ZORGINSPECTIE

Departement Zorg
T 02 553 34 34
contact.zorginspectie@vlaanderen.be
www.zorginspectie.be - www.departementzorg.be

INSPECTIEVERSLAG: FORENSISCHE ZORG

INRICHTENDE MACHT

Naam	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	Andere rechtsvorm
Ondernemingsnummer	0249772327
Adres	Daalbroekstraat 106, 3621 Lanaken

INSPECTIEPUNTEN

Naam	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem
HCO-nummer	4777
Adres	Daalbroekstraat 106, 3621 Lanaken
Dossiernummer	909

Naam	Psychiatrisch Verzorgingstehuis
HCO-nummer	20895
Adres	Daalbroekstraat 106, 3621 Lanaken
Dossiernummer	014

UITBATINGSPLAATS

Naam	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem
Adres	Daalbroekstraat 106, 3621 Lanaken

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	03/06/2025
Verslagnummer	ZI-2025-01779
Inspecteurs	Michaëla Daelemans, Steven Eerdekens, Kurt Lievens, Sally Swaans, Ann Valkenborg, Sarah Van den Broeck

INSPECTIEBEZOEK

Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem

Aangekondigde inspectie op 02/06/2025 (09:00-15:50)

Gesprekspartners: directieleden, stafmedewerkers, zorgmedewerkers en zorggebruikers.

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding 3
   - 1.1 Toezicht door Zorginspectie 3
   - 1.2 Inspectiemethodiek 4
   - 1.3 Inspectieverslag 7
2. Organisatie en zorgaanbod 9
3. Infrastructuur 11
   - 3.1 Afdeling – forensische afdeling 11
   - 3.2 Afzonderingsruimtes 12
   - 3.3 Samenvatting resultaten infrastructuur 15
4. Medewerkers 16
   - 4.1 Bestaffing tijdens de nacht en het weekend 16
   - 4.2 Aanpak van incidenten 18
   - 4.3 Vorming, training en opleiding (VTO) 19
   - 4.4 Samenvatting resultaten medewerkers 20
5. Zorgtraject 21
   - 5.1 Afdelingsafspraken en regels 21
   - 5.2 Zorgplan 24
     - 5.2.1 Opmaak, inhoud, inspraak en evaluatie van zorgplan 24
     - 5.2.2 Communicatie tussen zorgverleners 26
     - 5.2.3 Gesprekken van zorggebruikers met zorgverleners 26
   - 5.3 Risicotaxatie 28
   - 5.4 (Vroeg)signaleringsplan 29
   - 5.5 Instroom en uitstroom 30
     - 5.5.1 Instroom 31
     - 5.5.2 Uitstroom 32
   - 5.6 Samenvatting resultaten zorgtraject 33
6. Vrijheidsbeperkende maatregelen 35
   - 6.1 Controles 35
   - 6.2 Afzondering, mechanische fixatie en compartimentering 36
     - 6.2.1 Afzondering 38
     - 6.2.2 Mechanische fixatie 39
     - 6.2.3 Compartimentering 39
   - 6.3 Samenvatting resultaten vrijheidsbeperkende maatregelen 40
7. Verbeterbeleid 41
   - 7.1 Beschikbaarheid en analyse van cijfergegevens over kwaliteit van zorg 41
   - 7.2 Samenvatting resultaten verbeterbeleid 42
8. Besluit 43

1. INLEIDING

1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

Situering Zorginspectie
Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Zorg van de Vlaamse overheid en is bevoegd voor het toezicht op:

- organisaties die door het departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund, geattesteerd of gesubsidieerd worden
- persoonlijke budgetten en hulpmiddelen toegekend aan personen met een handicap
- personen of organisaties waarvan redelijkerwijze kan worden vermoed dat ze als zorgverlener, hulpverlener of voorziening optreden.

De Vlaamse overheid heeft ervoor gekozen om de inspectiefunctie te scheiden van de vergunnings-, erkennings- en subsidiëringsfunctie. De functiescheiding tussen inspecteren en rapporteren enerzijds en beslissen over de gevolgen anderzijds, maakt dat Zorginspectie haar opdracht zo objectief, onpartijdig en onafhankelijk mogelijk kan vervullen.

Wat is de opdracht van Zorginspectie?
De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

- toezicht houden op de naleving van gestelde eisen
- concrete beleidsadvisering op basis van de inspectievaststellingen
- een beeld schetsen van een hele sector op basis van inspectievaststellingen.

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- het verbeteren van kwaliteit van zorg- en dienstverlening van de voorzieningen
- het rechtmatig besteden van overheidsmiddelen
- een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

Hoe werkt Zorginspectie?
Zorginspectie voert haar inspectiebezoeken uit en stelt haar inspectieverslagen op conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen houdt Zorginspectie rekening met de privacy van alle betrokken partijen. Meer informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de Gegevens-beschermingsautoriteit: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

Binnen 30 dagen na de laatste vaststelling ontvangt het inspectiepunt en (in voorkomend geval) de klacht-indiener het ontwerpverslag. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden om - gedurende een periode van 14 kalenderdagen - schriftelijk te reageren op onjuistheden in het ontwerp van het inspectieverslag.
De datum van de laatste vaststelling, die wordt gedefinieerd in artikel 13 van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, is te vinden op het voorblad van dit inspectieverslag.
De definitieve inspectieverslagen worden actief ter beschikking gesteld en zijn te vinden via https://www.departementzorg.be/nl/inspectieverslagen-opzoeken-enof-opvragen-bij-zorginspectie.

1.2 INSPECTIEMETHODIEK

Aanleiding
Qua toezicht op zorg in forensische settings heeft Zorginspectie de voorbije jaren veel tijd geïnvesteerd in het toezicht op de 2 forensisch psychiatrische centra (FPC), zijnde de 2 grootste hoogbeveiligde centra voor de opvang en behandeling van (meerderjarige) geïnterneerden buiten de gevangenis. Dit heeft geleid tot een goed zicht op kwaliteit van zorg in die centra, op de problemen en op de risico's.

Andere beveiligde settings waar meerderjarige geïnterneerden buiten de gevangenis residentieel zorg krijgen, zijn de hoogbeveiligde afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen en de middelhoogbeveiligde afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen, in psychiatrische verzorgingstehuizen en in voorzieningen voor personen met een handicap. Deze settings verschillen van de FPC's omdat de voorziening waar de zorg gerealiseerd wordt niet exclusief gericht is op een forensische doelgroep, daarnaast zijn er op diverse vlakken gelijkenissen (qua doelgroep, qua rechtspositie, qua type (residentiële) zorg…).

De forensische doelgroep bestaat veelal uit erg kwetsbare personen, terwijl concrete regelgeving en specifieke verwachtingskaders m.b.t. de kwaliteit van deze specifieke zorg (grotendeels) ontbreken.

Vanuit Zorginspectie ging de aandacht bij het inspecteren van deze psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en voorzieningen voor personen met een handicap (VAPH-voorzieningen) voorheen meestal niet specifiek naar de forensische zorg: het zicht op kwaliteit van forensische zorg, de problemen en risico's is meer fragmentarisch en laat niet toe algemene uitspraken te doen. Enkele jaren geleden voerde Zorginspectie wel een gestandaardiseerde bevraging uit in de drie psychiatrische ziekenhuizen met medium security-behandeleenheden voor geïnterneerden, o.m. met als doel een beter zicht te krijgen op de gespecialiseerde residentiële forensisch-psychiatrische zorg.

De maatschappij is gebaat bij een kwalitatieve forensische zorg voor geïnterneerden. Internering heeft immers een dubbel doel:

- het beschermen van de maatschappij door het beperken van de vrijheid van de persoon met een interneringsstatuut
- het bieden van de nodige zorgen aan de persoon met een interneringsstatuut, om deze toe te leiden naar een maximaal haalbare vorm van re-integratie in de samenleving.

Doelstelling
Zorginspectie wenst het maatschappelijk belangrijke thema van forensische zorg voor geïnterneerden vanuit een sectoroverschrijdende invalshoek onder de aandacht te brengen. In deze fase ligt de focus op residentiële voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg die een specifieke werking (en hoog- of middelhoogbeveiligde settings) hebben voor forensische zorggebruikers, dus niet op voorzieningen die hiervoor geen specifieke werking hebben en slechts ad hoc 1 of enkele forensische zorggebruikers (gedurende een bepaalde tijd) opvangen.

Zorginspectie wil zicht krijgen op de mate waarin zorgvoorzieningen kwalitatieve zorg bieden binnen een context met extern opgelegde vrijheidsbeperkingen.

Om uitspraken te kunnen doen over de forensische zorg in die settings is een inspectie-instrument nodig dat toelaat sectoronafhankelijke vaststellingen te doen, en waarbij naderhand de nodige data beschikbaar zijn en verwerkt worden tot een overzichtsrapport dat een gedifferentieerd en zo volledig mogelijk beeld geeft van de (kwaliteit van) forensische zorg voor geïnterneerden in deze beveiligde zorgsettings. Bij het vaststellen van structurele problemen of knelpunten kan Zorginspectie adviezen formuleren naar het beleid om deze problemen en knelpunten te reduceren of weg te werken en zo de forensische zorg te verbeteren.

Daarnaast hoopt Zorginspectie een bijdrage te leveren tot de ontwikkeling van een inhoudelijk sterk intersectoraal verwachtingskader forensische zorg: eenzelfde set van specifieke kwaliteitseisen op vlak van forensische zorg is belangrijk om elke geïnterneerde kwalitatieve zorg te kunnen garanderen, in welke voorziening/sector hij/zij zich ook bevindt.

Inspectiebasis
In Vlaanderen bestaat geen intersectoraal referentiekader forensische zorg.

Enkele jaren geleden werd, in samenspraak met een expertengroep, een referentiekader forensische geestelijke gezondheidszorg opgesteld: www.departementzorg.be/nl/referentiekader-forensische-geestelijke-gezondheidszorg. Dit referentiekader biedt een eerste set van kwaliteitseisen aan voor de residentiële forensische voorzieningen die in de loop van de volgende jaren verder zouden worden aangevuld en verdiept. Na 2019 konden geen verdere stappen worden gezet op dit vlak.

Voor deze inspectieronde werden de voornaamste topics uit dit referentiekader geselecteerd en aangevuld met elementen vanuit de inspecties in FPC.

De forensische PVT-bedden zijn gelokaliseerd op de campus van een psychiatrisch ziekenhuis. Bij een eerdere bevraging door Zorginspectie over forensische zorg in die ziekenhuizen werd de focus op enkel de bedden met een PZ-erkenning door de voorzieningen als vrij kunstmatig ervaren. Hoewel de opsplitsing tussen forensische PZ-bedden en PVT-bedden in de praktijk niet helemaal betekenisloos is, blijkt ze toch vooral theoretisch en historisch gegroeid. De beleidsvoering van de forensische zorg situeert zich veeleer op het niveau van het totale forensische aanbod, waarbij de PZ- en PVT-bedden eerder als een samenhangend geheel worden uitgebaat. Ook vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg kiest Zorginspectie er dan ook voor om inhoudelijk geen onderscheid te maken tussen forensische afdelingen met een PZ- of een PVT-erkenning.

