



Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

BELEIDSRAPPORT RESIDENTIËLE FORENSISCHE ZORG

in forensische VAPH-units en in hoog- en middelhoog
beveiligde PZ- en PVT-afdelingen

COLOFON

Verantwoordelijke uitgever

Karine Moykens
Secretaris-generaal
Departement Zorg
Simon Bolivarlaan 17, 1000 Brussel
www.departementzorg.be

Samenstelling

Departement Zorg
Zorginspectie

Productcoördinatie en vormgeving

Afdeling Communicatie en IT - Team Communicatie

Depotnummer

D/2025/3241/490

Uitgave

Januari 2026

INHOUD

LIJST MET AFKORTINGEN		5
1	MANAGEMENTSAMENVATTING	6
1.1	Situering	6
1.2	Belangrijkste conclusies en aanbevelingen	7
2	INLEIDING	13
2.1	Residentiële zorg voor geïnterneerden	13
2.2	Toezicht door Zorginspectie	14
2.3	Sectoronafhankelijke vaststellingen met sectorspecifieke beoordeling	15
2.4	Inspectieproces	17
2.5	Beleidsrapport	18
3	OVERZICHT BEZOCHTE VOORZIENINGEN	19
4	INFRASTRUCTUUR	22
4.1	Forensische afdelingen	22
4.2	Afzonderingsruimtes	23
5	MEDEWERKERS	26
5.1	Bestaffing tijdens de nacht en het weekend	26
5.2	Aanpak van incidenten	28
5.3	Vorming, training en opleiding (VTO)	29
6	ZORGTRAJECT	31
6.1	Afdelingsafspraken en regels	31
6.2	Opmaak, inhoud, inspraak en evaluatie van het zorgplan	33
6.3	Gesprekken van zorggebruikers met zorgverleners	35
6.4	Communicatie tussen zorgverleners	37
6.5	Risicotaxatie	38
6.6	(Vroeg)signaleringsplan	39
6.7	Instroom en uitstroom	41
6.8	Informatieoverdracht naar vervolgzorg	44
7	VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN	46
7.1	Controles	46
7.2	Afzondering en mechanische fixatie	48
8	VERBETERBELEID	53

9	OVERZICHT VERBETERPUNTEN	55
9.1	Infrastructuur	55
9.2	Medewerkers	56
9.3	Zorgtraject	57
9.4	Vrijheidsbeperkende maatregelen	58
9.5	Verbeterbeleid	59
10	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	60
10.1	Infrastructuur	60
10.2	Medewerkers	61
10.3	Zorgtraject	62
10.4	Vrijheidsbeperkende maatregelen	64
10.5	Verbeterbeleid	65
11	BIJLAGEN	66
11.1	Bijlage 1: regelgeving en uitgangspunten	66
11.2	Bijlage 2: overzicht vaststellingen	80

LIJST MET AFKORTINGEN

ASS	autismespectrumstoornissen
FPC	forensisch psychiatrisch centrum
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
IB	individueel begeleider
IOP	invrijheidsstelling op proef
IQ	intelligentiequotiënt
KBM	Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij
MDO	multidisciplinair overleg
NVT	niet van toepassing
PC	psychiatrisch centrum
PVT	psychiatrisch verzorgingstehuis
PZ	psychiatrisch ziekenhuis
SEO	Schaal voor Emotionele Ontwikkeling
SGOG	seksueel grensoverschrijdend gedrag
UPC	universitair psychiatrisch centrum
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VBM	vrijheidsbeperkende maatregelen
VTO	vorming, training en opleiding
WZC	woonzorgcentrum

1 MANAGEMENTSAMENVATTING

1.1 SITUERING

In het voorjaar van 2025 voerde Zorginspectie een thematische inspectieronde forensische zorg uit met focus op de forensische VAPH-units en op de middelhoog en hoogbeveiligde forensische afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische verzorgingstehuizen.

De voorzieningen waartoe deze afdelingen behoren werden de voorbije jaren wel geïnspecteerd, maar de aandacht ging daarbij meestal niet specifiek naar de forensische zorg.

Met deze inspectieronde wilde Zorginspectie zicht krijgen op de mate waarin zorgvoorzieningen binnen de residentiële gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg kwaliteitsvolle gespecialiseerde zorg bieden voor geïnterneerden in een beveiligde context met extern opgelegde vrijheidsbeperkingen. Tegelijk wou Zorginspectie hiermee het belangrijke maatschappelijke thema van zorg voor geïnterneerden onder de aandacht brengen.

Er werden 9 voorzieningen geïnspecteerd met in totaal 27 forensische afdelingen, waarvan er 21 werden bezocht. Bij elke inspectie kwamen 5 thema's aan bod: infrastructuur, medewerkers, zorgtraject, vrijheidsbeperkende maatregelen en verbeterbeleid. Tijdens de inspectie werd gesproken met medewerkers en met zorggebruikers; daarnaast werden ook documenten bekeken en zorgdossiers gecontroleerd.

Dit beleidsrapport geeft per thema een overzicht van de geaggregeerde vaststellingen.

Gezien de grote onderlinge overeenkomsten in doelgroep en finaliteit van deze afdelingen, werd geopteerd voor een intersectorale inspectieronde aan de hand van een inspectie-instrument dat toeliet sectoronafhankelijke vaststellingen te doen: in alle bezochte voorzieningen werden dezelfde onderwerpen op dezelfde manier getoetst.

Omdat er geen intersectoraal referentiekader forensische zorg bestaat, en aangezien de regelgeving voor beide sectoren sterk verschilt, gebeurde de beoordeling van de vaststellingen (met name het formuleren van inbreuken of aandachtspunten) tijdens deze inspectieronde op basis van de sectorale regelgeving en referentiekaders. Een inbreuk kan immers enkel geformuleerd worden op basis van regelgeving of op basis van een referentiekader.

De sectorspecifieke beoordeling van de sectoronafhankelijke vaststellingen – wat wil zeggen dat dezelfde thema's op dezelfde manier getoetst werden, maar dat de beoordeling gebeurde op basis van verschillende sectorale regelgeving – betekent dat eenzelfde vaststelling in de ene sector mogelijk als inbreuk werd beoordeeld en in de andere als aandachtspunt. Dit verschil in beoordeling impliceert niet noodzakelijk een verschil in kwaliteit.

Zorginspectie koos er daarbij voor om de forensische PZ- en PVT-afdelingen in psychiatrische centra als één samenhangend geheel te beschouwen en al deze afdelingen te beoordelen op basis van de PZ-standaarden (behalve voor de bestaafingsnormen). Hoewel de opsplitsing tussen forensische PZ- en PVT-bedden in de praktijk niet helemaal betekenisloos is, gebeurt de beleidsvoering binnen de voorziening immers veeleer op het niveau van het totale forensische aanbod, waarbij de PZ- en PVT-bedden samen als een coherent geheel worden uitgebaat. Ook vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg koos Zorginspectie ervoor om inhoudelijk geen onderscheid te maken tussen forensische afdelingen met een PZ- (en/of) een PVT-erkenning. De forensische VAPH-units werden beoordeeld op basis van de verwachtingen voor de VAPH-voorzieningen.

1.2 BELANGRIJKSTE CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Hieronder worden de conclusies en aanbevelingen uit dit rapport samengevat. De blauwe kaders bevatten vaststellingen en aanbevelingen die extra aandacht verdienen.

Zorginspectie adviseert om een sectoroverschrijdend verwachtingskader voor forensische zorg te ontwikkelen dat de kwaliteitscriteria en de rechten van zorggebruikers duidelijk expliciteert, aanvullend op de reeds bestaande verwachtingen. Eenzelfde set van specifieke eisen op vlak van forensische zorg is belangrijk om elke geïnterneerde zorggebruiker kwaliteitsvolle gespecialiseerde zorg te kunnen garanderen, in welke voorziening of sector deze zich ook bevindt. Dit sluit niet uit dat in het verwachtingskader ruimte voorzien wordt voor sectorspecifieke accenten.

De bevindingen van deze inspectieronde kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van dit verwachtingskader. Bij het lezen van de vaststellingen is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat er rond sommige aspecten geen specifieke verwachtingen bestonden op het moment van de inspectie (of soms maar in één van beide sectoren). Daarom kozen we ervoor om te denken vanuit "kwaliteitsdoelen": aan welke criteria zou de forensische zorg (vertrekkend vanuit regelgeving en/of referentiekaders en/of richtlijnen voor forensische zorg) best beantwoorden?

1.2.1 Thema infrastructuur

Bij de controle van infrastructurele aspecten op de forensische afdelingen lag de nadruk op elementen die kunnen bijdragen tot agressiepreventie en het beperken van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Eenpersoonkamers vormen hierbij een belangrijk element, omdat ze kunnen bijdragen aan autonomie, privacy en de preventie van incidenten. Op alle bezochte afdelingen samen kon voor 7% van de zorggebruikers geen eenpersoonkamer gegarandeerd worden. Ten gevolge van verschillende geplande of in uitvoering zijnde nieuwbouwprojecten – waarbij systematisch gekozen wordt voor alleen eenpersoonkamers – kan verwacht worden dat dit aantal de komende jaren verder zal dalen.

Ook het voorzien van meerdere (vrijwillig toegankelijke) **de-escalatieruimtes** met verschillende inrichting en functies draagt bij aan een gevoel van veiligheid en autonomie en past binnen een breder beleid van spanningsreductie en het vermijden van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Alle bezochte afdelingen beschikten over verschillende infrastructurele mogelijkheden voor de-escalatie (bv. een tuin of terras, een ontspanningsruimte en/of een sportruimte). Comfortrooms of andere individuele rustige/prikkelarme ruimtes zijn niet overal aanwezig.

De meeste **afzonderingsruimtes** (85%) waar de bezochte forensische afdelingen gebruik van (kunnen) maken, bleken niet volledig te voldoen aan alle infrastructurele verwachtingen. Het gaat hierbij voornamelijk over veiligheidsproblemen (m.b.t. toezicht- en/of oproepmogelijkheden en vooral mogelijke risico's op automutilatie), maar ook over privacy en comfort. Opvallend hierbij is dat de verwachtingen die gelden voor de GGZ enerzijds en voor VAPH-voorzieningen anderzijds op een aantal punten van elkaar verschillen (bv. rond scheurvrij linnen, oproepsysteem, verduistermogelijkheden), terwijl daar geen argumenten lijken voor te bestaan vanuit een verschil in doelgroep of context.

Het is aangewezen dat de infrastructurele verwachtingen m.b.t. afzonderingsruimtes gelijkgesteld worden voor beide sectoren, tenzij op punten waarvoor een duidelijke argumentatie kan aangebracht worden.

Een bijzonder aandachtspunt stelde zich voornamelijk in de bezochte GGZ-voorzieningen, met name rond de vlotte en veilige bereikbaarheid van afzonderingskamers. De voorbije jaren heeft de sector sterk ingezet op een beleid dat afzonderingen wil terugdringen, en in dat kader werd ook het aantal afzonderingsruimtes beperkt. Daardoor worden afzonderingsruimtes nu vaak gedeeld tussen verschillende afdelingen, wat soms tot problemen leidt met betrekking tot vlotte en veilige bereikbaarheid in crisissituaties.

De afbouw van vrijheidsbeperkende maatregelen en van het aantal afzonderingsruimtes vraagt om een zorgvuldige balans: de infrastructurele en organisatorische context moet maximaal uitnodigen tot alternatieve en minder ingrijpende interventies, maar afzonderingsruimtes moeten in crisissituaties altijd vlot en veilig bereikbaar blijven.

1.2.2 Thema medewerkers

Met het oog op het bieden van kwaliteitsvolle zorg, voor de veiligheid van zorggebruikers en medewerkers en ter preventie van agressie is het belangrijk dat er altijd voldoende medewerkers aanwezig zijn.

Vanuit dat oogpunt werd de **bestaffing** tijdens de nacht en op zondagochtend nagegaan. Bij de beoordeling werden de normen gehanteerd die van toepassing zijn volgens de erkenning van de betreffende afdelingen. Deze normen ontbreken voor VAPH-afdelingen en verschillen onderling aanzienlijk tussen PZ- en PVT-afdelingen (PZ-normen zijn strikter). Op enkele PZ-afdelingen beantwoordde de bestaffing niet aan de normen, doordat tijdens bepaalde shifts geen of onvoldoende verpleegkundigen waren ingeroosterd.

De regelgeving rond minimumbestaffing verschilt sterk tussen de verschillende sectoren.

Het inroosteren van voldoende verpleegkundigen is voor sommige GGZ-voorzieningen een uitdaging.

De verhouding van het aantal zorggebruikers per zorgmedewerker werd voor elke afdeling berekend op de twee gecontroleerde momenten; er werd hierbij geen rekening gehouden met de kwalificatie van die medewerkers. Deze bestaffingsratio's vertonen aanzienlijke variatie, zowel tussen afdelingen als binnen afdelingen tussen beide momenten:

- > 's Nachts is er minder personeel per zorggebruiker beschikbaar in VAPH-afdelingen dan in GGZ-afdelingen, terwijl de situatie omgekeerd is tijdens de ochtendshift in het weekend.
- > Zowel tijdens de nacht als tijdens de weekendshift moeten zorgmedewerkers op de relatief laagst bestafte afdelingen zorg dragen voor drie tot vier keer zoveel zorggebruikers als op de hoogst bestafte afdelingen.

De verhouding tussen het aantal medewerkers en het aantal zorggebruikers verschilt sterk van afdeling tot afdeling.

Tijdens de inspecties bleken er in alle voorzieningen afspraken te bestaan over de **aanpak van (agressie-)incidenten**: er was overal extra hulp oproepbaar bij incidenten en na incidenten was er overal opvang en ondersteuning voorzien voor medewerkers.

Schriftelijke afspraken rond **vorming, training en opleiding** vormen een belangrijke basis voor een systematische aanpak m.b.t. het verwerven en behouden van voldoende deskundigheid en professionaliteit binnen de forensische zorg.

In een overkoepelend referentiekader voor forensische zorg kan best opgenomen worden rond welke onderwerpen minimum vorming verwacht wordt, voor welke medewerkers en met welke frequentie.

Tijdens de inspecties werden de afspraken rond een aantal onderwerpen gecontroleerd. Daarbij viel op dat in bijna de helft van de voorzieningen geen schriftelijke afspraken waren over de vorming van medewerkers voor het gebruik van (vroeg)signaleringsplannen.

Ook afspraken over vorming rond seksueel grensoverschrijdend gedrag ontbraken in een derde van de organisaties. Dat laatste is opmerkelijk gezien de specifieke doelgroep van forensische zorggebruikers, waarbij ook zorggebruikers zijn opgenomen in het kader van zedenfeiten.

Het is belangrijk dat voorzieningen in hun vormingsbeleid aandacht besteden aan relationele grenzen, zowel tussen zorggebruikers onderling als tussen zorgmedewerkers en zorggebruikers.

1.2.3 Thema zorgtraject

Er werden 119 dossiers gecontroleerd van zorggebruikers die minstens een jaar waren opgenomen. In elk gecontroleerd dossier werd een **zorgplan** gevonden. Anderzijds is er nog ruimte voor verbetering in het systematisch en consequent opnemen van informatie over minderjarige kinderen, wat nochtans belangrijk is om een volledig beeld van de gezinscontext te krijgen, om mogelijke risico's te detecteren en zo nodig in te grijpen om de veiligheid van kinderen te waarborgen.

Voor elke forensische zorggebruiker werd nagegaan of het dossier een **(vroeg)signaleringsplan** bevatte. Dergelijke plannen zijn belangrijk om terugval of mogelijke escalaties (bv. agressie) tijdig te herkennen en passende maatregelen te nemen.

Uit de dossiercontrole bleek dat in 30% van de dossiers geen (vroeg)signaleringsplan aanwezig was; daarnaast bleken zorggebruikers vaak onvoldoende op de hoogte te zijn van hun plan.

Een gestructureerde aanpak en uniforme afspraken rond vorming over en implementatie van (vroeg)signaleringsplannen zijn belangrijk, om systematische toepassing van vroegsignalering en het actief betrekken van zorggebruikers te bevorderen.

De toepassing van **risicotaxatie** (om het recidiverisico in te schatten) kent veel variatie, net als de verwachtingen hierrond in beide sectoren.

De systematiek en de afspraken verschillen sterk van voorziening tot voorziening, en soms zelfs van afdeling tot afdeling.

Een consistent gebruik van risicotaxatie over afdelingen heen (en dus doorheen het traject van de zorggebruiker) kan waardevol zijn om de evolutie te monitoren en de begeleiding of behandeling daarop af te stemmen.

De invulling van de rol van de **psychiater** verschilt – net als de verwachtingen daaromtrent – sterk tussen sectoren. In de GGZ is de psychiater de eindverantwoordelijke van de behandeling, terwijl dat in VAPH-voorzieningen niet het geval is. Tijdens de inspecties bleek de frequentie van de contacten tussen zorggebruiker en psychiater hoger te liggen in de GGZ-voorzieningen, terwijl de betrokkenheid van psychiaters in VAPH-afdelingen beperkter was.

Gezien de vergelijkbare doelgroep kan de vraag gesteld worden of in beide sectoren richtlijnen aangewezen zijn voor de invulling van de rol van de psychiater (bv. over de minimale frequentie van persoonlijk contact en over de betrokkenheid bij het multidisciplinair overleg).

In alle bezochte voorzieningen zijn er vormen van **betrokkenheid van zorggebruikers** bij het beleid, maar er zijn wel duidelijke verschillen in de manier waarop participatie en inspraak worden ingevuld (bv. afdelingsoverleg, overleg over beleidsmatige thema's, meten van zorggebruikerservaringen, inschakelen van ervaringsdeskundigen).

De betrokkenheid van de zorggebruiker bij overlegmomenten blijkt op verschillende manieren georganiseerd. In 62% van de gecontroleerde dossiers waren zorggebruikers (of diens vertegenwoordiger) aanwezig bij minstens één multidisciplinair overleg in het laatste jaar voor de inspectie, maar op een aantal afdelingen was dat in geen enkel dossier het geval.

Bij hulpverlening in een gedwongen kader verdienen zowel inspraak in het beleid als betrokkenheid bij overlegmomenten extra aandacht. Het kan nuttig zijn om verwachtingen rond beide aspecten vast te leggen in een forensisch referentiekader.

Op elke bezochte afdeling waren er dagelijks **bezoekuren** voorzien, maar de concrete invulling en toegankelijkheid verschillen sterk van afdeling tot afdeling.

Opvallend is dat op ongeveer 30% van de afdelingen geen ongestoord bezoek mogelijk is.

Afdelingen moeten voldoende mogelijkheden voorzien (inclusief de mogelijkheid tot ongestoord bezoek) die zorggebruikers toelaten om hun sociale relaties te onderhouden.

In het verlengde hiervan is het thema **seksualiteit** nog onvoldoende beleidsmatig verankerd. Een derde van de voorzieningen beschikt niet over een uitgeschreven seksualiteitsbeleid. Hierdoor is het voor zorggebruikers en medewerkers vaak onduidelijk welke afspraken en verwachtingen gelden, wat kan leiden tot onzekerheid en verschillen in aanpak tussen afdelingen.

Het ontwikkelen en implementeren van een beleid rond seksuele gezondheid is nodig. Duidelijke afspraken ondersteunen een veilige, respectvolle omgang met seksualiteit in de voorzieningen.

De **in- en exclusiecriteria** van afdelingen worden door de voorzieningen zelf bepaald, wat het risico inhoudt dat sommige doelgroepen minder opnamekansen hebben of zelfs helemaal nergens terecht kunnen.

