook beschouwd als een vrijheidsbeperkende maatregel en meegeteld in de cijfergegevens.
 - Voor het geheel van maatregelen zijn er gradueel opbouwende indicaties voorzien.
 - Voor elke patiënt in afzondering / separatie wordt er schriftelijk een dagprogramma opgesteld en meegedeeld aan de patiënt, waarin duidelijke afspraken gemaakt worden over contactmomenten en de dagelijkse routines (eten, drinken, roken, persoonlijke hygiëne), contact medepatiënten, verblijf in de buitenlucht, ontvangen van bezoek en / of telefoon.
 - Elke patiënt krijgt, ongeacht de maatregel, de mogelijkheid tot minstens een uur in de buitenlucht per dag.
 - FPC Antwerpen heeft een fixatie-arm beleid waarbij mechanische fixatie tot een minimum beperkt wordt.
-
- Bij één patiënt wordt een valhelm gebruikt omwille van gevaar voor zichzelf.

- Volgende drempels zijn ingebouwd om VBM-maatregelen te beperken, in aantal of in duur.
 - Het FPC verwacht dat de behandelend psychiater bij een langdurige separatie (> 7 dagen) en langdurige dwangmedicatie (> 3 maanden) overleg pleegt met de hoofddarts ter evaluatie van de maatregel.
 - Bij elk gebruik van dwangbehandelingen (medicatie, vocht en voeding) moet de hoofddarts toestemming geven voor het opstarten van de maatregel.
 - Een afdelingsmaatregel moet elke maand opnieuw geëvalueerd worden door de psychiater.
- Volgende opmerkingen kunnen gemaakt worden over het uitgeschreven beleid van vrijheidsbeperkende maatregelen
 - De indicaties voor het opstarten van een vrijheidsbeperkende maatregel, uitgezonderd voor een gedwongen geneeskundige handeling en het gebruik van mechanische middelen, worden breder omschreven (handhaving van het therapeutisch leefklimaat en veiligheid van goederen) dan enkel reëel en acuut gevaar voor patiënt zelf of voor anderen.
 - Het beleid m.b.t. toezicht tijdens afzondering en separatie kent volgende knelpunten:
 - frequentie van visueel toezicht is niet geëxpliciteerd bij een afzondering in de patiëntenkamer terwijl verhoogd toezicht volgens richtlijnen voor elke afzondering noodzakelijk is;
 - bij een afzondering in de PAK moet volgens de hogerop beschreven basisprincipes minstens om de 30 minuten visueel toezicht gebeuren, terwijl de procedure in FPC Antwerpen ook een frequentie van 60 minuten voorziet;
 - de verschillende manieren van toezicht houden tijdens een separatie (binnen gaan, persoonlijk contact via doorkijkluikje of camera) zijn onvoldoende geëxpliciteerd;
 - de minimumfrequentie van persoonlijke contactmomenten wordt voor geen enkele vrijheidsbeperkende maatregel geëxpliciteerd;
 - tijdens de nacht zijn er voor geen enkele vrijheidsbeperkende maatregel persoonlijke contactmomenten voorzien.
 - De frequentie van een dagelijks contactmoment met een psychiater staat enkel beschreven bij separatie en niet bij afzondering op de kamer / PAK.
 - Het gebruik van scheurvrije kledij in de prikkelarme kamer staat niet beschreven in de procedure, hoewel tijdens gesprekken aangegeven werd dat deze regelmatig gebruikt wordt.
 - Er staat niet bij elke dwangmaatregel geëxpliciteerd wanneer en wat er in het EPD geregistreerd moet worden.
 - De procedure drugsscreening garandeert niet dat patiënten zich niet moeten uitkleden in het bijzijn van een medewerker van het andere geslacht.

Middelen

- De toegang tot en de uitgang van FPC Antwerpen is sterk beveiligd. De toegang gebeurt gecontroleerd na voorafgaande aanmelding en na een veiligheidscheck door medewerkers van Securitas.
- Alle patiëntenafdelingen zijn afgesloten. Toegang is enkel mogelijk d.m.v. een badgesysteem. Elke medewerker en elke patiënt heeft een badge. Via de persoonlijke badge wordt de bewegingsvrijheid van patiënten individueel aangepast. De badge van patiënten werkt op het moment van de inspectie niet voor de afdelingsdeuren. Patiënten moeten zich altijd aanmelden / afmelden bij de afdelingsstaf die de deuren voor hen opent.
- Het FPC Antwerpen heeft, naast 11 duokamers, allemaal individuele patiëntenkamers.

- Het FPC heeft de goedkeuring gekregen om 11 van de 17 prikkelarme kamers om te bouwen naar individuele kamers waardoor alle patiënten een individuele kamer zullen hebben. Na de verbouwingen zullen er 6 prikkelarme kamers zijn. Afdelingen die geen PAK meer hebben, zullen beroep kunnen doen op de prikkelarme kamer van andere afdelingen.

Elke prikkelarme kamer heeft:

- een deur die opendraait naar buiten met een vensterraam en een doorgeefluik;
- een inox toilet, een branddetector en een interfoniesysteem;
- een matras op de grond;
- standaard geen tijdsaanduiding; als de PAK-kamer in gebruik is, wordt er een klokje geplaatst aan het doorkijkvenster;
- ruime daglichtinval doorheen de ramen.

Volgende knelpunten werden opgemerkt i.v.m. de infrastructuur van de PAK's.

- De PAK-kamers zijn benaderbaar door de rest van de patiënten op de afdeling omdat ze niet achter een sluisdeur zijn gesitueerd. Hierdoor gebeurt het regelmatig dat patiënten aan de deur rommelen of het inijk-luikje openschuiven.
- Patiënten overnachten regelmatig in een PAK, hoewel daar enkel een matras voorzien is. Douchemogelijkheden zijn niet voorzien. De patiënt moet douchen in de gedeelde badkamer van de afdeling of in de badkamer van zijn kamer.
- In de PAK-kamers is er geen cameratoezicht.

- FPC Antwerpen beschikt over een separeerblok met 4 separeerkamers, gelegen op het gelijkvloers, naast de ZIZ-afdeling. Elke separeerkamer heeft:

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

Volgende knelpunten werden opgemerkt i.v.m. de separeerkamers.

- Eén van de separeerruimtes is sinds september 2018 buiten gebruik door beschadiging van het raam. De herstelling loopt uit door de lange levertermijn van het raam met zeer specifieke technische vereisten.
- De vloer en wanden van de 3 geïnspecteerde separeerkamers waren sterk beschadigd.
- De regenafvoer van de patio van één separeerkamer werkt niet naar behoren, waardoor de patio bij regenweer te kampen heeft met wateroverlast.

De renovatie van de vloer en wanden van één van de andere separeerruimtes is gepland eind februari en werd uitgesteld tot de vierde ruimte opnieuw in gebruik is na herstel van het raam, aangezien een aantal van slechts 2 bruikbare separeerruimtes onvoldoende wordt geacht voor de huidige populatie in FPC.

- Er wordt soms gebruik gemaakt van een wikkeldeken tijdens de procedure om de patiënt in de PAK / separeerruimte te brengen. De patiënt wordt met deze techniek enkele seconden geïmmobiliseerd zodat personeelsleden kort de tijd hebben om veilig de kamer te verlaten. Aangezien patiënten het wikkeldeken zelf kunnen losmaken, wordt dit niet beschouwd als een mechanisch fixatiemiddel.

- Tegenover de separatiekamers is er een grote ruimte die gebruikt zou kunnen worden als time out kamer / comfortroom. Een werkgroep heeft als opdracht deze mogelijkheid verder te uit te werken.
- Het FPC ontwikkelde een applicatie "verhoogd toezicht" waarin personeelsleden geacht worden, afhankelijk van de ingestelde frequentie (30 of 60 minuten), informatie over het toezicht van de patiënt te registreren. Deze applicatie geeft meldingen en verwittigt medewerkers (zorgmedewerkers, stafmedewerkers, Securitas) wanneer de afgesproken registratietijd overschreden wordt. Zowel stafleden als medewerkers geven aan dat sinds de invoering van dit systeem de kwaliteit van de registraties tijdens verhoogd toezicht verbeterd is. De gegevens vanuit deze applicatie worden later in het elektronisch patiëntendossier gezet. Beide systemen werken nu nog naast elkaar. Een volledige integratie van de applicatie met het elektronisch patiëntendossier is een doelstelling die het FPC onderschrijft. De werking van deze applicatie staat beschreven in de instructie "verhoogd toezicht".
Een verhoogd toezicht (inclusief activeren van de applicatie) kan voor elke patiënt ingesteld worden (suïcidedreiging, agressiedreiging, ...) maar is verplicht bij een afzondering in de separatiekamer en prikkelarme kamer.

Medewerkers

- In de opleiding agressiehantering, boeien en fouilleren komt het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen ook aan bod (zie 7.5). De procedure separatie wordt regelmatig ingeoefend door het personeel tijdens een dry-run.
- In uitzonderlijke omstandigheden wordt bijstand van de politie gevraagd, o.a. voor het overbrengen van een patiënt naar een separeerruimte. Dit gebeurt pas na overleg met de psychiater en goedkeuring van de hoofdarts. In 2018 werd enkele keren per maand beroep gedaan op de politie.
- In het FPC Antwerpen zijn er slechts [REDACTED] medewerkers tijdens de nacht aanwezig. Men kan op het moment van de audit niet aantonen dat [REDACTED] nachtmedewerkers voldoende zijn:
 - Op moment van de audit kan FPC niet aantonen dat het verhoogd visueel toezicht dat men voorziet voor een deel van de patiënten (o.a. de patiënten die gesepareerd of afgezonderd zijn in de PAK, suïcidale patiënten), kan waargemaakt worden met het beperkt aantal nachtmedewerkers. In de toekomst zal de nieuwe applicatie voor toezichtsregistratie dit wel kunnen objectiveren.
 - Een aantal taken zijn niet opgenomen in het takenpakket van de nachtmedewerkers, hoewel dit vanuit richtlijnen wel wordt verwacht.
 - Voor een aantal patiënten is geen verhoogd visueel toezicht voorzien [REDACTED]
 - Tijdens de nacht is voor de patiënten in separatie en afzondering in regel geen persoonlijk contact voorzien. Persoonlijk contact dient vanuit veiligheidsoverwegingen volgens de procedure steeds door twee medewerkers te gebeuren.
 - Alle deuren van ruimtes waar patiënten verblijven (kamer, PAK, separeerkamer) blijven tijdens de nacht gesloten. [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] Vanuit de patiëntenraad werd grote bezorgdheid geuit over de snelheid van reactie in geval van nood.