Daarnaast is er uiteraard de regelgeving die van toepassing is voor elk van beide sectoren (of op gezondheidszorgberoepsbeoefenaars in beide sectoren). Het is echter zo dat de geldende regelgeving voor voorzieningen binnen gehandicaptenzorg (zie VAPH hieronder) sterk verschilt van de wetgeving en verwachtingskaders die binnen psychiatrische ziekenhuizen (zie PZ hieronder) worden gehanteerd:

- VAPH: Besluit van de Vlaamse Regering van 4 februari 2011 betreffende de algemene erkenningsvoorwaarden en kwaliteitszorg van voorzieningen voor opvang, behandeling en begeleiding van personen met een handicap
- PZ-VAPH: De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt (zoals gewijzigd door de wet van 6 februari 2024)
- PZ-VAPH: De wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (of kwaliteitswet)
- PZ-VAPH: Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen
- PZ: Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen
- PZ: Referentiekader forensische geestelijke gezondheidszorg
- PZ: Referentiekader psychiatrische ziekenhuizen.

Sectoroverschrijdende inspectievaststellingen met sectorspecifieke beoordeling
Om uitspraken te kunnen doen over de forensische zorg in de geïnspecteerde settings werd een inspectie-instrument uitgewerkt dat toelaat sectoronafhankelijke vaststellingen te doen.

Omwille van de verschillen in regelgeving/referentiekader worden die sectoronafhankelijke vaststellingen op een sectorspecifieke manier beoordeeld. Dat betekent dat dezelfde topics worden geïnspecteerd in elke voorziening, dus ook in sectoren waarbij er over een topic geen concrete verwachtingen zijn geformuleerd (in regelgeving of referentiekaders). Zijn er verwachtingen t.a.v. het geïnspecteerde topic, dan wordt daaraan een beoordeling gekoppeld volgens de geldende regelgeving of referentiekader. Deze werkwijze laat toe om in een beleidsrapport sectoronafhankelijk een beschrijving te geven van de situatie. Daarnaast zal er in het inspectieverslag op niveau van de voorziening een beoordeling zijn van de vaststellingen voor zover er hierover regelgeving/referentiekaders bestaan (sectorspecifiek).

Zoals eerder aangegeven, kiest Zorginspectie ervoor om alle forensische afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen als één samenhangend geheel te beschouwen. Vanuit inhoudelijk oogpunt wordt de PVT-regelgeving (die bovendien geen specifiek forensische elementen bevat) dan ook niet meegenomen bij het beoordelen van de inspectievaststellingen. Een uitzondering hierop zijn de vaststellingen over bestaffing die op PVT-afdelingen niet aan de PZ-regelgeving worden getoetst.

Inspectieproces

- In februari 2025 werden proefinspecties uitgevoerd (1 in elke sector).
- Alle inspecties gebeuren aangekondigd.
- Bij deze inspecties wordt een campus gedurende één werkdag bezocht door minstens twee inspecteurs.
- Voor het toezicht op kwaliteit van zorg baseert Zorginspectie zich zo veel mogelijk op objectief aantoonbare vaststellingen. Daarom vormen het zoeken van elementen in dossiers van zorggebruikers en het nagaan van geëxpliciteerde verwachtingen een belangrijk onderdeel van de inspectie.
- Objectiveerbare gegevens, zoals de elementen uit de dossiers van zorggebruikers en de informatie die gevonden kan worden in de afspraken, worden bekomen door een gestandaardiseerde bevraging. Dit heeft tot gevolg dat de wijze van inspecteren uniform is voor alle voorzieningen.
- Voor elk onderwerp wordt ook in dialoog gegaan met medewerkers van de voorziening, enerzijds om de vaststellingen te valideren, anderzijds om aanvullende informatie te bekomen die de specifieke dagelijkse werking van deze voorziening beter in beeld kan brengen.
- Ter voorbereiding van de inspectie ter plaatse werd door de voorziening een voorbereidende vragenlijst ingevuld. Daarnaast vroeg Zorginspectie heel wat documenten op, bv. als bijlage van de voorbereidende vragenlijst. Enkele voorbeelden hiervan zijn schriftelijke afspraken en vergaderverslagen van beleids- en overlegorganen.
- Tijdens het inspectiebezoek ter plaatse kan Zorginspectie dieper ingaan op de aangeleverde informatie en daaraan een praktijktoets (link tussen procedures en de dagelijkse praktijk voor de zorggebruiker) koppelen.
- Van elke inspectie wordt een individueel inspectieverslag opgemaakt dat aan de voorziening wordt bezorgd. Ook de handhavende entiteiten die verantwoordelijk zijn voor de opvolging van de inspectievaststellingen, nl. de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, ontvangen het inspectieverslag.
- Na alle inspecties wordt bovendien een overzichtsrapport opgesteld dat een gedifferentieerd en zo volledig mogelijk beeld geeft van de (kwaliteit van) forensische zorg voor geïnterneerden in deze beveiligde zorgsettings.
- Het individueel inspectieverslag fungeert in de eerste plaats als een verbeterinstrument voor de geïnspecteerde voorziening. Op basis van de individuele en overzichtsrapporten kunnen aandachtspunten en inbreuken voor een voorziening of (een deel van) de sector geformuleerd worden, met opvolging door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg of door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

Concrete aanpak

- De vaststellingen in dit inspectieverslag zijn gebaseerd op informatie uit de geraadpleegde documenten, op informatie verkregen tijdens de gesprekken (met zorgmedewerkers en met zorggebruikers), op observaties tijdens de inspectie en op inzage in bv. dossiers van zorggebruikers, eindverslagen, medicatieschema's, registratiegegevens.
- Tijdens de inspectie werden volgende afdelingen bezocht: Forensische Zorg 1B, Forensische Zorg 1C, Forensische Zorg 2, Forensische Zorg 3 en Forensische Zorg 4.

- Schema dagplanning:

<table>
<tr><th></th><th>inspecteur 1</th><th>inspecteur 2</th><th>inspecteur 3</th><th>inspecteur 4</th><th>inspecteur 5</th><th>inspecteur 6</th></tr>
<tr><td>9u00 - 9u30</td><td colspan="6">afspraken met voorziening rond het verloop van de dag</td></tr>
<tr><td>9u30 - 11u30</td><td>beleidsgesprek</td><td rowspan="2">afdelingsbezoek Forensische Zorg 1B, inclusief dossiercontrole</td><td rowspan="2">afdelingsbezoek Forensische Zorg 1C, inclusief dossiercontrole</td><td rowspan="2">afdelingsbezoek Forensische Zorg 2, inclusief dossiercontrole</td><td rowspan="2">afdelingsbezoek Forensische Zorg 3, inclusief dossiercontrole</td><td rowspan="2">afdelingsbezoek Forensische Zorg 4, inclusief dossiercontrole</td></tr>
<tr><td>11u30 - 12u30</td><td>dossiercontrole m.b.t. communicatie naar vervolgzorg</td></tr>
<tr><td>12u30 - 13u30</td><td colspan="6">lunch en onderling overleg tussen inspecteurs</td></tr>
<tr><td>13u30 - 14u15</td><td rowspan="2">dossier-controle registratie afzonderingen</td><td>gesprek met zorggebruikers van de afdeling</td><td>gesprek met zorggebruikers van de afdeling</td><td>gesprek met zorggebruikers van de afdeling</td><td>gesprek met zorggebruikers van de afdeling</td><td>gesprek met zorggebruikers van de afdeling</td></tr>
<tr><td>14u15 - 15u00</td><td>bezoek afzonderings-ruimtes</td><td>bezoek afzonderings-ruimtes</td><td>bezoek afzonderings-ruimtes</td><td>bezoek afzonderings-ruimtes</td><td>bezoek afzonderings-ruimtes</td></tr>
<tr><td>15u00 - 15u30</td><td colspan="6">overleg tussen inspecteurs</td></tr>
<tr><td>15u30 - 16u00</td><td colspan="6">terugkoppeling aan voorziening + vragen en toelichting bij de vaststellingen</td></tr>
</table>

- Hoewel niet elk onderwerp op elke afdeling werd nagegaan, kunnen bepaalde inspectievaststellingen relevant zijn voor andere afdelingen.
- Er werd met 12 zorggebruikers gesproken. In het verslag worden de resultaten per afdeling weergegeven. Op 1 afdeling (Forensische Zorg 2) werd met slechts één zorggebruiker gesproken, wat problemen oplevert qua anonimiteit. Daarom worden resultaten weergegeven op basis van de bevraging van 11 zorggebruikers.
- Voor de steekproefselectie van de dossiers van zorggebruikers wordt altijd dezelfde werkwijze gehanteerd. De dossiercontrole gebeurt in aanwezigheid van een zorgmedewerker, die desgewenst toelichting kan verschaffen.

1.3 INSPECTIEVERSLAG

Dit verslag bestaat uit verschillende hoofdstukken. Na dit eerste inleidende hoofdstuk volgen 6 thematische hoofdstukken met daarin de vaststellingen per afdeling. Waar van toepassing werd ook de werkwijze vermeld die tijdens de inspectie werd gehanteerd.

Elk hoofdstuk eindigt met een samenvatting van de resultaten. Hierin worden de vaststellingen gecatalogeerd als "zoals verwacht", als "inbreuken" of als "aandachtspunten". Conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid wordt de term "inbreuk" gebruikt voor het niet naleven van regelgeving of geformaliseerde afspraken (zoals een referentiekader). De inbreuken zijn onderlijnd in de samenvattingen. Bij een aandachtspunt wordt aandacht gevraagd voor bijsturing van de werking van de voorziening in functie van de verbetering van kwaliteit van zorg aan de zorggebruiker.

Vermits een aantal factoren in de realiteit er kunnen voor zorgen dat een score van 100% niet altijd haalbaar is, werd de keuze gemaakt om een aantal inbreuken pas te definiëren als een verwachting in minder dan 80%

van de gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden. Als de steekproef minder dan 5 items omvat, leiden de vaststellingen echter niet tot een beoordeling.

Op het einde van het verslag wordt een inspectiebesluit geformuleerd.

Meer informatie over deze inspectiemethodiek en over Zorginspectie is te vinden op www.zorginspectie.be.

2. ORGANISATIE EN ZORGAANBOD

In het eerste inleidende hoofdstuk schetsen we het forensisch zorgaanbod van de organisatie en beschrijven we de doelgroep ervan.

Werkwijze
Vóór en tijdens het inspectiebezoek werd aan de organisatie informatie opgevraagd over het aantal beschikbare residentiële plaatsen binnen het (forensisch) zorgaanbod, de doelgroepen van de forensische afdelingen en leefgroepen, het beveiligingsniveau en de in- en exclusiecriteria.

Vaststellingen
OPZC Rekem bestaat uit drie campussen (in Rekem en Lanaken); deze inspectie vond plaats op de twee campussen in Rekem.

De campussen in Rekem tellen in totaal 274 residentiële plaatsen, waarvan 136 forensische residentiële plaatsen (76 PZ en 60 PVT).