Binnen het zorgnetwerk moet er voldoende onderlinge afstemming zijn om te bewaken dat de opnamekansen voor de verschillende doelgroepen (bv. vrouwen, personen met complexe comorbiditeit of zorggebruikers met psychopathie) gelijkwaardig zijn en om te vermijden dat bepaalde profielen nergens terecht kunnen.

Wat betreft de **uitstroom** valt het op dat een aanzienlijk deel van de zorggebruikers volgens de voorzieningen zelf klaar is voor uitstroom, maar toch opgenomen blijft wegens een tekort aan uitstroombmogelijkheden naar vervolgzorg. Dit leidt tot onnodig lange verblijven en tot een beperkte instroom van nieuwe zorggebruikers.

VAPH-voorzieningen zijn globaal gezien meer gericht op langdurigheid. Binnen die context is het voor de forensische VAPH-units een uitdaging om doorstroom te realiseren naar lager beveiligde zorgvormen. De uitstroom uit VAPH-voorzieningen ligt merkelijk lager dan in de GGZ-voorzieningen. In twee van de drie bezochte VAPH-units stroomde in de laatste twee jaar voor de inspectie geen enkele zorggebruiker uit naar een andere zorgvoorziening.

Op veel van de bezochte afdelingen is de verblijfsduur langer dan nodig, bij gebrek aan tijdig beschikbare vervolgzorgmogelijkheden.

Hoewel forensische VAPH-units worden geacht om op doorstroom gericht te zijn, lijken een aantal van deze units – afgaand op de beperkte uitstroom – grotendeels als setting voor langverblijf te fungeren.

Uit de controle van 64 dossiers van recent uitgestroomde zorggebruikers bleek dat bij uitstroom altijd informatie werd overgedragen aan de vervolgzorg maar dat deze informatie vaak onvolledig was. Dit vormt een risico voor de continuïteit van zorg en voor een veilige overgang naar een vervolgzorgvoorziening.

Het verdient aandacht om de volledigheid en continuïteit van de overdracht naar de vervolgzorg verder te optimaliseren. Duidelijke verwachtingen inzake minimum over te dragen informatie kunnen hierbij bevorderend werken.

1.2.4 Thema vrijheidsbeperkende maatregelen

Op alle bezochte afdelingen kunnen kamercontroles, bagagecontroles, postcontroles en controles van de surfgeschiedenis plaatsvinden; op veel afdelingen kunnen ook lichaamscontroles en drugscreenings gebeuren. De indicaties, voorwaarden en procedures van deze **controles** zijn niet altijd schriftelijk vastgelegd. Dit vermindert de transparantie en kan leiden tot onduidelijkheid en frustratie bij zowel zorggebruikers als medewerkers.

De procedures die er wel waren, bleken niet altijd in overeenstemming met de bestaande regelgeving. Vooral m.b.t. lichaamscontrole stellen zich een aantal specifieke problemen. Zowel de definitie als de uitvoering van lichaamscontrole verschillen sterk tussen voorzieningen, waarbij de invulling varieert van kledingcontrole tot visuele inspectie van een (gedeeltelijk) ontklede zorggebruiker tot zelfs controle van lichaamsholtes. Het ontbreken van een uniforme definitie en richtlijnen over lichaamscontrole leidt tot uiteenlopende praktijken.

Duidelijke richtlijnen omtrent controles kunnen zorgen voor meer uniformiteit tussen voorzieningen, rechtszekerheid voor medewerkers en vooral een betere bescherming van de rechten van de zorggebruikers. Bij uitstek rond lichaamscontrole is er nood aan een gemeenschappelijk juridisch onderbouwd kader.

Er bestaan eveneens grote verschillen tussen forensische afdelingen in de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen zoals mechanische fixatie en afzondering. Voorzieningen hebben de voorbije jaren inspanningen geleverd om de toepassing van deze maatregelen te beperken door meer in te zetten op een preventief beleid. Toch werden nog een aantal verbeterpunten vastgesteld.

Afspraken over **afzondering** sluiten vaak niet volledig aan bij de geldende richtlijnen (bv. nog niet overal garantie op zo kort mogelijke afzonderingen, soms nog gebruik van pijnprikkel). Het toezicht tijdens afzondering is op sommige afdelingen onvoldoende, wat – zeker in combinatie met de infrastructurele veiligheidsrisico's in afzonderingsruimtes – de veiligheid van zorggebruikers in gevaar kan brengen.

Gegevens over afzondering worden niet eenduidig verzameld, waardoor de vergelijking tussen afdelingen en voorzieningen onvolledig is en het zicht op de feitelijke toepassing beperkt blijft.

Hoewel de mogelijkheid tot **mechanische fixatie** in het beleid van de meeste afdelingen is voorzien, blijkt uit de cijfers van 2024 dat dit slechts zelden wordt toegepast (met uitzondering van één hoogbeveiligde afdeling).

Op 70% van de afdelingen werd in 2024 geen enkele zorggebruiker mechanisch gefixeerd en in 20% van de afdelingen gebeurde dat slechts één keer.

Er bestaan grote verschillen tussen forensische afdelingen in de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (mogelijk gelinkt aan verschillen in doelgroepen). Bij gebrek aan eenduidige cijfergegevens is het evenwel moeilijk om hier vergelijkende analyses aan te verbinden. Sectorale en intersectorale afspraken voor de registratie van afzondering en fixatie en het verzamelen van vergelijkbare cijfers kan hier een antwoord op bieden.

1.2.5 Thema verbeterbeleid

De meeste organisaties hebben een goed zicht op de bevroagde aspecten van hun forensische werking en verzamelen en analyseren deze gegevens jaarlijks. Anderzijds wordt niet overal systematisch opvolging gegeven aan uitkomstenmetingen en medewerkerstevredenheid, waardoor mogelijkheden voor gerichte verbeteracties en beleidsaanpassingen niet volledig worden benut.

2 INLEIDING

2.1 RESIDENTIËLE ZORG VOOR GEÏNTERNEERDEN

Internering is een veiligheidsmaatregel die door de rechter kan worden opgelegd aan personen die een misdrijf hebben gepleegd terwijl ze door een psychische stoornis of verstandelijke beperking ontoerekeningsvatbaar waren. Deze maatregel heeft een dubbel doel: enerzijds de maatschappij beschermen, anderzijds de betrokken persoon de gepaste zorg geven om terug te kunnen integreren in de maatschappij.

Zodra een internering wordt uitgesproken, is de Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij (KBM) bevoegd voor de uitvoering van de maatregel. De KBM heeft in dit verband verschillende beslissingsmogelijkheden, waaronder:

- > plaatsing in de gevangenis (i.c. in een afdeling of inrichting voor de bescherming van de maatschappij)
- > plaatsing buiten de gevangenis (hetzij in een Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC), hetzij in een inrichting die daarvoor geschikt is vanuit het oogpunt van veiligheid en verzorging)
- > invrijheidsstelling op proef (IOP) en
- > definitieve invrijheidstelling.

Tot 2014 werden geïnterneerden met een hoog risicoprofiel in België alleen opgevangen in gevangenissen, waar het ontbreekt aan mogelijkheden om hen adequaat te behandelen. Enkele jaren geleden koos de federale overheid ervoor om behandelmogelijkheden te voorzien in minstens twee forensisch psychiatrische centra (FPC), met name in Gent (opgestart in 2014) en in Antwerpen (opgestart in 2017). In de loop van 2016 werd ook een specifieke hoogbeveiligde afdeling voor vrouwen gecreëerd in PC Sint-Jan-Baptist (Zelzate) en kwam er in UPC Sint-Kamillus (Bierbeek) een afdeling voor langverblijf voor mensen met een hoog risicoprofiel.

In deze hoogbeveiligde settings worden geïnterneerden zowat altijd geplaatst door de KBM. Dit impliceert dat noch de voorziening in kwestie, noch de geïnterneerde deze opname kan weigeren. Dit verschilt met het verblijf in andere residentiële zorgvormen, waar geïnterneerden quasi altijd verblijven met het statuut “invrijheidsstelling op proef”, en waar de voorzieningen zelf kiezen welke zorggebruikers ze wel (mits een positieve KBM-beslissing) of niet opnemen.

Voor mensen met nood aan een middelhoog beveiligde behandelomgeving werden de voorbije jaren verschillende specifieke behandelvormen opgestart.

- > Binnen de geestelijke gezondheidszorg betreft het bv. speciale forensische behandel eenheden in psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en forensische afdelingen in psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT). In 2018 kwamen er in een aantal psychiatrische ziekenhuizen bijkomend specifieke units voor personen met een verstandelijke beperking in combinatie met een interneringsstatuut.
- > Binnen de zorg voor personen met een handicap werden specifieke forensische units opgericht.

Geïnterneerden met een laag risicoprofiel kunnen voor residentiële behandeling of begeleiding in principe terecht in het reguliere zorgaanbod.

2.2 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

2.2.1 Algemeen

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 kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

- > het concrete functioneren van voorzieningen controleren, toetsen, checken en vaststellen om de conformiteit met de regelgeving en geformaliseerde afspraken te controleren
- > rapporteren en advies verlenen aan afdelingen van het Departement Zorg en agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- > advies verlenen over de conformiteit aan de voorzieningen die het departement inspecteert of aan begunstigden
- > beleidsrelevante informatie signaleren aan afdelingen van het departement en aan de agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Zo wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- > de verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening van de voorzieningen
- > de rechtmatige besteding van overheidsmiddelen
- > een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

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. Informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de [Gegevensbeschermingsautoriteit](#).

Uitgebreide informatie is beschikbaar op de website van [Zorginspectie](#).

2.2.2 Toezicht op residentiële forensische zorg

Wat betreft het toezicht op de zorg in residentiële forensische settings heeft Zorginspectie de voorbije jaren voornamelijk geïnvesteerd in inspecties van de twee FPC's, zijnde de grootste hoogbeveiligde centra voor de opvang en behandeling van geïnterneerden buiten de gevangenis. Dit heeft geleid tot een goed zicht op de kwaliteit van zorg, op de problemen en op de risico's in beide gespecialiseerde centra.

Andere residentiële settings waar geïnterneerden buiten de gevangenis worden opgevangen (zoals beschreven onder 2.1) maken deel uit van voorzieningen die ook zorg aanbieden voor niet-forensische doelgroepen. Deze voorzieningen werden de voorbije jaren geïnspecteerd, maar de aandacht ging daarbij meestal niet specifiek naar de forensische zorg.

De specificiteit van deze zorg verdient nochtans de nodige aandacht.

- > De maatschappij is gebaat bij kwalitatief hoogstaande 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.
- > De forensische doelgroep bestaat veelal uit kwetsbare personen, terwijl concrete regelgeving en specifieke verwachtingskaders m.b.t. de kwaliteit van deze specifieke zorg (grotendeels) ontbreken.

Zorginspectie besloot dan ook om in het voorjaar van 2025 een inspectieronde uit te voeren in de middelhoog en hoogbeveiligde afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische verzorgingstehuizen en in VAPH-voorzieningen. Gezien de grote onderlinge overeenkomsten in doelgroep en finaliteit, werd hierbij geopteerd voor een intersectorale inspectieronde (GGZ en VAPH) waarbij in alle bezochte voorzieningen dezelfde aspecten werden gecontroleerd.

Op die manier wilde Zorginspectie zicht krijgen op de mate waarin zorgvoorzieningen binnen beide sectoren kwaliteitsvolle zorg bieden voor geïnterneerden in deze beveiligde zorgsettings, binnen een context met extern opgelegde vrijheidsbeperkingen. Tegelijk wou Zorginspectie hiermee het belangrijke maatschappelijke thema van zorg voor geïnterneerden onder de aandacht brengen.

Dit beleidsrapport geeft een overzicht van de resultaten van deze intersectorale inspectieronde.

2.3 SECTORONAFHANKELIJKE VASTSTELLINGEN MET SECTORSPECIFIEKE BEOORDELING

Om uitspraken te kunnen doen over de forensische zorg in de geïnspecteerde settings werd een inspectie-instrument uitgewerkt dat toeliet sectoronafhankelijke vaststellingen te doen. Zowel in GGZ- als in VAPH-voorzieningen werden dezelfde vragen op dezelfde manier getoetst, waardoor vergelijkbare vaststellingen verzameld werden over beide sectoren heen.

Conform het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid wordt bij het beoordelen van de vaststellingen de term “inbreuk” gebruikt voor het niet naleven van regelgeving of een referentiekader. 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.

Anno 2025 bestaat er geen intersectoraal referentiekader forensische zorg. Bij het beoordelen van de vaststellingen moest dan ook een onderscheid gemaakt worden tussen beide sectoren.

De sectoronafhankelijke vaststellingen werden dus op een sectorspecifieke manier beoordeeld, waarbij eenzelfde vaststelling in de ene sector mogelijk als inbreuk werd beoordeeld en in de andere als aandachtspunt. Dit verschil in beoordeling impliceert niet noodzakelijk een verschil in kwaliteit.

Daarnaast zijn er ook vaststellingen die niet als aandachtspunt of inbreuk beoordeeld werden, omdat er in geen van beide sectoren geformaliseerde verwachtingen rond bestaan.

Tijdens deze inspectieronde gebeurde de beoordeling van de vaststellingen op basis van onderstaande regelgeving en referentiekaders. Zorginspectie koos er daarbij voor om de forensische PZ- en PVT-afdelingen in psychiatrische centra als één samenhangend geheel te beschouwen en te beoordelen op basis van de PZ-standaarden. Bij een eerdere bevraging door Zorginspectie over forensische zorg (2016) werd de focus op alleen de bedden met een PZ-erkenning door de betrokken ziekenhuizen als vrij kunstmatig ervaren. Hoewel de opsplitsing tussen forensische PZ-bedden en PVT-bedden in de praktijk niet helemaal betekenisloos is, gebeurt de beleidsvoering veeleer op het niveau van het totale forensische aanbod, waarbij de PZ- en PVT-bedden samen als een coherent geheel worden uitgebaat.

Ook vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg kiest Zorginspectie ervoor om inhoudelijk geen onderscheid te maken tussen forensische afdelingen met een PZ- (en/of) een PVT-erkenning. De enige uitzondering hierop betreft de vaststellingen over bestaffing, die op PVT-afdelingen wel aan de PVT-vereisten werd getoetst. De forensische VAPH-units werden beoordeeld op basis van de verwachtingen voor VAPH-voorzieningen.

- > Bepaalde regelgeving geldt zowel voor de psychiatrische ziekenhuizen als voor de VAPH-voorzieningen (of voor gezondheidszorgberoepsbeoefenaars in beide sectoren).
 - [De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt](#)
 - [De wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg \(of kwaliteitswet\)](#)
 - [Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen](#)
- > Daarnaast verschilt de regelgeving voor VAPH-voorzieningen op veel vlakken sterk van de wetgeving en verwachtingskaders die binnen psychiatrische ziekenhuizen worden gehanteerd:

VAPH-voorzieningen:

- [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](#)
- [Besluit van de Vlaamse Regering van 24 november 2017 over de erkenning en subsidiëring van voorzieningen die ondersteuning bieden aan personen met een handicap in de gevangenis, en van units van geïnterneerden](#)

Psychiatrische ziekenhuizen:

- [Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen](#)
- [Referentiekader psychiatrische ziekenhuizen](#), inclusief de module vrijheidsbeperkende maatregelen.
- [Referentiekader forensische geestelijke gezondheidszorg](#)
Dit referentiekader werd enkele jaren geleden opgesteld in samenspraak met een expertengroep. Het biedt een eerste set van kwaliteitseisen voor de residentiële forensische voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg, met de bedoeling die nog verder uit te werken, te concretiseren en aan te vullen.

Zorginspectie wil met deze inspectieronde een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een inhoudelijk sterk intersectoraal verwachtingskader voor forensische zorg, aanvullend op de reeds bestaande verwachtingen. Eenzelfde set van specifieke kwaliteitseisen op vlak van forensische zorg is belangrijk om elke geïnterneerde persoon kwaliteitsvolle zorg te kunnen garanderen, in welke voorziening of sector die zich ook bevindt. Dit sluit niet uit dat ruimte voorzien wordt voor sectorspecifieke accenten.

2.4 INSPECTIEPROCES

- > In februari 2025 werden twee proefinspecties uitgevoerd (in één GGZ- en één VAPH-voorziening).
- > De inspecties vonden plaats in mei en juni 2025.
- > Alle inspecties gebeurden aangekondigd.
- > Ter voorbereiding van de inspectie ter plaatse werd door de voorziening een voorbereidende vragenlijst ingevuld. Daarnaast vroeg Zorginspectie verschillende documenten op (bv. schriftelijke afspraken, vergaderverslagen).
- > Bij elke inspectie vond een centrale bevraging (met directie en/of een aantal stafmedewerkers) plaats, met daarnaast een bezoek aan één of meerdere afdelingen (met een maximum van vijf afdelingen per inspectie) en een gesprek met een aantal zorggebruikers.
- > Tijdens het inspectiebezoek werd dieper ingegaan op de vooraf aangeleverde informatie en werd die gekoppeld aan een praktijktoets (bv. de link tussen procedures en de dagelijkse praktijk voor de zorggebruiker).
- > Zorginspectie baseert haar toezicht zo veel mogelijk op objectief aantoonbare vaststellingen. Daarom vormde het controleren van zorggebruikersdossiers en van geëxpliciteerde afspraken een belangrijk onderdeel van elke inspectie.
- > De manier van inspecteren was uniform in alle voorzieningen: de vaststellingen werden gedaan op basis van een gestandaardiseerde bevraging.
- > Voor elk onderwerp werd in dialoog gegaan met medewerkers van de voorziening, enerzijds om de vaststellingen te valideren, anderzijds om aanvullende informatie te bekomen.
- > Van elke inspectie werd een individueel inspectieverslag opgemaakt dat aan de voorziening werd bezorgd. Dit inspectieverslag is in de eerste plaats bedoeld als een verbeterinstrument voor de geïnspecteerde voorziening.
Ook de handhavende entiteiten die verantwoordelijk zijn voor de opvolging van de inspectie-vaststellingen, nl. de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, ontvingen het inspectieverslag.
De inspectieverslagen zijn raadpleegbaar via www.departementzorg.be/nl/inspectieverslagen-opzoeken-enof-opvragen-bij-zorginspectie.
- > Er werden in totaal 21 forensische afdelingen van 9 organisaties bezocht (zie hoofdstuk 3).
Tijdens de inspecties werden in totaal
 - 183 zorgdossiers ingekeken: 119 dossiers van zorggebruikers die opgenomen waren en 64 dossiers van zorggebruikers die uitgestroomd waren
 - 53 zorggebruikers bevroegd
 - 39 afzonderingskamers gecontroleerd.

2.5 BELEIDSRAPPORT

In de volgende hoofdstukken wordt, na een overzicht van de bezochte voorzieningen en hun forensische afdelingen (hoofdstuk 3), ingegaan op de vaststellingen per thema en de bijhorende subthema's (hoofdstukken 4 tot en met 8).

Bij elk subthema wordt dezelfde indeling gehanteerd: een beschrijving van het kwaliteitsdoel, de gehanteerde werkwijze om tot de vaststellingen te komen, de vaststellingen zelf, en tot slot enkele reflecties.

Bij de vaststellingen wordt alleen een vergelijking tussen de vaststellingen in GGZ- en in VAPH-voorzieningen beschreven wanneer die bijkomende informatie biedt.