- Wanneer patiënten onder verhoogd toezicht staan, moet toezicht ook gebeuren tijdens de nacht. Alle patiënten die verblijven in een separatiekamer en een PAK staan volgens de procedure onder verhoogd toezicht. Daarnaast zijn er nog andere patiënten die onder verhoogd toezicht kunnen staan omwille van andere indicaties, bv. suicidaliteit. Het [REDACTED] aantal nachtmedewerkers kan het verhoogd toezicht dat een deel van de patiënten nodig heeft [REDACTED] niet volledig waar maken.

Processen

- Het FPC kent verschillende verwachtingen inzake registratie van de verschillende dwangmaatregelen. Bepaalde dwangmaatregelen worden enkel mondeling toegelicht (zoals visuele controle van brieven en poststukken op verboden voorwerpen in aanwezigheid van de patiënt). Andere dwangmaatregelen worden mondeling toegelicht en moeten genoteerd worden in het EPD (zoals urine en drugsscreening). Nog andere maatregelen worden in een register opgenomen.
- Alle maatregelen uit het Huishoudelijk Reglement (HR) worden gedetailleerd beschreven in een register, dat kan geconsulteerd worden door de advocaat van de patiënt en de door hem gekozen arts. Hierdoor heeft FPC zicht en kan het controle uitoefenen op een zeer brede scope van maatregelen, terwijl sommige van deze maatregelen binnen andere organisaties in de geestelijke gezondheidszorg onzichtbaar blijven.
- Binnen de 24u na het opstarten van een maatregel krijgt de patiënt een schriftelijke mededeling over deze maatregel. De mededeling bevat minstens:
 - de reden / doelstelling voor de maatregel;
 - motivering van de maatregel;
 - voorwaarden waaraan voldaan moet zijn opdat de maatregel zou kunnen worden opgeheven;
 - beklagmogelijkheden van de patiënt met betrekking tot de maatregel;
 - bij een separatiemaatregel staat ook vermeld dat de patiënt zich onder permanent cameratoezicht bevindt.
- Er werden 21 schriftelijke mededelingen van maatregelen ingekeken (5 separaties, 5 afzonderingen PAK, 5 afzonderingen kamer, 5 afdelingsmaatregelen, 5 gedwongen medicatie, 1 mechanische fixatie, sommige mededelingen bevatten meerdere maatregelen).
 - Alle mededelingen bevatte de vooropgestelde elementen.
 - Het gradueel gebruik (opbouwen en afbouwen) van verschillende maatregelen kon aangetoond worden.
 - De indicatie voor een afdelingsmaatregel en afzondering op de kamer zijn vaak ruimer dan enkel gevaar voor zichzelf of anderen.
- Het toezicht tijdens separatie werd nagegaan door controle van 4 dossiers van separatie.
 - De afdeling Zeer Intensieve Zorgen (ZIZ) is verantwoordelijk voor het visueel toezicht op de separatiekamer. De camerabeelden van de gebruikte separatiekamers staan onder continu toezicht van een medewerker van ZIZ. Toezicht buiten de contactmomenten gebeurt overdag voornamelijk aan de hand van cameratoezicht. 's Nachts gebeurt het visueel toezicht aan de hand van camera in combinatie met het toezichtluik.
 - De applicatie verhoogd toezicht (voor separaties altijd ingesteld op 30 minuten) zorgt voor een overzichtelijke registratie van observatiegegevens. Registraties van toezicht overschrijden regelmatig 30 minuten. Overschrijdingen van één uur zijn eerder uitzonderlijk.
 - Er worden minimaal 6 persoonlijke contactmomenten voorzien overdag (7u – 21u45) verdeeld tussen de zendende afdeling (afdeling waar patiënt zich bevond voor maatregel) en ZIZ.

Contactmomenten gebeuren indien de veiligheid het toelaat met open deur en anders via het doorgeefluikje.

- ZIZ voorziet overdag 2 contactmomenten.
- De zendende afdeling voorziet minimaal 4 contactmomenten.
- Verschillende contactmomenten, zoals bijvoorbeeld van de psychiater, worden in User gedocumenteerd omdat de notities in de applicatie verhoogd toezicht niet automatisch ingelezen worden in User. De gegevens uit de applicatie verhoogd toezicht worden na de maatregel wel als bijlage toegevoegd in User.
- De medewerkers van ZIZ geven aan dat ze regelmatig ook contactmomenten hebben via het intercomsysteem. Deze worden nog niet systematisch genoteerd.
- Registratie van de tijdsperiode van contactmomenten (open deur en doorgeefluikje) overdag overschrijdt regelmatig 2 uur.
- De dossiernotities tonen regelmatig lange periodes (>24u) waarbij contact gebeurt via het doorgeefluik.
- In de gecontroleerde dossiers bleken er 's nachts geen persoonlijke contactmomenten, tenzij uitzonderlijk op vraag van een patiënt, zoals het geven van een glas water via het doorgeefluikje.
- Het toezicht en de contactmomenten van alle patiënten (10) op ZIZ werd nagegaan aan de hand van de week- en weekendschema's. Voor patiënten op ZIZ wordt er volgens het HR enkel van een vrijheidsberovende maatregel gesproken indien de vrijheidsberoving gepaard gaat met minder dan één uur contact met één of meerdere groepsgenoten per dag. Op moment van inspectie hebben 3 patiënten een programma van 2 uur buiten de kamer, 4 patiënten van 4 uur, 1 patiënt van 6 uur en één patiënt van 8,5 uur. Bij één patiënt was er een kamermaatregel lopende omdat zij geen contact had met groepsgenoten omdat de veiligheid van de medepatiënten niet gegarandeerd kon worden.
 - Elke patiënt heeft een dagprogramma dat per kwartier ingedeeld is.
 - Er zijn continu minimaal 2 medewerkers aanwezig op de afdeling. Zij doen toezicht op de patiënten in de leefgroep en op de patiënten in de kamers. De specifieke opdracht en de frequentie van toezicht op patiënten in de kamer tijdens deze momenten staat niet neergeschreven. Deze werking kon niet aangetoond worden aan de hand van notities over het toezicht omdat deze niet in het dossier neergeschreven worden.
 - Zowel over de middag (13u45 tot 15 uur) als tijdens de nacht (21u30 tot 9u) zijn alle patiënten opgesloten op hun kamer [REDACTED]
 - De patiënte met een kamerregime kreeg, op momenten dat de patiënt wakker is, een 1-op-1-begeleiding (één medewerker zit continu voor de deur met het doorgeefluikje open).
- Het toezicht en de contactmomenten tijdens een afzondering in een prikkelarme kamer en in een patiëntenkamer werd nagegaan door van elke maatregel telkens 1 week- en 1 weekendplanning te controleren, wat leidde tot volgende bevindingen.
 - Medewerkers geven aan dat week- en weekendplanningen meestal het vooropgestelde sjabloon volgen en maar uitzonderlijk individuele verschillen kennen.
 - Zowel overdag in de week (7u-21u30) als overdag in het weekend (9u-21u30) zijn er verschillende contactmomenten tussen medewerkers en patiënt beschreven die ervoor zorgen dat de frequentie van contactmomenten binnen het uur gegarandeerd wordt (uitgezonderd 3 periodes, met een maximale duur van 3u45).
 - 's Nachts zijn er geen contactmomenten omschreven.
 - Bij een PAK-maatregel wordt altijd een verhoogd toezicht met een frequentie van de 30 minuten of 60 minuten ingesteld. Bij het ingekeken dossier gebeurde dit nog op papier. Het registreren van toezicht gebeurde onvoldoende frequent. Het is niet duidelijk of dit aan onvoldoende toezicht te wijten is of aan het onvoldoende zorgvuldig noteren in het dossier.

- Bij een kamermaatregel is het opstarten van verhoogd toezicht enkel op indicatie. Indien dit niet ingesteld wordt, is er geen expliciete verwachting m.b.t. toezicht op patiënten in afzondering op de kamer.
- Bij alle ingekeken dossiers was er een schriftelijk dagprogramma opgemaakt waarin duidelijke afspraken gemaakt werden over de dagelijks routines (eten, drinken, persoonlijke hygiëne) en verblijf buiten de kamer (afdeling of buitenlucht). Elke patiënt, ongeacht de maatregel, kreeg de mogelijkheid tot minstens 1 uur in de buitenlucht per dag.
- De manier van evalueren van de maatregel zoals beschreven in de procedures komt niet overeen met de praktijk. De procedure legt een evaluatiefrequentie (elk half uur / elk uur) op die niet gehaald wordt en de procedure legt een vorm (afdelingspsychiater en afdelingspsycholoog betrokken) op die niet toegepast wordt. Medewerkers konden aantonen dat in de praktijk elke maatregel minstens dagelijks onderworpen werd aan een uitgebreide evaluatie. De inhoud en vorm van deze evaluaties kent echter grote verschillen. Aan welke minimale voorwaarden een evaluatie dient te voldoen, dient nog verder uitgewerkt te worden.

