

ZORGINSPECTIE

Departement Zorg

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be - www.departementzorg.be

INSPECTIEVERSLAG: FORENSISCHE ZORG

INRICHTENDE MACHT

Naam	Organisatie Broeders van Liefde
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	vzw
Ondernemingsnummer	0406633304
Adres	Stropkaai 38E, 9000 Gent

INSPECTIEPUNTEN

Naam	Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist
HCO-nummer	4793
Adres	Suikerkaai 81, 9060 Zelzate
Dossiernummer	978

Naam	Psychiatrisch Verzorgingstehuis Sint-Jan-Baptist
HCO-nummer	4868
Adres	Suikerkaai 81, 9060 Zelzate
Dossiernummer	026

UITBATINGSPLAATS

Naam	Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist
Adres	Suikerkaai 81, 9060 Zelzate

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	24/06/2025
Verslagnummer	ZI-2025-01887
Inspecteurs	Michaëla Daelemans, Steven Eerdeken, Kurt Lievens, Sally Swaans, Ann Valkenburg, Sarah Van den Broeck

INSPECTIEBEZOEK

Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist

Aangekondigde inspectie op 24/06/2025 (09:00-15:30)

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	8
3. Infrastructuur	10
3.1 Afdeling – forensische afdeling	10
3.2 Afzonderingsruimtes	11
3.3 Samenvatting resultaten infrastructuur	13
4. Medewerkers	15
4.1 Bestaffing tijdens de nacht en het weekend	15
4.2 Aanpak van incidenten	17
4.3 Vorming, training en opleiding (VTO)	18
4.4 Samenvatting resultaten medewerkers	19
5. Zorgtraject	20
5.1 Afdelingsafspraken en regels	20
5.2 Zorgplan	23
5.2.1 Opmaak, inhoud, inspraak en evaluatie van zorgplan	24
5.2.2 Communicatie tussen zorgverleners	25
5.2.3 Gesprekken van zorggebruikers met zorgverleners	25
5.3 Risicotaxatie	27
5.4 (Vroeg)signaleringsplan	28
5.5 Instroom en uitstroom	29
5.5.1 Instroom	30
5.5.2 Uitstroom	30
5.6 Samenvatting resultaten zorgtraject	32
6. Vrijheidsbeperkende maatregelen	34
6.1 Controles	34
6.2 Afzondering, mechanische fixatie en compartimentering	35
6.2.1 Afzondering	37
6.2.2 Mechanische fixatie	38
6.2.3 Compartimentering	38
6.3 Samenvatting resultaten vrijheidsbeperkende maatregelen	38
7. Verbeterbeleid	40
7.1 Beschikbaarheid en analyse van cijfergegevens over kwaliteit van zorg	40
7.2 Samenvatting resultaten verbeterbeleid	41
8. Besluit	42

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 subsidiëeringsfunctie. De functiescheiding tussen inspecteren en rapporteren enerzijds en beslissen over de gevolgen anderzijds, maakt dat Zorginspectie haar opdracht zo objectief, onpartijdig en onafhankelijk mogelijk kan vervullen.

Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

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

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- het verbeteren van 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 Gegevensbeschermingsautoriteit: 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 residentiele 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 residentiele 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 uitgebraat. 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 erkenningswaarden 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
- 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 inspectievestigingen. 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.
- Objectieveerbare 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 inspectievestigingen, 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: Levanta, Diga, Encarga 2, Esperanza 1, Amplia.

- Schema dagplanning:

	inspecteur 1	inspecteur 2	inspecteur 3	inspecteur 4	inspecteur 5	inspecteur 6
9u00 - 9u30	afspraken met voorziening rond het verloop van de dag					
9u30 - 11u30	beleidsgesprek	afdelingsbezoek Levanta, inclusief dossiercontrole	afdelingsbezoek Diga, inclusief dossiercontrole	afdelingsbezoek Encarga 2, inclusief dossiercontrole	afdelingsbezoek Esperanza 1, inclusief dossiercontrole	afdelingsbezoek Amplia, inclusief dossiercontrole
11u30 - 12u30	dossiercontrole communicatie naar vervolgzorg					
12u30 - 13u30	lunch en onderling overleg tussen inspecteurs					
13u30 - 14u15	dossier- controle	gesprek met zorggebruikers van de afdeling	gesprek met zorggebruikers van de afdeling	gesprek met zorggebruikers van de afdeling	gesprek met zorggebruikers van de afdeling	gesprek met zorggebruikers van de afdeling
14u15 - 15u00	registratie afzonderingen	bezoek afzonderings- ruimtes	bezoek afzonderings- ruimtes	bezoek afzonderings- ruimtes	bezoek afzonderings- ruimtes	bezoek afzonderings- ruimtes
15u00 - 15u30	overleg tussen inspecteurs					
15u30 - 16u00	terugkoppeling aan voorziening + vragen en toelichting bij de vaststellingen					

- Hoewel niet elk onderwerp op elke afdeling werd nagegaan, kunnen bepaalde inspectievaststellingen relevant zijn voor andere afdelingen.
- Er werd met 12 zorggebruikers gesproken.
- 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

Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist is een voorziening voor geestelijke gezondheidszorg binnen de Organisatie Broeders van Liefde, die in Zelzate een Psychiatrisch Ziekenhuis en een Psychiatrisch Verzorgingstehuis heeft.

De campus telt in totaal 234 residentiële plaatsen, waarvan op het moment van inspectie 170 forensische residentiële plaatsen (+ 4 Forensische Time-Out-plaatsen (FTO)), verspreid over 8 afdelingen.