In hoofdstuk 9 wordt een overzicht gegeven van alle verbeterpunten die werden geformuleerd in de inspectieverslagen. Ze worden weergegeven per sector, waarbij per verbeterpunt wordt aangegeven of dit in de betreffende sector als inbreuk dan wel als aandachtspunt werd beschouwd.

Hoofdstuk 10 bevat de conclusies en aanbevelingen op basis van deze inspectieronde.

Dit beleidsrapport eindigt met twee bijlages:

- > een overzicht van de gehanteerde regelgeving en eisenkaders uit de verschillende sectoren en van de uitgangspunten die als achtergrond werden gebruikt bij de inspectie van de verschillende thema's
- > tabellen met alle geaggregeerde cijfergegevens op basis van de inspectievaststellingen, met telkens de totalen en de opsplitsing tussen GGZ- en VAPH-voorzieningen.

3 OVERZICHT BEZOCHTE VOORZIENINGEN

Er vonden 9 inspecties plaats op 9 verschillende locaties:

- > 3 psychiatrische centra met meerdere (middelhoog en soms ook hoogbeveiligde) afdelingen voor geïnterneerden
- > 3 psychiatrische centra met een middelhoog beveiligde afdeling voor de behandeling van daders van seksueel geweld
- > 3 VAPH-voorzieningen met een erkenning voor een forensische VAPH-unit.

Alle betrokken voorzieningen beschikken over een gevarieerd aanbod voor zowel forensische als niet-forensische zorggebruikers. Tijdens de inspecties werd gefocust op het aanbod voor forensische zorggebruikers.

Bezochte voorziening en campus/locatie	Aantal residentiële plaatsen op de bezochte locatie	Aantal residentiële forensische plaatsen	Aantal forensische afdelingen	Aantal bezochte forensische afdelingen
Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)				
Zorggroep Sint-Kamillus, campus Krijkelberg (Bierbeek)	332	164 (104 PZ + 60 PVT)	7	5
Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem, campus Rekem	274	136 (76 PZ + 60 PVT)	6	5
Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist, campus Suikerkaai (Zelzate)	234	174 (114 PZ + 60 PVT)	8	5
Zorggroep Myna, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Truiden, campus Stad	162	16 (PZ)	1	1
Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus, campus Beernem	323	20 (PZ)	1	1
Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Lucia, campus Sint-Niklaas	164	30 (27 PZ + 3 PVT)	1	1
VAPH				
Inoa, campus Itinera (Beernem)	30	30 ¹	1	1
O.C. Sint-Ferdinand, Limes/Origo (Sint-Truiden)	35	20 ²	1	1
Klavier, Amanis (Malle)	30	8 ³	1	1
Totaal		598	27	21

De hiernavolgende tabel biedt een overzicht van de forensische afdelingen per bezochte voorziening. Per inspectie werden maximaal vijf afdelingen bezocht. Afdelingen die in het grijs staan beschreven, werden tijdens deze inspectieronde niet bezocht.

De meeste vaststellingen gebeurden op de 21 bezochte afdelingen. Sommige elementen werden bevraagd voor alle 27 forensische afdelingen.

¹ Waarvan 20 plaatsen met erkenning "forensische VAPH-unit"; de afdeling wordt evenwel volledig als forensische afdeling voor geïnterneerden uitgebaat.

² Afdeling Limes heeft 20 plaatsen, wat overeenkomt met het aantal erkende plaatsen forensische VAPH-unit binnen O.C. Sint-Ferdinand; afdeling Origo heeft 15 plaatsen en wordt door de organisatie niet als een forensische afdeling beschouwd.

³ Campus Amanis telt 1 afdeling met in totaal 30 residentiële plaatsen, waarvan 8 plaatsen van de forensische VAPH-unit; in totaal heeft Klavier een erkenning voor 10 plaatsen forensische VAPH-unit; de twee andere geïnterneerden van deze "unit" verbleven op andere campussen die tijdens deze inspectieronde niet bezocht werden.

Naam afdeling	Doelgroep zoals bepaald door de voorziening	Justitieel statuut	Aantal plaatsen			Aantal leefgroepen
			PZ	PVT	VAPH	
Zorggroep Sint-Kamillus, campus Krijkelberg (Bierbeek)						
Forte	mannen met psychose of persoonlijkheidsstoornis	geïnterneerd	21			2
FPC	mannen met psychose of persoonlijkheidsstoornis (resocialisatieafdeling)	geïnterneerd	15			1
GoLF	mannen met verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek	geïnterneerd	20			2
LFP *	mannen en vrouwen met groot risico op delictrecidive; lang verblijf	geïnterneerd	30			2
FRA/W	mannen met noden op vlak van verzorging en middelhoog beveiligingsniveau	geïnterneerd		30		2
iFOR	crisis/time-outafdeling voor forensische doelgroep (mannen en vrouwen)	geïnterneerd	18			1
FRB/C	mannen met noden op vlak van verzorging en middelhoog beveiligingsniveau	geïnterneerd		30		2
Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem, campus Rekem						
Forensische Zorg 1B	mannen die een forensisch behandeltraject starten binnen een middelhoog beveiligde context; de twee leefgroepen (klassieke psychose vs. persoonlijkheidsproblematiek) zijn onderscheiden op basis van een SEO-inschaling (schaal voor emotionele ontwikkeling)	geïnterneerd	34			2
Forensische Zorg 1C	mannen die in een vergevorderde fase van behandeling en op de drempel van maatschappelijke re-integratie staan; deze afdeling focust zich op vaardigheidstraining	geïnterneerd	5			1
Forensische Zorg 2	mannen die nood hebben aan een langdurige forensische zorgcontext waarbij zelfstandigheid en autonomie de zorgnoden zijn, in combinatie met voldoende toezicht en beveiliging	geïnterneerd		28		1
Forensische Zorg 3	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	geïnterneerd		32		2
Forensische Zorg 4	mannen met een interneringsstatuut en een licht verstandelijke beperking die een forensisch behandeltraject starten binnen een middelhoog beveiligde context; het onderscheid tussen de leefgroepen wordt op basis van de SEO gemaakt	geïnterneerd	25			2
Forensische Zorg 1A	mannen met een nood aan opschaling van zorg (crisis) / onderbreking (time out) van zorg; pre-observatie voor opname in behandelgroep	geïnterneerd	12			1
Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist, campus Suikerkaai (Zelzate)						
Levanta *	vrouwen met een hoog risicoprofiel	geïnterneerd	20			1
Diga	mannen met een middelmatig risicoprofiel	geïnterneerd	25			1
Encarga 2	mannen en vrouwen met een middelmatig risicoprofiel	geïnterneerd	12			1

Naam afdeling	Doelgroep zoals bepaald door de voorziening	Justitieel statuut	Aantal plaatsen			Aantal leegroepen
			PZ	PVT	VAPH	
Esperanza 1	mannen en vrouwen met een middelmatig risicoprofiel	geïnterneerd		30		2
Amplia	mannen en vrouwen met een middelmatig risicoprofiel	geïnterneerd	20			1
Encarga 1	mannen en vrouwen met een middelmatig risicoprofiel	geïnterneerd	27			1
Encarga 3	mannen en vrouwen met een middelmatig risicoprofiel	geïnterneerd	8			1
Esperanza 2	mannen en vrouwen met een middelmatig risicoprofiel	geïnterneerd		30		2
Zorggroep Myna, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Truiden, campus Stad						
Mira	mannen met seksuele gedragsstoornissen	geïnterneerd veroordeeld andere	16			1
Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus, campus Beernem						
Fides	mannelijke seksueel delinquenten	geïnterneerd veroordeeld	20			1
Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Lucia, campus Sint-Niklaas						
Kliniek voor Forensische Psychiatrie (KFP)	- mannen met minstens laaggemiddelde intelligentie (IQ minimum 80) - zwakbegaafde mannen (IQ tussen 70 en 80) - mannen met lichte verstandelijke beperking (IQ tussen 55 en 70)	geïnterneerd veroordeeld	27	3		3
Inoa, campus Itinera (Beernem)						
Itinera	mannen met verstandelijke beperking en/of ASS	geïnterneerd			30	5
O.C. Sint-Ferdinand, Limes/Origo (Sint-Truiden)						
Limes	mannen en vrouwen met lichte tot matige verstandelijke beperking en/of ASS	geïnterneerd			20	2
Klavier, Amanis (Malle)						
Amanis	mannen en vrouwen met lichte tot matige verstandelijke beperking of ASS en bijkomende gedrags- of psychische problematiek	geïnterneerd geen			30	4

* LFP en Levanta zijn de enige hoogbeveiligde afdelingen; het beveiligingsniveau van alle andere afdelingen is middelhoog.

4 INFRASTRUCTUUR

4.1 FORENSISCHE AFDELINGEN

4.1.1 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.

Vanuit het oogpunt van humane zorg, en meer specifiek met het oog op agressiepreventie en het beperken van vrijheidsbeperkende maatregelen, is de infrastructuur één van de vele factoren die een rol spelen. Eenpersoonskamers vormen hierbij een belangrijk element, omdat ze bijdragen aan autonomie, privacy en het voorkomen van incidenten. Daarnaast kan het beschikken over meerdere, vrij toegankelijke ruimtes met verschillende inrichting en functies een gefaseerde aanpak van agitatie ondersteunen. Dit helpt om spanning tijdig te reguleren en ingrijpende vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals de verplaatsing naar een afzonderingsruimte met gesloten deur, zoveel mogelijk te vermijden.

4.1.2 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 werd 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.

4.1.3 Vaststellingen

Er werden 21 afdelingen bezocht.

Op de meeste afdelingen beschikten alle zorggebruikers over een eenpersoonskamer. Zes geïnspecteerde afdelingen (29%) hadden naast eenpersoonskamers ook een beperkt aantal tweepersoonskamers.

Er waren geen drie- of vierpersoonskamers op de bezochte afdelingen.

In totaal waren er 17 tweepersoonskamers op de bezochte afdelingen, wat betekent dat maximaal 34 zorggebruikers hun slaapkamer moeten delen met een andere zorggebruiker. Dit is 7% van het aantal zorggebruikers dat maximaal op de bezochte afdelingen kan verblijven.

De 17 tweepersoonskamers waren allemaal op GGZ-afdelingen gelegen. Op de bezochte VAPH-afdelingen waren er alleen eenpersoonskamers.

Naast de vraag in hoeverre zorggebruikers al dan niet kunnen beschikken over een eenpersoonskamer, werd ook nagegaan of de afdelingen beschikken over andere infrastructurele mogelijkheden voor een gefaseerde aanpak van agitatie zonder gesloten deur.

	Aantal	%
Afdelingen met een buitenruimte	21/21	100
Afdelingen met (toegang tot) een sportruimte	21/21	100
Afdelingen met een ontspanningsruimte	21/21	100
Afdelingen met (toegang tot) een comfortroom of een andere rustige ruimte	13/21	62

In 5 van de 6 bezochte GGZ-voorzieningen werden problemen qua privacy vastgesteld in tweepersoonskamers (nl. geen privacy aan de wastafels, geen afscheiding tussen de bedden) en/of in het gemeenschappelijk sanitair (nl. wanden die niet in alle ruimtes van de grond tot aan het plafond reiken, deuren die niet gesloten kunnen worden van binnenuit).

In de bezochte VAPH-voorzieningen werden geen infrastructurele privacyproblemen vastgesteld.

4.1.4 Reflecties

Binnen de verschillende referentiekaders forensische geestelijke gezondheidszorg, de regelgeving voor VAPH-voorzieningen en de module VBM in het referentiekader PZ, komen gelijkaardige verwachtingen naar voren over de inrichting van de infrastructuur.

Individuele kamers worden in elk van deze kaders vooropgesteld. Ze ondersteunen niet alleen de privacy en het comfort van de zorggebruiker, maar maken het ook mogelijk om de kamer in te zetten binnen een preventief beleid rond vrijheidsbeperkende maatregelen.

Uit de vaststellingen blijkt dat de overgrote meerderheid van de forensische zorggebruikers kan beschikken over een eenpersoonskamer. Niettemin blijkt dit voor ongeveer 7% van de zorggebruikers niet het geval te zijn; een derde van de bezochte GGZ-afdelingen voldoet niet volledig aan deze verwachting.

Niet onbelangrijk in dit verband is het feit dat tijdens de inspecties bleek dat er bij nieuwbouwprojecten voor forensische afdelingen systematisch gekozen wordt om alleen eenpersoonskamers te voorzien.

Aangezien op dit moment verschillende nieuwbouwprojecten gepland of in uitvoering zijn, kan verwacht worden dat het aantal tweepersoonskamers de komende jaren zal dalen.

Ook het voorzien van de-escalatieruimtes (met open deur) is een gedeelde verwachting. Dit draagt bij aan een gevoel van veiligheid en autonomie, en past binnen een breder beleid van spanningsreductie.

Deze ruimtes moeten laagdrempelig en vrijwillig toegankelijk zijn.

Alle bezochte afdelingen beschikten over verschillende infrastructurele mogelijkheden voor de-escalatie.

Comfortrooms of andere rustige ruimtes zijn niet overal aanwezig.

4.2 AFZONDERINGSRUIMTES

4.2.1 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.

4.2.2 Werkwijze

Vóór het inspectiebezoek werd aan de organisatie informatie gevraagd over het aantal afzonderingsruimtes en over de locatie ervan.

In de afzonderingsruimtes werden tijdens de inspectie verschillende aspecten van veiligheid, privacy en comfort bekeken.

4.2.3 Vaststellingen

Van de 21 bezochte afdelingen waren er 12 met één of meer afzonderingsruimtes op de eigen afdeling. De resterende 9 afdelingen kunnen alleen gebruikmaken van afzonderingsruimtes op andere afdelingen. Van de 41 afzonderingsruimtes die gebruikt kunnen worden door de bezochte forensische afdelingen, werden er 39 geïnspecteerd (de 2 andere afzonderingsruimtes waren op het moment van inspectie in gebruik en werden om privacyredenen niet geïnspecteerd).

In 18% (7/39) van de gecontroleerde afzonderingsruimtes werd geen enkel risico qua **veiligheid** opgemerkt; in 82% van de afzonderingsruimtes was er dus wel een probleem op vlak van veiligheid.

De meest voorkomende problemen hadden te maken met oproep- en communicatiemogelijkheden en met risico's op kwetsen/automutilatie/verhanging.

Veiligheid	Aantal	%
Afzonderingsruimtes met rookdetectie	39/39	100
Afzonderingsruimtes met mogelijkheid tot visueel toezicht op de volledige ruimte (kijkraam of camera)	38/39	97
Afzonderingsruimtes waar het bed verankerd is (wanneer een bed aanwezig is)	29/30	97
Afzonderingsruimtes met scheurvrij linnen (wanneer linnen aanwezig is)	24/34	71
Afzonderingsruimtes met een brandvrije matras (wanneer een matras aanwezig is)	35/35	100
Afzonderingsruimtes met een oproepsysteem	31/39	79
Afzonderingsruimtes met een oproepsysteem dat altijd bereikbaar is (als fixatie gebeurt, ook door gefixeerde)	28/39	72
Afzonderingsruimtes waar communicatie mogelijk is voor de zorggebruiker (camera met geluid of intercom)	21/39	54
Afzonderingsruimtes waarbij de deur niet blokkeerbaar is	39/39	100
Afzonderingsruimtes waar geen risico's op kwetsen/automutilatie/verhanging werden vastgesteld	15/39	38

Objecten aan muur of plafond die bereikbaar waren voor de zorggebruikers (bv. nachttafeltje, lamp, klok, camera, spiegel) vormden het vaakst een risico op kwetsen, automutilatie en/of verhanging.

Bijkomend werd nagegaan of de afzonderingsruimtes gecapitonneerd (met zachte wanden) waren. Dit bleek nergens het geval.

In 77% (30/39) van de afzonderingsruimtes werd geen probleem vastgesteld op het vlak van **comfort**.

De meest voorkomende comfortproblemen waren te kleine ruimtes en het ontbreken van een (werkende en zichtbare) tijdsaanduiding en van verduistermogelijkheden.

Comfort	Aantal	%
Afzonderingsruimtes met een zichtbare tijdsaanduiding (ook bij fixatie)	33/39	85
Afzonderingsruimtes met een aangepaste tijdsaanduiding (naargelang doelgroep: digitale klok, zandloper ...)	37/39	95
Afzonderingsruimtes met daglicht (direct of indirect)	39/39	100
Afzonderingsruimtes met verduistermogelijkheden	34/39	87
Afzonderingsruimtes met een toilet in de onmiddellijke nabijheid	38/39	97
Afzonderingsruimtes met een voldoende grote oppervlakte (VAPH: 6 m ² ; PZ: ruimte voor 2 medewerkers)	35/39	90

De kleinste afzonderingsruimte was 3 m² groot. Dat is slechts de helft van de 6 m² die in VAPH-voorzieningen verwacht wordt.

Drie afzonderingsruimtes beschikten over een eigen afgesloten buitenruimte, waardoor de zorggebruiker tijdens een afzondering vlot in de buitenlucht kan.

In 69% (27/39) van de gecontroleerde afzonderingsruimtes werd geen probleem vastgesteld op het gebied van **privacy**. Het vaakst vastgestelde probleem was inkijk door onbevoegden via de monitor met camerabeelden van de afzonderingsruimte.

Privacy	Aantal	%
Afzonderingsruimtes zonder inkijk door onbevoegden via een raam (medewerkers die niet betrokken zijn bij de zorg, medezorggebruikers)	38/39	97
Afzonderingsruimtes zonder inkijk door onbevoegden via de monitor (medewerkers die niet betrokken zijn bij de zorg, medezorggebruikers)	27/39	69

Slechts 6 afzonderingsruimtes (15%) voldeden aan alle gecontroleerde criteria m.b.t. veiligheid, comfort en privacy.

Naast bovenstaande criteria werd ook de bereikbaarheid van elke afzonderingsruimte beoordeeld. De afzonderingsruimtes die op de eigen afdelingen gelegen zijn, zijn bijna altijd vlot bereikbaar. Wanneer de afdeling niet over een eigen afzonderingsruimte beschikt, zijn er onderweg naar de afzonderingsruimte vaak risico's inzake privacy van de zorggebruiker en de veiligheid van de zorggebruikers en/of medewerkers. De verplaatsing verloopt immers vaak via één of meerdere andere afdelingen (waarbij deuren en/of trappen of liften moeten genomen worden) en/of over een gedeelte van het domein. Slechts 18 van de 39 afzonderingsruimtes (46%) werden beoordeeld als vlot bereikbaar voor alle afdelingen die er gebruik van kunnen maken.

4.2.4 Reflecties

Uit de vaststellingen blijkt dat de meerderheid van de afzonderingsruimtes niet voldoet aan alle infrastructurele verwachtingen. Dit gaat voornamelijk over veiligheidsproblemen, met onder meer tekortkomingen inzake toezicht en/of oproepmogelijkheden en vooral mogelijke risico's op automutilatie. Wanneer humane afzondering als uitgangspunt wordt genomen, komen ook knelpunten rond privacy en comfort naar boven. Tijdens de inspectie werd alleen de privacy inzake inkijk nagegaan, terwijl daarnaast in sommige voorzieningen werd vastgesteld dat zorggebruikers via de monitor in de verpleegpost ook het geluid uit de afzonderingsruimte kunnen horen.