Resultaten

- In het strategische beleidsplan 2019-2021 voor FPC is één van de doelstellingen het realiseren van een humaan en afzonderingsarm beleid van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- Het FPC beschikt over zeer uitgebreide up-to-date cijfers over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Op moment van de audit (begin februari 2019) was het jaarrapport 2018 en een conceptversie van het analyserapport 2018 voorhanden.
- Volgende KPI's over vrijheidsbeperkende maatregelen worden maandelijks opgevolgd.
 - Het aantal maatregelen
Het aantal separatie-/ prikkelarmekamer (PAK)-/ dwangmedicatie-/ noodmedicatie-maatregelen
 - Het aantal patiënten met een maatregel,
Het aantal met een separatie-/ PAK-maatregel
 - Gemiddelde duur van separatiemaatregel
 - Aantal separaties < 7 dagen
 - Gemiddelde duur separaties < 7 dagen
 - Aantal separaties > 7 dagen
 - Gemiddelde duur separaties > 7 dagen
 - Aantal PAK-maatregelen vanwege overlast in duokamer
 - Aantal nachten in PAK niet vanwege overlast in duokamer.
- Driemaandelijks wordt er een overzicht van alle opgelegde maatregelen per afdeling overgemaakt aan het management zorg en aan de directie zorg. Dit stelt hen in staat om een goed beeld te hebben van de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en om bij te sturen waar nodig.
- Het FPC kan aantonen dat cijfergegevens en analyses m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen teruggekoppeld worden aan RvB, directie, stafleden en afdelingen.
- In december 2018 gebeurde er een interne audit rond het proces vrijheidsbeperkende maatregelen. Verschillende verbeterpunten werden zichtbaar gemaakt en zouden in de toekomst aangepakt worden aan de hand van een actieplan.
- In het analyserapport VBM 2018 worden o.a. volgende gegevens beschreven.

- In 2018 werden er 547 maatregelen opgelegd, bij 105 verschillende patiënten.
 - De kamermaatregel is met 35% de meest voorkomende maatregel. De separatiemaatregel is goed voor 24% van alle opgelegde maatregelen. Daarnaast ging het in 17% van alle maatregelen om een PAK-maatregel. Ook de afdelingsmaatregel werd in hetzelfde aantal gevallen opgelegd. Verder werd er in 2% van de maatregelen noodmedicatie opgelegd.
 - De meerderheid van alle maatregelen (67%) duurt minder dan 7 dagen. Bij de afdelingsmaatregel was de gemiddelde duurtijd 13,45 dagen, bij de kamermaatregel 11,10 dagen, bij de separatiemaatregel 5,79 dagen en bij de PAK-maatregel 5,13 dagen.
 - Bij 70% van alle separatiemaatregelen is het contact met de psychiater binnen 24 uur geregistreerd. In 9% van de gevallen werd het contact met de psychiater de volgende dag, maar niet binnen 24 uur, geregistreerd in het elektronisch patiëntendossier.
 - In 84% van de separatiedagen tijdens weekdays is het contact tussen de patiënt en een psychiater geregistreerd.
 - Bij 52% van de separatiemaatregelen is een nabespreking geregistreerd in het EPD.
- Sinds juni worden de mechanische fixaties, met name handboeien, gebruikt voor transport naar de separatiekamer, geregistreerd. Deze zijn niet opgenomen in de 547 maatregelen. Een gemiddelde duur werd hier ook niet van geregistreerd vermits het enkel over de transportperiode ging. Bij minder dan de helft van de separaties worden handboeien gebruikt bij het transport.
 - De juridische dienst van het FPC heeft naar aanleiding van het bezoek en rapport van het CPT (Europees comité inzake de voorkoming van foltering en onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing) een analyse gemaakt van de internationale en nationale criteria voor het opleggen van vrijheidsbeperkende maatregelen en heeft de werking van het FPC rond VBM daaraan getoetst. De procedures vrijheidsbeperkende maatregelen en procedure separeren werden reeds aangepast (momenteel nog in conceptvorm) om tegemoet te komen aan de meeste criteria. De overgebleven criteria zijn opgedeeld in 3 groepen: prioritaire verbetermogelijkheden, niet-prioritaire verbetermogelijkheden en criteria waar men niet aan kan voldoen. Voor de aanpak van de prioritaire en niet-prioritaire verbeterpunten is er een werkgroep actief. Deze manier van het beleid m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen te toetsen en verder uit te werken is vooruitstrevend voor Vlaanderen.

7.5 AGRESSIEBELEID

Beleid

- Het agressiepreventiebeleid kwam tot stand door een samenwerking tussen het FPC Antwerpen en het FPC Gent. Het agressiepreventiebeleid van beide organisaties is uitgeschreven in een "beleidsnota agressiepreventie" die op moment van de inspectie nog de status van conceptnota heeft en nog moet goedgekeurd worden.
- Het FPC zet in op 3 verschillende vormen van agressiebeheersing:
 - relationele agressiebeheersing;
 - procedurele agressiebeheersing;
 - materiële agressiebeheersing.
- Relationele agressiebeheersing is gericht op de relatie tussen behandelaar en patiënt en ontstaat door het vermogen van medewerkers om veiligheidsrisico's bij patiënten in te schatten en daarnaar te handelen. Door op een professionele manier een samenwerkingsrelatie met de patiënt aan te gaan, leren mede-

werkers deze beter kennen, doorgronden en voorspellen. Zo voorkomen zij agressief en externaliserend probleemgedrag. Deze preventie begint bij de theorie van het milieutherapeutisch werken, het kennen van de psychopathologie van de patiënten en het opstellen van een vroegsignaleringsplan (het beschrijven van verschillende fases in een vroeg stadium en daaraan gekoppeld acties die de patiënt of medewerker kan nemen om bepaald gedrag niet verder te laten escaleren). Als uiterste middel kan er sprake zijn van fysieke weerbaarheid om bijvoorbeeld een patiënt fysiek onder controle te krijgen middels humane, pijnloze technieken.

- Procedurele agressiebeheersing wordt opgesplitst in enerzijds procedurele beveiliging (bestaat uit een samenhangend stelsel van omgangsvormen, bejegening, behandeling, regels, protocollen en werkinstructies gericht op de veiligheid van patiënten, medewerkers en de maatschappij) en anderzijds procedurele veiligheid (omvat protocollen en procesbeschrijvingen die, in het geval van agressiepreventiebeleid, er zorg voor dragen dat algemeen geldende afspraken gekend zijn door iedereen en ook op die manier uitgevoerd worden).
- Materiële agressiebeheersing zijn de fysieke barrières (beveiliging van de koude zone) om ontvluchtingen of andere incidenten te vermijden. Ook de aanwezigheid van individuele kamers, PAK-kamers en afzonderingskamers op verschillende afdelingen en de aanwezigheid van bijvoorbeeld camera's dragen bij aan het veilig kunnen uitvoeren van de werkzaamheden in het FPC. Uitgangspunt moet zijn dat de materiële beveiliging niet overweldigend aanwezig moet zijn; het gebouw moet immers een indruk geven van vertrouwen, openheid en veiligheid.
- Bij de behandeling van patiënten in het FPC is agressiebeheersing altijd een onderdeel van de behandeling, waardoor behandeling en agressiebeheersing nauw met elkaar verweven zijn. Verschillende methodes (waaronder milieutherapie, delict(keten)analyse, diagnostiek, risicotaxatie en vroegsignaleringsplannen) staan uitgeschreven in de beleidsnota "agressiepreventie" en in de beleidstekst "behandelvisie" van het FPC Antwerpen en Gent.
 - Bij elke patiënt moet er een risicotaxatie aanwezig zijn die jaarlijks geëvalueerd moet worden.
 - Agressiepreventie begint bij het toepassen van de theorie van het milieutherapeutisch werken op de afdeling. Het handboek effectief verplegen thema agressie wordt gebruikt om medewerkers hierin te scholen.
 - Eenmaal per week leidt de afdelingspsycholoog op zijn afdeling een risicomanagergroep met de patiënten. Doel van dit gesprek is de groepsdynamiek en de risicofactoren van de patiënten bespreekbaar te maken en vaardigheden aan te leren.
 - De individueel begeleider werkt vanaf opname samen met de patiënt om een signaleringsplan op te stellen aan de hand van de methode vroegsignalering. Het signaleringsplan wordt bewaard door de patiënt en is ook te vinden in het patiëntendossier. Signaleringsplannen moeten op regelmatige basis geëvalueerd en aangepast worden.

De medewerkers beschikken over het boekje "het werken met signaleringsplannen", speciaal opgesteld voor gebruik in een FPC.
 - Bij spanningen en incidenten kan er ad hoc een groepsgesprek gepland worden. Hierbij is het de bedoeling dat patiënten samen op een aanvaardbare manier in gesprek gaan met elkaar om de spanningen weg te nemen en om naar een sociaal aanvaardbare oplossing te zoeken. Deze gesprekken gebeuren met begeleiding van staf en/of afdelingshoofd en/of afdelingspsycholoog.
 - De afdelingsstaf maakt een individueel crisisplan op, op het moment dat een patiënt zichzelf niet meer onder controle heeft of de controle dreigt te verliezen. In dit plan staat beschreven hoe er met de crisissituatie omgegaan moet worden. Vaak gaat dit gepaard met het opstarten van vrijheidsbeperkende maatregelen.

- De instructie "incidenten – alarmlopen bij agressie-incidenten" beschrijft de verwachtingen ten opzichte van de personeelsleden wanneer een alarm afgaat.
- De instructie "wat na een agressie-incident" beschrijft de stappen die ondernomen moeten worden nadat een agressie-incident heeft plaatsgevonden. Daarin staat beschreven dat de eerste opvang gebeurt door afdelingshoofd of leidinggevende. De leidinggevende informeert het bedrijfsopvangteam (BOT). Medewerkers kunnen indien gewenst ook beroep doen op externe hulp voor psychosociale begeleiding. Medewerkers worden attent gemaakt op het registreren van het agressie-incident in het VIM-systeem en indien nodig een aangifte te doen. Voor het doen van een aangifte wordt verwezen naar de richtlijn "klacht of aangifte doen".
- De instructie "aanvragen politie-interventie" beschrijft dat medewerkers in de zorg [REDACTED] een politie-interventie kunnen aanvragen [REDACTED]
[REDACTED]
Het FPC heeft een samenwerking met de politie. Bij interventies in het FPC stuurt de politie meestal een gespecialiseerd team.
- Het aantal agressie-incidenten (VIM-systeem), alarmmeldingen via DECT en het aantal arbeidsongevallen zijn KPI's die maandelijks worden opgevolgd. De agressiemeldingen worden maandelijks besproken en geanalyseerd in de VIM-commissie.