In 2024 waren er op alle forensische afdelingen samen 44 876 ligdagen.

naam afdeling	beveiligings-niveau	naam leefgroepen	doelgroep		
			justitieel statuut	aantal residentiële plaatsen	omschrijving
Forensische Zorg 1A	middelhoog		geïnterneerd	12	Mannen met een nood aan opschaling van zorg (crisis) / onderbreking (time out) van zorg. Pre-observatie voor opname in behandelgroep.
Forensische Zorg 1B		Groep 1		16	Mannen die een forensisch behandeltraject starten binnen een medium security-niveau. De twee leefgroepen zijn onderscheiden op basis van een SEO-inschaling (klassieke psychose vs. persoonlijkheidsproblematiek).
		Groep 2		18	
Forensische Zorg 1C		/		5	Mannen die in een vergevorderde fase van behandeling en op de drempel van maatschappelijke re-integratie staan. Deze afdeling focust zich op vaardigheidstraining.
Forensische Zorg 2		/		28 (PVT)	Mannen die nood hebben aan een langdurige forensische zorgcontext waarbij zelfstandigheid en autonomie de zorgnoden zijn, in combinatie met voldoende toezicht en beveiliging.

Forensische Zorg 3	middelhoog	Open groep	geïnterneerd	15 (PVT)	Mannen die nood hebben aan een langdurige forensische zorgcontext waarbij ondersteuning en hand-in-hand-begeleiding de zorgnoden zijn, in combinatie met voldoende toezicht en beveiliging.
		Gesloten groep		17 (PVT)	
Forensische Zorg 4		Groep A		13	Mannen met een interneringsstatuut en een licht verstandelijke beperking die een forensisch behandeltraject starten binnen een medium security-context. Het onderscheid tussen de leefgroepen wordt opnieuw op basis van de SEO-ontwikkeling gemaakt.
		Groep B		12	
totaal				76 PZ + 60 PVT	

naam afdeling	naam leefgroepen	inclusiecriteria	exclusiecriteria
Forensische Zorg 1A	/	middelhoog beveiligingsniveau	kernparafilie en kernpsychopathie
Forensische Zorg 1B	Groep 1		
	Groep 2		
Forensische Zorg 1C	/		
Forensische Zorg 2	/		
Forensische Zorg 3	Open groep		
	Gesloten groep		
Forensische Zorg 4	Groep A		
	Groep B		

Tijdens de inspectie werden volgende afdelingen bezocht:

- Forensische Zorg 1B
- Forensische Zorg 1C
- Forensische Zorg 2
- Forensische Zorg 3
- Forensische Zorg 4.

3. INFRASTRUCTUUR

Gezien de populatie van forensische zorggebruikers gaan we in dit hoofdstuk expliciet in op de-escalatie-mogelijkheden op de afdelingen enerzijds en de inrichting van de afzonderingsruimtes anderzijds.

3.1 AFDELING – FORENSISCHE AFDELING

Kwaliteitsdoel
De infrastructuur binnen de forensische zorg richt zich op het waarborgen van een veilige, functionele en comfortabele omgeving die zowel de algemene levenskwaliteit van zorggebruikers, de kwaliteit van zorg als de veiligheid van zorggebruikers en medewerkers ondersteunt.

Werkwijze
Vóór het inspectiebezoek werd aan de organisatie informatie gevraagd over de infrastructuur van de forensische afdelingen: de indeling in leefgroepen, de soorten kamers van zorggebruikers en de ruimtes die kunnen ingezet worden voor een gefaseerde aanpak van agitatie.

Volgende definitie voor comfortroom wordt gehanteerd: een ruimte voor de-escalatie, ingericht als een rustgevende omgeving door gebruik te maken van aangename, rustgevende materialen en zintuiglijke prikkels. De zorggebruiker moet een comfortroom altijd op zelfstandige wijze kunnen verlaten.

Vaststellingen

De bezochte forensische afdelingen hebben enkel eenpersoonskamers:

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4
aantal eenpersoonskamers	34	5	28	32	25
aantal tweepersoonskamers	0	0	0	0	0
aantal driepersoonskamers	0	0	0	0	0
aantal vierpersoonskamers	0	0	0	0	0

Er werden problemen opgemerkt qua privacy in het gemeenschappelijk sanitair. Op afdelingen Forensische Zorg 2 en 3 zijn de deuren van de gemeenschappelijke doucheruimtes niet volledig gesloten aan de boven- en/of onderzijde. Hierdoor is de privacy in de doucheruimtes niet volledig gewaarborgd.

De bezochte forensische afdelingen kunnen gebruik maken van volgende infrastructuur voor een gefaseerde aanpak van agitatie zonder gesloten deur:

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4
buitenruimte	op eigen afdeling	op eigen afdeling	op eigen afdeling	op eigen afdeling	op eigen afdeling
sportruimte	elders	elders	elders	elders	op eigen afdeling

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4
ontspanningsruimte	op eigen afdeling	op eigen afdeling	op eigen afdeling	op eigen afdeling	op eigen afdeling
comfortroom	op eigen afdeling	nee	nee	nee	op eigen afdeling
andere:	prikkelarme ruimte	-	-	-	prikkelarme ruimte

3.2 AFZONDERINGSRUIMTES

Kwaliteitsdoel

Als de zorgaanbieder gebruik maakt van ruimtes voor tijdelijke afzondering, maximaliseert deze infrastructuur te allen tijde de veiligheid en privacy van zorggebruikers en medewerkers. Dit impliceert waarborgen op het vlak van onder meer toegankelijkheid, minimale oppervlakte, toezicht- en oproepmogelijkheid, tijdsaanduiding, lichtinval, sanitaire voorzieningen, robuustheid en veiligheid van de gebruikte materialen. Er wordt extra aandacht gegeven aan veiligheid van de afzonderingsruimtes gezien de problematiek van de forensische doelgroep en vanuit de overweging dat onveilige infrastructuur van afzonderingsruimtes een rol kan spelen in de beslissing tot mechanische fixatie.

Werkwijze

Vóór het inspectiebezoek werd aan de organisatie informatie gevraagd over het aantal afzonderingsruimtes en over de locatie ervan. Verschillende aspecten van veiligheid, privacy en comfort werden tijdens de inspectie in een aantal afzonderingsruimtes bekeken.

Vaststellingen

Alle forensische afdelingen kunnen zorggebruikers afzonderen op afdeling Forensische Zorg 1A. Deze afdeling beschikt over twee afzonderingsruimtes en twee prikkelarme ruimtes (die tevens gebruikt worden als afzonderingsruimte). Deze vier ruimtes bevinden zich op het gelijkvloers, in een aparte zone van de afdeling. Deze zone is eveneens vlot bereikbaar voor afdeling Forensische Zorg 1B.
Daarnaast heeft afdeling Forensische Zorg 1B een eigen afzonderingsruimte, gelegen op de eerste verdieping. Ook afdeling Forensische Zorg 4 heeft een eigen afzonderingsruimte op het gelijkvloers, naast de prikkelarme ruimte (die ook soms als afzonderingsruimte gebruikt wordt).

aantal bezochte forensische afdelingen	5
aantal bezochte forensische afdelingen met afzonderingsruimte op de eigen afdeling	2
totaal aantal afzonderingsruimtes toegankelijk voor de forensische afdelingen	7
totaal aantal bezochte afzonderingsruimtes	7

In de 7 bezochte afzonderingsruimtes (waarvan drie prikkelarme ruimtes die ook met gesloten deur gebruikt worden) werden volgende vaststellingen gedaan (n.v.t. indien niet aanwezig):

	AZK 1 (1A)	AZK 2 (1A)	PAR 1 (1A)	PAR 2 (1A)	AZK (1B)	AZK * (FOR 4)	PAR (FOR 4)
veiligheid							
rookdetectie aanwezig	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
mogelijkheid tot visueel toezicht op volledige ruimte (kijkraam of camera)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
het bed is verankerd	ja	ja	n.v.t.	nee	ja	ja	n.v.t.
het linnen is scheurvrij	ja	ja	n.v.t.	ja	ja	ja	nee
de matras is brandvrij	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
oproepsysteem altijd bereikbaar (als fixatie gebeurt, ook door gefixeerde)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
communicatie mogelijk (camera met geluid of intercom)	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
deur niet blokkeerbaar	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
vastgestelde risico's op kwetsen/ automutilatie/ verhanging	lamp bereikbaar	lamp bereikbaar	lamp bereikbaar, tafeltje, spiegel	lamp bereikbaar, tafeltje, spiegel	lamp bereikbaar	lamp bereikbaar	lamp bereikbaar, spiegel
voldoet aan alle gecontroleerde criteria in verband met **veiligheid** (= alle bovenstaande ja)	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
extra informatie: capitonnering (zachte zijwanden)	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
comfort							
tijdsaanduiding zichtbaar (ook bij fixatie)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
aangepaste tijdsaanduiding (naargelang doelgroep: digitale klok, zandloper, …)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
daglicht	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
verduistermogelijkheden	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
toilet in de onmiddellijke nabijheid	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

	AZK 1 (1A)	AZK 2 (1A)	PAR 1 (1A)	PAR 2 (1A)	AZK (1B)	AZK * (FOR 4)	PAR (FOR 4)
voldoende groot (oppervlakte)	ja (13,39 m²)	ja (13,47 m²)	ja (12,84 m²)	ja (15,98 m²)	ja (14,03 m²)	ja (15,47 m²)	ja (15,45 m²)
voldoet aan alle gecontroleerde criteria in verband met **comfort** (= alle bovenstaande ja)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
privacy							
privacy in orde: geen inkijk door onbevoegden **via raam**	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
privacy in orde: geen inkijk door onbevoegden **via de monitor**	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
voldoet aan alle gecontroleerde criteria in verband met **privacy** (= alle bovenstaande ja)	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee

* Deze afzonderingsruimte heeft een eigen afgesloten buitenruimte.

Geen enkele van de 7 gecontroleerde afzonderingsruimtes voldoet aan alle bovenstaande gecontroleerde criteria.

Indien er nood is aan verhoogd toezicht of afzondering, worden zorggebruikers meestal getransfereerd naar afdeling Forensische Zorg 1A. Daardoor worden de afzonderingskamers van afdelingen Forensische Zorg 1B en 4 zelden gebruikt en gebeuren bijna alle afzonderingen op afdeling Forensische Zorg 1A.
De afzonderingsruimtes van afdelingen Forensische Zorg 1A zijn niet vlot bereikbaar bij uitzonderlijke rechtstreekse afzonderingen vanuit afdelingen Forensische Zorg 1C, Forensische Zorg 2 en Forensische Zorg 3, wat problemen inhoudt voor de privacy van de zorggebruiker en voor de veiligheid van zorggebruikers en zorgmedewerkers:

- Overbrenging vanuit afdeling Forensische Zorg 1C moet gebeuren via afdeling 1B (of langs buiten). In de praktijk worden zorggebruikers van Forensische Zorg 1C zelden afgezonderd.
- Afdelingen Forensische Zorg 2 en Forensische Zorg 3 bevinden zich in een ander gebouw. Overbrenging van zorggebruikers moet langs buiten gebeuren.

3.3 SAMENVATTING RESULTATEN INFRASTRUCTUUR

Zoals verwacht

Afdeling

- Elke zorggebruiker van de bezochte afdelingen beschikt over een eenpersoonskamer.
- Alle bezochte afdelingen beschikken over infrastructurele mogelijkheden die kunnen gebruikt worden voor een gefaseerde aanpak van agitatie zonder gesloten deur.

Afzonderingsruimtes

- Alle gecontroleerde afzonderingsruimtes voldoen aan alle vereiste criteria over comfort.
- De gecontroleerde afzonderingsruimtes op de eigen afdeling zijn vlot bereikbaar.