Recente richtlijnen over VBM leggen de nadruk op "zo weinig mogelijk, zo kort mogelijk en altijd veilig". Waar vroeger volgens de ziekenhuisnorm gold dat op elke psychiatrische afdeling een afzonderingsruimte aanwezig moest zijn, is die norm vandaag achterhaald. De voorbije jaren is er bewust gekozen voor een beleid dat afzonderingen wil terugdringen. Het aantal afzonderingen is de voorbije jaren effectief sterk gedaald. Terzelfdertijd wordt ook bewust het aantal afzonderingsruimtes beperkt, wat verder kan bijdragen aan een vermindering van het aantal toegepaste afzonderingen. Daardoor beschikt niet elke afdeling nog over een afzonderingsruimte; vaak worden ruimtes gedeeld tussen afdelingen en bevinden ze zich buiten de afdeling. Dat sluit enerzijds aan bij de preventieve visie en stimuleert alternatieve vormen van de-escalatie, maar brengt anderzijds nieuwe uitdagingen met zich mee, zoals een minder vlotte bereikbaarheid in crisissituaties en de nood om veiligheid te blijven garanderen voor zowel zorggebruikers als medewerkers. Hierdoor ontstaat een spanningsveld tussen enerzijds de wens tot minder afzonderingen en anderzijds de nood aan veilig afzonderen, zowel voor zorggebruikers als voor medewerkers.

De ingezette koers richting een verdere afbouw van vrijheidsbeperkende maatregelen blijft essentieel, maar vraagt om een zorgvuldige balans: afzonderingsruimtes moeten in crisissituaties altijd vlot en veilig bereikbaar blijven, terwijl de infrastructurele en organisatorische context maximaal moet uitnodigen tot alternatieve en minder ingrijpende interventies.

5 MEDEWERKERS

5.1 BESTAFFING TIJDENS DE NACHT EN HET WEEKEND

5.1.1 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.

5.1.2 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. Het totaal aantal zorggebruikers in de voorziening werd bevraagd evenals het totaal aantal forensische zorggebruikers tijdens de nacht en het weekend.

Tijdens de inspectie werd op de bezochte forensische afdelingen de nachtbestaffing en de weekendbestaffing nagegaan (vaak de laagst bestafte momenten). In elke voorziening werd de bestaffing tijdens de nacht vóór de inspectie en de ochtendshift op de zondag vóór de inspectie gecontroleerd.

De beoordeling van de bestaffing gebeurde op basis van verschillende bestaffingsnormen per sector. Bestaffing is hierdoor het enige onderwerp dat een uitzondering vormt op het principe van sectoronafhankelijke vaststellingen dat werd gehanteerd in deze inspectieronde. Daarnaast is het onderwerp bestaffing ook een uitzondering op de keuze om de PVT-afdelingen in PZ te beoordelen op basis van PZ-verwachtingen.

5.1.3 Vaststellingen

Er werd in totaal op 21 afdelingen gecontroleerd of de bestaffing voldeed aan de sectorale regelgeving.

De bestaffing tijdens de nacht was op 17 van de 21 afdelingen in orde.

De bestaffing tijdens de ochtendshift op zondag was op 19 van de 21 afdelingen in orde.

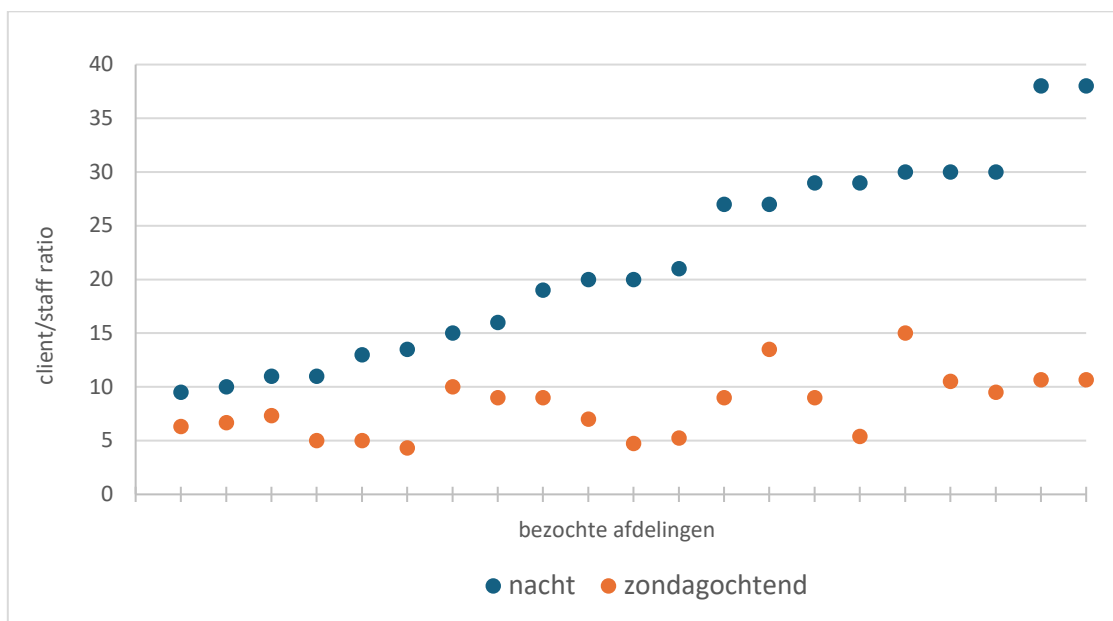
De problemen inzake bestaffing werden alleen in GGZ-voorzieningen vastgesteld.

Een belangrijke nuance hierbij is dat de gecontroleerde vereisten sterk verschillen tussen beide sectoren.

- > Op de 3 bezochte VAPH-afdelingen werd alleen de aanwezigheid van voldoende medewerkers gecontroleerd, los van concrete aantallen en kwalificatie. Er zijn binnen de VAPH-sector geen personeelsnormen waarin een minimumbezetting wordt gespecificeerd. De bestaffing op elk van de 3 gecontroleerde VAPH-afdelingen werd als voldoende gescoord.
- > In de GGZ werd op de 14 PZ-afdelingen nagegaan of er bij elke shift permanent per dienst en maximum voor 30 zorggebruikers één verpleegkundige aanwezig was.
 - Tijdens de gecontroleerde nachtshift was er op 3 afdelingen geen verpleegkundige ingeroosterd; op een andere afdeling was er een verpleegkundige te weinig ingeroosterd in verhouding tot het aantal aanwezige zorggebruikers.
 - Tijdens de gecontroleerde weekendshift was er op 2 afdelingen geen verpleegkundige ingeroosterd.
 - Op 1 PZ-afdeling was de bestaffing zowel tijdens het weekend als tijdens de nacht niet in orde.
- > Op de 4 PVT-afdelingen werd nagegaan of er bij elke shift permanent iemand aanwezig was, en of er overdag per dienst een verpleegkundige aanwezig was. Dit bleek telkens het geval.

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.

In onderstaande grafiek wordt de client/staff ratio voor de 21 bezochte forensische afdelingen weergegeven.



Gemiddeld bedraagt de client/staff ratio tijdens de nacht 21,76 (met een spreiding van 9,5 tot 38 zorggebruikers per zorgmedewerker). Voor de ochtendshift op zondag bedraagt dit 8,23 (met een spreiding van 4,33 tot 15 zorggebruikers per zorgmedewerker).

Gemiddelde client /staff ratio (aantal zorggebruikers / aantal zorgmedewerkers)	Totaal	GGZ	VAPH
Tijdens de nachtshift	21,76	21,36	24,17
Tijdens de ochtendshift in het weekend	8,23	8,54	6,41

5.1.4 Reflecties

Bij de VAPH-organisaties werden geen personeelsproblemen vastgesteld; de vastgestelde bestaffingsproblemen deden zich alleen in GGZ-voorzieningen voor (meer bepaald op PZ-afdelingen). Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de GGZ-regelgeving specifieke eisen stelt over minimale personeelsbezetting en over de aanwezigheid van verpleegkundigen, terwijl er binnen de VAPH-regelgeving geen personeelsnormen bestaan waarin een minimumbezetting wordt gespecificeerd.

De gemeten bestaffingsratio's tonen aanzienlijke variatie, zowel tussen afdelingen als binnen afdelingen op verschillende tijdstippen. 's Nachts is er minder personeel per zorggebruiker beschikbaar in VAPH-afdelingen dan in GGZ-afdelingen, terwijl tijdens de ochtendshift in het weekend de situatie omgekeerd is. Zowel tijdens de nacht als tijdens de weekendshift moeten zorgmedewerkers op de relatief laagst bestafte afdelingen zorg dragen voor drie tot vier keer zoveel zorggebruikers als op de hoogst bestafte afdelingen. Nochtans hebben de doelgroepen in veel opzichten vergelijkbare kenmerken.

5.2 AANPAK VAN INCIDENTEN

5.2.1 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.

5.2.2 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.

5.2.3 Vaststellingen

Inroepen van extra hulp bij incidenten

In alle 9 bezochte voorzieningen konden medewerkers van de forensische afdelingen bij een (agressie-)incident een beroep doen op extra hulp van oproepbare collega's die binnen de 15 minuten beschikbaar zijn.

In 7 van de 9 voorzieningen waren er schriftelijke afspraken over wie op een alarm moet reageren.

In de meeste gevallen wordt hulp ingeroepen via een telefoonoproep (8/9) en/of een alarmknop (7/9).

Op 3 campussen (2 GGZ en 1 VAPH) was er 's nachts, naast zorgmedewerkers, extra beveiligingspersoneel aanwezig op de campus. Tijdens het weekend was dat op 5 campussen (3 GGZ en 2 VAPH).

Opvang van medewerkers na incidenten

In alle bezochte voorzieningen konden medewerkers een beroep doen op interne medewerkers voor de eerste opvang na een incident, en kon worden aangetoond dat de medewerkers hiervan op de hoogte werden gebracht.

Er waren in elke voorziening medewerkers specifiek aangeduid voor de eerste opvang na een incident, en deze waren daar specifiek voor opgeleid.

In alle bezochte voorzieningen konden medewerkers ook een beroep doen op externe psychologische begeleiding. Op één VAPH-voorziening na konden alle voorzieningen ook aantonen dat de medewerkers hiervan op de hoogte werden gebracht.

Analyse van incidenten

In 8 van de 9 voorzieningen kon aangetoond worden dat er in de twee jaar voor de inspectie minstens één schriftelijke analyse gebeurde van (agressie-)incidenten; dit ontbrak in één VAPH-voorziening.

Telkens bleek uit het verslag dat de betrokken medewerkers bij de analyse aanwezig waren.

5.2.4 Reflecties

Tijdens de inspecties bleken er in alle voorzieningen afspraken te bestaan over de aanpak van (agressie-)incidenten: er was overal extra hulp beschikbaar bij incidenten en overal was er opvang en ondersteuning voor medewerkers na incidenten.

5.3 VORMING, TRAINING EN OPLEIDING (VTO)

5.3.1 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.

5.3.2 Werkwijze

Tijdens de inspectie werden de schriftelijke afspraken ingekeken over vorming, met specifieke aandacht voor de afspraken over de inscholing van nieuwe zorgmedewerkers en over de continue vorming van zorgmedewerkers. Daarbij werd het begrip schriftelijke afspraken breed geïnterpreteerd (bv. ook e-mailverkeer, presentaties rond vorming ...).

5.3.3 Vaststellingen

De schriftelijke afspraken over de vorming van zorgmedewerkers werden gecheckt voor vijf specifieke onderwerpen.

Als er schriftelijke afspraken voor dat onderwerp werden gevonden, werd vervolgens gekeken of ze de volgende drie onderdelen bevatten: het onderwerp is deel van de inscholing voor nieuwe medewerkers, het onderwerp is voorzien in de continue vorming en het onderwerp is een verplichte vorming.

Onderwerp	Schriftelijke afspraken	Schriftelijke afspraken over inscholing voor nieuwe zorgmedewerkers	Schriftelijke afspraken over continue vorming	Schriftelijke afspraken over verplichte continue vorming
Agressiepreventie/-hantering	9/9	9/9	8/9	8/9
Het gebruik van een (vroeg)signaleringsplan	5/9	4/5	5/5	4/5
Het inoefenen van afzonderingstechnieken	8/9	8/8	8/8	8/8
Het inoefenen van fixatietechnieken	7/9	7/7	7/7	7/7
SGOG	6/9	6/6	6/6	3/6

Vier van de negen voorzieningen hadden schriftelijke afspraken over alle gecontroleerde onderwerpen, terwijl één voorziening alleen afspraken had over agressiepreventie/-hantering.

5.3.4 Reflecties

Hoewel de meeste voorzieningen een breed vormingsaanbod hebben, valt op dat schriftelijke afspraken over de vorming van medewerkers voor het gebruik van (vroeg)signaleringsplannen ontbreken in bijna de helft van de organisaties.

Ook afspraken over vorming rond SGOG ontbreken in een derde van de organisaties. Dit is opmerkelijk gezien de specifieke doelgroep van forensische zorggebruikers, waarbij ook zorggebruikers zijn opgenomen in het kader van zedenfeiten en waarbij het risico op incidenten hoger ligt.

In de residentiële forensische zorg is het belangrijk dat voorzieningen in hun beleid aandacht besteden aan professionele grenzen, zowel bij aanwerving en inscholing als in permanente vorming, met bijzondere aandacht voor de balans tussen afstand en nabijheid in de zorgrelatie. Dit kan bijdragen aan het voorkomen van grensoverschrijdende relaties tussen medewerkers en zorggebruikers.

Deze bevindingen benadrukken het belang van een systematische verankering in het vormingsaanbod rond seksualiteit en specifiek SGOG, én van afspraken rond (vroeg)signaleringsplannen. Deze verankering kan bijdragen aan zowel de veiligheid van medewerkers als de kwaliteit van de zorg voor de zorggebruikers.

6 ZORGTRAJECT

6.1 AFDELINGSAFSPRAKEN EN REGELS

6.1.1 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. 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.

De zorgaanbieder heeft een beleid en aanpak over een positieve seksualiteitsbeleving.

Zorggebruikers hebben de mogelijkheid om klacht in te dienen en weten hoe ze dat moeten doen.

6.1.2 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. Op die manier werd gepeild naar de mogelijkheden tot inspraak van zorggebruikers in de afspraken en regels die gelden op de forensische afdelingen.

Tijdens de inspectie werden zorggebruikers bevraagd over deze afspraken en regels en over de klachtenprocedure.

6.1.3 Vaststellingen

In alle bezochte organisaties worden zorggebruikers van forensische afdelingen op één of meerdere manieren betrokken bij het beleid van de afdelingen.

	Aantal
Er is een patiëntenraad/gebruikersraad/collectief overleg waar zorggebruikers als vertegenwoordigers van forensische afdelingen aan deelnemen	9/9
Van al deze overlegmomenten zijn verslagen aantoonbaar	9/9
Er zijn metingen van zorggebruikerservaringen, specifiek voor de forensische zorggebruikers	7/9
Forensische ervaringsdeskundigen worden betrokken bij het behandeltraject	1/9
Niet-forensische ervaringsdeskundigen worden betrokken bij het behandeltraject	4/9

Daarnaast gaven 47 van de 53 bevraagde zorggebruikers (89%) aan een klacht te kunnen indienen (met in de GGZ-voorzieningen de bijkomende vereiste dat dit moet kunnen zonder tussenkomst van een zorgmedewerker).

Op alle bezochte afdelingen werden de regels en afspraken bevraagd die voor alle zorggebruikers gelden. Afspraken en regels die op maat zijn van individuele zorggebruikers of door de KBM aan sommige zorggebruikers werden opgelegd bij plaatsing of invrijheidsstelling op proef (IOP), werden buiten beschouwing gelaten.

	Aantal	%
Er zijn geen verplichte kamermomenten overdag	19/21	90
De kamers worden 's nachts niet systematisch afgesloten door de begeleiding	21/21	100
Er is geen algemeen verbod om overdag op de eigen kamer te komen	21/21	100
Zorggebruikers kunnen/mogen de kamer van binnenuit sluiten	15/21	71

Ondanks het feit dat geen enkele afdeling alle kamers 's nachts systematisch afsloot, was er op 5 van de 21 afdelingen (24%) wel een verplichting om tijdens de nacht op de kamer te blijven.

In de opnamevoorwaarden werden in twee GGZ-voorzieningen bijkomende vaststellingen gedaan die in strijd zijn met de regelgeving:

- > Zo was de schriftelijke toestemming met medicamenteuze behandeling in één organisatie een voorwaarde voor opname. Volgens de patiëntenrechtenwet is voor elke behandeling een vrije en geïnformeerde toestemming van de zorggebruiker gebruiker nodig. De toestemming vooraf kan beschouwd worden als een vorm van dwang.
- > In een andere voorziening zijn er verregaande voorwaarden inzake het beheer van de eigen financiële middelen.

Er werden 53 zorggebruikers bevraagd rond regels en afspraken; niet alle vragen werden door alle zorggebruikers beantwoord (hierdoor zijn er verschillende noemers). Van de 53 bevraagde zorggebruikers gaven 42 personen (80%) aan op de hoogte te zijn van de afspraken en regels. Daarnaast vonden 38/48 zorggebruikers (79%) het duidelijk waarom die afspraken en regels er zijn. Bovendien heeft 39/53 (74%) het gevoel inspraak te hebben in de afspraken en regels. Verder zeiden 42/48 zorggebruikers (88%) op de hoogte te zijn van de consequenties bij het overtreden ervan.

Op alle afdelingen kunnen zorggebruikers dagelijks in de buitenlucht (elke afdeling heeft een eigen afgesloten buitenruimte).

Op alle afdelingen was elke dag bezoek mogelijk.

De bezoeken zijn verschillend per afdeling. Het aantal bezoeken per week varieert per afdeling tussen 22 uur en 84 uur, met een gemiddelde van 45 uur per week.

Bezoek is bij 11 van de 21 afdelingen (52%) beperkt tot gescreende contacten, d.w.z. dat bezoek slechts mogelijk is nadat de voorziening goedkeuring heeft gegeven voor een specifieke bezoeker; deze 11 afdelingen behoren allemaal tot GGZ-voorzieningen.

Ook de locatie waar zorggebruikers bezoek kunnen ontvangen, varieert van afdeling tot afdeling: de eigen kamer, een vergaderruimte, bezoekerslokaal, cafetaria, ontspanningsruimte, terras of een plaats buiten het domein.

Naast de afspraken en regels van de afdelingen werd meer specifiek ook het seksualiteitsbeleid bevraagd: enerzijds de visie die bestaat op organisatieniveau, anderzijds een bevraging bij medewerkers op afdelingsniveau over de praktijk.

Zes van de negen voorzieningen hebben een uitgeschreven seksualiteitsbeleid.

Op 15 van de 21 bezochte afdelingen (71%) is er de mogelijkheid om ongestoord bezoek te ontvangen. In sommige voorzieningen gebeurt dit op de eigen kamer van de zorggebruiker (op voorwaarde dat de zorggebruiker een eenpersoonskamer heeft), terwijl andere organisaties daarvoor een aparte ruimte ter beschikking stellen.

43 van de 53 zorggebruikers (81%) gaven aan op de hoogte te zijn van de afspraken rond relaties en seksualiteit.

6.1.4 Reflecties

In alle bezochte voorzieningen worden zorggebruikers op één of meerdere manieren betrokken bij het beleid van de afdelingen. Bij sommige overlegmomenten ligt de nadruk op praktische en dagelijkse aangelegenheden, terwijl elders ook beleidsmatige thema's aan bod komen.