Middelen

- Elke medewerker wordt geacht een DECT-toestel bij zich te dragen. Via het DECT-systeem kunnen personeelsleden persoonlijk alarm geven; [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Medewerkers

- Medewerkers in de zorg volgen tijdens hun inscholingsperiode (binnen de 3 maanden na opstart) verplicht volgende vormingen die betrekking hebben op het agressiepreventiebeleid: 5-daagse agressiehantering, vroegsignalering, behandelvisie. Voor overige medewerkers die in aanraking kunnen komen met patiënten wordt een verkorte tweedaagse vorming agressiehantering voorzien.
- Medewerkers moeten 2 maal per jaar een heropfrissingscursus (4 uur) agressiehantering volgen.
- Voor elke afdeling is er een aandachtsfunctionaris vroegsignalering aangesteld die extra vorming kreeg m.b.t. het gebruik van vroegsignaleringsplannen.
- De opleiding "boeien en fouilleren" is verplicht voor alle medewerkers van de afdeling ZIZ, voor alle afdelingshoofden en ongeveer 2 zorgmedewerkers per afdeling. Deze vorming kent een herhalingsfrequentie van om de 2 jaar.
- Sinds mei 2018 beschikt het FPC Antwerpen over een BOT-team (bedrijfsopvangteam). Dit team organiseert opvang voor medewerkers na agressie-incidenten. Informatie voor medewerkers staat uitgeschreven in de folder "bedrijfsopvangteam". Het team bestaat uit 7 medewerkers (multidisciplinair samengesteld) die een aanvullende training volgden.
De mate waarin ondersteuning van het BOT is aangewezen, is afhankelijk van de gebeurtenis, de betrok-

kenheid en de persoonlijke omstandigheden van de medewerker. Sinds mei 2018, de opstart, werd het team 33 keer gecontacteerd en werden er 35 gesprekken gevoerd.

De eerste crisisopvang gebeurt door de directe collega's van het eigen team; het dienstdoend afdelingshoofd schat de noodzaak in om de ondersteuning van het BOT al dan niet in te roepen. Elke medewerker kan ook zelf het BOT benaderen.

Het BOT voorziet 3 gesprekken: een opvanggesprek de dag na het incident, een 2^e gesprek na 2 weken en een opvolggesprek na 3 maanden.

Er is een folder beschikbaar om medewerkers te informeren over het aanbod en er vinden vanaf januari infosessies plaats over de rol van het BOT en over het incidentmeldingssysteem.

Naast het BOT kunnen medewerkers bij een ingrijpende gebeurtenis beroep doen op specialisten buiten de organisatie. Indien nodig wordt traumabegeleiding extern opgestart. Deze bestaat uit 3 verwerkingsgesprekken en, indien nodig, een traject voor re-integratie op de werkvloer. Sinds januari 2018 werd 11 keer beroep gedaan op deze externe begeleiding.

- In 2018 liep er een verbetertraject voor interne communicatie: de objectieven hierbij waren in eerste instantie om de eigen communicatiestijl te leren begrijpen, de stijlen van anderen (collega's, leidinggevendenden, medewerkers, enz.) snel te (h)erkennen en te leren om alert de eigen communicatiestijl bij te sturen met het oog op efficiëntere communicatie en betere samenwerking. Door zich een (neutrale) gemeenschappelijke taal eigen te maken, kunnen discussies op een andere wijze en waardenvrije manier aangegaan worden. Er wordt een wederzijds respect ontwikkeld tussen de teamleden en men leert de verschillen in communicatiestijl te waarderen en te valoriseren.

Processen

- Het aantal patiënten met een vroegsignaleringsplan wordt maandelijks opgevolgd en per afdeling teruggekoppeld aan de hand van cijfergegevens uit het EPD. Daaruit blijkt dat op het moment van de audit al 119 patiënten een duidelijk uitgewerkt vroegsignaleringsplan hebben, dat door hen gebruikt wordt. In de tien dossiers die door Zorginspectie werden bekeken, werd telkens een vroegsignaleringsplan gevonden.

Resultaten

- In het laatste kwartaal van 2018 werden 158 alarmmeldingen via het DECT-systeem gedaan.
- In 2018 werden er 116 agressie-incidenten gemeld via het VIM-systeem.
- Tussen de opstart van FPC Antwerpen (augustus 2017) en december 2018 werden er in totaal 28 arbeidsongevallen waarbij een agressie-incident aan de basis lag, gemeld aan de interne preventieadviseur.
- In 2018 werd één agressie-incident geanalyseerd aan de hand van de SIRE-methode. Het analyserapport eindigt met verschillende veiligheids- en kwaliteitsverbeteringsvoorstellen op verschillende domeinen (team, taakverdeling, opleiding en training, communicatie). Het aantal uitgebreidere analyses verhogen lijkt een manier om een grote winst in veiligheid en kwaliteit met zich mee te brengen.

7.6 SUÏCIDEBELEID

- Er is een procedure suïcidepreventie uitgewerkt, met daaraan gekoppeld een aantal richtlijnen en formulieren:
 - risico-inschatting suïcidaliteit;
 - gesprekstechnieken bij suïcidaliteit;
 - crisisplan suïcidaliteit;
 - instrument voor opvang en evaluatie na zelfmoordpoging.

Al deze documenten gelden zowel voor FPC Antwerpen als voor FPC Gent.

- Tijdens de inscholing moeten nieuwe zorgmedewerkers (inclusief de artsen) een e-learningmodule van het FPC over suïcidepreventie volgen. Jaarlijks wordt ook een heropfrissing verwacht. Ook voor continue vorming over suïcidebeleid kan de permanent beschikbare e-learning module gebruikt worden, bestaande uit een theoriegedeelte en een test met meerkeuzevragen.
- Volgens de procedure wordt suïcidaliteit bij elke patiënt bevraagd bij intake (vóór de opname) en geregistreerd in het Forensisch Psychiatrisch Diagnostisch Verslag; in User wordt een code genoteerd in de rubriek "waarschuwing", en de voorgeschiedenis inzake suïcidaliteit wordt genoteerd in een specifieke rubriek.
- Bij het openen van het dashboard van elke patiënt in het EPD verschijnt het suïciderisico prominent in beeld. In het overzicht van alle patiënten van de afdeling is niet zichtbaar voor welke patiënten al dan niet een verhoogd risico geldt. Sommige afdelingen lossen dit op door patiënten met een verhoogd risico aan te duiden op een overzichtsbord in de verpleegpost. Dit is dan weer niet ideaal omdat deze gegevens soms zichtbaar zijn voor de andere patiënten.
- Over de herevaluatie van het suïciderisico kunnen een aantal opmerkingen gemaakt worden.
 - Bij een verhoogd suïciderisico staat omschreven met welke frequentie dit moet geherevalueerd worden. Het is echter niet duidelijk of, hoe en waar dit moet gedocumenteerd worden in het dossier. Het dossier voorziet hier ook geen specifieke ruimte voor.
Tijdens de afdelingsbezoeken bleek dat vaak niets genoteerd wordt over de herevaluatie (tenzij bij wijzigingen), waardoor niet kan nagegaan worden of en wanneer een herevaluatie gebeurde, en waardoor de evolutie van het suïciderisico doorheen de opname ook niet kan gereconstrueerd worden.
 - Als de code voor het ingeschatte suïciderisico gewijzigd wordt, is niet steeds te vinden op basis van welke elementen dat gebeurde. Conform de aanbevelingen van de multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, 2017) is het beter om de inschatting niet te beperken tot een score, maar deze te baseren op een gewogen besluitvorming, die best ook een neerslag krijgt in het dossier.
 - Voor patiënten bij wie aanvankelijk geen verhoogd suïciderisico werd gedetecteerd, is geen enkele frequentie inzake herevaluatie vooropgesteld, alhoewel suïcidaliteit ook bij hen een fluctuerend gegeven kan zijn. Het periodiek actief herbevragen van suïcidaliteit is aangewezen, in het bijzonder op bepaalde momenten zoals een transfer of bij ontslag.
- Er staat in de beleidsdocumenten duidelijk beschreven welke acties moeten ondernomen (en gedocumenteerd) worden bij de verschillende niveaus van verhoogde suïcidaliteit. Zo nodig wordt ook extra beveiliging ingesteld (bv. verhoogd toezicht om de 30 of 60 minuten, met registratie via de applicatie die ook gebruikt wordt voor andere vormen van verhoogd toezicht – zie 7.4).

- Bij acute suïcidaliteit kan – al dan niet samen met de patiënt – een crisisplan worden opgesteld. Tijdens de afdelingsbezoeken bleek dit niet zo vaak te gebeuren. Mogelijk kan een sjabloon in het dossier, dat er momenteel niet is, hier faciliterend werken.
- Er is duidelijk omschreven wat moet gebeuren na een suïcidepoging (o.m. afname van de IPEO) en na een suïcide.
- Er zijn een aantal infrastructurele risico's inzake suïcide [REDACTED]
[REDACTED] Het FPC onderzoekt de mogelijkheden om de infrastructuur aan te passen.
- Sinds de opstart waren er vijf suïcidepogingen in FPC Antwerpen, waaronder één gelukte suïcide. Over de suïcide werd een verslag geschreven, maar er gebeurde geen uitgebreide analyse volgens een analyse-methodiek en/of in samenspraak met mensen die niet direct bij dit incident betrokken waren. Ook bij de suïcidepogingen gebeurde dit niet, waardoor leermogelijkheden niet optimaal benut worden. Suïcidepogingen worden wel als incident gemeld via het VIM.
- De hoofdarts houdt persoonlijk cijfers bij over het aantal patiënten voor wie bij opname al dan niet een risico-inschatting gebeurde. Het zou beter zijn als deze cijfers op organisatieniveau worden bijgehouden, bv. als KPI.
- We bevelen aan het gevoerde suïcidepreventiebeleid af te toetsen tegenover de "Multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag", die in 2017 gelanceerd werd door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP).