In 2024 waren er op alle forensische afdelingen samen 62 176 ligdagen.

Overzicht van de forensische afdelingen:

naam afdeling	beveiligings-niveau	leefgroepen	doelgroep		
			justitieel statuut	aantal residentiële plaatsen	omschrijving
Levanta	hoog	/	geïnterneerd	20 + 2 FTO	vrouwen met een hoog risicoprofiel
Diga	middelhoog	/		25	mannen met een middelmatig risicoprofiel
Encarga 1		/		25 + 2 FTO	mannen en vrouwen met een middelmatig risicoprofiel
Encarga 2		/		12	
Encarga 3		/		8	
Esperanza 1		Leefgroep 1		15 (PVT)	
		Leefgroep 2		15 (PVT)	
Esperanza 2		Leefgroep 1		15 (PVT)	
		Leefgroep 2		15 (PVT)	
Amplia	/	20			
totaal				110 PZ + 60 PVT + 4 FTO = 174	

naam afdeling	leefgroepen	inclusiecriteria	exclusiecriteria
Levanta	/	- vrouwen met interneringsstatuut en hoog risicoprofiel	- geen
Diga	/	- mannen met een interneringsstatuut - licht verstandelijke beperking met delict binnen de seksuele sfeer en/of seksuele problematiek - mogelijkheid tot enig (cognitief) sociaal leerproces - het Nederlands voldoende machtig zijn - enige erkenning van de feiten en het delictgedrag	- ziektebeeld: o kernpsychopathie o psycho-organische stoornis o exclusieve verslavingsproblematiek - delictaard: o feiten met sadistische inslag
Encarga 1	/	- personen met een interneringsstatuut - mogelijkheid tot enig (cognitief) sociaal leerproces - het Nederlands voldoende machtig zijn - enige erkenning van de feiten en het delictgedrag	- ziektebeeld: o kernpsychopathie o parafilie o psycho-organische stoornis o exclusieve verslavingsproblematiek - delictaard: o zedenfeiten en seksuele handson delicten als interneringsfeit o feiten met sadistische inslag
Encarga 2	/		
Encarga 3	/		
Esperanza 1	Leefgroep 1		
	Leefgroep 2		
Esperanza 2	Leefgroep 1		
	Leefgroep 2		
Amplia	/	- extra criterium voor Amplia: personen met een licht verstandelijke beperking	

De inspectie vond plaats op volgende afdelingen:

- Levanta
- Diga
- Encarga 2
- Esperanza 1
- Amplia

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 afdeling(en): 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

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esperanza 1	Amplia
aantal eenpersoonskamers	16	25	12	24	16
aantal tweepersoonskamers	2	0	0	3	2
aantal driepersoonskamers	0	0	0	0	0
aantal vierpersoonskamers	0	0	0	0	0

Op afdeling Levanta wordt gestreefd naar het gebruik van tweepersoonskamers voor één persoon. Ook op het moment van de inspectie was dit het geval, waardoor er minder zorggebruikers verbleven dan infrastructureel mogelijk is.

Er werden problemen opgemerkt qua privacy in de kamers van de zorggebruikers of het gemeenschappelijk sanitair:

- In de bezochte tweepersoonskamer van Esperanza 1 is er geen privacy aan de twee wastafels, aangezien er geen voorzieningen zijn om deze wastafels visueel af te schermen van elkaar of van de rest van de kamer.
- In de gemeenschappelijke sanitaire ruimtes van Esperanza 1 en Diga reiken de wanden van de toiletten en douches niet van de grond tot aan het plafond.
- In 2 van de 3 gemeenschappelijke badkamers van Levanta kunnen zorggebruikers de deur niet sluiten van binnenuit.

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

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esperanza 1	Amplia
buitenruimte	op eigen afdeling	op eigen afdeling	op eigen afdeling	op eigen afdeling	op eigen afdeling
sportruimte	op eigen afdeling	elders	op eigen afdeling	elders	op eigen afdeling
ontspanningsruimte	op eigen afdeling	op eigen afdeling	op eigen afdeling	op eigen afdeling	op eigen afdeling
comfortroom	op eigen afdeling	op eigen afdeling	elders	elders	op eigen afdeling
andere:	-	snoezelruimte, prikkelarme ruimte, rustruimte	-	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

Op afdeling Levanta zijn er twee afzonderingsruimtes die enkel door de afdeling zelf worden gebruikt. Daarnaast zijn er 5 afzonderingsruimtes die door alle forensische afdelingen (inclusief Levanta) kunnen gebruikt worden (volgens een schriftelijk vastgelegd cascadesysteem i.f.v. de bezetting van de afzonderingsruimtes): telkens 1 ruimte op Encarga 1, Encarga 2, Esperanza 1, Diga en Vita (afdeling verslavingszorg, die geen deel uitmaakt van de forensische cluster).

aantal bezochte forensische afdelingen	5
aantal bezochte forensische afdelingen met afzonderingsruimte op de eigen afdeling	4
totaal aantal afzonderingsruimtes toegankelijk voor de forensische afdelingen	7
totaal aantal bezochte afzonderingsruimtes	7

In de 7 bezochte afzonderingsruimtes werden volgende vaststellingen gedaan:

	Levanta A0045	Levanta A0048	Diga C0315	Encarga 1 I0037	Encarga 2 I0114	Esper. 1 C0311	Vita Z0012
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	ja	ja	ja	ja	ja
het linnen is scheurvrij	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
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)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
deur niet blokkeerbaar	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
vastgestelde risico's op kwetsen/ automutilatie/verhanging	-	-	- verankerd tafeltje	- lampen bereikbaar	- verankerd tafeltje - lampen bereikbaar	- verankerd tafeltje	- lamp bereikbaar
voldoet aan alle gecontroleerde criteria in verband met veiligheid (= alle bovenstaande ja)	ja	ja	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

	Levanta A0045	Levanta A0048	Diga C0315	Encarga 1 I0037	Encarga 2 I0114	Esper. 1 C0311	Vita Z0012
verduistermogelijkheden	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
toilet in de onmiddellijke nabijheid	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
voldoende groot (oppervlakte)	ja (13,9 m ²)	ja (13,8 m ²)	ja (10,7 m ²)	ja (11,1 m ²)	ja 15,4 m ²)	ja (11,6 m ²)	ja (10,5 m ²)
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	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
voldoet aan alle gecontroleerde criteria in verband met privacy (= alle bovenstaande ja)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

2 van de 7 gecontroleerde afzonderingsruimtes voldoen aan alle bovenstaande gecontroleerde criteria.

De afzonderingsruimtes die niet op de eigen afdelingen gelegen zijn, zijn niet vlot bereikbaar: er moeten vergrendelde deuren en/of trappen gepasseerd worden en er moet soms een grote afstand overbrugd worden (vaak ook door de buitenlucht), met problemen inzake veiligheid en privacy tot gevolg.

3.3 SAMENVATTING RESULTATEN INFRASTRUCTUUR

Zoals verwacht

Afdeling

- Elke zorggebruiker van afdeling Diga en Encarga 2 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

- 2/7 gecontroleerde afzonderingsruimtes voldoen aan alle vereiste criteria over veiligheid.
- 7/7 gecontroleerde afzonderingsruimtes voldoen aan alle vereiste criteria over comfort.
- 7/7 gecontroleerde afzonderingsruimtes voldoen aan alle vereiste criteria over privacy.
- 2/7 gecontroleerde afzonderingsruimtes zijn vlot bereikbaar.

Inbreuken en aandachtspunten *(inbreuken zijn onderlijnd)*

Afdeling

- Niet elke zorggebruiker van de afdelingen Levanta, Esperanza 1 en Amplia beschikt over een eenpersoonskamer.

Afzonderingsruimtes

- 5/7 gecontroleerde afzonderingsruimtes zijn niet volledig in orde qua veiligheid:
 - 5/7 gecontroleerde afzonderingsruimtes hebben risico's inzake kwetsen/automutilatie/verhanging.
- 5/7 gecontroleerde afzonderingsruimtes zijn niet vlot bereikbaar (als ze gebruikt worden door andere afdelingen).

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 12 zorgmedewerkers voorzien voor (maximaal) 234 zorggebruikers.

Standaard worden er volgens de planning 's nachts 9 zorgmedewerkers voorzien voor de 8 forensische afdelingen voor (maximaal) 174 zorggebruikers.

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

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esperanza 1	Amplia
aantal aanwezige zorggebruikers tijdens de nacht vóór inspectie	20	22	11	27	19
aantal zorgmedewerkers exclusief voorzien voor deze afdeling tijdens de nacht vóór inspectie	2	2	1	1	1
waarvan verpleegkundigen	2	1	1	0	1
waarvan zorgkundigen	0	1	0	1	0
aantal zorgmedewerkers die deels voorzien zijn voor deze afdeling tijdens de nacht vóór inspectie	0	0	0	0	0

Sommige zorgmedewerkers zijn niet voortdurend aanwezig en/of hebben taken op andere afdelingen:

- De verpleegkundige van Encarga 2 moet medicatie klaarzetten op Esperanza 1 (er wordt dan tijdelijk gewisseld met de nachtmedewerker van Esperanza 1).

- Op Diga moet 1 van de 2 zorgmedewerkers één keer per nacht een toer doen op afdeling Encarga 3 (die op dezelfde verdieping in het gebouw van Diga ligt).

Weekendbestaffing

Standaard worden er op de campus volgens de planning voor de ochtendshift op zondag in totaal 22 zorgmedewerkers voorzien voor (maximaal) 234 zorggebruikers.

Standaard worden er volgens de planning voor de ochtendshift op zondag 17 zorgmedewerkers voorzien voor 8 forensische afdelingen voor (maximaal) 174 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:

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esperanza 1	Amplia
aantal aanwezige zorggebruikers	20	22	10	27	18
aantal zorgmedewerkers continu aanwezig op deze afdeling	3	3	2	3	2
waarvan verpleegkundigen	0	3	2	1	1
waarvan zorgkundigen	1	0	0	2	0
aantal zorgmedewerkers die slechts een deel van de shift aanwezig waren	0	0	0	0	0

Sommige zorgmedewerkers zijn niet voortdurend aanwezig en/of hebben taken op andere afdelingen: verpleegkundigen moeten soms verpleegkundige taken gaan uitvoeren op afdelingen waar op dat moment geen verpleegkundige aanwezig is; tijdens de geïnspecteerde shift moest de verpleegkundige van Amplia verpleegkundige taken uitvoeren op Levanta.

Op afdeling Levanta was de verplichte permanente aanwezigheid van een verpleegkundige niet in orde tijdens de gecontroleerde shift. Om de verpleegkundige taken op Levanta uit te voeren werd er beroep gedaan op een verpleegkundige van afdeling Amplia.