Inbreuken en aandachtspunten *(inbreuken zijn onderlijnd)*

Afzonderingsruimtes

- 7/7 gecontroleerde afzonderingsruimtes zijn niet volledig in orde qua veiligheid:
  - 1/7 gecontroleerde afzonderingsruimtes is niet in orde qua verankerd bed.
  - 1/7 gecontroleerde afzonderingsruimtes is niet in orde qua scheurvrij linnen.
  - In 7/7 gecontroleerde afzonderingsruimtes is er geen mogelijkheid voor de zorggebruiker om te communiceren.
  - 7/7 gecontroleerde afzonderingsruimtes hebben risico's inzake kwetsen/automutilatie/verhanging.
- 7/7 gecontroleerde afzonderingsruimtes zijn niet volledig in orde qua privacy:
  - 7/7 gecontroleerde afzonderingsruimtes zijn niet in orde qua privacy (inkijk via monitor).
- De 4 gecontroleerde afzonderingsruimtes van afdeling Forensische Zorg 1A zijn niet vlot bereikbaar bij uitzonderlijke rechtstreekse afzonderingen vanuit afdelingen Forensische Zorg 1C, 2 en 3.

4. MEDEWERKERS

4.1 BESTAFFING TIJDENS DE NACHT EN HET WEEKEND

Kwaliteitsdoel
Met het oog op het bieden van kwaliteitsvolle zorg waarborgt de zorgaanbieder op elk moment de inzet van voldoende en deskundige medewerkers. Voor de veiligheid van zorggebruikers en medewerkers en ter preventie van agressie is het belangrijk dat er altijd voldoende medewerkers aanwezig zijn, ook 's nachts en in het weekend.

Werkwijze
Vóór het inspectiebezoek werd aan de organisatie informatie gevraagd over de inzet van personeel tijdens de nacht en het weekend op de campus en meer specifiek voor de forensische afdelingen. Tijdens de inspectie werden op de forensische afdelingen de nachtbestaffing en de weekendbestaffing nagegaan. De verhouding van het aantal aanwezige zorggebruikers t.o.v. het aantal aanwezige zorgmedewerkers op de gecontroleerde dagen wordt weergegeven als de client/staff ratio.

Vaststellingen
Nachtbestaffing
Standaard worden er op de campus volgens de planning 's nachts in totaal 14 zorgmedewerkers voorzien voor (maximaal) 274 zorggebruikers.

Standaard worden er volgens de planning 's nachts 5 zorgmedewerkers voorzien voor de forensische afdelingen voor (maximaal) 136 zorggebruikers.

De forensische PZ-afdelingen (Forensische Zorg 1A, 1B, 1C en 4) bevinden zich in één gebouw. Hier verblijven in totaal maximaal 76 zorggebruikers. De 5 studio's van Forensische Zorg 1C zijn aanleunend aan afdeling Forensische Zorg 1B en kunnen daardoor beschouwd worden als deel van dezelfde afdeling.

De forensische PVT-afdelingen (Forensische Zorg 2 en 3) bevinden zich in twee aparte gebouwen.

Bij controle van het uurrooster waren er tijdens de nacht vóór de inspectie volgende zorgmedewerkers aanwezig voor de bezochte forensische afdelingen:

	Forensische Zorg 1B en 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4
aantal aanwezige zorggebruikers tijdens de nacht vóór inspectie	33 + 5 = 38	27	29	21
aantal zorgmedewerkers exclusief voorzien voor deze afdeling tijdens de nacht vóór inspectie	1	1	1	1
waarvan verpleegkundigen	1	1	1	0
waarvan zorgkundigen	0	0	0	1
aantal zorgmedewerkers die deels voorzien zijn voor deze afdeling tijdens de nacht vóór inspectie	0	0	0	0

Volgens de PZ-normen moet er permanent per dienst en maximum voor 30 zorggebruikers 1 verpleegkundige aanwezig zijn.

Bij toepassing van de normen op het volledige gebouw waarin de 76 PZ-bedden zijn ondergebracht (Forensische Zorg 1A, 1B, 1C en 4) waren er onvoldoende verpleegkundigen permanent aanwezig voor de meer dan 60 aanwezige zorggebruikers (2 aanwezig i.p.v. de vereiste 3, inclusief de verpleegkundige die was ingeroosterd voor afdeling Forensische Zorg 1A).

Wanneer op afdeling Forensische Zorg 4 verpleegkundige handelingen moeten gesteld worden, wordt tijdelijk gewisseld met één van de verpleegkundigen op afdeling Forensische Zorg 1A of 1B.

Weekendbestaffing
Standaard worden er op de campus volgens de planning voor de ochtendshift op zondag in totaal 38 zorgmedewerkers voorzien voor (maximaal) 274 zorggebruikers.

Standaard worden er volgens de planning voor de ochtendshift op zondag 13 zorgmedewerkers voorzien voor de forensische afdelingen voor (maximaal) 136 zorggebruikers.

Bij controle van het uurrooster waren er tijdens de ochtendshift op de zondag vóór de inspectie volgende zorgmedewerkers aanwezig voor de bezochte forensische afdelingen:

	Forensische Zorg 1B en 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4
aantal aanwezige zorggebruikers	29 + 3 = 32	27	27	21
aantal zorgmedewerkers continu aanwezig op deze afdeling	3	2	3	4
waarvan verpleegkundigen	3	1	2	3
waarvan zorgkundigen	0	1	1	0
aantal zorgmedewerkers die slechts een deel van de shift aanwezig waren	0	0	0	0

Client/staff-ratio

Tijdens de nacht voor de inspectie en de ochtendshift op de zondag voor de inspectie bedroeg de client/staff-ratio:

	Forensische Zorg 1B en 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4
nacht voor inspectie	38/1 = 38	27/1 = 27	29/1 = 29	21/1 = 21
ochtendshift zondag voor inspectie	32/3 = 10,67	27/2 = 13,5	27/3 = 9	21/4 = 5,25

4.2 AANPAK VAN INCIDENTEN

Kwaliteitsdoel
De zorgaanbieder waarborgt een effectieve en snelle respons bij (agressie-)incidenten en biedt adequate opvang en ondersteuning aan medewerkers na een incident. Door systematische opvolging en analyse van incidenten zet de zorgaanbieder in op preventie en desgewenste bijsturing van de werking.

Werkwijze
Tijdens de inspectie werd het systeem voor oproepen van extra hulp bij (agressie-)incidenten bevraagd; daarnaast werd besproken welke mogelijkheden er zijn voor opvang van medewerkers na een incident.

Vaststellingen
Medewerkers (op de forensische afdelingen) kunnen bij een (agressie-)incident beroep doen op extra hulp van oproepbare collega's. Er zijn schriftelijke afspraken over wie op alarm moet reageren. Hulp wordt ingeroepen via telefoonoproep.

	aantal extra personen oproepbaar na alarm	hoe snel beschikbaar (<15, 15-30, >30)	wie reageert op alarm
tijdens kantooruren	40	binnen de 15 minuten	medewerkers van nabijgelegen afdelingen (via cascade)
tijdens het weekend overdag	31	binnen de 15 minuten	
tijdens de avonduren	31	binnen de 15 minuten	
tijdens de nacht	12	binnen de 15 minuten	

Er kan tijdens de nacht en in het weekend (naast zorgmedewerkers) beroep gedaan worden op beveiligings-personeel. Deze zijn elke dag op de campus aanwezig van 15u 's middags tot 7u 's morgens.

Medewerkers kunnen beroep doen op interne medewerkers voor de eerste opvang na een incident. Er zijn daarvoor binnen de organisatie medewerkers specifiek aangeduid. Er kon aangetoond worden dat de andere medewerkers hierover op de hoogte werden gebracht. De aangeduide medewerkers voor eerste opvang na incidenten zijn hiervoor specifiek opgeleid.

Medewerkers kunnen beroep doen op externe psychologische begeleiding. Er kon aangetoond worden dat medewerkers hierover op de hoogte werden gebracht.

Er kan aangetoond worden dat er in de voorbije twee jaar minstens één schriftelijke analyse gebeurde van agressie-incidenten. Uit het verslag van de analyse blijkt dat de betrokken medewerkers aanwezig waren bij de analyse.

4.3 VORMING, TRAINING EN OPLEIDING (VTO)

Kwaliteitsdoel

Via een systematische aanpak op vlak van vorming, training en opleiding (VTO) van medewerkers waarborgt de zorgaanbieder deskundigheid en professionaliteit binnen de forensische zorg. Het VTO-aanbod omvat daartoe onder meer training gericht op agressiepreventie, gebruik van een (vroeg)signaleringsplan, inoefenen van afzonderingstechnieken en fixatietechnieken, (omgaan met) seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG). Op die wijze versterkt het VTO-aanbod de veiligheid en kwaliteit van zorgverlening. Het expliciteren van verwachtingen in schriftelijke afspraken is de basis voor een systeem dat kwaliteitsvolle toepassing van het VTO-beleid waarborgt.

Werkwijze

Tijdens de inspectie werden de schriftelijke afspraken ingekeken over vorming, namelijk de inscholing van nieuwe zorgmedewerkers en de continue vorming van zorgmedewerkers. Hierbij werd het begrip schriftelijke afspraken breed geïnterpreteerd (mailverkeer, presentaties voor vorming …).

Vaststellingen

Er zijn schriftelijke afspraken over de vorming van zorgmedewerkers over:

- agressiepreventie en -hantering
- het gebruik van een (vroeg)signaleringsplan
- het inoefenen van afzonderingstechnieken
- het inoefenen van fixatietechnieken
- SGOG.

De schriftelijke afspraken over vorming omvatten:

	inscholing voor alle nieuwe zorg-medewerkers	continue vorming	verplichte vorming
agressiepreventie/ -hantering	ja	ja	ja
(vroeg)signalering	ja	ja	ja
afzonderingstechnieken	ja	ja	ja
fixatietechnieken	ja	ja	ja
SGOG	ja	ja	nee (enkel verplicht voor referentiepersonen)

4.4 SAMENVATTING RESULTATEN MEDEWERKERS

Zoals verwacht

Bestaffing tijdens de nacht en het weekend

- Op de gecontroleerde afdelingen werden geen inbreuken vastgesteld inzake bestaffing tijdens het gecontroleerde weekend.

Aanpak van incidenten

- Medewerkers kunnen bij een (agressie-)incident hulp oproepen.
- Medewerkers kunnen beroep doen op opvang na een incident.

VTO

- Er zijn schriftelijke afspraken over vorming over agressiepreventie/-hantering, het gebruik van (vroeg)signaleringsplan, het inoefenen van afzonderingstechnieken en fixatietechnieken en SGOG.
- In de afspraken over inscholing zijn volgende onderwerpen opgenomen: agressiepreventie/-hantering, (vroeg)signalering, afzonderingstechnieken en fixatietechnieken en SGOG.
- In de afspraken over continue vorming zijn volgende onderwerpen opgenomen: (vroeg)signalering en SGOG.
- In de afspraken over continue vorming zijn volgende onderwerpen als verplichte vorming opgenomen: agressiepreventie/-hantering, afzonderingstechnieken en fixatietechnieken.

Inbreuken en aandachtspunten *(inbreuken zijn onderlijnd)*

Bestaffing tijdens de nacht en het weekend

- Op de PZ-afdelingen (Forensische Zorg 1A, 1B, 1C en 4) voldeed de bestaffing tijdens de gecontroleerde nacht niet: er waren meer dan 60 zorggebruikers en er waren maar 2 verpleegkundigen aanwezig (i.p.v. de vereiste 3).