7.7 INTERNE RECHTSPOSITIE

- Verschillende aspecten in de zorg voor forensisch-psychiatrische patiënten (niet enkel binnen FPC) zijn juridisch onvoldoende geregeld.
Dwangbehandeling is binnen de (forensisch-)psychiatrische context juridisch niet voorzien; de wetgever voorziet weliswaar de mogelijkheid van gedwongen opname maar niet van een gedwongen behandeling (of plaatsing in het geval van FPC). De zorgpraktijk in FPC bevindt zich hierdoor voor een groot deel in een juridische schemerzone, wat enerzijds de rechtspositie van de patiënten ondermijnt en anderzijds de verantwoordelijkheden van zorgbeoefenaars onvoldoende scherp stelt. De geïnformeerde toestemming die volgens de patiëntenrechtenwet (wet van 22/08/2002, BS 26/09/2002) voor elke behandeling noodzakelijk is, is moeilijk te verzoenen met de gedwongen plaatsing van een patiënt in het behandelmilieu in FPC.
Ook andere aspecten van de interne rechtspositie van patiënten zijn juridisch onvoldoende geregeld. Voorbeelden hiervan zijn het recht op contact met de buitenwereld, het recht op informatie, het recht op participatie, het recht op autonomie en het klachtrecht.
De mate waarin het al dan niet gerechtvaardigd is om deze rechten in te perken binnen de forensische zorg, verdient een maatschappelijk debat en daaruit voortvloeiende wetgeving.
- De rechten en plichten van de patiënten binnen het FPC zijn voornamelijk beschreven in het Huishoudelijk Reglement (HR). Dit document dient uiteraard in overeenstemming te zijn met de (weinig) geldende wet- en regelgeving (bv. de Wet betreffende de rechten van de patiënt), en is daar vaak een uitbreiding of specificering van.
Gezien het bovenstaande is het HR een lijvig document (68 bladzijden), geschreven in een juridisch jargon.

- Het HR werd goedgekeurd door het Opvolgingscomité. Aanpassingen zijn steeds mogelijk, zowel op vraag van het Opvolgingscomité als op vraag van het FPC, en dit enkel na wederzijds akkoord.
Op het moment van de audit zijn er geen wijzigingen in bespreking. Er wordt wel een beperkte update voorbereid (bv. aanpassingen op basis van de nieuwe privacywetgeving, aanpassing van de vermelde bezoeken).
- De HR van FPC Gent en FPC Antwerpen zijn identiek, op een aantal kleine uitzonderingen na (die bv. te maken hebben met het feit dat er in FPC Antwerpen duokamers zijn, dat er geen camera's zijn in de PAK, en dat er zowel mannen als vrouwen worden opgenomen). Wijzigingen worden ook altijd gelijktijdig aangevraagd voor beide FPC, zodat er geen verschillen in rechtspositie zijn voor patiënten in beide FPC. Daarnaast worden vragen van de staf over interpretatie van het HR overkoepelend besproken door de juridische diensten van beide FPC.
- Medewerkers krijgen bij indiensttreding opleiding over de regelgeving en over het HR. Medewerkers die op de afdelingen werken, moeten ook verplichte e-learnings volgen over het HR. Toch is het niet eenvoudig om dit (lijvige) reglement volledig te kennen. Bij vragen of twijfel (over de inhoud of de interpretatie daarvan) kunnen medewerkers altijd naar de juridische dienst bellen, die hierbij als een soort helpdesk fungeert.

Informatie aan de patiënt

- Patiënten krijgen op verschillende manieren informatie over hun verblijf en over hun rechten en plichten binnen het FPC Antwerpen.
 - Terwijl ze in de gevangenis verblijven, kunnen patiënten een informatiefilmpje bekijken. Patiënten krijgen zo informatie over wat een opname en verblijf in een FPC inhoudt; het is de bedoeling hen op die manier te motiveren, waardoor ze mogelijk sneller aanhaken in de behandeling.
Om de inhoud van het filmpje zo goed mogelijk af te stemmen op de leefwereld van de patiënten is hiervoor samengewerkt met een patiënt die in FPC Gent verblijft.
Met elke patiënt die opgenomen gaat worden, wordt op voorhand een kennismakingsgesprek gepland, waarin onder meer uitleg wordt gegeven over wat een opname in FPC Antwerpen inhoudt, en waarbij vragen kunnen worden beantwoord.
Voorafgaand aan de eerste opnames werden bovendien speciale informatiesessies georganiseerd in de strafinrichtingen van Merksplas en Turnhout (waar de meeste personen verbleven die op de wachtlijst stonden om opgenomen te worden). Tijdens deze informatiesessies werd het filmpje vertoond, werd een PowerPoint-presentatie gegeven en konden patiënten vragen stellen aan de medewerkers (o.m. leden van de zorgelijke en de sociale dienst, evenals de schakelteams internering). In oktober 2018 werden deze sessies nogmaals georganiseerd in de strafinrichting Merksplas, om de nieuwe mensen op de wachtlijst te informeren.
 - Daarnaast werd een informatiefolder voor patiënten en hun netwerk samengesteld (ook te vinden op www.fpcantwerpen.be), die zij nog vóór de opname kunnen doornemen. In de folder wordt informatie gegeven over onder andere de kennismaking, de opname, het therapeutisch leefklimaat, de behandeling, de sociaal-administratieve gevolgen van een plaatsing, contact met de buitenwereld, bezoek,...
 - Bij opname in FPC Antwerpen ontvangt elke patiënt een uittreksel van het huishoudelijk reglement in de vorm van een onthaalbrochure.
 - Het HR ligt ter beschikking van de patiënten op elke afdeling en is ook te vinden in de interne bibliotheek. We bevelen aan om aan elke patiënt een exemplaar van het HR ter beschikking te stellen, hetzij op papier, hetzij via de patient cloud.
 - Daarnaast is de brochure "Wet rechten van de patiënt" van de FOD Volksgezondheid beschikbaar (in het Nederlands en in het Frans).

- Voor wat betreft hun externe rechtspositie is er een informatiefiche opgesteld die de patiënten informeert over de samenstelling van de KBM en de verschillende vrijheden die zij toegekend kunnen krijgen. Deze fiche was in eerste instantie opgesteld om de patiënten van FPC Gent te informeren over de nieuwe interneringswet en zal op termijn, in aangepaste vorm, ook via de patient cloud te raadplegen zijn door de patiënten van FPC Antwerpen. Op het moment van de audit is dit evenwel nog niet het geval.
Eventuele vragen kunnen de patiënten, via de staf, stellen aan de juridische dienst. Daarnaast kunnen ze ook terecht bij hun advocaat.
- Met bijkomende vragen over patiëntenrechten kunnen patiënten terecht bij de ombudspersoon.
- In de loop van zijn verblijf wordt de patiënt goed geïnformeerd over het verloop van de behandeling: zowel (het opstellen en de evaluatie van) het verpleeg- en behandelplan als de KBM-rapportage worden systematisch samen met de patiënt overlopen, en hij krijgt telkens de gelegenheid om eigen aanvullingen te formuleren. FPC scoort op dit vlak beter dan gemiddeld.

Contact met de buitenwereld

- Patiënten kunnen contact onderhouden met personen van buitenaf door het ontvangen en verzenden van post, het voeren van telefoongesprekken en het ontvangen van bezoek. Bellen met of bezoek door externen mag enkel na screening door FPC Antwerpen.
- De screening van potentiële contacten start met het invullen van een aanvraagformulier door de patiënt. Medewerkers van het FPC (voornamelijk sociotherapeuten) nemen vervolgens telefonisch contact op met de persoon in kwestie. Daarbij wordt onder meer nagegaan of de contactpersoon op de hoogte is van de feiten die tot de internering hebben geleid.
De afdelingspsycholoog keurt vervolgens het contact goed, waarna de beslissing aan de griffie en aan de ICT wordt bezorgd.
De werkwijze is gedetailleerd beschreven in een instructie "screenen van contactpersonen".
- Het HR en de instructie vermelden duidelijk dat weigering van contacten enkel kan op basis van medische of juridische gronden (bv. een contactverbod). Als er bepaalde twijfels of onduidelijkheden zijn, wordt soms wel een netwerkgesprek georganiseerd vooraleer een contact goed te keuren, verloopt het bezoek aanvankelijk onder begeleiding, of worden bepaalde voorwaarden bepaald (bv. beperking van duur of aantal bezoekers i.f.v. draagkracht van patiënten).
- Het HR voorziet een maximale afhandelingstermijn van 4 weken voor de screeningsaanvragen. Tijdens de opstartfase werden langere streeftermijnen gehanteerd door het grote aantal aanvragen. Medewerkers geven aan dat er in de praktijk gemiddeld 1 à 2 weken verlopen tussen het moment waarop een patiënt een screening aanvraagt en het moment waarop de eerste communicatie tussen patiënt en contactpersoon effectief kan plaatsvinden. Soms (vooral als patiënten heel veel aanvragen indienen) kan het evenwel langer duren.
FPC Antwerpen ondernam verschillende acties om er voor te zorgen dat patiënten voldoende contact kunnen onderhouden bij hun overgang naar het FPC:
 - reeds bij de intake (vóór de opname) kunnen patiënten een aantal contactpersonen opgeven, zodat die al zijn gescreend op het moment dat de patiënt in het FPC aankomt;
 - bij de screening van contacten wordt voorrang gegeven aan aanvragen van nieuwe patiënten.
 Vanuit de patiëntenraad kwamen een aantal opmerkingen over de screening van contacten.
 - Men vraagt zich af waarom alle telefonische contacten gescreend moeten worden (wat een sterke beperking inhoudt van de mogelijkheden van telefonisch contact met buiten), terwijl er geen beper-

kingen staan op briefwisseling.

Patiënten stellen zich de vraag of die beperkingen van telefonisch contact niet in tegenspraak zijn met de behandel doelstellingen om zelfredzaam te worden en een eigen sociaal netwerk uit te bouwen.