Client/staff-ratio

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

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esperanza 1	Amplia
nacht voor inspectie	20/2 = 10	22/2 = 11	11/1 = 11	27/1 = 27	19/1 = 19
ochtendshift zondag voor inspectie	20/3 = 6,67	22/3 = 7,33	10/2 = 5	27/3 = 9	18/2 = 9

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 bevestigd; 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	wie reageert op alarm
tijdens kantooruren	minimum 9	binnen 15 minuten	het interventieteam dat bestaat uit minstens één personeelslid per afdeling
tijdens het weekend overdag	9		
tijdens de avonduren	9		
tijdens de nacht	5 à 6		

Medewerkers kunnen beroep doen op interne medewerkers voor de eerste opvang na een incident. Er zijn daarvoor binnen de organisatie medewerkers specifiek aangeduid (critical incident team; 24/7 oproepbaar). 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 PVT)

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 de gecontroleerde nacht.

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 1 van de 5 gecontroleerde afdelingen voldeed de bestaffing tijdens het gecontroleerde weekend niet. Op afdeling Levanta was geen verpleegkundige aanwezig tijdens de gecontroleerde shift.

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 bevroegd 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:

- Op alle forensische afdelingen zijn er patient-staff-overlegmomenten. Van deze overlegmomenten zijn verslagen aantoonbaar.
Op 2 afdelingen (Esperanza 1 en 2) nemen patiëntenvertegenwoordigers daarenboven deel aan het kernteam (de beleidsvergadering van de afdeling).
- Er zijn metingen van zorggebruikerservaringen, specifiek voor de forensische zorggebruikers (CKLO: checklist kwaliteit van leven op organisatieniveau).
- Forensische ervaringsdeskundigen worden betrokken tijdens info-avonden voor familie van geïnterneerden, infomomenten voor medewerkers, zesmaandelijks therapiegroepen voor familieleden van geïnterneerden en d.m.v. getuigenissen tijdens motivationele groeps gesprekken met zorggebruikers.
- De wetenschappelijke cel van Sint-Jan-Baptist plant om, in samenwerking met Similes, in 2025 een draaiboek te publiceren als "Standard of Care" over het betrekken van ervaringsdeskundigen en ervaringsdeskundige families in forensische zorg.

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:

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esperanza 1	Amplia
verplichte kamer-momenten overdag voor iedereen (deur niet op slot)	nee	nee	nee	nee	nee

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esperanza 1	Amplia
alle kamers afgesloten door begeleiding tijdens de nacht	nee	nee	nee	nee	nee
er is een algemeen verbod om overdag op de kamer te verblijven	nee	nee	nee	nee	nee
er is een algemeen verbod/ onmogelijkheid voor zorggebruikers om de kamer zelf te sluiten van binnenuit	nee	ja	ja	ja	nee

zorggebruikers kunnen dagelijks in de buitenlucht	ja	ja	ja	ja	ja
bezoek is mogelijk op volgende momenten	<ul style="list-style-type: none"> - weekdays: 18:30-20:30 - woensdag: 14:15-16:15 18:30-20:30 - weekend: 10:00-12:00 14:15-16:15 18:30-19:30 	<ul style="list-style-type: none"> - weekdays: 16:30-17:30 18:30-21:00 - woensdag: 14:30-17:30 18:30-21:00 - weekend: 10:00-11:30 14:30-17:30 18:30-21:00 	<ul style="list-style-type: none"> - weekdays: 16:30-17:30 18:00-20:30 - woensdag: 13:30-17:30 18:00-20:30 - weekend: 10:00-11:30 13:30-17:30 18:00-20:30 	<ul style="list-style-type: none"> - weekdays: 16:15-20:30 - woensdag: 14:30-20:30 - weekend: 10:00-20:30 	<ul style="list-style-type: none"> - weekdays: 16:15-20:30 - woensdag: 13:00-20:30 - weekend: 10:00-20:30
zorggebruikers mogen alleen gescreende bezoekers ontvangen (bezoekers mogen pas op bezoek komen na initiële goedkeuring door de voorziening)	ja	ja	Ja	nee	ja
locatie van ontvangen bezoek	bezoekzaal	bezoekzaal, cafetaria	bezoeklokaal	bezoekzaal, cafetaria, elders op het domein	bezoeklokaal

Het beleid over seksualiteitsbeleving is uitgeschreven.

Zorggebruikers van de bezochte afdelingen hebben de mogelijkheid om ongestoord bezoek te ontvangen, in een ruimte voor ongestoord bezoek of (op sommige afdelingen) op de eigen kamer.

De bevraging van zorggebruikers leidde tot onderstaande resultaten.