Op alle afdelingen zijn er dagelijks bezoeken voorzien, maar de invulling en toegankelijkheid daarvan verschillen sterk per voorziening en/of afdeling. Er zijn op meerdere afdelingen drempels die de bezoekmogelijkheid beperken:

- > In de GGZ wordt vaak gewerkt met vaste beperktere bezoeken, terwijl dit in de VAPH-voorzieningen doorgaans doorheen de ganse dag (maar vaak wel op afspraak) gebeurt.
- > Niet overal kan elke zorggebruiker dagelijks bezoek ontvangen, bv. omdat er een maximum aantal bezoekers per bezoekmoment is omwille van beperkt beschikbare bezoeksruimte (bezoek moet dan onderling worden verdeeld over de week en/of er is een beperkte bezoekduur).
- > De bereikbaarheid vormt in sommige gevallen een bijkomend probleem: sommige voorzieningen liggen erg afgelegen en zijn moeilijk bereikbaar met openbaar vervoer.
- > In enkele GGZ-voorzieningen worden bezoekers vooraf geselecteerd. De screeningsprocedures verschillen erg van elkaar: van korte kennismakingsmomenten over een eerste bezoek onder toezicht tot uitgebreide interviews.

Ongestoord bezoek is bij circa 30% van de afdelingen niet mogelijk. Het ontbreken van mogelijkheden voor ongestoord bezoek bemoeilijkt het voeren van intieme gesprekken en contacten en beperkt op die manier de autonomie van zorggebruikers om hun sociale relaties te onderhouden.

Bovendien ontbreekt in een derde van de voorzieningen een uitgeschreven seksualiteitsbeleid. Dit zorgt voor onduidelijkheid over wat kan en mag, zowel voor zorggebruikers als voor medewerkers.

6.2 OPMAAK, INHOUD, INSPRAAK EN EVALUATIE VAN HET ZORGPLAN

6.2.1 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.

6.2.2 Werkwijze

In een steekproef van dossiers van zorggebruikers werden de notities bekeken over zorgplannen, de informatie over de context van de zorggebruiker en de informatie of de zorggebruiker minderjarige kinderen had.

Zorggebruikers werden bevraagd over de inspraak die zij ervaren bij hun zorgplan en de concretisering ervan in een dag-/weekplanning.

6.2.3 Vaststellingen

Er werden 119 dossiers gecontroleerd van zorggebruikers die minstens één jaar opgenomen waren op de afdeling.

	Aantal	%
Dossiers met een zorgplan	119/119	100
Dossiers met aantoonbare inspraak van de zorggebruiker (of diens vertegenwoordiger) in het zorgplan	118/119	99
Zorgplannen met evaluatie van het zorgplan tijdens een MDO in de laatste 12 maanden voor de inspectie	111/119	93
Zorgplannen met evaluatie van het zorgplan tijdens een MDO in de laatste 6 maanden voor de inspectie	106/119	89
Dossiers met een dag-/weekschema	108/119	91
Dossiers met een gepersonaliseerd dag-/weekschema	108/119	91
Dossiers met informatie over de context van de zorggebruiker	119/119	100
Dossiers met informatie of de zorggebruiker minderjarige kinderen heeft	76/119	64

Het item "informatie of de zorggebruiker minderjarige kinderen heeft" scoorde hier duidelijk het laagst (met een spreiding per afdeling van geen enkel tot alle dossiers in orde). Bovendien is er een opvallend verschil tussen het percentage dossiers in GGZ- en in VAPH-voorzieningen dat informatie over dit onderwerp bevatte (resp. 73% en 36%). Dit kan verklaard worden doordat de Kindreflex, waarop dit item is gebaseerd, niet als uitdrukkelijke verwachting is geformuleerd in de VAPH-regelgeving.

Ook het aantal dossiers waarin een evaluatie van het zorgplan werd gevonden, verschilde vrij sterk tussen GGZ- en VAPH-voorzieningen (resp. 100% en 71% in de 12 maanden voorafgaand aan de inspectie).

In de VAPH-sector wordt deze evaluatie minstens om de drie jaar verwacht.

50 van de 53 bevraagde zorggebruikers (94%) gaven aan inspraak te hebben gehad bij de opmaak en/of de evaluatie van het zorgplan. Daarnaast gaven 37 zorggebruikers (70%) aan voldoende inspraak te hebben in het dag- of weekschema.

6.2.4 Reflecties

De vaststellingen rond de opmaak van zorgplannen waren in alle bezochte voorzieningen goed.

Wel is er ruimte voor verbetering in het consequent noteren van informatie over minderjarige kinderen in de dossiers van alle zorggebruikers, aangezien die gegevens belangrijk kunnen zijn voor een integrale risico-inschatting en voor het bieden van passende ondersteuning. De toepassing van de Kindreflex kan hierin richtinggevend zijn: zorgverleners gaan met zorggebruikers in gesprek over ouderschap, signaleren mogelijke risico's in de gezinssituatie en grijpen in waar nodig om veiligheid te borgen.

6.3 GESPREKKEN VAN ZORGGEBRUIKERS MET ZORGVERLENERS

6.3.1 Kwaliteitsdoel

Gesprekken met de psychiater richten zich op diagnostiek, medicatie en risicomanagement en maken deel uit van het multidisciplinair behandeltraject. De gesprekken met de individueel begeleider vervullen een rol in het dagelijkse contact, met aandacht voor persoonlijke hulpvragen en re-integratie, en bieden laagdrempelige ondersteuning.

6.3.2 Werkwijze

Op de afdelingen werden de afspraken bevraagd betreffende de contacten van de zorggebruiker met de psychiater en de gesprekken van de zorggebruiker met de individueel begeleider (IB).

In de dossiers van zorggebruikers die minimaal één jaar opgenomen waren op de afdeling werd in het laatste jaar vóór de inspectie gezocht naar notities die individuele contacten met een psychiater aantoonde, evenals naar notities die individuele gesprekken van de individueel begeleider met de zorggebruiker aantoonde in de laatste maand voor de inspectie.

6.3.3 Vaststellingen

Op 20 van de 21 bezochte afdelingen wordt een vaste IB (vaak met een back-up) toegewezen aan elke zorggebruiker. Op 12 van die 20 afdelingen (60%) zijn er afspraken over de minimale frequentie van de individuele gesprekken tussen zorggebruikers en IB.

Op de 20 afdelingen waar met een vaste IB werd gewerkt, werden in totaal 118 dossiers gecontroleerd van zorggebruikers die minstens één jaar opgenomen waren op de afdeling.

	Aantal	%
Dossiers met notities over een individueel gesprek met de IB in de maand voor de inspectie	113/118	96
Dossiers met notities over een individueel gesprek met de IB in de week voor de inspectie	76/118	64

Over alle bezochte afdelingen (met toewijzing van een vaste IB) heen was het aantal gesprekken met IB in de maand voorafgaand aan de inspectie hoog (96%), en dit zowel in GGZ- als in VAPH-voorzieningen.

20 van de 21 bezochte afdelingen hadden een vaste psychiater; op één GGZ-afdeling was er een vacature en werd een deel van de taken tijdelijk overgenomen door de psychiater van een andere afdeling. Op de afdelingen met een vaste psychiater gaven medewerkers aan dat volgende afspraken bestonden over de taken van de psychiater.

	Aantal	%
De psychiater neemt deel aan elk MDO	15/20	75
De psychiater geeft groepstherapie	1/20	5
De psychiater heeft individuele gesprekken met zorggebruikers	20/20	100
De minimale frequentie van de individuele gesprekken is vastgelegd	7/20	35

Er werden 119 dossiers gecontroleerd van zorggebruikers die minstens één jaar opgenomen waren op de afdeling.

	Aantal	%
Dossiers met notities over een individueel contact met de psychiater in de laatste 12 maanden voor de inspectie	90/119	76
Dossiers met notities over een individueel contact met de psychiater in de laatste 6 maanden voor de inspectie	80/119	67
Dossiers met notities over een individueel contact met de psychiater in de laatste maand voor de inspectie	56/119	47

In ongeveer 3 op de 4 gecontroleerde dossiers werd voldaan aan de tijdens deze inspectieronde door Zorginspectie minimaal vooropgestelde frequentie voor een individueel contact met de psychiater (nl. in de laatste 12 maanden voor de inspectie).

Een belangrijke vaststelling in dit verband is het grote verschil van afdeling tot afdeling: zowel voor de laatste 12 maanden, de laatste 6 maanden als de laatste maand voor de inspectie zijn er afdelingen waar in geen enkel dossier een notitie over een individueel contact werd gevonden en zijn er andere afdelingen waar in alle dossiers een notitie werd gevonden (telkens een variatie van 0 tot 100%).

Ook het verschil tussen GGZ- en VAPH-voorzieningen valt op, wat kan verklaard worden vanuit de verschillende verwachtingskaders in beide sectoren.

	Totaal	GGZ	VAPH
Dossiers met notities over een individueel contact met de psychiater in de laatste 12 maanden voor de inspectie	90/119 (76%)	83/91 (91%)	7/28 (25%)
Dossiers met notities over een individueel contact met de psychiater in de laatste 6 maanden voor de inspectie	80/119 (67%)	77/91 (85%)	3/28 (11%)
Dossiers met notities over een individueel contact met de psychiater in de laatste maand voor de inspectie	56/119 (47%)	56/91 (62%)	0/28 (0%)

6.3.4 Reflecties

Hoewel aan vrijwel alle bezochte afdelingen een psychiater verbonden was (op één uitzondering na), valt op dat er duidelijke verschillen bestaan tussen de sectoren in de taken die deze arts opneemt en de mate waarin daarover afspraken zijn vastgelegd binnen de voorziening of afdeling. Afspraken over de frequentie van contacten of gesprekken met de psychiater en de individueel begeleider ontbreken vaak (en in de bezochte VAPH-voorzieningen volledig).

Er werd nagegaan of er minstens één contactmoment met de psychiater te vinden was in een periode van 12 maanden. Dit werd bewust als een lage drempel gehanteerd. De notities over deze contacten werden vaker gevonden in dossiers van de GGZ-afdelingen dan in die van de VAPH-afdelingen. Wanneer gekeken wordt naar een periode van 6 maanden, daalde het aantal gevonden notities in beide sectoren. De verschillen hangen samen met de uiteenlopende verwachtingen en afspraken over de rol en inzet van psychiaters in de verschillende sectoren. Gelet op de psychiatrische problematiek, de complexiteit en het risicoprofiel van de doelgroep, roept dit de vraag op of er richtlijnen nodig zijn met betrekking tot persoonlijk contact met een psychiater, en in welke mate die zouden mogen verschillen voor de diverse sectoren (PZ, PVT, VAPH).

Daartegenover staat dat de contacten met de individueel begeleider in beide sectoren wél frequent gevonden werden. Deze medewerkers vormen een belangrijk aanspreekpunt en zorgen voor continuïteit en nabijheid in het contact met de zorggebruikers.

6.4 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS

6.4.1 Kwaliteitsdoel

Goede communicatie tussen zorgverleners is cruciaal voor de continuïteit en kwaliteit van zorg. De zorggebruiker heeft recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier. Alle betrokken medewerkers hebben toegang tot essentiële informatie, zoals medicatieschema's, risicotaxaties en verslagen van gesprekken met de psychiater, om een vlotte overdracht en opvolging van de zorg te waarborgen.

In een forensische setting wordt van de psychiater verwacht dat die aantoonbaar betrokken is bij de opmaak en opvolging van het zorgplan. De zorgaanbieder organiseert multidisciplinair overleg (MDO) voor elke zorggebruiker.

6.4.2 Werkwijze

Op de afdelingen werd gevraagd wat voor elke zorggebruiker de minimale frequentie is van een MDO. Zorginspectie stelde als verwachting dat er minstens drie verschillende disciplines (aantoonbaar) aanwezig moesten zijn om een overleg te kunnen aanvaarden als een MDO.

In dossiers van zorggebruikers die minimum een jaar opgenomen waren op de afdeling werd gezocht naar:

- > een MDO in de laatste 12 maanden voor de inspectie (hier breder bekeken dan alleen de evaluatie van het zorgplan)
- > de aantoonbare aanwezigheid van minstens drie disciplines bij deze bespreking
- > de betrokkenheid van de zorggebruiker bij een MDO in de laatste 12 maanden voor de inspectie.

Los van de vraag of er op het moment van de inspectie een psychiater verbonden was aan de afdelingen en ongeacht de afspraken over de aanwezigheid van de psychiater bij elk MDO, werd in de dossiers gecontroleerd of in de 12 maanden voorafgaand aan de inspectie minstens één MDO plaatsvond in aanwezigheid van een psychiater.

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.

6.4.3 Vaststellingen

Op 20 van de 21 gecontroleerde afdelingen (95%) hebben de betrokken hulpverleners toegang tot de noodzakelijke informatie in het dossier van de zorggebruiker, zoals het medicatieschema, de resultaten (minstens het besluit) van de risicotaxatie en de datums van gesprekken met de psychiater.

Op evenveel afdelingen was een minimale frequentie voor MDO per zorggebruiker bepaald. De minimale frequentie varieerde van één keer per week tot één keer per jaar.

Er werden 119 dossiers gecontroleerd van zorggebruikers die minstens één jaar opgenomen waren op de afdeling.

In 93% van de dossiers vond in de laatste 12 maanden voor de inspectie een MDO plaats. In 91% van de dossiers gebeurde dit in de laatste 6 maanden.

Bij 81% van de dossiers kon aangetoond worden dat in de laatste 12 maanden voor de inspectie een psychiater aanwezig was bij minstens één MDO. In 62% van de dossiers was de zorggebruiker aantoonbaar aanwezig bij minstens één MDO.

Bij opsplitsing van de gegevens per sector valt op dat de scores op deze aspecten lager liggen op de gecontroleerde VAPH-afdelingen. Vooral de percentages van de dossiers met aanwezigheid van een psychiater (32%) en van de zorggebruiker (25%) tijdens een MDO verschillen sterk in vergelijking met de GGZ-afdelingen. Het lage cijfer over aanwezigheid van de psychiater tijdens een MDO kan verklaard worden vanuit de verschillende verwachtingskaders in beide sectoren.

	Totaal	GGZ	VAPH
Dossiers met een MDO in de laatste 12 maanden voor de inspectie	111/119 (93%)	91/91 (100%)	20/28 (71%)
Dossiers met een MDO in de laatste 6 maanden voor de inspectie	108/119 (91%)	88/91 (97%)	20/28 (71%)
Dossiers met een MDO met een psychiater aantoonbaar aanwezig in de laatste 12 maanden voor de inspectie	96/119 (81%)	87/91 (96%)	9/28 (32%)
Dossiers met een MDO met de zorggebruiker aantoonbaar aanwezig in de laatste 12 maanden voor de inspectie	74/119 (62%)	67/91 (74%)	7/28 (25%)

6.4.4 Reflecties

In alle gecontroleerde dossiers was er betrokkenheid van de zorggebruikers bij het zorgplan (zie 6.2). In 62% van de gecontroleerde dossiers was de zorggebruiker aanwezig bij een multidisciplinaire bespreking tijdens het laatste jaar voor de inspectie. Die aanwezigheid creëert mogelijkheden voor meer directe communicatie, transparantie en gezamenlijke besluitvorming. In voorzieningen waar dat niet gebeurt, is er betrokkenheid van de zorggebruikers via voorbereiding en terugkoppeling, wat wel informatie-uitwisseling mogelijk maakt maar minder ruimte laat voor interactie, onmiddellijke verduidelijking en directe inspraak. In een forensisch eisenkader zou duidelijker kunnen omschreven worden welke vormen van betrokkenheid minimaal verwacht worden en wat de verwachtingen zijn als de zorggebruiker zelf niet kan of wil deelnemen aan de multidisciplinaire bespreking.

6.5 RISICOTAXATIE

6.5.1 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.

6.5.2 Werkwijze

Vóór het inspectiebezoek werd aan de organisatie informatie gevraagd over het gebruik van een instrument voor risicotaxatie. Dit werd bevraagd voor alle forensische afdelingen, ook de afdelingen die niet bezocht werden. Tijdens de inspectie werd in een steekproef van zorgdossiers de informatie over risicotaxatie bekeken.

6.5.3 Vaststellingen

Op één VAPH-voorziening na maken alle bezochte voorzieningen gebruik van een geformaliseerde risicotaxatie; ze gebruiken daarvoor wetenschappelijk gevalideerde instrumenten. De functies van de medewerkers die instaan voor de afname van de risicotaxatie, variëren van voorziening tot voorziening en soms van instrument tot instrument.

In 2 van de 8 voorzieningen die gebruikmaken van wetenschappelijk gevalideerde risicotaxatie zijn er schriftelijke afspraken over de opleiding voor de afname van het instrument voor risicotaxatie.

Op 17 van de 27 forensische afdelingen bestaan er interne afspraken over de termijn waarbinnen risicotaxatie na opname wordt afgenomen. De termijn varieert van 3 tot 13 maanden na opname. Van de 10 afdelingen die geen frequentie hebben vastgelegd, geven er vijf aan geen rechtstreekse opnames te doen.

Op 21 van de 27 forensische afdelingen zijn er interne afspraken over de frequentie waarmee herevaluatie van de risicotaxatie gebeurt. De frequentie varieert van minstens om de 6 maanden tot alleen bij uitstroom of ontslag.

Er werden 119 dossiers gecontroleerd van zorggebruikers die minstens één jaar opgenomen waren op de afdeling. In 77 dossiers (65%) werd in de laatste 12 maanden voor de inspectie een risicotaxatie afgenomen. In 62 dossiers (52%) kwam een risicotaxatie aan bod tijdens een MDO in de laatste 12 maanden. Deze cijfers verschillen sterk van afdeling tot afdeling (soms zelfs binnen één organisatie), met scores van 0 tot 100%.

Daarnaast zijn er verschillen tussen beide sectoren, zoals blijkt uit de onderstaande tabel.

	Totaal	GGZ	VAPH
Dossiers waarin een risicotaxatie werd afgenomen in de laatste 12 maanden voor de inspectie	77/119 (65%)	71/91 (78%)	6/28 (21%)
Dossiers waarin tijdens de laatste 12 maanden voor de inspectie een risicotaxatie aan bod kwam tijdens een multidisciplinaire bespreking	62/119 (52%)	58/91 (64%)	4/28 (14%)

6.5.4 Reflecties

Hoewel alle afdelingen (op één uitzondering na) aangeven dat ze gebruikmaken van een wetenschappelijk gevalideerd risico-instrument voor risicotaxatie, zijn er grote verschillen tussen beide sectoren in de systematiek waarmee dit gebeurt en de afspraken die daarover gemaakt zijn. In sommige voorzieningen is het gebruik van risicotaxatie ingebed in vaste procedures en wordt de uitkomst genoteerd in het dossier en structureel gedeeld in het team. In andere voorzieningen gebeurt de risicotaxatie niet of eerder ad hoc. Dit kan ertoe leiden dat risico's op hervat onvoldoende worden ingeschat en meegenomen in het zorgtraject.

6.6 (VROEG)SIGNALERINGSPLAN

6.6.1 Kwaliteitsdoel

Om de veiligheid en het welzijn te verhogen, 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.

6.6.2 Werkwijze

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

6.6.3 Vaststellingen

In alle 9 bezochte voorzieningen wordt gebruik gemaakt van een sjabloon van een (vroeg)signaleringsplan. 7 van de 9 voorzieningen hebben daarnaast ook een procedure m.b.t. het gebruik van het (vroeg)signaleringsplan.

Er werd nagekeken of er (in het sjabloon of in de procedure) afspraken waren over een aantal onderwerpen.