5. ZORGTRAJECT

5.1 AFDELINGSAFSPRAKEN EN REGELS

Kwaliteitsdoel
De zorgaanbieder werkt vanuit een zorg-op-maat benadering die de levenskwaliteit en autonomie van de zorggebruikers ondersteunt. Contact- en bezoekmogelijkheden met het netwerk worden gemaximaliseerd. De zorgaanbieder heeft een beleid en aanpak over een positieve seksualiteitsbeleving. Collectieve afspraken en regels worden tot een minimum beperkt en regelmatig geëvalueerd waarbij inspraak van de betreffende zorggebruikers en/of hun vertegenwoordigers wordt verankerd. Daarnaast is er oog voor een systematische opvolging van de tevredenheid van zorggebruikers en wordt de mogelijkheid tot (collectief) overleg geboden. De zorgaanbieder biedt transparantie door proactief te communiceren over afspraken, regels en eventuele sancties, rekening houdend met de mogelijkheden van de zorggebruiker.
Een beperking van collectieve regels en afspraken, de inspraak van zorggebruikers hierin en goede communicatie hierover zijn volgens de richtlijnen uitgangspunten voor een preventief beleid over vrijheidsbeperkende maatregelen.
Zorggebruikers hebben de mogelijkheid om klacht in te dienen en weten hoe ze dit moeten doen.

Werkwijze
Vóór het inspectiebezoek werd aan de organisatie informatie gevraagd over de betrokkenheid van zorggebruikers bij het beleid van de forensische afdelingen en over de door de afdelingen collectief opgelegde afspraken en regels. Tijdens de inspectie werden zorggebruikers bevraagd over deze afspraken en regels en over de klachtenprocedure.

Vaststellingen
Zorggebruikers van forensische afdelingen worden op volgende manier betrokken bij het beleid van de afdelingen:

- Er is op elke forensische afdeling een maandelijkse patiëntenraad in aanwezigheid van een ervaringsdeskundige. Van deze overlegmomenten zijn verslagen aantoonbaar.
- Er zijn metingen van zorggebruikerservaringen, specifiek voor de forensische zorggebruikers.
- Niet-forensische ervaringsdeskundigen worden betrokken bij individuele en groepsgesprekken en bij educatie.

Met betrekking tot eventuele collectieve toepassing van regels door de afdeling (naast de beperkingen die door de KBM aan sommige zorggebruikers worden opgelegd bij plaatsing of Invrijheidsstelling op proef (IOP)), werden onderstaande vaststellingen gedaan:

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4
verplichte kamermomenten overdag voor iedereen (deur niet op slot)	nee	nee	nee	nee	nee
alle kamers afgesloten door begeleiding tijdens de nacht	nee	nee	nee	nee	nee

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4
er is een algemeen verbod om overdag op de kamer te verblijven	nee	nee	nee	nee	nee
er is een algemeen verbod/ onmogelijkheid voor zorg-gebruikers om de kamer te sluiten van binnenuit	nee	nee	nee	nee	nee

zorggebruikers kunnen dagelijks in de buitenlucht	ja	ja	ja	ja	ja
bezoek is mogelijk op volgende momenten	- weekdagen: 16:00 - 21:00 - woensdag: 13:00 - 21:00 - weekend en feestdagen: 09:00 - 21:00	- weekdagen: 16:00 - 21:00 - woensdag: 13:00 - 21:00 - weekend en feestdagen: 09:00 - 21:00	- weekdagen: 16:00 - 21:00 - woensdag: 13:00 - 21:00 - weekend en feestdagen: 09:00 - 21:00	- 09:00 - 21:00	- weekdagen: 16:00 - 21:00 - woensdag: 13:00 - 21:00 - weekend en feestdagen: 09:00 - 21:00
zorggebruikers mogen alleen gescreende bezoekers ontvangen (bezoekers mogen pas op bezoek komen na initiële goedkeuring door de voorziening)	nee	ja	nee	nee	ja
locatie van ontvangen bezoek	- bezoeklokaal - individuele kamer - KOPP-lokaal				

Het beleid over seksualiteitsbeleving is uitgeschreven, met aandacht voor positieve seksualiteitsbeleving. Zorggebruikers van de bezochte afdelingen hebben de mogelijkheid om ongestoord bezoek te ontvangen op de eigen kamer of in een ruimte voor ongestoord bezoek.

Opmerking:
Bij opname moet de zorggebruiker een lastgevingsovereenkomst ondertekenen met de vzw Beheer Patiënten-goederen Openbaar Psychiatrisch Centrum Rekem (tenzij reeds voor de opname een bewindvoerder of een andere vorm van budgetbeheer werd aangesteld). Voor het middelenbeheer worden kosten aangerekend (150 euro dossierkosten + 3,50% op de inkomsten van goederen of gelden).
Beheer van middelen wordt door de instelling dus als opnamevoorwaarde gesteld.
Strikt gezien behoudt de zorggebruiker weliswaar het recht om hier niet mee akkoord te gaan (en dus af te zien van opname), maar gezien de erg beperkte alternatieven (zijnde ofwel de gevangenis zonder perspectief op vrijlating, ofwel hopen dat men beroep kan doen op het zeer beperkte zorgaanbod in de rest van Vlaande-ren) kan deze lastgeving bezwaarlijk als een vrije keuze beschouwd worden.

De bevraging van zorggebruikers leidde tot onderstaande resultaten.

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4	totaal
aantal bevraagde zorggebruikers	3	2	3	3	11
aantal dat aangeeft dat ze van alle afspraken/regels op de hoogte werden gebracht	3	2	3	3	11
aantal dat aangeeft dat het voor hen duidelijk is waarom de regels gelden	2	2	3	3	10
aantal dat aangeeft inspraak te hebben in de afspraken/regels	3	2	2	3	10
aantal dat aangeeft dat ze op de hoogte werden gebracht van de consequenties bij het overtreden van afspraken/regels	2	0	3	3	8
consequenties bij het overtreden van afspraken/regels, aangegeven door zorggebruikers	- waarschuwing - inperking van vrijheden - overbrenging naar een andere afdeling (bv. crisisafdeling) - overbrenging naar een andere voorziening (time-out) - ontslag				
aantal dat aangeeft dat ze op de hoogte werden gebracht van de afspraken op het gebied van relaties en seksualiteit	3	0	3	2	8
aantal dat aangeeft dat ze een klacht kunnen indienen bij de ombudsdienst, zonder tussenkomst van een zorgmedewerker	3	2	0	3	8
bijkomende feedback van zorggebruikers	- De zorgmedewerkers zijn open, ondersteunend en behulpzaam. - Er zijn veel keuzemogelijkheden m.b.t. het eten. - Er is een huiselijke sfeer en het verblijf op de afdeling is aangenaam. - Het is vervelend om lang te moeten wachten op beschikbare vervolgzorg. - Sommige zorggebruikers vragen meer contact met de psychiater. - De geluidsisolatie in de nieuwbouw is ondermaats, met geluidsoverlast tot gevolg. - Zorggebruikers vragen ondersteuning bij contacten met politie. - Er is ontevredenheid over het verplichte budgetbeheer door de voorziening (o.m. het feit dat men hiervoor kosten moet betalen en het feit dat het zakgeld voor iedereen hetzelfde is, ook voor mensen zonder financiële problemen).				

5.2 ZORGPLAN

Kwaliteitsdoel

Om geïndividualiseerde ondersteuning mogelijk te maken, stelt de zorgaanbieder voor elke zorggebruiker een multidisciplinair opgebouwd behandelplan of handelingsplan op (verder in dit verslag het "zorgplan" genoemd). Dit zorgplan bestaat uit verschillende ondersteuningsfuncties en/of behandeldoelen die uitgevoerd zullen worden, steeds met aandacht voor de context van de zorggebruiker. De zorggebruiker en/of diens netwerk wordt actief betrokken bij de opmaak en regelmatige evaluatie van dit zorgplan. Binnen een forensische setting is een psychiater systematisch en aantoonbaar betrokken bij de opmaak en opvolging van het zorgplan. De zorgaanbieder verzekert multidisciplinair overleg (MDO) in functie van elke gebruiker. Daarnaast kan de zorggebruiker altijd op een laagdrempelige manier terecht bij een individuele begeleider.

Voor een vlotte en efficiënte informatieoverdracht en met het oog op het waarborgen van de continuïteit van zorg hebben alle betrokken zorgmedewerkers toegang tot de nodige informatie.

Werkwijze

In een steekproef van dossiers van zorggebruikers werden de notities bekeken over zorgplannen, info over de context van de zorggebruiker, de schriftelijke communicatie tussen zorgmedewerkers via het zorgdossier en de notities over individuele contacten van de individueel begeleider en de psychiater met de zorggebruiker. Zorggebruikers werden bevraagd over de inspraak die zij ervaren bij hun zorgplan en de concretisering hiervan in de dag-/weekplanning.

In het dossier van zorggebruikers werd de toegankelijkheid van de nodige informatie voor alle betrokken zorgmedewerkers gecontroleerd voor een steekproef van drie onderwerpen: het medicatieschema, de resultaten (minstens het besluit) van de risicotaxatie en de datums van gesprekken die plaatsvonden met de psychiater.

Vaststellingen

5.2.1 Opmaak, inhoud, inspraak en evaluatie van zorgplan

Volgende vaststellingen werden gedaan bij een steekproefsgewijze dossiercontrole op de bezochte afdelingen:

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4	totaal
aantal gecontroleerde dossiers	5	1	5	5	5	21
aantal dossiers met zorgplan	5	1	5	5	5	21
aantal dossiers met aan-toonbare inspraak van de zorggebruiker (of diens vertegenwoordiger) in zorgplan	5	0	5	5	5	20
aantal zorgplannen met evaluatie zorgplan tijdens een MDO voorbije 12 maanden	5	1	5	5	5	21
aantal zorgplannen met evaluatie zorgplan tijdens	5	1	4	5	5	20

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4	totaal
een MDO voorbije zes maanden						
aantal met een dag-/weekschema	5	1	5	3	5	19
aantal met een gepersonaliseerd dag-/weekschema	5	1	5	3	5	19
aantal met informatie of de zorggebruiker minderjarige kinderen heeft	5	1	5	1	5	17
aantal met informatie over de context van de zorggebruiker	5	1	5	5	5	21

De zorggebruikersbevraging over dit onderwerp leidde tot volgende resultaten.

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4	totaal
aantal bevraagde zorggebruikers	3	2	3	3	11
aantal dat aangaf inspraak gehad te hebben bij de opmaak en/of de evaluatie van het zorgplan	2	2	3	3	10
aantal dat aangaf voldoende inspraak te hebben in het dag-/weekschema	3	2	3	3	11
knelpunten aangegeven door zorggebruikers	- Eén zorggebruiker gaf aan dat het bij de eerste bespreking van het behandelplan voor hem onvoldoende duidelijk was hoe de bespreking zou verlopen of wat er van hem verwacht werd.				

5.2.2 Communicatie tussen zorgverleners

De betrokken hulpverleners hebben toegang tot de nodige informatie (medicatieschema, de resultaten van de (minstens het besluit van de) risicotaxatie en datums van gesprekken die plaatsvonden met de psychiater).