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esperanza 1	Amplia	totaal
aantal bevraagde zorggebruikers	3	2	2	2	3	12
aantal dat aangeeft dat ze van alle afspraken/regels op de hoogte werden gebracht	0	2	1	2	3	8
aantal dat aangeeft dat het voor hen duidelijk is waarom de regels gelden	0	2	2	2	3	9
aantal dat aangeeft inspraak te hebben in de afspraken/regels	0	2	2	2	3	9
aantal dat aangeeft dat ze op de hoogte werden gebracht van de consequenties bij het overtreden van afspraken/regels	0	2	2	2	3	9
consequenties bij het overtreden van afspraken/regels, aangegeven door zorggebruikers	<ul style="list-style-type: none"> - een gesprek - een waarschuwing - een schriftelijke opdracht - beperken van uitgangrechten - meer drugscreenings - kamerregime (met open deur) - tijdelijk verblijf in de comfortroom - afzondering op de eigen kamer - afzondering in de afzonderingskamer - een time-out (op een andere afdeling of in een andere voorziening) - ontslag (terug naar de gevangenis) 					
aantal dat aangeeft dat ze op de hoogte werden gebracht van de afspraken op het gebied van relaties en seksualiteit	2	2	2	2	3	11
aantal dat aangeeft dat ze een klacht kunnen indienen bij de ombudsdienst, zonder tussenkomst van een zorgmedewerker	0	2	2	2	3	9
bijkomende feedback van zorggebruikers	<ul style="list-style-type: none"> - De begeleiding zorgt voor een goede opvang en ondersteuning, gedraagt zich zeer "menselijk" en staat open voor feedback. - De medewerkers zijn zeer bereikbaar. - Er wordt sterk op maat gewerkt en er is veel inspraak in het individueel programma. - De regels en afspraken zijn niet altijd eenduidig en/of staan niet geëxpliciteerd in het huishoudelijke reglement. - De gehanteerde regels variëren soms naargelang de begeleider. - Sancties worden niet consequent gehanteerd bij verschillende zorggebruikers. 					

	<ul style="list-style-type: none"> - Sommige afspraken en regels verschillen van afdeling tot afdeling, waarbij niet duidelijk is waarom. - Regels op het vlak van voeding en dieet worden als streng ervaren. - Het is soms lang wachten tot een bepaalde therapie start. - Therapieën slepen soms te lang aan door herhaalde afwezigheid van medewerkers door ziekte of vakantie. - Het duurt vaak meerdere dagen tot meerdere weken om een huisarts te kunnen raadplegen. - Sommige zorggebruikers ervaren drempels bij het contacteren van de ombudsdienst, omdat ze het gevoel hebben dat dit hen kwalijk genomen wordt door de zorgmedewerkers. - Bepaalde veiligheidsmaatregelen bij de start van de opname op Levanta (bv. zelfstandig gebruik sanitair, langdurig gebruik van scheurvrij linnen, verbod op scheermesjes) worden als onaangenaam ervaren. - Er worden verschillende problemen ervaren m.b.t. het bezoek voor zorggebruikers van afdeling Levanta (bv. beperkte duur van de bezoeken momenten per bezoeker, beperkt aantal bezoeken per week, geen wachtruimte voor bezoekers).
--	--

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:

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esper. 1	Amplia	totaal
aantal gecontroleerde dossiers	5	5	2	5	5	22
aantal dossiers met zorgplan	5	5	2	5	5	22
aantal dossiers met aantoonbare inspraak van de zorggebruiker (of diens vertegenwoordiger) in zorgplan	5	5	2	5	5	22
aantal zorgplannen met evaluatie zorgplan tijdens een MDO voorbij 12 maanden	5	5	2	5	5	22
aantal zorgplannen met evaluatie zorgplan tijdens een MDO voorbij zes maanden	5	5	2	5	5	22
aantal met een dag-/weekechema	5	5	2	5	5	22
aantal met een gepersonaliseerd dag-/weekechema	5	5	2	5	5	22
aantal met informatie of de zorggebruiker minderjarige kinderen heeft	5	4	2	5	5	21
aantal met informatie over de context van de zorggebruiker	5	5	2	5	5	22

De zorggebruikersbevraging over dit onderwerp leidde tot volgende resultaten.

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esper. 1	Amplia	totaal
aantal bevroegde zorggebruikers	3	2	2	2	3	12
aantal dat aangaf inspraak gehad te hebben bij de opmaak en/of de evaluatie van het zorgplan	2	2	2	2	3	11
aantal dat aangaf voldoende inspraak te hebben in het dag-/weekechema	1	2	0	2	3	8
knelpunten aangegeven door zorggebruikers	- Zorggebruikers voelen zich soms onder druk gezet om sommige therapieën te volgen omdat de voorziening het nodig vindt, terwijl ze dat zelf niet vinden, of het eigenlijk zelfs niet willen.					

5.2.2 Communicatie tussen zorgverleners

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

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esperanza 1	Amplia
minimale frequentie MDO per zorggebruiker	maandelijks	twee- maandelijks	twee- maandelijks	halfjaarlijks	maandelijks

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.

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esper. 1	Amplia	totaal
aantal gecontroleerde dossiers	5	5	2	5	5	22
aantal dossiers met MDO voorbij 12 maanden	5	5	2	5	5	22
aantal dossiers met MDO voorbij 6 maanden	5	5	2	5	5	22
aantal dossiers met MDO met psychiater aantoonbaar aanwezig voorbij 12 maanden	5	5	2	5	2	19
aantal dossiers met MDO met zorggebruiker aantoonbaar aanwezig voorbij 12 maanden	5	5	2	5	5	22

5.2.3 Gesprekken van zorggebruikers met zorgverleners

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esperanza 1	Amplia
er is een psychiater verbonden aan de afdeling	ja	ja	ja	ja	ja
de psychiater neemt deel aan elk MDO	ja	ja	ja	ja	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	ja	ja	nee	nee	ja

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

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esperanza 1	Amplia	totaal
aantal gecontroleerde dossiers	5	5	2	5	5	22
aantal zorggebruikers met individueel contact met psychiater voorbij 12 maanden	5	5	2	5	5	22
aantal zorggebruikers met individueel contact met psychiater voorbij 6 maanden	5	5	2	5	5	22
aantal zorggebruikers met individueel contact met psychiater voorbij maand	5	4	2	4	5	20

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.