		Aantal
Er zijn schriftelijke afspraken over		
de criteria voor de opmaak van het (vroeg)signaleringsplan		6/9
de manier waarop de zorggebruiker en/of diens vertegenwoordiger betrokken wordt bij de opmaak van het (vroeg)signaleringsplan		7/9
de manier van werken als de zorggebruiker niet kan of wil meewerken aan de opmaak		4/9
de manier waarop rekening gehouden wordt met de mogelijkheden en eventuele beperkingen van de zorggebruiker		7/9
de timing voor het opstellen van een (vroeg)signaleringsplan		6/9
de frequentie van evaluatie van het (vroeg)signaleringsplan		6/9

Hoewel alle organisaties gebruikmaken van een sjabloon voor het (vroeg)signaleringsplan, zijn niet altijd alle gezochte onderdelen in dit sjabloon of de procedure aanwezig. De manier van werken als de zorggebruiker niet kan of wil meewerken aan de opmaak ontbreekt het vaakst in de schriftelijke afspraken.

Er werden 119 dossiers gecontroleerd van zorggebruikers die minstens één jaar opgenomen waren op de afdeling.

	Aantal	%
Dossiers met een (vroeg)signaleringsplan	83/119	70
Dossiers met een (vroeg)signaleringsplan waarin waarschuwingssignalen zijn opgenomen	81/119	68
Dossiers met een (vroeg)signaleringsplan waarin strategieën voor spanningsreductie worden beschreven die de zorggebruiker zelf kan inzetten	77/119	65
Dossiers met een (vroeg)signaleringsplan waarin strategieën voor spanningsreductie worden beschreven die de omgeving kan inzetten	82/119	69

In 70% van de gecontroleerde dossiers was een (vroeg)signaleringsplan opgenomen. Een belangrijke vaststelling in dit verband is het grote verschil van afdeling tot afdeling, variërend van 0 tot 100%. Over het algemeen lagen de scores in de VAPH-voorzieningen hoger.

	Totaal	GGZ	VAPH
Dossiers met een (vroeg)signaleringsplan	83/119 (70%)	60/91 (66%)	23/28 (82%)

Er werden 53 zorggebruikers bevraagd. 29 van hen (55%) gaven aan dat er een (vroeg)signaleringsplan werd opgemaakt en dat ze betrokken werden bij de opmaak. 86% van de zorggebruikers die aangaven dat er een signaleringsplan werd opgemaakt, zei een kopie daarvan in bezit te hebben.

6.6.4 Reflecties

De multidisciplinaire richtlijn ter preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen adviseert dat een signaleringsplan wordt opgemaakt, alvorens er zich een crisis voordoet/ zou voordoen. Gezien de specifieke doelgroep van forensische zorggebruikers waarbij het risico op incidenten hoger ligt, is de opmaak van een signaleringsplan voor elke forensische zorggebruiker nodig voor een goede kwaliteit van zorg.

Onderzoek door Fluttert (2013) in een forensische setting heeft bovendien aangetoond dat het gebruik van een (vroeg)signaleringsplan bijdraagt aan een significante afname van het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen en een afname van de ernst van agressie. Deze inspectieronde heeft aangetoond dat dit evidence based instrument bij 30% van de gecontroleerde dossiers niet wordt gebruikt.

Tijdens de dossiersteekproef werd een strikt criterium gehanteerd om te kunnen spreken van een (vroeg)signaleringsplan. Alleen de plannen met een meerfasenstructuur gebaseerd op oplopende spanningsniveaus werden meegeteld. Volgens de betrokken voorzieningen met afdelingen voor seksueel delinquenten sluit een gefaseerd spanningsverloop niet altijd aan bij de klinische realiteit voor bepaalde doelgroepen, zoals zedendelinquenten. Er werd door deze voorzieningen aangegeven dat een te strak gedefinieerd (vroeg)signaleringsplan onvoldoende ruimte laat voor de manier waarop risicobeheersing in die context wordt vormgegeven.

6.7 INSTROOM EN UITSTROOM

6.7.1 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.

6.7.2 Werkwijze

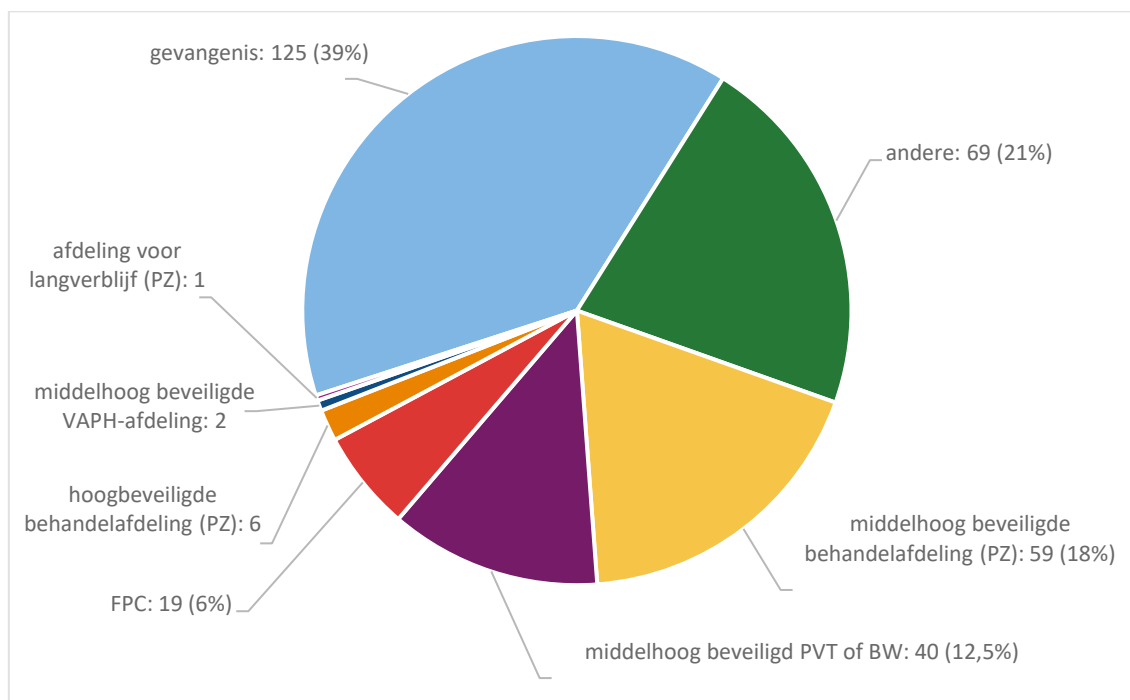
Vóór het inspectiebezoek werden aan de organisatie instroom- en uitstroomcijfers gevraagd. Instroom verwijst naar opnames in een forensische voorziening rechtstreeks vanuit een andere voorziening. Uitstroom betreft het verlaten van de forensische voorziening naar een andere voorziening (transfers naar een andere afdeling binnen de voorziening werden als doorstroom gedefinieerd).

6.7.3 Vaststellingen

Instroom

In 2024 werden op de in totaal 27 forensische afdelingen van de 9 geïnspecteerde organisaties 321 forensische zorggebruikers rechtstreeks van buiten de voorzieningen opgenomen (waarvan 240 nieuwe opnames en 81 heropnames).

In onderstaande figuur wordt aan de hand van een schijfdiagram toegelicht waar deze zorggebruikers voor hun opname verbleven.



39% van de instroom gebeurde vanuit de gevangenis. 18% stroomde in vanuit middelhoog beveiligde PZ-afdelingen en 12,5% vanuit een middelhoog beveiligd PVT of BW. Amper 6% van de ingestroomde zorggebruikers werden opgenomen vanuit een FPC.

21% van de instroom kwam van buiten gespecialiseerde forensische settings (de categorie "andere" bevat onder andere de thuiscontext, reguliere psychiatrisch ziekenhuizen, PVT, WZC en VAPH-voorzieningen).

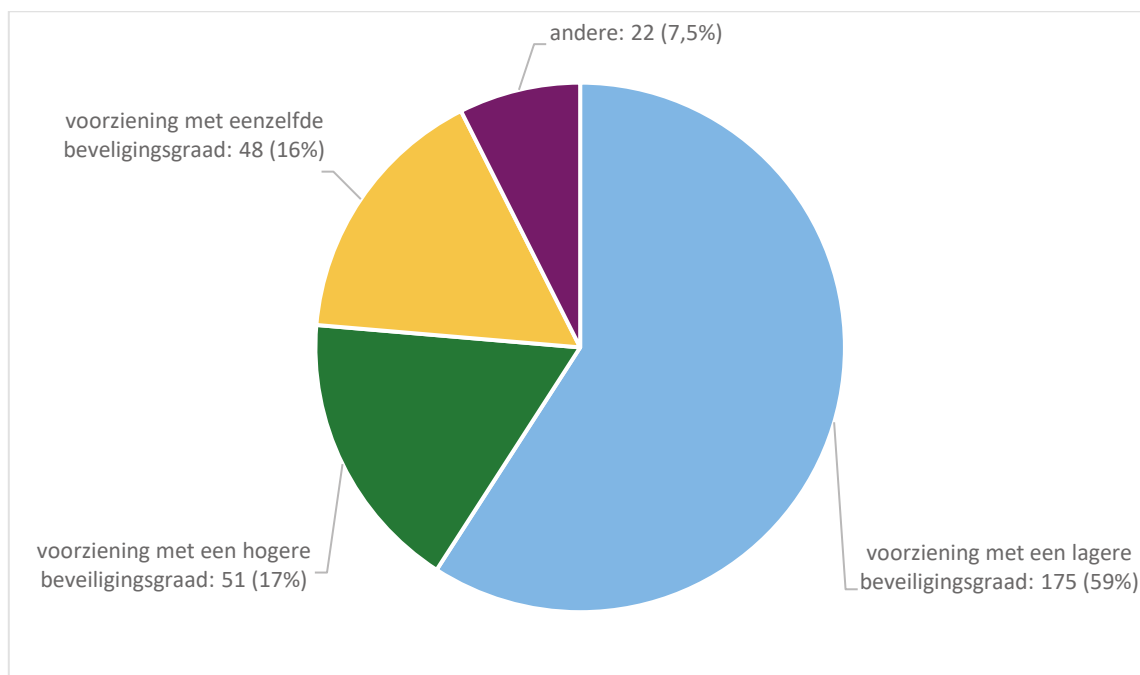
De in- en exclusiecriteria van de verschillende voorzieningen en afdelingen verschillen erg van elkaar. Sommige afdelingen formuleren weinig tot geen criteria, andere een uitgebreide lijst.

Uitstroom

In 2024 hebben 296 forensische zorggebruikers de voorziening verlaten (waarvan 51 naar de gevangenis en 1 naar een FPC) vanuit de in totaal 27 forensische afdelingen van de geïnspecteerde voorzieningen. Vanuit de GGZ-afdelingen stroomden 295 zorggebruikers uit (op een totaal van 540 residentiële forensische plaatsen) en vanuit uit de VAPH-afdelingen 1 zorggebruiker (op een totaal van de 58 forensische plaatsen die het voorwerp uitmaakten van deze inspectieronde).

Er werden door de voorzieningen tal van redenen vermeld voor overplaatsing naar de gevangenis: stopzetting van het behandelprogramma na gedragsproblemen zoals agressie, SGOG, na gebruik van alcohol of drugs, na nieuwe feiten, na schending van voorwaarden, na een poging tot ontvluchting, nood aan hoger beveiligingsniveau, op eigen vraag ...

In de volgende figuur worden de uitstroomcijfers verder toegelicht aan de hand van een schijfdiagram.



De meeste zorggebruikers (59%) stroomden uit naar een voorziening met een lagere beveiligingsgraad. Ongeveer één op de zes zorggebruikers (16%) stroomde uit naar een voorziening met eenzelfde beveiligingsgraad en net iets meer (17%) naar een voorziening met een hogere beveiligingsgraad. Tot de categorie "andere" (7,5%) behoren onder meer overlijden, ontvluchting en verblijfplaats onbekend of uitwijzing.

Alle voorzieningen gaven aan dat zij op het moment van de inspectie forensische zorggebruikers in begeleiding hadden die zij als klaar voor uitstroom beschouwden, maar waarvoor geen plaats in de vervolgzorg werd gevonden. Het ging om 113 zorggebruikers: 100 in GGZ-afdelingen (op een totaal van 540 plaatsen) en 13 in VAPH-afdelingen (op een totaal van de 58 forensische plaatsen die het voorwerp uitmaakten van deze inspectieronde).

6.7.4 Reflecties

Er bestaat aanzienlijke variatie inzake de in- en exclusiecriteria van de verschillende afdelingen, omdat de voorzieningen deze criteria onafhankelijk van elkaar bepalen. Dit kan ertoe leiden dat bepaalde profielen, zoals vrouwen, zorggebruikers met complexe comorbiditeiten of psychopathieën vaker niet opgenomen kunnen worden. Deze situatie benadrukt het belang van zorgvuldige afstemming in het zorgnetwerk om te voorkomen dat bepaalde groepen uit de boot vallen.

Er zijn grote verschillen in turnover (verhouding tussen het aantal uitgestroomde zorggebruikers en het aantal beschikbare plaatsen) tussen GGZ- en VAPH-afdelingen: in de GGZ lag het aantal uitgestroomde zorggebruikers in 2024 hoger dan de helft van het aantal beschikbare plaatsen, terwijl dit in de VAPH-afdelingen een verhouding van 1 op 60 bedroeg. In twee van de drie bezochte VAPH-units stroomde in de laatste twee jaar voor de inspectie geen enkele zorggebruiker uit naar een andere zorgvoorziening. VAPH-voorzieningen zijn globaal gezien meer gericht op langdurigheid; binnen die context is het voor de forensische VAPH-units een uitdaging om doorstroom te realiseren naar lager beveiligde zorgvormen.

Een aanzienlijk deel van de forensische zorggebruikers in de bezochte voorzieningen wordt klaar geacht voor uitstroom maar blijft er opgenomen omdat er geen plaats in de vervolgzorg wordt gevonden. Het aandeel zorggebruikers dat wacht op uitstroom is in de VAPH-voorzieningen hoger (ongeveer 1 op 4) dan in de GGZ-voorzieningen (ongeveer 1 op 5). Het gebrek aan beschikbare plaatsen in vervolgvoorzieningen kan leiden tot onnodig lange verblijven binnen forensische afdelingen, wat zowel voor de zorggebruikers als voor de voorzieningen problematisch is. Deze situatie benadrukt de noodzaak om de uitstroom en doorstroom verder te optimaliseren, zodat de continuïteit van zorg beter kan worden gewaarborgd.

Een zesde van de uitstroomcijfers heeft betrekking op een overbrenging naar de gevangenis; slechts één maal was er uitstroom naar een FPC. Tijdens de inspectiebezoeken kwam meermaals ter sprake dat rechtstreekse uitstroom naar FPC zeer moeilijk is waardoor terugkeer naar FPC in praktijk altijd via de gevangenis moet gebeuren, wat een onderbreking van het zorgtraject inhoudt.

6.8 INFORMATIEOVERDRACHT NAAR VERVOLGZORG

6.8.1 Kwaliteitsdoel

Goede communicatie naar vervolgzorg is cruciaal voor de continuïteit van zorg en kwaliteit van zorg.

6.8.2 Werkwijze

Tijdens de inspectie werd in een steekproef van dossiers van zorggebruikers die minstens een week (7 dagen teruggeteld van de inspectiedag) en maximaal twee jaar voor de inspectiedag uitstroomden vanuit de forensische afdeling(en) naar een andere voorziening (of naar de gevangenis, naar huis ...), nagegaan welke informatie (schriftelijk en/of mondeling) werd overgemaakt aan de vervolgzorg.

Ingeval van een schriftelijke informatieoverdracht naar de vervolgzorg werd onderzocht of de volgende inhoudelijke aspecten aan bod kwamen:

- > 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.

6.8.3 Vaststellingen

De aantoonbare informatieoverdracht naar de vervolgzorg werd gecontroleerd in 64 dossiers van zorggebruikers die uitgestroomd waren. Omdat niet verder dan twee jaar terug werd gekeken, werden in VAPH-voorzieningen – gezien de lage uitstroomcijfers – slechts een beperkt aantal dossiers gecontroleerd (in totaal vier dossiers in één voorziening en geen enkel dossier in de twee andere voorzieningen).

	Aantal	%
Er was overdracht van informatie naar de vervolgzorg aantoonbaar	64/64	100
Er was mondelinge overdracht van informatie naar de vervolgzorg aantoonbaar	38/64	59
Er was schriftelijke overdracht van informatie naar de vervolgzorg aantoonbaar	64/64	100
Er was zowel schriftelijke als mondelinge informatie naar de vervolgzorg aantoonbaar	38/64	59

In de 64 dossiers met schriftelijke overdracht werden de volgende elementen gezocht in de inhoud van deze informatie naar de vervolgzorg:

	Aantal	%
Schriftelijke communicatie met vermelding van de periode van begeleiding	61/64	95
Schriftelijke communicatie met vermelding van een probleemomschrijving	60/64	94
Schriftelijke communicatie met vermelding van een beschrijving van de evolutie / verloop van het traject	59/64	92
Schriftelijke communicatie met een risicotaxatie	32/64	50
Schriftelijke communicatie met een (vroeg)signaleringsplan	17/64	27
Schriftelijke communicatie met informatie over medicatie of een medicatieschema	63/64	98
Schriftelijke communicatie met vermelding van het IQ of ontwikkelingsniveau	40/64	63
Schriftelijke communicatie met vermelding van een psychiatrische diagnose	60/64	94

In slechts 8 dossiers (13%) bevatte de schriftelijke informatie naar de vervolgzorg alle bovenstaande elementen.

6.8.4 Reflecties

Door de beperkte uitstroom vanuit VAPH-afdelingen in de laatste twee jaar voor de inspectie kon daar slechts een beperkt aantal dossiers worden geanalyseerd (in totaal vier dossiers in één forensische VAPH-unit), wat onvoldoende was om conclusies te kunnen trekken.

Voor de GGZ-afdelingen konden meer dossiers worden bekeken, wat een beter zicht geeft op de informatieoverdracht en doorstroom. Deze dossiers tonen dat de overdracht van gegevens wel gebeurt, maar dat de informatie vaak onvolledig is.

7 VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

7.1 CONTROLES

7.1.1 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 zorggebruiker 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 zorggebruiker wordt daarover onmiddellijk voorafgaand aan een eventuele fouillering geïnformeerd.

7.1.2 Werkwijze

Vóór het inspectiebezoek werd aan de organisatie informatie gevraagd welke controles kunnen gebeuren bij forensische zorggebruikers: lichaamscontrole, kamercontrole, bagagecontrole, postcontrole, controle van surfgeschiedenis. De procedures over deze controles werden opgevraagd.

Onder lichaamscontrole wordt een controle verstaan met uitkleden of fysieke aanraking op of onder de kledij. Postcontrole heeft niet alleen betrekking op brieven, maar ook op elektronische berichten (bv. sms of e-mail).

Zorggebruikers werden bevraagd over de informatie die zij kregen over de mogelijke controles.

7.1.3 Vaststellingen

Alle bezochte afdelingen voorzien binnen hun beleid een aantal mogelijke controles. Op alle 21 bezochte afdelingen kunnen kamercontroles, bagagecontroles, postcontroles en controles van de surfgeschiedenis gebeuren. Op 90% van de afdelingen gebeuren lichaamscontroles en drugscreenings: twee voorzieningen (een GGZ- en een VAPH-voorziening met telkens één forensische afdeling) gaven aan nooit lichaamscontroles uit te voeren en twee VAPH-voorzieningen (ook telkens met één forensische afdeling) gaven aan dat ze nooit drugscreenings doen.