- Screening van contacten die het Nederlands niet machtig zijn, duurt veel langer (bv. omwille van het inschakelen van tolken).
- Na goedkeuring van de contacten kan de patiënt deze bellen (via patient cloud). Dat kan op weekdays tussen 17 en 21u, in het weekend van 9 tot 21 uur. De patiënt kan enkel zelf bellen (niet gebeld worden). Patiënten die omwille van bepaalde klinische indicaties het gebruik van patient cloud ontzegd worden, wordt een DECT ter beschikking gesteld wanneer ze willen bellen.
- Patiënten moeten de telefoonkosten zelf betalen. Een deel van de opbrengsten van telefonie wordt – vanuit een herverdelings- en solidariteitsgedachte – gebruikt om het Ondersteuningsfonds Magis3 (zie lager) te spijzen.
Vanuit de patiëntenraad worden de hoge belkosten als een probleem omschreven, wat ervaren wordt als een beperking van de contactmogelijkheden met de buitenwereld (patiënten zonder toelage zijn financieel beperkt qua belmogelijkheden).
- Minstens een dag op voorhand moet een patiënt zijn verwachte bezoek invullen op een aanvraagformulier dat op de afdeling ter beschikking ligt. Bezoek is mogelijk op weekend- en feestdagen van 13u tot 14u30 en van 15u tot 16u30, op dinsdag van 17u30 tot 19u en op donderdag van 18u30 tot 19u. Controle door het bewakingspersoneel start altijd 45 minuten voor de start van het bezoeken.

Cultuur, zingeving en levensovertuiging

- In de behandelvisie stelt het FPC dat cultuur en levensovertuiging een grote invloed hebben op de presentatie van klachten en de interpretatie van gedrag. Sensitiviteit en respect voor culturele verschillen en kennis van aspecten van cultuur en levensovertuiging zijn volgens het FPC voor medewerkers van groot belang voor het snel en blijvend bereiken van resultaten in behandeling en resocialisatie. Een moreel consultant of medewerker zingeving speelt volgens de behandelvisie een belangrijke rol bij het integreren van culturele en levensbeschouwelijke aspecten in de behandeling.
- Er zijn twee gebedsruimtes in FPC Antwerpen: één voor katholieken en één voor moslims. Op zondag is er een christelijke eredienst en op zaterdag een islamitische gebedsdienst; er worden feestdagen van de verschillende godsdiensten gevierd. Voor beide geloofsgemeenschappen is er een geestelijk verzorger, die naast het voorgaan in de erediensten ook individuele patiënten ziet. Daarnaast is er ook een moreel consultant, die enkel individuele patiënten ziet.
- Uit het gesprek met vertegenwoordigers van de patiëntenraad blijkt dat er volgens de patiënten een aantal verbeterpunten zijn rond dit onderwerp. Zo krijgen moslims wel de gelegenheid om mee te doen aan de Ramadan, maar vermits het einduur het voorbij jaar na het sluiten van de kamerdeuren viel, betekende dit dat het eten al ruim voordien moest opgewarmd worden. Ook de beperkte mogelijkheden inzake halalvoedsel leidt tot ontevredenheid.
- Het HR vermeldt niets over dit onderwerp. Het is aangewezen de rechten van de patiënten en de afspraken in dit verband ergens duidelijk te formuleren.

Privacy

- Er worden inspanningen geleverd om de privacy van de patiënten te respecteren:
 - bezoek gebeurt – in tegenstelling tot wat oorspronkelijk voorzien was bij de bouw van het FPC – niet in centrale bezoekersruimtes, maar op de afdeling in de patiëntenkamers;
 - men probeert contact tussen bezoekers en andere patiënten te vermijden;
 - ongestoord bezoek op de kamer kan in principe voor alle gescreeende contacten; bij elk bezoek wordt ingeschat of dit veilig kan plaats vinden.
- De Securitas-medewerkers, die instaan voor de beveiliging in de "koude zone", komen in principe nooit in contact met patiënten. Zij hebben evenwel toegang tot alle camerabeelden, dus ook die in de separeer-kamers. Gezien het beelden van patiënten in afzondering betreft, moet dit als een verwerking van medische gegevens (= gevoelige persoonlijke gegevens) gezien worden. Deze camerabeelden vallen niet onder de camerawet, maar onder de Algemene Verordening Gegevensbescherming. De verwerking van medische gegevens moet gebeuren onder het toezicht van een beroepsbeoefenaar. Aangezien Securitas-medewerkers niet gebonden zijn door het beroepsgeheim en zij geen beroepsbeoefenaars zijn, mogen zij volgens de privacywetgeving geen toegang hebben tot medische gegevens. De geheimhoudingsplicht die is vastgelegd in de overeenkomst tussen Securitas en FPC Antwerpen is niet van dezelfde juridische orde als het beroepsgeheim waaraan beroepsbeoefenaars gebonden zijn.
- Er is nog geen procedure uitgeschreven voor het onderzoek aan het lichaam of aan de kleding. Er moeten duidelijke voorwaarden omschreven worden voor "fouilleringen op het lichaam", waardoor gegarandeerd wordt dat deze strikt beperkt worden en onder zeer zorgvuldige omstandigheden gebeuren (door wie, welke discipline, al dan niet een persoon van hetzelfde geslacht, op welke plaats, in welke situaties, ...).
- Tijdens staalname voor urinedrugscreenings moeten patiënten zichtbaar voor de staf in het potje plassen. Hierbij moet men aan patiënten garanderen dat ze dit niet hoeven te doen in aanwezigheid van medewerkers van het andere geslacht.

Geldbeheer

- Patiënten mogen geen cash geld bijhouden binnen FPC Antwerpen en geven dit in bewaring, net als betaal-kaarten en andere financiële zaken. Er wordt met een betaalbadge gewerkt om kleine aankopen te doen. Eventuele interne gelden van de patiënt worden door de gevangenis van herkomst doorgestort naar het FPC, op een rekening die enkel patiëntengelden bevat.
Per patiënt wordt een financiële fiche opgesteld, waarop alle transacties en geldbewegingen worden bijgehouden (overschrijvingen ten gunste van de patiënt, cashafhalingen, aankopen in de FPC-winkel, externe aankopen, ...). Alle bewegingen en overschrijvingen gebeuren in samenspraak met de patiënt en de sociale dienst. Op vraag krijgt de patiënt een print van de fiche. Het is de bedoeling dat patiënten op termijn te allen tijde hun fiche kunnen raadplegen via de patient cloud.
- FPC Antwerpen maakt gebruik van de door FPC Gent ontwikkelde "patiënten cash file" applicatie, maar wel met een aparte database. Het systeem creëert een interface met patient cloud (ter verrekening van de uitgaven voor telefonie en het bekijken van films, het kassasysteem van de superette en de kledingwinkel), en User (in het kader van de vergoeding van gepresteerde arbeidsblokken) waardoor elke verrichting per patiënt opvolgbaar en traceerbaar is.
- Als onderdeel van het verpleeg- en behandelplan wordt een financieel plan opgesteld. Het FPC wil op die manier onder meer een bijdrage leveren aan het afbouwen van schulden en/of in het vergoeden van slachtoffers (wat vaak samenvalt).

Het FPC streeft er in deze optiek ook naar om bij zoveel mogelijk patiënten budgetbegeleiding op te starten, maar dat kan enkel als de patiënt dat zelf ook wil. Er wordt ook aan elke patiënt inzage gevraagd in zijn financiële middelen, maar deze kan dat weigeren (al stelt het HR dat dit consequenties kan hebben voor het behandeltraject).

Zelf is het FPC van geen enkele patiënt de bewindvoerder.

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

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

Wanneer meer dan 61 blokken per maand worden gepresteerd, krijgen patiënten een extra vergoeding van 1,67 euro per blok van 50 minuten.

Patiënten die voor geen enkel blok geïndiceerd zijn en onvoldoende eigen middelen hebben, krijgen ook de volledige vergoeding. Dit wordt per patiënt bekeken.

Het Ondersteuningsfonds wordt in grote mate gefinancierd door het FPC, maar het is de bedoeling dat het op termijn zelfbedruipend wordt. Het fonds wordt op verschillende manieren gespijsd:

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

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

- Patiënten die hiertoe de middelen (en geen schulden) hebben, kunnen wekelijks maximaal 30 euro besteden in de superette en de kledingwinkel van het FPC. Daarnaast kunnen ze (indien van toepassing) maximaal 25 euro besteden tijdens een uitgaansmodaliteit. Aanvragen voor extra budget worden steeds beoordeeld door de afdelingspsycholoog en de sociale dienst.
- Vanuit de patiëntenraad kwamen een aantal opmerkingen hieromtrent.
 - Er worden verschillende nadelen van het financieringssysteem van arbeidsblokken aangehaald (het vaste bedrag ongeacht het aantal blokken dat een patiënt per week doet, een gevoel van ongelijke behandeling aangezien de financiële afstraffing bij het niet volgen van blokken niet aanvoeld wordt door patiënten met een andere bron van inkomsten).
 - Het budget van 97,22 euro per maand wordt als te beperkt gezien, vooral voor patiënten met een uitgangsvergunning (naast de belkosten vanuit FPC, zijn er tijdens uitgang ook kosten voor belwaarde van een GSM, vervoerskosten,...).
 - Er is nood aan bijkomende informatie over het financieringssysteem van arbeidsblokken.

- Bij aankomst voorziet FPC Antwerpen voor elke nieuwe patiënt een (uitgebreid) basispakket persoonlijke hygiëne, evenals een basisset sportkledij.

Recht op inzage in het dossier

- De mogelijkheden inzake het verkrijgen van inzage in en een afschrift van het dossier – zoals voorzien in de patiëntenrechtenwet – staan beschreven in het HR, en er is ook een procedure hieromtrent. Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen het patiëntendossier en het medisch-somatisch dossier. Het HR moet nog worden aangepast aan de recente wetswijziging die maakt dat afschriften van dossiers gratis ter beschikking gesteld moeten worden. De procedure en de aanvraagformulieren (zie hieronder) werden wel al aangepast, en in de praktijk worden sinds eind mei 2018 geen kosten meer aangerekend voor een afschrift van het dossier.
- Op de afdelingen liggen formulieren ter beschikking van patiënten, waarmee ze inzage of een afschrift kunnen aanvragen. Sinds de opstart van FPC Antwerpen werd 53 keer inzage in het patiëntendossier gevraagd, en 245 een afschrift. Er werd 2 keer inzage in het medisch somatisch dossier gevraagd, en 17 keer een afschrift.