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4
minimale frequentie MDO per zorggebruiker	wekelijks	wekelijks	wekelijks	wekelijks	twee-wekelijks

In een steekproef van dossiers werd gecontroleerd of er in de periode voor de inspectie een MDO plaatsvond en of daarbij volgens de notities een psychiater aanwezig was.

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4	totaal
aantal gecontroleerde dossiers	5	1	5	5	5	21
aantal dossiers met MDO voorbije 12 maanden	5	1	5	5	5	21
aantal dossiers met MDO voorbije 6 maanden	5	1	4	5	5	20
aantal dossiers met MDO met psychiater aantoonbaar aanwezig voorbije 12 maanden	5	1	5	5	5	21
aantal dossiers met MDO met zorggebruikers aantoonbaar aanwezig voorbije 12 maanden	4	0	2	5	2	13

5.2.3 Gesprekken van zorggebruikers met zorgverleners

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4
er is een psychiater verbonden aan de afdeling	ja	ja	ja	ja	ja
de psychiater neemt deel aan elk MDO	nee	ja	nee	nee	ja
de psychiater geeft groepstherapie aan zorggebruikers	nee	nee	nee	nee	nee
de psychiater doet individuele gesprekken met zorggebruikers	ja	ja	ja	ja	ja

de minimale frequentie van individuele gesprekken van de psychiater met de zorggebruikers is vastgelegd	nee	ja	nee	nee	ja

In de gecontroleerde dossiers werd nagegaan of er individuele gesprekken plaatsvonden tussen zorggebruiker en psychiater.

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4	totaal
aantal gecontroleerde dossiers	5	1	5	5	5	21
aantal zorggebruikers met individueel contact met psychiater voorbije 12 maanden	5	1	2	1	5	14
aantal zorggebruikers met individueel contact met psychiater voorbije 6 maanden	5	1	0	0	5	11
aantal zorggebruikers met individueel contact met psychiater voorbije maand	2	0	0	0	5	7

Er werd bevraagd of een individueel begeleider (IB) wordt toegewezen aan zorggebruikers en of er een minimale frequentie is vastgelegd voor individuele gesprekken tussen IB en zorggebruiker. In de gecontroleerde dossiers werd nagegaan of er in de periode voor de inspectie een individueel gesprek plaatsvond.

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4	totaal
er wordt een IB toegewezen aan de zorggebruikers	ja	nee	ja	ja	ja	-
de minimale frequentie van individuele gesprekken tussen zorggebruikers en IB is vastgelegd	ja, wekelijks	-	ja, wekelijks	ja, wekelijks	nee	-
aantal gecontroleerde dossiers	5	n.v.t.	5	5	5	20
aantal zorggebruikers met individueel gesprek met IB voorbije maand	3	n.v.t.	5	5	5	18
aantal zorggebruikers met individueel gesprek met IB voorbije week	2	n.v.t.	1	3	5	11

5.3 RISICOTAXATIE

Kwaliteitsdoel

In functie van preventie van recidive en incidenten, met het oog op veiligheidsverhoging en op het beoordelen van mogelijkheden inzake uitstroom/doorstroom zet de zorgaanbieder in op een geformaliseerde individuele risicotaxatie. Deze risicotaxatie aan de hand van een wetenschappelijk gevalideerd instrument gebeurt bij opname, wordt periodiek geëvalueerd (minstens jaarlijks) en stuurt mede de ondersteuning van de zorggebruiker.

Werkwijze

Vóór het inspectiebezoek werd aan de organisatie informatie gevraagd over het gebruik van een instrument voor risicotaxatie. Tijdens de inspectie werd in een steekproef van zorgdossiers de informatie over risicotaxatie bekeken.

Vaststellingen

Er wordt door de organisatie gebruik gemaakt van een geformaliseerde risicotaxatie (een vaste set van vragen). Volgende instrumenten wordt gebruikt voor risicotaxatie: HCR-V3, HKT-R, Saprof, Static-Stable, SRP (soms ook Armadillo). Dit zijn wetenschappelijk gevalideerde instrumenten.

De risicotaxatie gebeurt volgens de interne afspraken met volgende frequentie:

	Forensische Zorg 1A	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4
maximaal aantal maanden na opname	- *	10	- °	12	12	13
frequentie van herevaluatie	-	jaarlijks	-	bij uitstroom	bij uitstroom	jaarlijks

* afdeling voor korte crisisopnames
° de afdeling voor leefstijltraining maakt gebruik van de risicotaxatie van vorige afdelingen

Risicotaxatie wordt afgenomen door de criminologen. Er zijn voor deze medewerkers geen schriftelijke afspraken over opleiding voor de afname van de instrumenten voor risicotaxatie.

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4	totaal
aantal gecontroleerde dossiers	5	1	5	5	5	21
aantal gecontroleerde dossiers waarin het voorbije jaar een risicotaxatie werd afgenomen	5	1	1	0	4	11
aantal gecontroleerde dossiers waarin het voorbije jaar een risicotaxatie aan bod kwam tijdens een multidisciplinaire bespreking	0	0	1	0	3	4

5.4 (VROEG)SIGNALERINGSPLAN

Kwaliteitsdoel

Met het oog op het verhogen van veiligheid en welzijn wordt voor elke forensische zorggebruiker een individueel (vroeg)signaleringsplan opgesteld. Schriftelijke afspraken over het werken met een (vroeg)signaleringsplan waarborgen een systematische manier van werken. De inbreng van de zorggebruiker en/of diens vertegenwoordiger is hierbij aantoonbaar. Het (vroeg)signaleringsplan omvat minimaal een omschrijving van waarschuwingssignalen, copingstrategieën van de zorggebruiker en strategieën die door de omgeving, in het bijzonder de zorgmedewerker, kunnen worden gehanteerd. Het (vroeg)signaleringsplan wordt periodiek geëvalueerd.

Werkwijze

Tijdens de inspectie werden de schriftelijke afspraken bekeken over het gebruik van (vroeg)signaleringsplan. Zorggebruikers werden bevraagd over hun inbreng bij de opmaak van het (vroeg)signaleringsplan. In een steekproef van zorgdossiers werd de aanwezigheid van een (vroeg)signaleringsplan nagegaan (minimaal een meerfasenmodel met aandacht voor spanningsniveaus).

Vaststellingen

Er is een procedure voor het (vroeg)signaleringsplan. Er wordt gebruik gemaakt van een sjabloon (vroeg)signaleringsplan.

Er zijn schriftelijke afspraken over:

- de criteria voor de opmaak van een (vroeg)signaleringsplan
- de manier waarop de zorggebruiker en/of diens vertegenwoordiger betrokken wordt bij de opmaak van het (vroeg)signaleringsplan
- de manier waarop rekening gehouden wordt met de mogelijkheden en eventuele beperkingen van de gebruiker
- de timing voor het opstellen van een (vroeg)signaleringsplan (i.e. de termijn na opname waarbinnen een (vroeg)signaleringsplan wordt opgesteld)
- de frequentie van evaluatie van het (vroeg)signaleringsplan.

Er zijn geen schriftelijke afspraken over:

- de manier van werken als de zorggebruiker niet kan of wil meewerken aan de opmaak.

Overzicht steekproefsgewijze toetsing van (vroeg)signaleringsplannen:

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4	totaal
aantal gecontroleerde dossiers	5	1	5	5	5	21
aantal dossiers met (vroeg)signaleringsplan	5	1	3	3	5	17
aantal hiervan waarin waarschuwingssignalen zijn opgenomen	5	1	3	3	5	17
aantal hiervan waarin strategieën voor spanningsreductie	5	1	3	3	4	16

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4	totaal
worden beschreven, die de zorggebruiker zelf kan inzetten						
aantal hiervan waarin strategieën voor spanningsreductie worden beschreven die de omgeving, in het bijzonder de zorgmede-werker, kan inzetten	5	1	3	3	5	17

Resultaten van de zorggebruikersbevraging:

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4	totaal
aantal bevraagde zorggebruikers	3	2	3	3	11
aantal dat aangaf een (vroeg) signaleringsplan te hebben	0	2	1	3	6
aantal daarvan dat aangaf betrokken te zijn bij het opstellen	-	2	1	3	6
aantal dat aangaf dat ze een kopie van het plan ontvingen	-	2	1	2	5

5.5 INSTROOM EN UITSTROOM

Kwaliteitsdoel
De zorgaanbieder zet in op zorgcontinuïteit door een actieve monitoring van de in- en uitstroom van zorggebruikers en door het verzekeren van tijdige, transparante en adequate informatieoverdracht naar andere zorgactoren.

Werkwijze
Vóór het inspectiebezoek werden aan de organisatie instroom- en uitstroomcijfers gevraagd.
Instroom verwijst naar opnames op een forensische voorziening rechtstreeks vanuit een andere voorziening, doorstroom verwijst naar transfers naar andere afdelingen binnen de voorziening, en uitstroom betreft het verlaten van de forensische voorziening naar een andere voorziening.

Tijdens de inspectie werd in een steekproef van dossiers van zorggebruikers die (maximaal 2 jaar voor de inspectie) uitstroomden, nagegaan welke informatie (schriftelijk en/of mondeling) werd overgemaakt aan de vervolgzorg.
Bij aanwezigheid van schriftelijke informatieoverdracht naar de vervolgzorg werden volgende inhoudelijke aspecten gezocht:

- de vermelding van de periode van begeleiding
- een probleemomschrijving
- een beschrijving van de evolutie / het verloop van het traject

- de risicotaxatie
- het (vroeg)signaleringsplan
- informatie over medicatie of een medicatieschema
- het IQ of ontwikkelingsniveau
- de psychiatrische diagnose.

Vaststellingen

5.5.1 Instroom

In 2024 zijn 86 forensische zorggebruikers rechtstreeks van buiten de voorziening opgenomen op de forensische afdelingen (waarvan 62 nieuwe opnames en 24 heropnames).

Rechtstreeks vanuit:	Forensische Zorg 1A	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4	Totaal
Gevangenis	3	15		1		10	29
FPC	1	4		-		1	6
High security behandelafdeling PZ	-	-		-		-	-
Medium security behandelafdeling PZ	16	-		1		-	17
Longstay-afdeling PZ	-	-		-		-	-
Medium security afdeling VAPH	-	-		-		-	-
Medium security PVT of BW	15 (enkel BW)	1		-		-	16
Elders *	16	2		-		-	18
Totaal	51	22		2		11	86
Waarvan heropnames	21	2		0		1	24

* Opname vanuit "elders": regulier PZ (8), regulier PVT (1), reguliere VAPH (3), zelfstandige woonst (5), ouders (1).

5.5.2 Uitstroom

In 2024 hebben 80 forensische zorggebruikers de voorziening verlaten vanuit de forensische afdelingen, waarvan 11 naar de gevangenis:

Naar:	Forensische Zorg 1A	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4	Totaal
een voorziening met een lagere beveiligingsgraad	27	8		9		5	49
een voorziening met eenzelfde beveiligingsgraad	17	0		1		0	18
een voorziening met een hogere beveiligingsgraad	5	3		2		1	11
andere: ontvluchting	0	1		0		1	2
Totaal	49	12		12		7	80
Waarvan:							
Naar de gevangenis	5	3		2		1	11
Redenen:	- eigen vraag van de zorggebruiker - ernstige incidenten - stopzetting behandelprogramma						
Naar een FPC	0	0		0		0	0

De voorziening geeft aan dat ze op moment van inspectie 4 forensische zorggebruikers beschouwt als klaar voor uitstroom maar waarvoor er geen plaats voor vervolgzorg wordt gevonden.