Er werd nagegaan of de controles die gebeuren, beschreven waren in procedures.

Aangezien lichaamscontrole en drugscreening in telkens twee voorzieningen niet gebeuren, werden die procedures slechts in 7 organisaties bekeken.

	Aantal
De werkwijze van een lichaamscontrole is (waar die gebeurt) beschreven in een procedure	6/7
De werkwijze van een kamercontrole is (waar die gebeurt) beschreven in een procedure	6/9
De werkwijze van een bagagecontrole is (waar die gebeurt) beschreven in een procedure	5/9
De werkwijze van een postcontrole is (waar die gebeurt) beschreven in een procedure	3/9
De werkwijze van een drugscreening is (waar die gebeurt) beschreven in een procedure	7/7
De werkwijze van een controle van de surfgeschiedenis is (waar die gebeurt) beschreven in een procedure	3/9

In twee voorzieningen waren de werkwijzen van alle controles beschreven in procedures. In één voorziening was geen enkele controle beschreven in procedures. In de andere zes voorzieningen was er voor één of meerdere toegepaste controles geen procedure uitgeschreven.

Bij zes voorzieningen werden inhoudelijke bemerkingen gemaakt bij de procedures en/of de gehanteerde praktijk. Voorbeelden hiervan zijn problemen met briefgeheim (bv. lezen van sms-verkeer, openen van brieven), onvoldoende privacy tijdens urinestaalname voor drugscreening, steekproefsgewijze of collectieve kamercontroles zonder individuele motivering, bagage- en lichaamscontroles zonder individuele motivering.

Er werden 53 zorggebruikers bevraagd over de controles die op de forensische afdeling kunnen gebeuren. 50 van hen (94%) gaven aan geïnformeerd te zijn over de controles die kunnen plaatsvinden of over de voorwaarden waarbinnen die controles gebeuren.

7.1.4 Reflecties

In alle voorzieningen gebeuren in meerdere of mindere mate controles. De indicaties en voorwaarden waarbinnen deze controles uitgevoerd worden, zijn niet altijd schriftelijk vastgelegd in procedures. Dit zorgt voor onduidelijkheid zowel bij zorggebruikers als bij medewerkers over het wat, wanneer en hoe van eventuele controles. Bovendien bestaan over dit onderwerp weinig of geen richtlijnen waardoor elke organisatie de manier van werken zelf inhoudelijk invult, met grote onderlinge verschillen als resultaat. Een helder regelgevend kader kan houvast bieden, zodat de rechten van zorggebruikers doorheen hun forensisch zorgtraject overal op een gelijkaardige manier ingevuld worden.

Waar wel procedures beschikbaar waren, bleek de werkwijze soms voor verbetering vatbaar (bv. omdat ze niet in overeenstemming zijn met regelgeving of omdat controles niet enkel op basis van geïndividualiseerde vermoedens worden toegepast).

Uit de inspecties blijkt dat vooral het thema 'lichaamscontrole' gepaard gaat met diverse uitdagingen. In het merendeel van de bezochte afdelingen voorziet het beleid in de mogelijkheid tot lichaamscontroles, vrijwel altijd ondersteund door een procedure.

- > Een eerste probleem betreft de spraakverwarring: de term "lichaamscontrole" wordt niet uniform begrepen, wat onder meer leidt tot uiteenlopende praktijken. Het gaat hier van controle op of onder de kledij, over visuele controle van een (gedeeltelijk) ontklede zorggebruiker tot zelfs controle van lichaamsholtes. Sommige voorzieningen hanteren hierbij een ruime definitie, vergelijkbaar met die uit de gevangeniswetgeving, terwijl andere voorzieningen het begrip veel beperkter invullen.
- > Daarnaast is er een gebrek aan heldere wetgeving of richtlijnen. Het blijft vaak nog onduidelijk wat mag, door wie en onder welke voorwaarden. Mogelijke richtinggevende kaders vertonen ook sterke onderlinge verschillen en invalshoeken (bv. wetgeving gevangeniswezen, het Decreet Rechtspositie Minderjarigen (DRM), mensenrechten, adviezen van de Orde der Artsen en van het European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT)). Dit draagt bij tot uiteenlopende praktijken.
- > Verder wordt de praktijk in een voorziening vaak beïnvloed door concrete incidenten in het verleden, zoals het verbergen van gevaarlijke voorwerpen (bv. aansteker, drugs) in lichaamsholtes, terwijl andere voorzieningen deze controles niet noodzakelijk achten.
- > In de context van bovenstaande elementen bedenken voorzieningen vaak eigen oplossingen. Dit kan gaan van het eng definiëren van lichaamscontrole, waardoor een visuele controle van een ontklede zorggebruiker niet als lichaamscontrole wordt benoemd, tot zelfs het uitbesteden van fysieke lichaamscontroles aan de politie.

Bovenstaande toont aan dat er bij uitstap over lichaamscontrole nood is aan een gemeenschappelijk kader met duidelijke en juridisch onderbouwde richtlijnen. Dergelijke richtlijnen kunnen zorgen voor meer uniformiteit tussen voorzieningen, rechtszekerheid voor medewerkers en vooral een betere bescherming van de rechten van de zorggebruikers. Internationale richtlijnen (bv. van de Raad van Europa en de Verenigde Naties) kunnen hierbij richtinggevend zijn.

7.2 AFZONDERING EN MECHANISCHE FIXATIE

7.2.1 Kwaliteitsdoel

Vrijheidsbeperkende maatregelen 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.

7.2.2 Werkwijze

Vóór het inspectiebezoek werd gevraagd welke vrijheidsbeperkende maatregelen volgens de organisatie kunnen toegepast worden bij forensische zorggebruikers. De procedures hierover werden opgevraagd, 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 twee jaar voor de inspectie werden afgezonderd, werden de notities bekeken over reden, duur, verantwoordelijke voor de beslissing, omstandigheden, toezicht en nabespreking met de zorggebruiker. Wat toezicht betreft werd tijdens deze inspectieronde gecontroleerd of er minstens om het uur notities waren over toezicht, niettegenstaande de richtlijnen toezicht om het half uur vereisen. Deze keuze werd gemaakt om te vermijden dat toezicht als onvoldoende werd beoordeeld omwille van eventuele vertraging tussen het moment van toezicht en het moment waarop hierover werd genoteerd in het dossier (omdat het elektronisch dossier het tijdstip van noteren vastlegt).

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

- > **Afzondering** is het verblijf van een persoon in een daartoe speciaal voorziene individuele afzonderingsruimte, hetzij in een ander lokaal voor één persoon, die 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, die 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).
- > **Compartimentering** is in een lokaal een aparte ruimte voor één persoon creëren die 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.

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

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

7.2.3 Vaststellingen

Beleid

Op de bezochte forensische afdelingen werd aangegeven dat één of meerdere vrijheidsbeperkende maatregelen konden worden toegepast bij zorggebruikers.

- > Op alle bezochte forensische afdelingen voorzagen de afspraken dat bij een crisis afzondering in een afzonderingsruimte kon toegepast worden.
- > Nergens gebeurde afzondering in de afzonderingsruimte als een structurele maatregel.
- > Afzondering buiten de afzonderingsruimte (bv. op de eigen kamer of in een prikkelarme ruimte) gebeurde:
 - nergens als collectieve maatregel
 - op zes bezochte afdelingen bij crisis; dit werd vaak als deel van een gefaseerde aanpak van crisissen gezien, met een fase van afzondering op de eigen kamer of in een prikkelarme ruimte (PAR) vóór of na afzondering in een afzonderingsruimte.
 - op één van deze zes afdelingen ook structureel op de eigen kamer (op vaste momenten overdag en 's nachts).
- > Mechanische fixatie tijdens een afzondering in de afzonderingsruimte was mogelijk op 15 van de 21 afdelingen.
- > Geen enkele bezochte afdeling paste mechanische fixatie toe buiten de afzonderingsruimte.
- > Compartimentering werd op geen enkele bezochte forensische afdeling toegepast.

Procedures

In alle voorzieningen is er een procedure waarin de indicaties en de instructies voor afzondering staan beschreven.

In zes van de negen voorzieningen werden inhoudelijke knelpunten opgemerkt in de afzonderingsprocedure:

- > Drie keer waren de indicaties niet helemaal in lijn met de richtlijnen: (louter) verbale agressie, afzondering als terugkerende maatregel in het zorgplan en afzondering als maatregel binnen het orthopedagogische leefklimaat zijn volgens de richtlijnen niet aanvaardbaar als indicatie voor afzondering.
- > Twee keer werd een minimumduur van afzondering bepaald, wat ingaat tegen het principe om afzonderingen zo kort mogelijk te houden.
- > Vier keer werd in de procedure het gebruik van de polsklem als pijnprikkel vermeld, wat vragen oproept i.v.m. de humane omstandigheden tijdens afzondering.
- > Twee keer was in de afzonderingsprocedure niet vermeld hoe het toezicht op de zorggebruiker moest gebeuren tijdens afzondering op de eigen kamer.

In één voorziening waren er bijkomende problemen met het toezicht op afzonderingen op de eigen kamer: er ontbraken niet alleen afspraken, maar over dit toezicht werden ook geen notities gemaakt en de zorggebruiker kon niemand oproepen tijdens die afzonderingen.

Zeven van de negen voorzieningen gaven in hun beleid aan dat mechanische fixatie kon toegepast worden bij zorggebruikers van de forensische afdelingen. Mechanische fixatie gebeurde altijd tijdens afzondering in de afzonderingsruimte.

In deze zeven voorzieningen was er overal een procedure met daarin de indicaties en de instructies voor mechanische fixatie.

In drie voorzieningen werden inhoudelijke knelpunten opgemerkt in de fixatieprocedure.

- > Eén keer waren de indicaties niet helemaal in lijn met de richtlijnen: fixatie als terugkerende maatregel opgenomen in het zorgplan is volgens de richtlijnen niet aanvaardbaar als indicatie voor mechanische fixatie.
- > Twee keer waren er aspecten in de procedures die vragen oproepen rond de humane omstandigheden tijdens mechanische fixatie: het ontbreken van instructies over eten en drinken en toiletbezoek tijdens fixatie, het verplicht uitkleden (tot op ondergoed) bij fixatie.

Alle voorzieningen die mechanische fixatie toepassen, gebruiken polsbanden, enkelbanden en lendengordel als fixatiemiddelen. Eén voorziening gebruikt daarnaast ook een perineale gordel en een thoraxharnas.

Vanuit een preventieve visie werd daarnaast het gebruik bevraagd van alternatieve hulpmiddelen voor de-escalatie of voor fixatie. Vijf voorzieningen gebruiken een verzwarringsdeken; één hiervan gebruikt daarnaast ook een wikkeldeken. Twee van deze vijf voorzieningen passen geen mechanische fixatie toe.

Cijfergegevens

Het aantal afzonderingen in 2024 werd opgevraagd voor alle 27 forensische afdelingen (ook voor de niet-bezochte afdelingen).

- > Over alle forensische afdelingen heen (met een totale capaciteit voor 598 forensische zorggebruikers) waren er in 2024 in totaal 581 afzonderingen.
- > Vijf afdelingen hadden geen afzonderingen in 2024.
- > Op één van beide hoogbeveiligde afdelingen gebeurden 363 afzonderingen of 62% van het totaal aantal afzonderingen in 2024. De doelgroep op dit soort afdelingen wordt over het algemeen gekenmerkt door een zwaardere problematiek dan op middelhoog beveiligde afdelingen.
- > Het totaal aantal afzonderingen op de 25 middelhoog beveiligde afdelingen bedroeg 217 in 2024 en varieerde tussen 0 en 49 (het gemiddelde aantal afzonderingen per afdeling bedroeg 9 en de mediaan 2). Deze cijfergegevens zijn evenwel geen goede maat om te vergelijken hoe vaak afzondering voorkomt (per zorggebruiker) op de verschillende afdelingen, aangezien het aantal zorggebruikers per afdeling varieerde tussen 5 en 34.

Een belangrijke nuancering van bovenstaande cijfergegevens is de vaststelling dat ze in minstens drie voorzieningen een onderschatting van de realiteit vormen omdat niet alle afzonderingen (op dezelfde manier) werden meegeteld: afzonderingen op de eigen kamer werden soms niet volledig meegeteld en/of onderbroken afzonderingen werden niet apart geteld maar samen als één langdurige afzondering.

Ook de cijfergegevens over het aantal mechanische fixaties op de forensische afdelingen in 2024 werden opgevraagd.

- > Op 19 van de 27 afdelingen (70%) gebeurde er geen mechanische fixatie in 2024.
- > Het totaal aantal geregistreerde mechanische fixaties op de acht andere forensische afdelingen bedroeg 79 in 2024.
- > 66 of 84% van het totaal aantal mechanische fixaties in 2024 gebeurde op één van beide hoogbeveiligde afdelingen. De doelgroep op dit soort afdelingen wordt over het algemeen gekenmerkt door een zwaardere problematiek dan op middelhoog beveiligde afdelingen.
- > Het aantal fixaties op de 25 middelhoog beveiligde afdelingen varieerde in 2024 tussen 0 en 7 (gemiddelde 0,5 en mediaan 0), met een totaal van 13.
- > De 79 mechanische fixaties gebeurden allemaal in combinatie met afzondering.

Dossiercontrole afzonderingen

Er werden in totaal 45 dossiers over afzonderingen gecontroleerd in zeven voorzieningen.

De dossiersteekproef had betrekking op zorggebruikers van de forensische afdelingen die in de laatste 12 maanden vóór de inspectie werden afgezonderd tijdens een crisis.

Het aantal afzonderingen van sommige voorzieningen en afdelingen was erg laag. Om deze reden varieerde de steekproefgrootte van één tot tien gecontroleerde afzonderingsdossiers. In twee voorzieningen waren er geen afzonderingen in die 12 maanden en gebeurde daarom geen dossiersteekproef.

	Aantal	%
Afzonderingen met vermelding start (uur en datum)	45/45	100
Afzonderingen met vermelding einde	44/45	98
Afzonderingen met vermelding van de verantwoordelijke voor de beslissing tot afzondering	42/45	93
Afzonderingen met verslag van aanleiding/motivering	42/45	93
Afzonderingen met vermelding reden	44/45	98
Afzonderingen met elk uur notities over toezicht en toestand	38/45	84
Afzonderingen met elk uur persoonlijk contact of motivering voor andere frequentie van persoonlijk contact	33/45	73
Afzonderingen met elk uur persoonlijk contact	25/45	56
Afzonderingen met niet elk uur persoonlijk contact maar met motivering voor andere frequentie van persoonlijk contact	8/45	18
Afzonderingen langer dan 24 uur	4/45	9
Afzonderingen langer dan 24 uur met teamoverleg met collega van andere afdeling	2/4	50
Afzonderingen met informatie over toestemming	42/45	93
Afzonderingen met informatie over mate van toestemming vooraf over afzondering	15/45	33
Afzonderingen met informatie over graad van medewerking tijdens verloop van overbrenging	40/45	89
Afzonderingen met verslag van nabespreking met de zorggebruiker	17/45	38

Bij geen enkele inspectie waren tijdens de dossiersteekproef alle gezochte gegevens aanwezig in alle gecontroleerde afzonderingen.

- > Start en einde waren altijd genoteerd, op één uitzondering na. Zonder beide gegevens kan de duur van de afzondering niet berekend worden, wat één van de belangrijke indicatoren is voor de evaluatie van het beleid over vrijheidsbeperkende maatregelen.
- > In 93% van de afzonderingen werd er een verantwoordelijke voor de beslissing tot afzondering vermeld. In GGZ-voorzieningen moet hierbij ook altijd een verantwoordelijke arts én een verantwoordelijke verpleegkundige vermeld staan; dit was voor alle gecontroleerde afzonderingen in GGZ-voorzieningen in orde.
- > Het verslag van de aanleiding van de afzondering was nagenoeg overal in orde; slechts in één voorziening ontbrak dit in enkele dossiers.
- > De reden van de afzondering werd in 98% van de dossiers gevonden.
- > Uit de dossiersteekproef blijkt dat de registraties over het toezicht tijdens afzondering meestal voldoende zijn (een probleem kan zowel te wijten zijn aan onvoldoende notities als aan onvoldoende frequent toezicht).
 - Bij de dossiercontrole werd nagegaan of er minstens elk uur notities over toezicht waren. Hierbij bleek dat in 84% van de gecontroleerde afzonderingen het toezicht minstens om het uur werd genoteerd. In sommige voorzieningen waren alle dossiers in orde; in de andere ontbraken toezichtmomenten in één of twee dossiers.

- Bij 7 verschillende afzonderingen werd vastgesteld dat er niet om het uur notities waren. Er waren hierbij in totaal 11 momenten waarbij een registratie werd verwacht maar deze niet aantoonbaar was. De maximale duur tussen twee toezichtmomenten per dossier varieerde van 79 tot 570 minuten.
 - Daarnaast stelt de GGZ-richtlijn om het uur persoonlijk contact voorop, tenzij er een motivering in het dossier staat vermeld voor een andere frequentie van toezicht (bv. "de zorggebruiker slaapt"). 73% van de gecontroleerde afzonderingen was voor dit onderwerp in orde (d.w.z. persoonlijk contact om het uur of motivering voor een andere frequentie).
- > Vier van de 45 gecontroleerde afzonderingen duurden langer dan 24 uur (het gaat om 4 afzonderingen in 4 GGZ-voorzieningen). Bij deze vier afzonderingen werd nagegaan of een teamoverleg met een collega van een andere afdeling gebeurde; dit was in de helft van de gevallen in orde⁴.
- > In de meerderheid van de dossiers (93%) was informatie te vinden over de mate van toestemming van de zorggebruiker voor afzondering.
- De toestemming kan op twee momenten genoteerd worden:
- Bevraging van de voorkeuren of afkeuren van de zorggebruiker m.b.t. de verschillende vormen van afzonderen of fixeren tijdens de opname (bv. genoteerd in het signaleringsplan). De informatie over toestemming vooraf werd in een derde van de afzonderingsdossiers gevonden.
 - Graad van medewerking bij aanvang van de afzondering (bv. zorggebruiker staat toe, zorggebruiker verzet zich verbaal of fysiek, zorggebruiker werd geen toestemming gevraagd, zorggebruiker was niet in staat om toestemming te geven, zorggebruiker vroeg de maatregel zelf ...). De informatie over toestemming bij aanvang van de afzondering werd in 89% van de afzonderingsdossiers gevonden.
- > Een verslag van de nabespreking met de zorggebruiker werd in 38% van de afzonderingsdossiers gevonden⁵.

7.2.4 Reflecties

Er bestaan grote verschillen tussen de forensische afdelingen inzake het beleid rond en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, bv. wat betreft het al dan niet toepassen van mechanische fixatie en in de locaties waar men afzonderd. Niet al deze verschillen zijn toe te schrijven aan een verschil qua doelgroep.

In de meerderheid van de voorzieningen zijn de afspraken over afzondering niet helemaal in lijn met de geldende richtlijnen: de indicaties zijn ruimer dan een zeer uitzonderlijke veiligheidsmaatregel, er is geen garantie dat de afzondering zo kort mogelijk gebeurt, er worden pijnprikkels gebruikt bij afzondering en/of het toezicht is onvoldoende geregeld.

Uit de dossiercontroles blijkt dat de registraties over het toezicht tijdens afzondering meestal voldoende zijn, maar dat er soms toch te lange periodes zijn zonder notities over toezicht in het dossier (variërend van ruim een uur tot meer dan 9 uur). Dit kan belangrijke risico's inhouden voor veiligheid en kwaliteit van zorg.