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esperanza 1	Amplia	totaal
er wordt een IB toegewezen aan de zorggebruikers	ja	ja	ja	ja	ja	-
de minimale frequentie van individuele gesprekken tussen zorggebruikers en IB is vastgelegd	ja, wekelijks	nee	nee	ja, wekelijks	ja, wekelijks	-
aantal gecontroleerde dossiers	5	5	2	5	5	22
aantal zorggebruikers met individueel gesprek met IB voorbij maand	5	5	2	5	5	22
aantal zorggebruikers met individueel gesprek met IB voorbij week	2	4	0	5	5	16

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. Volgende instrumenten worden gebruikt voor risicotaxatie: HCR20-V3, FAM, SAPROF, STATIC-STATE-ACUTE, SRP. Dit zijn wetenschappelijk gevalideerde instrumenten.

De risicotaxatie gebeurt volgens de interne afspraken met volgende frequentie:

	Levanta	Diga	Encarga 1	Encarga 2	Encarga 3	Esper. 1	Esper. 2	Amplia
maximaal aantal maanden na opname	5	4	4	geen rechtstreekse opname	geen rechtstreekse opname	6	geen rechtstreekse opname	geen rechtstreekse opname
frequentie van herevaluatie	bij sleutelmomenten als de behandelcontext gewijzigd is (bv. van gesloten naar open afdeling)							

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

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esperanza 1	Amplia	totaal
aantal gecontroleerde dossiers	5	5	2	5	5	22
aantal gecontroleerde dossiers waarin het voorbije jaar een risicotaxatie werd afgenomen	5	1	2	5	2	15
aantal gecontroleerde dossiers waarin het voorbije jaar een risicotaxatie aan bod kwam tijdens een multidisciplinaire bespreking	5	1	2	5	5	18

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

Overzicht steekproefsgewijze toetsing van (vroeg)signaleringsplannen:

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esper. 1	Amplia	totaal
aantal gecontroleerde dossiers	5	5	2	5	5	22
aantal dossiers met (vroeg)signaleringsplan	5	5	2	5	5	22
aantal hiervan waarin waarschuwingssignalen zijn opgenomen	5	5	2	5	5	22
aantal hiervan waarin strategieën voor spanningsreductie worden beschreven, die de zorggebruiker zelf kan inzetten	5	5	2	4	5	21

aantal hiervan waarin strategieën voor spanningsreductie worden beschreven die de omgeving, in het bijzonder de zorgmedewerker, kan inzetten	5	5	2	5	5	22
--	---	---	---	---	---	----

Resultaten van de zorggebruikersbevraging:

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esper. 1	Amplia	totaal
aantal bevraagde zorggebruikers	3	2	2	2	3	12
aantal dat aangaf een (vroeg) signaleringsplan te hebben	3	2	2	2	3	12
aantal daarvan dat aangaf betrokken te zijn bij het opstellen	3	2	2	2	3	12
aantal dat aangaf dat ze een kopie van het plan ontvingen	3	2	2	2	3	12

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) uitstroonden, 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 61 forensische zorggebruikers rechtstreeks van buiten de voorziening opgenomen op de forensische afdelingen (waarvan 58 nieuwe opnames en 3 heropnames). Instroom in middelhoog beveiligde afdelingen binnen PC Sint-Jan-Baptist vanuit de hoogbeveiligde afdeling Levanta werd hierbij als instroom vanuit een andere voorziening beschouwd:

rechtstreeks vanuit:	Levanta	Diga	Encarga 1	Encarga 2	Encarga 3	Esper. 1	Esper. 2	Amplia	totaal
de gevangenis	7	6	32	0	0	0	0	0	45
een FPC	1	1	1	0	0	0	0	0	3
een high security behandelafdeling PZ	0	0	3	1	0	1	0	1	6
een medium security behandelafdeling PZ	0	0	1	0	0	0	0	0	1
een long-stay-afdeling PZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
een medium security afdeling VAPH	0	0	0	0	0	0	0	0	0
een medium security PVT of BW	0	0	2	0	0	0	0	0	2
elders	0	zelfstandige woonst: 2 VAPH regulier: 1	0	0	0	0	0	VAPH regulier: 1	4
totaal	8	10	39	1	0	1	0	2	61
waarvan heropnames	0	0	3	0	0	0	0	0	3

5.5.2 Uitstroom

In 2024 hebben 66 forensische zorggebruikers de voorziening verlaten vanuit de forensische afdelingen, waarvan 12 naar de gevangenis en 0 naar FPC (uitstroom vanuit de hoogbeveiligde afdeling Levanta naar middelhoog beveiligde afdelingen binnen PC Sint-Jan-Baptist (SJB) werd hierbij als uitstroom naar een andere voorziening beschouwd):

naar:	Levanta	Diga	Encarga 1	Encarga 2	Encarga 3	Esper. 1	Esper. 2	Amplia	totaal
voorziening met een lagere beveiligingsgraad	7 (SJB)	9	2	4	7	3	8	9	49
een voorziening met eenzelfde beveiligingsgraad	0	1	0	0	0	0	0	0	1

naar:	Levanta	Diga	Encarga 1	Encarga 2	Encarga 3	Esper. 1	Esper. 2	Amplia	totaal
een voorziening met een hogere beveiligingsgraad	1	3	6	0	0	1	0	0	11
andere: ontvluchting	0	0	2	1	0	1	0	1	5
totaal	8	13	10	5	7	5	8	10	66

waarvan:									
naar de gevangenis	1	4	6	0	0	1	0	0	12
redenen	- agressie-incidenten - problematisch behandelverloop, groepsdynamisch ontwrichtend, dreigende opstelling naar personeel en medepatiënten, gebrekkige responsiviteit en regelmatige seksueel grensoverschrijdende uitspraken - te hoge zorgnood, hogere beveiliging noodzakelijk - problematisch behandelverloop - overtreden van voorwaarden - hervat in feiten - poging ontvluchting bij externe uitgang								
naar een FPC	0	0	0	0	0	0	0	0	0