In een dossiersteekproef van uitgestroomde zorggebruikers werden volgende vaststellingen gedaan over informatieoverdracht naar vervolgzorg:

- In alle 10 de gecontroleerde dossiers kon overdracht van informatie naar de vervolgzorg getoond worden.
- In 7 ontslagdossiers werd aangetoond dat er mondelinge overdracht was van informatie naar de vervolgzorg.
- In 10 ontslagdossiers kon schriftelijke overdracht van informatie naar de vervolgzorg aangetoond worden.
- In 7 dossiers kon zowel schriftelijke als mondelinge informatieoverdracht naar de vervolgzorg aangetoond worden.

Er werd in de 10 dossiers met schriftelijke overdracht gekeken naar de inhoud van deze informatie naar de vervolgzorg; hierbij waren er:

- 10 met vermelding van de periode van begeleiding
- 10 met een probleemomschrijving
- 10 met een beschrijving van de evolutie / verloop van het traject
- 3 met een risicotaxatie

- 3 met een (vroeg)signaleringsplan
- 10 met informatie over medicatie of een medicatieschema
- 7 met IQ of ontwikkelingsniveau
- 10 met psychiatrische diagnose.

2 van de 10 gecontroleerde dossiers met schriftelijke informatie naar de vervolgzorg bevatten alle gecontroleerde info.

5.6 SAMENVATTING RESULTATEN ZORGTRAJECT

Zoals verwacht

Afdelingsafspraken en regels

- Het beleid over seksualiteitsbeleving is uitgeschreven.
- Zorggebruikers kunnen dagelijks in de buitenlucht.

Zorgplan

- De betrokken hulpverleners hebben toegang tot de nodige informatie (medicatieschema, de resultaten van risicotaxatie en datums van gesprekken die plaatsvonden met de psychiater).
- In alle gecontroleerde dossiers kon een zorgplan worden getoond (21/21 in orde).
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers kon de inspraak van de (vertegenwoordiger van de) zorggebruiker in het zorgplan aangetoond worden (20/21 in orde).
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers werd informatie over de context van de zorggebruiker gevonden (21/21 in orde).
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie of de zorggebruiker minderjarige kinderen heeft (17/21 in orde).
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers kon een dag-/weekschema getoond worden (19/21 in orde).
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers vond een MDO plaats in de afgelopen 12 maanden (21/21 in orde).
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers kon een evaluatie van het zorgplan tijdens een MDO in de voorbije 12 maanden getoond worden (21/21 in orde).
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers was een psychiater aanwezig bij minstens 1 MDO in de voorbije 12 maanden (21/21 in orde).
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers was er de afgelopen maand een individueel gesprek met een individueel begeleider (18/20 in orde).

Risicotaxatie

- Er wordt door de organisatie gebruik gemaakt van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten voor risicotaxatie.

(Vroeg)signaleringsplan

- Er zijn schriftelijke afspraken over volgende elementen met betrekking tot het (vroeg)signaleringsplan:
    - de criteria voor de opmaak van het (vroeg)signaleringsplan
    - de manier waarop de zorggebruiker en/of diens vertegenwoordiger betrokken wordt bij de opmaak van het (vroeg)signaleringsplan
    - de timing voor het opstellen van een (vroeg)signaleringsplan (i.e. de termijn na opname waarbinnen een (vroeg)signaleringsplan wordt opgesteld)
    - de frequentie van evaluatie van het (vroeg)signaleringsplan.
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers kon een (vroeg)signaleringsplan getoond worden (17/21 in orde).

Instroom en uitstroom

- In alle gecontroleerde dossiers van ontslagen zorggebruikers kon schriftelijke overdracht van informatie naar de vervolgzorg worden aangetoond (10/10 in orde).

Inbreuken en aandachtspunten *(inbreuken zijn onderlijnd)*

Afdelingsafspraken en regels

- Er zijn algemeen geldende afdelingsregels waarbij de vrijheid van alle zorggebruikers wordt ingeperkt (wat niet in overeenstemming is met zorg op maat): volgens de opnamevoorwaarden mogen zorggebruikers hun eigen financiën niet beheren.

Zorgplan

- In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er de afgelopen 12 maanden een individueel gesprek met een psychiater (14/21 in orde).

Risicotaxatie

- Er zijn geen schriftelijke afspraken over opleiding voor de afname van het instrument voor risico-taxatie.
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd het voorbije jaar een risicotaxatie afgenomen (11/21 in orde).
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers kwam risicotaxatie het voorbije jaar aan bod bij een multidisciplinaire bespreking (4/21 in orde).

(Vroeg)signaleringsplan

- Er zijn geen schriftelijke afspraken over volgende elementen met betrekking tot het (vroeg)signaleringsplan:
    - de manier van werken als de zorggebruiker niet kan of wil meewerken aan de opmaak.

6. VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

6.1 CONTROLES

Kwaliteitsdoel
Bij het beleid en de praktijk inzake controles houdt de zorgaanbieder rekening met het belang van de zorggebruiker. De mogelijkheid tot en de werkwijze bij controles worden op een begrijpelijke manier aan de gebruiker kenbaar gemaakt. Alleen bij geïndividualiseerde vermoedens van bezit van voorwerpen of substanties die de eigen veiligheid of die van anderen in het gedrang kunnen brengen, kunnen het lichaam, kledij of andere persoonlijke zaken worden gefouilleerd. De gebruiker wordt onmiddellijk voorafgaand aan een eventuele fouillering hierover geïnformeerd.

Werkwijze
Voor het inspectiebezoek werd aan de organisatie informatie gevraagd welke controles mogelijk kunnen gebeuren bij forensische zorggebruikers; de procedures over deze controles werden opgevraagd.
Onder lichaamscontrole wordt een controle verstaan met uitkleden of fysieke aanraking op of onder de kledij.
Zorggebruikers werden bevraagd over de informatie die zij kregen over de mogelijke controles.

Vaststellingen
Volgens de organisatie gebeuren volgende controles bij zorggebruikers van de bezochte afdelingen:

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4
lichaamscontrole	ja	ja	ja	ja	ja
kamercontrole	ja	ja	ja	ja	ja
bagagecontrole	ja	ja	ja	ja	ja
postcontrole	ja	ja	ja	ja	ja
drugscreening	ja	ja	ja	ja	ja
controle van de surfgeschiedenis	ja	ja	ja	ja	ja

Lichaamscontrole gebeurt enkel op indicatie tijdens afzondering (visuele veiligheidscontrole met uitkleden bij keuze tot veiligheidscontrole); er gebeuren volgens de organisatie geen lichaamscontroles met aanraking van het lichaam.

De werkwijze van deze controles is beschreven in procedures:
- lichaamscontrole (procedure afzondering)
- kamercontrole
- bagagecontrole
- drugscreening.

De werkwijze van volgende controles is niet beschreven in een procedure:
- postcontrole
- controle van de surfgeschiedenis.

Alle bevraagde zorggebruikers gaven aan dat zij geïnformeerd werden over de controles die op hun afdeling kunnen gebeuren.

6.2 AFZONDERING, MECHANISCHE FIXATIE EN COMPARTIMENTERING

Kwaliteitsdoel

Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) worden uitsluitend als zeer uitzonderlijke veiligheidsmaatregel, geïndividualiseerd en alleen op basis van de wettelijke toepassingsgronden gehanteerd. Het gebruik ervan voldoet aan principes van proportionaliteit (in redelijke verhouding tot het doel), subsidiariteit (keuze voor het minst ingrijpende alternatief) en effectiviteit (maatregel moet passend zijn in functie van het beoogde doel en niet langer duren dan noodzakelijk). Bij de toepassing wordt de veiligheid van de gebruiker gemonitord en worden gegevens hierover geregistreerd.

Werkwijze

Vóór het inspectiebezoek werd gevraagd welke vrijheidsbeperkende maatregelen volgens het beleid van de organisatie kunnen toegepast worden bij forensische zorggebruikers. De procedures hierover werden gevraagd evenals een oplijsting van te gebruiken mechanische fixatiemiddelen. Tijdens de inspectie werden de beschikbare cijfergegevens over vrijheidsbeperkende maatregelen opgevraagd. In een steekproef van dossiers van zorggebruikers die maximaal 2 jaar voor de inspectie werden afgezonderd, werden de notities bekeken over reden, duur, verantwoordelijke voor de beslissing, omstandigheden, toezicht en nabespreking met de zorggebruiker.

Voor compartimentering, afzondering(sruimte) en mechanische fixaties werden volgende intersectorale definities van het Departement Zorg gebruikt:

- Compartimentering is in een lokaal een aparte ruimte voor één persoon creëren welke hij niet zelfstandig kan verlaten. Deze ruimte is niet volledig afgesloten. De mogelijkheid tot rechtstreeks wederzijds contact met andere personen die zich in het lokaal bevinden blijft altijd minstens visueel en auditief behouden.
- Afzondering is het verblijf van een persoon in een daartoe speciaal voorziene individuele afzonderings-ruimte, hetzij in een ander lokaal voor één persoon, welke de persoon niet zelfstandig kan verlaten. Als de zorggebruiker het lokaal wel zelfstandig kan verlaten is er geen sprake van afzondering.
- Afzonderingsruimte is een specifieke, veilig ingerichte hoogbeveiligde ruimte, welke de persoon niet zelfstandig kan verlaten.
- Mechanische fixatie is het aanwenden van mechanische hulpmiddelen bevestigd aan of in de directe omgeving van de persoon, welke niet zelfstandig door de persoon kunnen verwijderd worden. Bijvoorbeeld: vermijden van zelfverwonding (bv. polsbanden, washandjes, armkoker), prikkelreductie om escalatie te vermijden (blijfstoel, banden, stevige overall om uitkleden, scheuren of eten van stof te vermijden), mechanische fixatie in het kader van valpreventie (bijvoorbeeld tijdens maaltijden).

Structurele vrijheidsbeperkende maatregelen zijn deze die standaard in bepaalde omstandigheden of situaties worden gebruikt (bv. 's nachts of tijdens briefing, altijd bij start opname, altijd na positieve drugtest).

Collectieve vrijheidsbeperkende maatregelen zijn deze die als groepsmaatregel worden toegepast (bv. iedereen 's nachts of tijdens briefing, de zorggebruikers die niet deelnemen aan een buitenactiviteit).

Vaststellingen

Volgens het beleid van de organisatie kunnen volgende vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast bij zorggebruikers van de bezochte afdelingen (hetzij afzonderingen in ruimtes op de eigen afdeling, hetzij na overbrenging naar een andere afdeling):

	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4
compartimentering	nee	nee	nee	nee	nee
afzondering in de afzonderingsruimte					
bij crisis	ja	ja	ja	ja	ja
structureel / standaardprocedure	nee	nee	nee	nee	nee
afzondering buiten de afzonderingsruimte					
bij crisis	ja	nee	nee	nee	ja
structureel / standaardprocedure	nee	nee	nee	nee	nee
collectief	nee	nee	nee	nee	nee
mechanische fixatie					
in de afzonderingsruimte	ja	nee	nee	nee	nee
buiten de afzonderingsruimte	nee	nee	nee	nee	nee

Volgens het VBM-beleid wordt gewerkt met een gefaseerde aanpak, waarbij regelmatig in eerste instantie afzondering op de eigen kamer of in een PAR wordt opgestart alvorens pas na enkele uren af te zonderen in een afzonderingsruimte. Het toezicht en de registratie gebeurt telkens op dezelfde wijze, wat bleek uit de dossiersteekproef van de afzonderingen.