Geïnformeerde toestemming

- Bij opname van elke patiënt wordt gevraagd om een "informed consent" te tekenen om zo de nodige medische, psychosociale, (sociaal-)juridische en administratieve informatie bij zorgpartners te kunnen opvragen. Daarnaast wordt ook steeds de toestemming van de patiënt gevraagd om dezelfde soort informatie te kunnen doorgeven aan externe (zorg)partners, met het oog op de continuïteit en/of kwaliteit van zorg en het opbouwen van een intern en/of extern zorgtraject. De toestemming kan ook enkel voor bepaalde gegevens of bepaalde zorgpartners gegeven worden. De patiënt wordt ingelicht over de inhoud en draagwijdte van de toestemming en ontvangt hier ook een afschrift van. De patiënt wordt ook op de hoogte gebracht van het feit dat de toestemming te allen tijde ingetrokken kan worden en dat hiervoor steeds een beroep gedaan kan worden op de staf.
- Instemming met de behandeling is een relatief begrip in de context van het FPC. Zowel voor het FPC als voor de patiënt is de opname verplicht. Toch mag niet vergeten worden dat binnen de wetgeving in België wel een verblijf kan afgedwongen worden, maar niet een behandeling. In die zin is volgende passage uit rubriek 3.3.2 van de behandelvisie niet congruent met de huidige regelgeving:
"Binnen vijf werkdagen na het vaststellen van het behandelplan bespreekt de patiënt het met de behandelaar en krijgt hij het plan aangeboden ter ondertekening. Mocht de patiënt niet willen tekenen, dan kan het behandelplan bijgesteld worden. In het uiterste geval gaat het plan ongetekend retour in het dossier. In deze situatie doet de behandelaar hier melding van in het voortgangsverslag, door expliciet te vermelden waarom het behandelplan niet ondertekend is. Bij het uitblijven van overeenstemming [tussen de patiënt en de behandelteam over het behandelplan] zal gedwongen behandeling overwogen moeten worden".
- De afzonderlijke onderdelen van de behandeling die FPC Antwerpen aanbiedt, zijn op zich niet verplicht. De deelname aan de geïndiceerde behandelmodules wordt evenwel in het behandelplan als voorwaarde gesteld om vrijheden toegekend te krijgen. Daarbij wordt geredeneerd dat een patiënt die weigert zijn blokkenrooster te volgen ook geen vooruitgang in zijn behandeling kan boeken, en zodoende zijn risicogedrag niet onder controle kan krijgen, wat dan weer een voorwaarde is om toenemende vrijheden te krijgen.
- Het FPC levert ook inspanningen om toestemming van de patiënt te krijgen inzake de behandeling die hem wordt aangeboden. Zo wordt het behandelplan in overleg met de patiënt opgesteld, en wordt aan de patiënt gevraagd dit plan te ondertekenen. Het aantal ondertekende behandelplannen is één van de key

performance indicators die voor de zorg worden opgevolgd. De patiënt kan ook opmerkingen bij het behandelplan laten noteren.

- Er zijn in het HR een aantal mogelijkheden voorzien voor gedwongen behandeling (zie 7.4) vanuit medische noodzaak. Deze kan bestaan uit het tegen de wil van de patiënt toedienen van medicatie, vocht of voedsel, of het uitvoeren van een geneeskundige handeling zoals het leegpompen van de maag. Inzake het toedienen van medicatie wordt er een onderscheid gemaakt tussen enerzijds "noodmedicatie" (een eenmalige toediening van medicatie om tegemoet te komen aan een acute somatische of psychiatrische noodsituatie) en anderzijds "dwangmedicatie" (het herhaaldelijk toedienen van medicatie vanuit medische noodzaak). Dit kan omwille van zowel somatische als psychische overwegingen gebeuren. De patiënt ontvangt hiervan – zoals bij andere vrijheidsbeperkende maatregelen – binnen de 24 uur een schriftelijke en gemotiveerde mededeling.
Patiënten kunnen ook gevraagd worden om een urinetest (Urine Drug Screening – UDS) te ondergaan. Weigering staat gelijk met een positieve screening, waaraan maatregelen kunnen verbonden zijn.

Vrije keuze beroepsbeoefenaar

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

7.8 KLACHTENMANAGEMENT EN OMBUDSFUNCTIE

- Aangezien in het FPC de Wet op de rechten van de patiënt van toepassing is, moet het FPC ook beschikken over een ombudsfunctie.
- De hoofdlijnen van de mogelijkheid om een klacht in te dienen staan vermeld in het Huishoudelijk Reglement (zie hoger). Daarnaast is er ook een "reglement ombudsfunctie". Beide documenten liggen op de afdelingen ter inzage van de patiënten, samen met formulieren om een gesprek met de ombudsdienst aan te vragen.
- Aanvankelijk was er een ombudspersoon die overkoepelend voor FPC Gent en FPC Antwerpen werkte. Tijdens het opstartjaar was deze evenwel gedurende een half jaar afwezig. De hoofden zorglijn en de directeur patiëntenzorg namen de bemiddeling tussen patiënten en staf tijdelijk voor hun rekening. Sinds 15/10/2018 is een nieuwe ombudspersoon aangeduid voor FPC Antwerpen, die hiervoor 1 dag per week ter beschikking krijgt (naast haar functie als kwaliteitscoördinator van het FPC Antwerpen). De ombudspersoon is lid van de Vlaamse Beroepsvereniging Ombudspersonen van alle Zorgvoorzieningen (VVOVAZ).
De voorbije jaren heeft zij enkele jaren in het FPC Antwerpen en FPC Gent gewerkt als afdelingshoofd; in die hoedanigheid heeft ze ervaring met de specifieke doelgroep en volgde ze opleidingen rond agressiehantering en gesprekstechnieken, maar ze volgde nog geen specifieke opleiding inzake bemiddeling of klachtenmanagement. Vanuit de patiëntenraad komt de bemerking dat men de positie van de interne ombudspersoon niet als volledig onafhankelijk beschouwt (hierbij wordt vooral de vroegere job als

afdelingshoofd van een afdeling aangehaald). Verder heeft de patiëntenraad argwaan over wie de brievenbussen van de ombudspersoon ledigt.

- Patiënten kunnen op verschillende manieren een beroep doen op de ombudspersoon:
 - ze kunnen mondeling een gesprek bij de ombudspersoon aanvragen via de staf;
 - ze kunnen aan de staf vragen of zij via een e-mail een gesprek bij de ombudspersoon kunnen aanvragen;
 - naast een centrale brievenbus zijn ook op de oriëntatie- en observatie-afdelingen (waar patiënten het minst bewegingsvrijheid hebben) speciale brievenbussen beschikbaar waarin klachten kunnen worden gepost; patiënten kunnen hiervoor gebruik maken van een formulier dat ter beschikking ligt op de afdelingen, maar ook een gewoon briefje volstaat.

De ombudspersoon doet geen systematische rondgang op de afdelingen (behalve om de brievenbussen te ledigen). Patiënten kunnen de ombudspersoon ook niet telefonisch contacteren, tenzij via de afdelingsstaf.

Er is op dit moment voor patiënten maar één manier om rechtstreeks (zonder tussenkomst van de staf) contact op te nemen met de ombudspersoon, met name via de brievenbus. Gezien het feit dat veel patiënten ongeletterd zijn en gezien de grote argwaan van patiënten over het ledigen van de brievenbussen, is de rechtstreekse bereikbaarheid van de ombudspersoon onvoldoende gegarandeerd.

Externen (bv. familieleden of advocaten) kunnen wel telefoneren of een e-mail sturen, zoals vermeld op de website.

- Wanneer de bemiddeling door de ombudspersoon niet tot het gewenste resultaat leidt, kan aan een externe adviescommissie (die met dit oogpunt werd opgericht) een onafhankelijk advies (voor de directie én voor de patiënt) over de afhandeling van de klacht gevraagd worden. De leden van de externe adviescommissie (minimaal een arts, een jurist en een academicus) zijn niet verbonden aan FPC Gent of Antwerpen.

Enkel de ombudspersoon kan het initiatief nemen om de externe adviescommissie in te schakelen, zij het eventueel wel op vraag van de betrokken patiënt of hulpverlener. Tot nu toe werd in FPC Antwerpen geen beroep gedaan op de externe adviescommissie.

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

Zoals wettelijk voorzien zal de ombudspersoon begin 2019 een geanonimiseerd jaarverslag m.b.t. 2018 opstellen. Er moet nog worden bepaald op welk forum dit verslag zal besproken worden.

- Patiënten zijn op de hoogte van de mogelijkheid om een klacht in te dienen bij de ombudspersoon. Zij worden hierover geïnformeerd via het Huishoudelijk Reglement en het reglement ombudsfunctie.
- Op elke schriftelijke en gemotiveerde mededeling van een maatregel staat vermeld dat de betrokkene "zijn beklag kan doen over de maatregel bij de ombudspersoon" (evenwel zonder vermelding van de manieren waarop dat kan).
- Bij indiensttreding krijgen alle personeelsleden een vorming over patiëntenrechten en de klachtenprocedure van de juridische dienst. In de vorming "kwaliteitsbeheer" wordt daarnaast een uitleg gegeven over de ombudsdienst. Daarnaast staan er op het intranet de verschillende procedures en reglementen en kunnen medewerkers ook de aanvraagformulieren terugvinden.

- De ombudspersoon is krachtens het HR en het reglement ombudsfunctie enkel bevoegd voor individuele klachten. Voor aspecten die voor de collectieve patiëntenpopulatie van belang zijn, wordt naar de patiëntenraad verwezen (zie 8.2).