De voorziening geeft aan dat ze op het moment van de inspectie 59 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 8 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 8 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:

- 8 met vermelding van de periode van begeleiding
- 10 met een probleemomschrijving
- 9 met een beschrijving van de evolutie / verloop van het traject
- 5 met een risicotaxatie
- 2 met een (vroeg)signaleringsplan
- 10 met informatie over medicatie of een medicatieschema
- 5 met IQ of ontwikkelingsniveau
- 10 met psychiatrische diagnose.

1 van de 10 gecontroleerde dossiers met schriftelijke informatie naar de vervolgzorg bevatte 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.
- Voor de gecontroleerde vrijheidsbeperkingen zijn er geen algemeen geldende afdelingsregels die voor alle zorggebruikers gelden; maatregelen worden individueel bepaald.

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 (22/22 in orde).
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers kon de inspraak van de (vertegenwoordiger van de) zorggebruiker in het zorgplan aangetoond worden (22/22 in orde).
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers werd informatie over de context van de zorggebruiker gevonden (22/22 in orde).
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was er informatie of de zorggebruiker minderjarige kinderen heeft (21/22 in orde).
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers kon een dag-/weekschema getoond worden (22/22 in orde).
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers vond een MDO plaats in de afgelopen 12 maanden (22/22 in orde).
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers kon een evaluatie van het zorgplan tijdens een MDO in de voorbije 12 maanden getoond worden (22/22 in orde).
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was een psychiater aanwezig bij minstens 1 MDO in de voorbije 12 maanden (22/22 in orde).
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was er regelmatig een individueel gesprek/contact met een psychiater (22/22 in orde).
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was er de afgelopen maand een individueel gesprek met een individueel begeleider (22/22 in orde).

Risicotaxatie

- Er wordt door de organisatie gebruik gemaakt van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten voor risicotaxatie.
- Er zijn schriftelijke afspraken over de opleiding van (zorg)medewerkers voor de afname van het instrument voor risicotaxatie.
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers kwam risicotaxatie het voorbije jaar aan bod bij een multidisciplinaire bespreking (18/22 in orde).

(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 manier van werken als de zorggebruiker niet kan of wil meewerken aan de opmaak
 - 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 $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers kon een (vroeg)signaleringsplan getoond worden (22/22 in orde).

Instroom en uitstroom

- In alle gecontroleerde dossiers van ontslagen zorggebruikers kon schriftelijke overdracht van informatie naar de vervolgzorg worden aangetoond.

Inbreuken en aandachtspunten (*inbreuken zijn onderlijnd*)

Risicotaxatie

- In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd het voorbije jaar een risicotaxatie afgenomen (15/22 in orde).

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:

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esperanza 1	Amplia
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

De werkwijze van deze controles is beschreven in procedures:

- lichaamscontrole
- kamercontrole
- bagagecontrole
- postcontrole
- drugscreening.

De werkwijze van volgende controles is niet beschreven in een procedure:

- controle van de surfgeschiedenis.

Volgende inhoudelijke bemerkingen bij de procedures worden gemaakt vanuit proportionaliteit, met name de noodzakelijke afweging tussen recht op privacy en veiligheidsoverwegingen:

- De indicaties voor kamercontrole zijn zeer breed omschreven, waarbij deze controles volgens de procedure zonder individuele motivatie steekproefsgewijs kunnen uitgevoerd worden ("at random", "op onregelmatige momenten").
- Voor bagagecontrole zijn geen indicaties beschreven.

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

Bij bevraging van zorggebruikers kwamen volgende knelpunten aan bod:

- Enkele zorggebruikers gaven aan dat bij GSM-controle tekstberichten inhoudelijk en volledig werden nagelezen, wat in strijd is met de procedure en een schending van het briefgeheim inhoudt.
- Drugscreening (urine-controle) gebeurt niet altijd door een medewerker van hetzelfde geslacht; sommige zorggebruikers zijn niet op de hoogte van de mogelijkheid om dit expliciet te vragen.

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 olijsting 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 redenen, 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 afzonderingsruimte, 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:

	Levanta	Diga	Encarga 2	Esperanza 1	Amplia
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	nee
structureel / standaardprocedure	nee	nee	nee	nee	nee
collectief	nee	nee	nee	nee	nee
mechanische fixatie					
in de afzonderingsruimte	ja	ja	ja	ja	ja
buiten de afzonderingsruimte	nee	nee	nee	nee	nee

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

	Levanta	Diga	Enc. 1	Enc. 2	Enc. 3	Esper. 1	Esper. 2	Amplia	FTO Enc1	FTO Levanta	totaal
aantal zorggebruikers met compartimenteringen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
aantal afzonderingen	340	11	38	3	2	29	1	34	11	23	492
aantal mechanische fixaties	63	0	6	0	0	1	0	1	1	3	75
aantal afzonderingen met mechanische fixaties	63	0	6	0	0	1	0	1	1	3	75

6.2.1 Afzondering

Er is een procedure voor afzondering.