Onderstaande tabel geeft weer hoeveel keer de verschillende maatregelen werden toegepast op zorg-gebruikers van de verschillende forensische afdelingen in 2024.

	Forensische Zorg 1A	Forensische Zorg 1B	Forensische Zorg 1C	Forensische Zorg 2	Forensische Zorg 3	Forensische Zorg 4	totaal
aantal zorggebruikers met compartimenteringen	0	0	0	0	0	0	0
aantal afzonderingen	8	2	1	1	10	4	26
aantal mechanische fixaties	1	1	0	0	0	0	2
aantal afzonderingen met mechanische fixatie	1	1	0	0	0	0	2

6.2.1 Afzondering

Er is een procedure voor afzondering.

Volgens de procedure moeten twee criteria gelijktijdig vervuld zijn om tot een afzondering over te gaan:

- De zorgvrager is een gevaar voor zichzelf, voor anderen en/of voor de omgeving. Het gevaar moet ernstig en acuut zijn.
    - Acuut gevaar
      Het gevaar dat met de afzondering (en eventueel fixatie) vermeden wordt, moet ernstig, dreigend en nabij zijn. Een gevaar in het verleden of de toekomst kunnen de afzondering of fixatie van een zorgvrager niet verantwoorden.
    - Ernstig gevaar
      De indicatie is beperkt tot onmiddellijk gevaar: wanneer er schade wordt toegebracht, of dreigt te worden toegebracht, aan de fysieke en/of psychische levenskwaliteit van de zorgvrager zelf of van anderen, of aan de omgeving/materiaal.
- Er zijn geen minder beperkende alternatieven mogelijk.

De procedure bepaalt dat het toezicht tijdens afzondering buiten de afzonderingsruimte (op eigen kamer of in de PAR) op dezelfde manier is georganiseerd als tijdens afzondering in de afzonderingsruimte.

In de dossiersteekproef van afgezonderde zorggebruikers werden volgende vaststellingen gedaan:

aantal gecontroleerde afzonderingen	10
aantal met start (uur en datum) vermeld	10
aantal met einde (uur en datum) vermeld	10
aantal met verantwoordelijke beslissing tot afzondering vermeld	10
aantal met verantwoordelijke arts vermeld	10
aantal met verantwoordelijke verpleegkundige vermeld	10
aantal met verslag van de aanleiding/motivering	10
aantal met reden vermeld	9
gevaar	9
materiaalvernietiging	0
andere	0
aantal met informatie over toestemming	10
aantal met informatie over mate van toestemming vooraf over afzondering	2
aantal met informatie over graad van medewerking tijdens verloop van overbrenging	10
aantal met elk uur notities over toezicht en toestand	10
aantal met elk uur persoonlijk contact	6
aantal met niet elk uur persoonlijk contact maar met motivering voor andere frequentie van persoonlijk contact	1

aantal langer dan 24u	1
aantal langer dan 24u met teamoverleg met collega van andere afdeling	1
aantal met verslag van de nabespreking met de zorggebruiker	1*

* minstens 2 van de 10 gecontroleerde dossiers betroffen zorggebruikers die vanuit de afzonderingsruimte getransfereerd werden naar de gevangenis. Daarbij was dus geen nabespreking mogelijk.

6.2.2 Mechanische fixatie

In de bevraging geeft men aan mechanische fixatie toe te passen.

Mechanische fixatie wordt op de forensische afdelingen enkel tijdens afzondering toegepast (bij de niet-forensische doelgroep ouderen en personen met een ernstige verstandelijke beperking is mechanische fixatie ook mogelijk buiten de afzonderingskamer).

Er is een procedure voor mechanische fixatie. In de procedure staan volgende indicaties voor mechanische fixatie voor de forensische doelgroep:

- Het gedrag van de zorgvrager houdt een acuut en ernstig gevaar in voor zichzelf of voor anderen.
    - Acuut gevaar
      Het gevaar dat met de afzondering (en eventueel fixatie) vermeden wordt, moet ernstig, dreigend en nabij zijn. Een gevaar in het verleden of de toekomst kunnen de afzondering of fixatie van een zorggebruiker niet verantwoorden.
    - Ernstig gevaar
      De indicatie is beperkt tot onmiddellijk gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van de zorggebruiker of andere personen. De toepassing van afzondering en fixatie moet steeds subsidiair en proportioneel gebeuren.
- Er zijn geen effectieve alternatieven aanwezig of alternatieven om fixatiemaatregelen te vermijden falen.

Volgende materialen voor mechanische fixatie worden soms tijdens afzondering gebruikt op de forensische afdelingen:

- polsbanden
- enkelbanden
- lendegordel / Zweedse gordel.

6.2.3 Compartimentering

De organisatie geeft aan geen compartimentering toe te passen.

6.3 SAMENVATTING RESULTATEN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

Zoals verwacht

Controles

- De werkwijze van volgende controles die worden uitgevoerd, zijn beschreven in procedures:
  - lichaamscontrole
  - kamercontrole
  - bagagecontrole
  - drugscreening.

Afzondering, mechanische fixatie, compartimentering

- Volgende vrijheidsbeperkende maatregelen die kunnen worden toegepast, staan beschreven in procedures:
  - afzondering
  - mechanische fixatie.
- De indicaties voor afzondering (die in de procedures beschreven staan) zijn in lijn met de regelgeving en/of richtlijnen.
- De indicaties voor mechanische fixatie (die in de procedures beschreven staan) zijn in lijn met de regelgeving en/of richtlijnen.
- In de gecontroleerde registraties m.b.t. afzonderingen konden volgende gegevens altijd getoond worden:
  - start
  - einde
  - verantwoordelijke beslissing tot afzondering
    - verantwoordelijke arts
    - verantwoordelijke verpleegkundige
  - verslag van de aanleiding/motivering
  - informatie over de mate van toestemming van de zorggebruiker (ofwel vooraf, ofwel tijdens verloop van de overbrenging)
  - informatie over teamoverleg met een collega van een andere afdeling bij afzonderingen van meer dan 24 uur.
- Uit de afzonderingsregistraties blijkt dat er altijd om het uur toezicht gebeurt.

Inbreuken en aandachtspunten *(inbreuken zijn onderlijnd)*

Controles

- De werkwijze van volgende controle die wordt uitgevoerd, is niet beschreven in procedures:
  - postcontrole
  - controle van de surfgeschiedenis.

Afzondering, mechanische fixatie, compartimentering

- In de gecontroleerde registraties m.b.t. afzonderingen konden volgende gegevens niet altijd getoond worden:
  - reden (9/10 in orde)
  - elk uur persoonlijk contact (of motivering voor andere frequentie) (7/10 in orde).
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers kon informatie over de nabespreking getoond worden (1/10 in orde).

7. VERBETERBELEID

Kwaliteitsdoel
De zorgaanbieder zet in op het installeren en behouden van een verbetercultuur gebaseerd op een systematische analyse van kerngegevens. Binnen een forensische setting is er daarbij met name aandacht voor het gesystematiseerd verzamelen van data met betrekking tot outcome-indicatoren/uitkomstenmetingen, tevredenheid van zorggebruikers en medewerkers, klachten, agressie-incidenten, seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG) en vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM). Analyses gebeuren multidisciplinair en op organisatie- en afdelingsniveau.

Werkwijze
Tijdens de inspectie werden de beschikbare cijfergegevens opgevraagd over:

- outcome-indicatoren/uitkomstenmetingen
- tevredenheid zorggebruikers
- tevredenheid medewerkers
- klachten
- agressie-incidenten
- SGOG
- VBM.

Met outcome-indicatoren/uitkomstenmetingen wordt bedoeld: (herhaalde) afname van een meetinstrument en/of een gestructureerde bevraging van de zorggebruiker, aan de hand waarvan op een geobjectiveerde manier de evolutie in kaart wordt gebracht, om het effect van de begeleiding of behandeling te evalueren.

Verder werd een analyse van deze cijfergegevens over deze verschillende onderwerpen gevraagd. Er werd ook nagegaan of een bespreking op afdelingsniveau en op directie-/beleidsniveau kon aangetoond worden.

7.1 BESCHIKBAARHEID EN ANALYSE VAN CIJFERGEGEVENS OVER KWALITEIT VAN ZORG

Vaststellingen
De organisatie beschikt over volgende cijfergegevens om geobjectiveerd zicht te krijgen op de werking van de forensische afdelingen:

	cijfers forensische werking beschikbaar (max. 5 jaar oud)	geaggregeerde cijfers 2024 beschikbaar	analyse van de cijfers van 2024 beschikbaar
outcome-indicatoren/ uitkomstenmetingen	ja: op casusniveau en geaggregeerd	ja	ja
tevredenheidsmeting zorggebruikers	ja	ja	ja
tevredenheidsmeting medewerkers	ja	nee	nee
klachten	ja	ja	ja
agressie-incidenten	ja	ja	ja
SGOG	ja	ja	ja
VBM	ja	ja	ja

7.2 SAMENVATTING RESULTATEN VERBETERBELEID

Zoals verwacht

- De organisatie heeft voor de forensische werking (voor de voorbije 5 jaar) cijfergegevens over:
  - outcome-indicatoren/uitkomstenmetingen
  - tevredenheidsmeting zorggebruikers
  - tevredenheidsmeting medewerkers
  - klachten
  - agressie-incidenten
  - SGOG
  - VBM.

Inbreuken en aandachtspunten

Er werden geen inbreuken of aandachtspunten vastgesteld voor de gecontroleerde onderwerpen.

8. BESLUIT

Doorheen dit verslag werd per hoofdstuk een samenvatting gegeven van de resultaten, waarbij de vaststellingen werden gecatalogeerd als "zoals verwacht", als "inbreuken" of als "aandachtspunten".
Conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid wordt de term "inbreuk" gebruikt voor het niet naleven van regelgeving of geformaliseerde afspraken (zoals een referentiekader).

Binnen de forensische afdelingen van OPZC Rekem wordt een gestructureerde werkwijze gevolgd in het opstellen en uitvoeren van zorgplannen en het organiseren van multidisciplinair overleg. Tegelijkertijd scoren de PVT-afdelingen duidelijk lager dan de bezochte PZ-afdelingen wat betreft de toepassing van risicotaxaties, het gebruik van signaleringsplannen en de individuele contacten met de psychiater.

Er wordt binnen deze forensische afdelingen, waarin reeds sprake is van opgelegde beperkingen, merkbaar gestreefd naar een benadering die verdere vrijheidsbeperking tot een minimum wil beperken en waarin de-escalatie en het beperken van vrijheidsbeperkende maatregelen centraal staan. Een uitzondering hierop vormt het feit dat het uit handen geven van het beheer van financiële middelen als opnamevoorwaarde wordt gehanteerd.

Het individueel inspectieverslag fungeert in de eerste plaats als een verbeterinstrument voor de geïnspecteerde voorziening: Zorginspectie verwacht dat de voorziening aan de slag gaat met inbreuken en aandachtspunten.

Zorginspectie adviseert aan de handhavende entiteit om de gebruikelijke remediëring van de inspectievaststellingen toe te passen.