8 RESULTATEN

8.1 PATIËNTENPARTICIPATIE

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

- Patiënten worden op verschillende manieren individueel betrokken bij het behandeltraject:
 - Patiënten zijn aanwezig op de behandelplanbespreking en krijgen achteraf een afgedrukte versie van het behandelplan, met de vraag om te ondertekenen. Bij bijna 9 op de 10 behandelplanbesprekingen was de patiënt aanwezig. De patiënt kan ook een vertrouwenspersoon uitnodigen op de bespreking.
 - Patiënten kunnen aanwezig zijn bij elke behandelplanevaluatie als ze dat willen. In 87% van de evaluaties was de patiënt aanwezig.
 - Vanuit de patiëntenraad wordt opgemerkt dat patiënten zich gesteund en geholpen voelen door het behandelend team. De behandeldoelen zijn duidelijk en er wordt open gecommuniceerd tussen team en patiënten. Er wordt op heel korte termijn tijd vrij gemaakt voor een gesprek wanneer patiënten daar nood aan hebben.

Patiënten geven hierbij wel aan dat de stabiliteit van de samenstelling van een team (zonder personeelwissels) grote invloed heeft op het opgebouwde vertrouwen en op de voortgang van het behandelproces.
 - Bij elke maatregel krijgt de patiënt een brief met een uitgebreide verantwoording, de stapsgewijze motivatie en de voorwaarden om de maatregel te beëindigen. In 92% van alle maatregelen werd de schriftelijke mededeling/motivering binnen de 24 uur na oplegging van de maatregel bezorgd aan de betrokken patiënt.
- Patiëntparticipatie op groepsniveau wordt op verschillende manieren ingevuld:
 - Sinds februari 2018 is er een patiëntenraad die maandelijks vergadert. De doelstelling van deze raad is het waarborgen van de collectieve rechten van de patiënt door periodiek in overleg te treden met de directie over algemene onderwerpen betreffende het leef- en woonklimaat van het centrum en de regels en afspraken die nodig zijn om het verblijf in het centrum zo goed mogelijk te laten verlopen. De verantwoordelijkheden en doelstellingen van de patiëntenraad staan beschreven in het "Reglement patiëntenraad".

Per twee gangen is er één vertegenwoordiger van de afdeling aangesteld, verkozen door de patiënten van zijn afdeling. De vergaderingen vinden plaats onder toezicht van een medewerker, die enkel toeschouwer is en niet deelneemt aan het overleg. De leden van de patiëntenraad mogen elkaar bezoeken om onderling te overleggen. Ter voorbereiding van de patiëntenraad wordt er op de afdeling een vooroverleg gehouden. De voorzitter krijgt de mogelijkheid om op elke afdeling vergaderpunten te bespreken met de patiënten en kan aanwezig zijn bij de groepsbesprekingen op de afdeling, in overleg met de betreffende afdeling. De patiëntenvertegenwoordigers zorgen dat de notulen van het patiëntenraad op de afdeling verspreid worden.

De patiëntenraad heeft tweemaandelijks een overleg met de directie.
 - Er is een overzicht beschikbaar ("actiepuntenlijst opvolging patiëntenraad") van de opvolging en stand van zaken van de verschillende actiepunten die werden aangebracht door de patiëntenraad. Een aantal aspecten in de organisatie werden bijgestuurd op basis van feedback uit de patiëntenraad (bv. de aanpassing naar gespreide bezoeken tijdens weekavonden, de oprichting van een werkgroep over opvang van kinderen van patiënten, de verhoging van het weekbudget).
 - Jaarlijks organiseert de directie een patiëntendebat, waarop alle patiënten worden uitgenodigd en vragen kunnen stellen aan de hoofddarts en de directeur patiëntenzorg. Er werd in FPC Antwerpen het

voorbij jaar een apart patiëntendebat georganiseerd voor de afdelingen van Rivier en Stad en een apart patiëntendebat voor de afdelingen van Haven, afgesloten met een buffet. De debatten kenden een erg grote opkomst.

- Vanaf januari 2019 zal er een patiëntenbevraging gebeuren over de kwaliteit van zorg.
- Patiënten worden betrokken bij het afdelingsbeleid via het PSO (patiënt-staf-overleg). Wekelijks vindt er een vergadering plaats op iedere afdeling. De staf begeleidt de patiënten hierin en probeert zoveel mogelijk vragen te beantwoorden. Het doel is dat de patiënten zelf zaken aangeven waarvan ze vinden dat ze moeilijk lopen of die ze anders zouden willen. De staf kan ook onderwerpen ter sprake brengen. Hierbij is het ook de bedoeling dat patiënten met elkaar leren spreken over de dagdagelijkse organisatie van de leefgroep: budgetplanning voor aankoop eten, huishoudelijke taken verdelen, De patiënten worden gestimuleerd om zelf oplossingen aan te brengen.
- Patiënten hebben inspraak over het spenderen van het afdelingsbudget. Ze kunnen mee beslissen om een kook- of andere activiteit te doen op de afdeling. Patiënten beslissen dit in overleg met de staf, maken een budget op en maken bv. een boodschappenlijstje.

8.2 BEHANDELRAPPORTAGE

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

9 CONCLUSIE

Het Forensisch Psychiatrisch Centrum Antwerpen is de tweede voorziening in zijn soort, opgericht voor de opvang en behandeling van geïnterneerden met een high security-profiel. Het is een instelling die noch een gevangenis is, noch een psychiatrisch ziekenhuis.

Van bij het begin was het de bedoeling van de federale overheid dat geïnterneerden in een FPC zouden verzorgd worden zoals in een gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Zorginspectie opteert er dan ook voor om de beoordeling van het FPC zoveel mogelijk op basis van dezelfde standaarden te doen als bij psychiatrische ziekenhuizen, 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 Antwerpen).

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

De toezichtmethodiek zal op termijn zoveel mogelijk aansluiten op het model dat wordt gebruikt bij het toezicht op psychiatrische ziekenhuizen 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 de opstartfase.

Deze conclusie vormt een oplistings 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.

- Anderhalf jaar na de opstart is FPC Antwerpen qua organisatie al zeer sterk uitgebouwd. **(SP)** Het FPC Antwerpen heeft hiervoor gebruik kunnen maken van de opgebouwde expertise in FPC Gent. Beide centra werken nauw samen op verschillende beleidsniveaus.
 - Alle nodige procedures, protocollen en instructiekaarten zijn uitgeschreven en geïmplementeerd.
 - Nieuwe medewerkers worden grondig opgeleid; voor vaste staf is er een uitgebreid aanbod van permanente opleidingen; medewerkers worden sterk gestimuleerd om opleiding te volgen; het volgen van opleidingen wordt gemonitord.
 - Het kwaliteitsbeleid is geïntegreerd in de werking van de organisatie. Naast een uitgebreide gegevensverzameling zijn er over verschillende thema's al analyses gebeurd en verbeteracties opgezet. 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.
 - Het patiëntendossier is goed gestructureerd.
 - Er wordt op zeer gestructureerde wijze aan behandelplanning en -evaluatie gedaan.
 - Het therapeutisch aanbod dat mee uitvoering moet geven aan die behandelplanning (en dat groten-deels buiten de afdeling wordt aangeboden) is conceptueel sterk uitgebouwd en is wetenschappelijk onderbouwd.
 - De somatische zorg voor de patiënten kan de vergelijking doorstaan met gezondheidszorg in de vrije samenleving.
 - Er werd een zeer divers dagactiviteitsaanbod uitgewerkt, bestaande uit onderwijs, sport en arbeid.
 - Alle patiënten hebben een geïndividualiseerd weekoverzicht met een blokkenrooster waarin zowel therapie als andere activiteiten worden gepland.

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

FPC voorziet meer personeel dan de bestaaffingsnorm voorop stelt **(AV)**; desondanks zijn er op het vlak van bestaaffing een aantal knelpunten. **(TK)**

- Hoewel FPC relatief meer verpleegkundigen aanwerft dan voorzien in de normbestaaffing, kan men niet garanderen dat er in elke shift minstens één verpleegkundige aanwezig is op elke afdeling (zoals vereist is in psychiatrische ziekenhuizen).
 - FPC kan op het moment van de audit niet aantonen dat ■ nachtmedewerkers voldoende zijn om alle nodige toezichtstaken te vervullen.
- Verschillende aspecten met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen gelden als best practice. **(SP)**
 - Alle dwangmaatregelen zijn geëxpliciteerd en uitvoerig beschreven in het huishoudelijk reglement.
 - Er zijn verschillende initiatieven op het vlak van preventief beleid, bv. agressiepreventie (een week opleiding agressiehantering voor nieuwe medewerkers, het systematisch werken met vroegsignaleringsplannen, gradueel opbouwen van maatregelen).
 - Bij het gros van de vrijheidsbeperkende maatregelen krijgen patiënten hierover een schriftelijke mededeling met een uitgebreide motivatie en verdere planning.
 - FPC ontwikkelde een applicatie om de toezichtfrequentie te monitoren en te stimuleren.
 - De scope aan vrijheidsbeperkende maatregelen waarover cijfergegevens worden verzameld, is zeer breed. De cijfergegevens zijn up-to-date en worden op alle niveaus van de organisatie besproken en gebruikt om het beleid te analyseren.
 - Het VBM-beleid werd door FPC geëvalueerd en bijgestuurd t.o.v. (inter)nationale standaarden;
 - Er wordt gekozen voor een fixatie-arm beleid.

Andere aspecten van het VBM-beleid beantwoorden niet aan de verwachtingen: **(TK)**

- het definiëren van een aantal vrijheidsbeperkende maatregelen als onderdeel van het therapeutisch beleid waardoor ze niet voldoen aan de criteria uit richtlijnen (m.b.t. indicatie, toezicht, registratie en cijfermateriaal);
 - de indicatiestelling voor afzondering gaat ruimer dan het acuut en ernstig gevaar zoals beschreven in de richtlijnen;
 - het toezicht is onvoldoende sluitend, vooral tijdens de nacht, op patiënten in afzondering en separatie.
- 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. Patiënten zijn aanwezig bij behandelplanbesprekingen en -evaluaties.
 - 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, maar ook in andere settings voor (forensisch-) psychiatrische zorg. De invulling van deze juridische leemtes is een taak voor de wetgevende instanties en overstijgt de invloedssfeer van FPC. De ervaringen binnen FPC kunnen het debat hieromtrent stofferen.

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

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

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