In de procedure staan volgende indicaties voor afzondering:

"In sommige situaties is het noodzakelijk om vrijheidsberovende maatregelen toe te passen om de veiligheid van het personeel en de zorggebruikers te garanderen. Het is essentieel om vrijheidsberovende maatregelen zo min mogelijk en zo kort mogelijk te hanteren. Het beroven van de vrijheid om te bewegen, mag enkel bij acuut en ernstig gevaar voor de zorggebruiker zelf of voor anderen en als er geen alternatieven overblijven. Het beroven van de vrijheid mag niet worden toegepast als dwangmiddel, straf of uit praktische overweging."

Volgend aspect dat beschreven staat in de verschillende VBM-procedures, kan vragen oproepen i.v.m. de humane omstandigheden tijdens afzondering:

- Procedure afzonderen: "Indien de zorggebruiker, na verbale overreding, agressie pleegt, wordt de zorggebruiker met een polsklem begeleid." (het gebruik van een pijnprikkel)

De procedure afzonderen op eigen kamer geeft aan dat het toezicht tijdens afzondering buiten de afzonderingsruimte op dezelfde manier is georganiseerd als in de afzonderingsruimte. De afzonderingen op eigen kamer worden op dezelfde manier geregistreerd in het dossier en in een register zoals gebeurt voor de afzonderingen 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	10
gevaar	10
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	9
aantal met elk uur notities over toezicht en toestand	8
aantal overschrijdingen	4
maximale overschrijding tussen twee toezichtmomenten	1u30min
aantal met elk uur persoonlijk contact	5

aantal met niet elk uur persoonlijk contact maar met motivering voor andere frequentie van persoonlijk contact	2
aantal langer dan 24u	1
aantal langer dan 24u met teamoverleg met collega van andere afdeling	0
aantal met verslag van de nabespreking met de zorggebruiker	7

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.

Er is een procedure voor mechanische fixatie.

In de procedure staan volgende indicaties voor mechanische fixatie: "In sommige situaties is het noodzakelijk om vrijheidsberovende maatregelen toe te passen om de veiligheid van het personeel en de zorggebruikers te garanderen. Het is essentieel om vrijheidsberovende maatregelen zo min mogelijk en zo kort mogelijk te hanteren. Het beroven van de vrijheid om te bewegen, mag enkel bij acuut en ernstig gevaar voor de zorggebruiker zelf of voor anderen en als er geen alternatieven overblijven. Het beroven van de vrijheid mag niet worden toegepast als dwangmiddel, straf of uit praktische overweging."

Volgende materialen voor mechanische fixatie worden tijdens afzondering gebruikt bij zorggebruikers van de forensische afdelingen:

- polsbanden
- enkelbanden
- lendegordel (eventueel met perineale gordel)
- thoraxharnas.

Volgende middelen worden gebruikt voor een gefaseerde aanpak van agitatie die niet als mechanische fixatie worden beschouwd:

- verzwarringsdeken.

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
 - postcontrole
 - 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
 - reden
 - informatie over de mate van toestemming van de zorggebruiker (ofwel vooraf, ofwel tijdens verloop van de overbrenging).

Inbreuken en aandachtspunten *(inbreuken zijn onderlijnd)*

Controles

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

Afzondering, mechanische fixatie, compartimentering

- Volgende aspecten die beschreven staan in de verschillende VBM-procedures, kunnen vragen oproepen i.v.m. de humane omstandigheden tijdens afzondering: pijnprikkel (polsklem bij overbrenging naar afzonderingsruimte bij fysieke agressie).
- Uit de afzonderingsregistraties blijkt dat er niet altijd om het uur toezicht gebeurt (met een maximum van 1u30 minuten tussen twee toezichtmomenten).
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers kon informatie over de nabespreking getoond worden (7/10 in orde).
- In de gecontroleerde registraties m.b.t. afzonderingen konden volgende gegevens niet altijd getoond worden:
 - elk uur persoonlijk contact (of motivering voor andere frequentie) (7/10 in orde).
 - informatie over teamoverleg met een collega van een andere afdeling bij afzonderingen van meer dan 24 uur (0/1 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 gsystematiseerd 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 geobjectiverde 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	ja	ja
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 Sint-Jan-Baptist is sprake van een gestructureerde aanpak in de opmaak en uitvoering van behandelplannen, het organiseren van multidisciplinaire overlegmomenten en het bijhouden van dossierinformatie. Deze werkwijze draagt bij tot overzichtelijkheid en continuïteit in het zorgproces.

Zorggebruikers worden geïnformeerd over en betrokken bij hun behandeltraject. Zorggebruikers hebben regelmatig individuele gesprekken, zowel met de psychiater als met hun individueel begeleider, wat bijdraagt aan een continue afstemming binnen het behandeltraject. Zorggebruikers van verschillende afdelingen vragen wel om meer transparantie en eenduidigheid inzake afspraken en regels.

Binnen het thema VBM wordt ingezet op preventie en de-escalatie, onder meer door het systematisch gebruik van (vroeg)signaleringsplannen. Binnen de context van reeds bestaande vrijheidsbeperkingen valt op dat er duidelijke stappen gezet worden naar een benadering die verdere beperkingen zoveel mogelijk wil minimaliseren. Er zijn beleidskeuzes gemaakt die gericht zijn op het terugdringen van afzondering en fixatie, wat heeft geleid tot een daling in de toepassing ervan. Binnen de organisatie is een grote bereidheid tot verbetering merkbaar, wat zich vertaalt in vooruitgang binnen het thema VBM.

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.