Tijdens deze inspectieronde bleek dat de manier waarop voorzieningen cijfers over afzondering verzamelen niet eenduidig genoeg is om deze cijfers te kunnen vergelijken over de afdelingen en voorzieningen heen. Op basis van de beschikbare cijfers lijken er verschillen te bestaan in het toepassen van afzondering, maar het is niet duidelijk in hoeverre die verschillen zijn toe te wijzen aan verschillen in de manier van registreren. Daarnaast is er een verschil in risicoprofiel van de doelgroep tussen hoogbeveiligde en middelhoog beveiligde forensische afdelingen, wat wellicht een invloed kan hebben op het aantal (agressie-)incidenten en daarmee ook op het aantal toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen.

⁴ Deze eis werd op 13/6/2024 gecommuniceerd aan de GGZ-sector d.m.v. de geactualiseerde VBM-module van het referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen en is daardoor pas recent ingevoerd in de sector.

⁵ Deze eis werd op 13/6/2024 gecommuniceerd aan de GGZ-sector d.m.v. de geactualiseerde VBM-module van het referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen en is daardoor pas recent ingevoerd in de sector.

8 VERBETERBELEID

8.1.1 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 daarbij 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.

8.1.2 Werkwijze

De beschikbaarheid en analyse van cijfergegevens over kwaliteit van zorg werd nagegaan. Hierbij werden 7 soorten cijfergegevens geraadpleegd, waarbij altijd werd nagegaan of de voorziening over cijfers voor de forensische werking beschikte. Deze cijfergegevens mochten maximaal 5 jaar oud zijn. Daarnaast werd gekeken of er geaggregeerde cijfers voor 2024 beschikbaar waren én of er een analyse van deze cijfers beschikbaar was.

Tijdens de inspectie werden de beschikbare cijfergegevens opgevraagd over:

- > outcome-indicatoren/uitkomstenmetingen
- > tevredenheid zorggebruikers
- > tevredenheid medewerkers
- > klachten
- > agressie-incidenten
- > seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG)
- > vrijheidsbeperkende maatregelen (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.

8.1.3 Vaststellingen

In de 9 geïnspecteerde voorzieningen werden volgende vaststellingen gedaan.

Onderwerp	Cijfers beschikbaar voor de forensische werking (max. 5 jaar oud)	Geaggregeerde cijfers beschikbaar voor 2024	Analyse beschikbaar van de cijfers van 2024
Outcome-indicatoren / uitkomstenmetingen	8/9	3/9	3/9
Tevredenheidsmeting zorggebruikers	8/9	7/9	7/9
Tevredenheidsmeting medewerkers	9/9	2/9	2/9
Klachten	6/9	8/9	7/9
Agressie-incidenten	9/9	9/9	9/9
SGOG	8/9	8/9	8/9
VBM	9/9	9/9	7/9

8.1.4 Reflecties

De meeste organisaties hebben een goed zicht op de bevraagde aspecten van hun forensische werking. Ze verzamelen (jaarlijks) cijfers over verschillende aspecten van kwaliteit van zorg en analyseren die cijfers om een vinger aan de pols te houden.

Onderwerpen die niet overal van even nabij worden opgevolgd zijn de uitkomstenmetingen en de tevredenheid van medewerkers, wat een blinde vlek kan opleveren voor deze belangrijke aspecten.

9 OVERZICHT VERBETERPUNTEN

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van alle verbeterpunten (inbreuken en aandachtspunten) die werden geformuleerd in de inspectieverslagen. Per verbeterpunt staat vermeld in hoeveel voorzieningen dat werd geformuleerd in de inspectieverslagen, opgesplitst per sector.

Enkele aandachtspunten in dit verband:

- > Een inbreuk betreft de niet-naleving van regelgeving of van geformaliseerde afspraken, terwijl een aandachtspunt geformuleerd wordt wanneer de voorziening onvoldoende scoort op wat Zorginspectie verwacht op het vlak van kwaliteit van zorg.
Omdat de geldende regelgeving voor VAPH-voorzieningen sterk verschilt van de wetgeving en verwachtingskaders voor GGZ-voorzieningen, worden verbeterpunten in beide sectoren soms anders gekwalificeerd. Eenzelfde vaststelling kan in de ene sector dus tot een inbreuk leiden, terwijl deze in de andere sector als een aandachtspunt wordt geformuleerd (bij gebrek aan formele verwachting). Dit verschil in beoordeling impliceert niet noodzakelijk een verschil in kwaliteit.
Inbreuken staan in de tabel **vet** gemarkeerd.
- > Een "0" betekent dat het betreffende verbeterpunt in geen enkele voorziening werd vastgesteld.
- > Niet aan alle vaststellingen (die beschreven staan in de hoofdstukken 4 tot 8) kon een verbeterpunt gekoppeld worden, bv. omdat er in geen van beide sectoren een juridische norm of duidelijke kwaliteitsverwachting bestaat.

9.1 INFRASTRUCTUUR

Potentiële verbeterpunten	Aantal voorzieningen waar het verbeterpunt werd vastgesteld		
	Totaal	GGZ	VAPH
Forensische afdelingen			
Niet elke zorggebruiker beschikt over een eenpersoonskamer.	4/9	4/6	0/3
De afdeling beschikt niet over infrastructurele mogelijkheden die kunnen gebruikt worden voor een gefaseerde aanpak van agitatie zonder gesloten deur, terwijl niet elke zorggebruiker beschikt over een eenpersoonskamer.	0/9	0/9	0/3
Afzonderingsruimtes			
De afzonderingsruimtes zijn niet volledig in orde qua veiligheid.	8/9	5/6	3/3
Rookdetectie	0/9	0/6	0/3
Visueel toezicht op volledige ruimte	1/9	0/6	1/3
Verankerd bed	1/9	1/6	0/3
Scheurvrij linnen	5/9	3/6	2/3
Brandvrije matras	0/9	0/6	0/3
Bereikbaar oproepsysteem	3/9	1/6	2/3
Geen mogelijkheid voor de zorggebruiker om te communiceren	4/9	2/6	2/3
Blokkeerbaarheid deur	0/9	0/6	0/3
Risico's inzake kwetsen/automutilatie/verhanging	7/9	5/6	2/3
De afzonderingsruimtes zijn niet volledig in orde qua comfort.	4/9	1/6	3/3
Geen zichtbare tijdsaanduiding	2/9	0/6	2/3
Geen aangepaste tijdsaanduiding	1/9	0/6	1/3
Daglicht	0/9	0/6	0/3
Verduistermogelijkheden	2/9	1/6	1/3
Ligging toilet	1/9	0/6	1/3
Te klein (minder dan 6 m ² of onvoldoende groot voor 2 medewerkers)	1/9	0/6	1/3
De afzonderingsruimtes zijn niet volledig in orde qua privacy.	4/9	2/6	2/3
Inkijk door onbevoegden via raam en/of via monitor	4/9	2/6	2/3
De afzonderingsruimtes zijn niet allemaal vlot bereikbaar.	6/9	5/6	1/3

9.2 MEDEWERKERS

Potentiële verbeterpunten	Aantal voorzieningen waar het verbeterpunt werd vastgesteld		
	Totaal	GGZ	VAPH
Bestaffing tijdens de nacht en het weekend			
Op de afdeling voldeed de bestaffing tijdens de gecontroleerde nacht niet.	3/9	3/6	0/3
Op de afdeling was geen verpleegkundige aanwezig tijdens de gecontroleerde shift.	2/6	2/6	nvt
Op de afdeling waren meer dan 30 zorggebruikers en er was maar één verpleegkundige aanwezig.	1/6	1/6	nvt
De inzet van personele middelen doorheen de dag en/of de nacht is onvoldoende afgestemd op de noden van de zorggebruikers.	0/3	nvt	0/3
Op de afdeling voldeed de bestaffing tijdens het gecontroleerde weekend niet.	2/9	2/6	0/3
Op de afdeling was er geen verpleegkundige aanwezig tijdens de gecontroleerde shift.	2/6	2/6	nvt
Op de afdeling waren meer dan 30 zorggebruikers en er was maar één verpleegkundige aanwezig.	0/6	0/6	nvt
De inzet van personele middelen doorheen de dag en/of de nacht is onvoldoende afgestemd op de noden van de zorggebruikers.	0/3	nvt	0/3
Aanpak van incidenten			
Medewerkers kunnen bij een (agressie-)incident geen hulp oproepen.	0/6	0/6	nvt
In geval van een crisissituatie is fysieke bijstand binnen de 30 minuten onvoldoende gegarandeerd op de gecontroleerde momenten.	0/3	nvt	0/3
Er zijn geen personen (intern of extern) specifiek aangeduid voor opvang van medewerkers na een incident.	0/9	0/6	0/3
Vorming, training en opleiding (VTO)			
Er zijn geen schriftelijke afspraken over vorming over:			
agressiepreventie/-hantering	0/9	0/6	0/3
het gebruik van (vroeg)signaleringsplan	4/9	2/6	2/3
het inoefenen van afzonderingstechnieken	1/9	0/6	1/3
het inoefenen van fixatietechnieken	1/9	0/6	1/3
SGOG	3/9	2/6	1/3
In de afspraken over inscholing zijn volgende onderwerpen niet opgenomen:			
agressiepreventie/-hantering	0/9	0/6	0/3
(vroeg)signalering	5/9	3/6	2/3
het inoefenen van afzonderingstechnieken	1/9	0/6	1/3
het inoefenen van fixatietechnieken	1/9	0/6	1/3
SGOG	3/9	2/6	1/3
In de afspraken over continue vorming zijn volgende onderwerpen niet opgenomen:			
(vroeg)signalering	4/9	2/6	2/3
SGOG	3/9	2/6	1/3
In de afspraken over continue vorming zijn volgende onderwerpen niet als verplichte vorming opgenomen:			
agressiepreventie/-hantering	1/9	0/6	1/3
het inoefenen van afzonderingstechnieken	1/9	0/6	1/3
het inoefenen van fixatietechnieken	1/9	0/6	1/3

9.3 ZORGTRAJECT

Potentiële verbeterpunten	Aantal voorzieningen waar het verbeterpunt werd vastgesteld		
	Totaal	GGZ	VAPH
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):			
Geen enkele zorggebruiker mag zijn eigen financiën beheren.	1/9	1/6	0/3
Geen enkele zorggebruiker heeft overdag vrije toegang tot de eigen kamer.	0/9	0/6	0/3
Alle zorggebruikers hebben verplichte kamermomenten (deur niet op slot) waarbij ze de kamer niet mogen verlaten.	2/9	1/6	1/3
's Nachts/overdag worden zorggebruikers op de eigen kamer opgesloten.	0/9	0/6	0/3
Zorggebruikers kunnen niet dagelijks in de buitenlucht.	0/9	0/6	0/3
Het beleid over seksualiteitsbeleving is niet uitgeschreven.	3/9	2/6	1/3
Zorgplan: opmaak, inhoud, inspraak en evaluatie			
Niet in alle gecontroleerde dossiers kon een zorgplan worden getoond.	0/9	0/6	0/3
In < 80 van de gecontroleerde dossiers kon de inspraak van de (vertegenwoordiger van de) zorggebruiker in het zorgplan aangetoond worden.	0/9	0/6	0/3
In < 80% van de gecontroleerde dossiers kon een evaluatie van het zorgplan tijdens een MDO in de laatste 12 maanden voor de inspectie getoond worden.	1/9	0/6	1/3
In < 80% van de gecontroleerde dossiers kon een dag-/weekschema getoond worden.	2/9	1/6	1/3
In < 80% van de gecontroleerde dossiers kon informatie over de context van de zorggebruiker getoond worden.	0/9	0/6	0/3
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie of de zorggebruiker minderjarige kinderen heeft.	5/9	2/6	3/3
Zorgplan: communicatie tussen zorgverleners			
Niet alle betrokken hulpverleners hebben toegang tot de nodige informatie.	1/9	0/6	1/3
In < 80% van de gecontroleerde dossiers vond een MDO plaats in de afgelopen 12 maanden.	1/9	0/6	1/3
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was een psychiater aanwezig bij minstens één MDO in de laatste 12 maanden voor de inspectie.	2/9	0/6	2/3
Zorgplan: gesprekken van zorggebruikers met zorgverleners			
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er de afgelopen 12 maanden een individueel contact/gesprek met een psychiater.	4/9	1/6	3/3
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er de afgelopen maand een individueel gesprek met een individueel begeleider.	0/9	0/6	0/3
Risicotaxatie			
Er wordt door de organisatie geen gebruik gemaakt van een wetenschappelijk gevalideerd instrument voor risicotaxatie.	1/9	0/6	1/3
Er zijn geen schriftelijke afspraken over opleiding voor afname van het instrument voor risicotaxatie.	7/9	4/6	3/3
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd een risicotaxatie afgenomen in de laatste 12 maanden voor de inspectie.	5/9	2/6	3/3
In < 80% van de gecontroleerde dossiers kwam risicotaxatie aan bod bij een multidisciplinaire bespreking tijdens de laatste 12 maanden voor de inspectie.	5/9	2/6	3/3

(Vroeg)signaleringsplan			
Met betrekking tot het (vroeg)signaleringsplan zijn er geen schriftelijke afspraken over:			
de criteria voor de opmaak van het (vroeg)signaleringsplan	3/9	1/6	2/3
de manier waarop de zorggebruiker en/of diens vertegenwoordiger betrokken wordt bij de opmaak van het (vroeg)signaleringsplan	2/9	1/6	1/3
de manier van werken als de zorggebruiker niet kan of wil meewerken aan de opmaak	5/9	2/6	3/3
de timing voor het opstellen van een (vroeg)signaleringsplan (i.e. de termijn na opname waarbinnen een (vroeg)signaleringsplan wordt opgesteld).	3/9	1/6	2/3
de frequentie van evaluatie van het (vroeg)signaleringsplan	3/9	1/6	2/3
In < 80% van de gecontroleerde dossiers kon een (vroeg)signaleringsplan getoond worden.	3/9	2/6	1/3
Instroom en uitstroom			
Niet in alle gecontroleerde dossiers van ontslagen zorggebruikers kon overdracht van informatie naar de vervolgzorg worden aangetoond.	0/3	nvt	0/3
Niet in alle gecontroleerde dossiers van ontslagen zorggebruikers kon schriftelijke overdracht van informatie naar de vervolgzorg worden aangetoond.	0/6	0/6	nvt

9.4 VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

Potentiële verbeterpunten	Aantal voorzieningen waar het verbeterpunt werd vastgesteld		
	Totaal	GGZ	VAPH
Controles			
Een lichaamscontrole kan gebeuren, maar is niet beschreven in een procedure.	1/9	0/6	1/3
Een kamercontrole kan gebeuren, maar is niet beschreven in een procedure.	3/9	1/6	2/3
Een bagagecontrole kan gebeuren, maar is niet beschreven in een procedure.	4/9	1/6	3/3
Een postcontrole kan gebeuren, maar is niet beschreven in een procedure.	6/9	3/6	3/3
Een drugscreening kan gebeuren, maar is niet beschreven in een procedure.	0/9	0/6	0/3
Een controle van de surfgeschiedenis kan gebeuren, maar is niet beschreven in een procedure.	6/9	3/6	3/3
Afzondering, mechanische fixatie en compartimentering			
Afzondering, een vrijheidsbeperkende maatregel die kan worden toegepast, staat niet beschreven in procedures.	0/9	0/6	0/3
Er wordt afgezonderd om andere redenen dan bepaald in de richtlijnen: als preventieve maatregel, als straf of sanctie, omwille van een tekort aan personeel, als behandeling, als pedagogische maatregel, als structurele maatregel, (alleen in GGZ:) omwille van materiaalvernietiging ...	3/9	1/6	2/3
Volgende aspecten die beschreven staan in de verschillende VBM-procedures, kunnen vragen oproepen in verband met de humane omstandigheden tijdens afzondering/fixatie: pijnprikkels, kledij, toiletbezoek.	4/9	2/6	2/3

In de gecontroleerde registraties met betrekking tot afzonderingen konden volgende gegevens niet altijd aangetoond worden:			
start van de afzondering	0/9	0/6	0/3
einde van de afzondering	1/9	1/6	0/3
Verantwoordelijke voor de beslissing tot afzondering	1/9	0/6	1/3
verantwoordelijke arts	0/6	0/6	nvt
verantwoordelijke verpleegkundige	0/6	0/6	nvt
verslag van de aanleiding/motivering niet altijd aangetoond worden	1/9	0/6	1/3
reden	1/9	1/6	0/3
elk uur persoonlijk contact (of motivering voor andere frequentie)	5/9	4/6	1/3
de informatie over de mate van toestemming van de zorggebruiker (ofwel vooraf, ofwel tijdens verloop van de overbrenging)	1/9	0/6	1/3
informatie over teamoverleg met een collega van een andere afdeling, bij afzonderingen van meer dan 24 uur	1/9	1/6	0/3
Uit de afzonderingsregistraties blijkt dat er niet altijd om het uur toezicht gebeurt.	4/9	3/6	1/3
In < 80% van de gecontroleerde dossiers kon informatie over de nabespreking getoond worden.	4/9	3/6	1/3
Er wordt collectief afgezonderd (buiten de afzonderingsruimte): het afsluiten van kamers, waarbij de zorggebruiker op geen enkele wijze de deur van binnenuit kan openen, wordt als afdelingsregel/groepsmaatregel toegepast.	0/9	0/6	0/3
Er wordt afgezonderd buiten de afzonderingsruimte en het toezicht tijdens de afzondering buiten de afzonderingsruimte is onvoldoende gegarandeerd.	1/9	0/6	1/3
Mechanische fixatie, een vrijheidsbeperkende maatregel die kan worden toegepast, staat niet beschreven in procedures.	0/9	0/6	0/3
Er wordt mechanisch gefixeerd om andere redenen dan bepaald in de richtlijnen: als preventieve maatregel, als straf of sanctie, omwille van een tekort aan personeel, als behandeling, als pedagogische maatregel, als structurele maatregel, omwille van materiaalvernietiging ...	1/9	1/6	0/3
Compartimentering, een vrijheidsbeperkende maatregel die kan worden toegepast, staat niet beschreven in procedures.	0/9	0/6	0/3

9.5 VERBETERBELEID

Potentiële verbeterpunten	Aantal voorzieningen waar het verbeterpunt werd vastgesteld		
	Totaal	GGZ	VAPH
De organisatie heeft voor de forensische werking (voor de voorbije 5 jaar) geen cijfergegevens over:			
Outcome-indicatoren / uitkomstenmetingen	1/9	0/6	1/3
Tevredenheidsmeting zorggebruikers	1/9	0/6	1/3
Tevredenheidsmeting medewerkers	0/9	0/6	0/3
Klachten	2/9	2/6	0/3
Agressie-incidenten	0/9	0/6	0/3
SGOG	1/9	0/6	1/3
VBM	0/9	0/6	0/3

10 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Met deze inspectieronde wou Zorginspectie het maatschappelijk belangrijke thema van forensische zorg voor geïnterneerden onder de aandacht brengen, vanuit een sectoroverschrijdende invalshoek. De focus lag op de forensische VAPH-units en op de residentiële hoog- en middelhoog beveiligde forensische afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische verzorgingstehuizen. De inspecties vonden plaats op 21 forensische afdelingen van 9 voorzieningen. Omdat in Vlaanderen in 2025 nog geen intersectoraal referentiekader voor forensische zorg bestaat, werden de inspectievaststellingen beoordeeld aan de hand van de sectorale regelgeving en referentiekaders.

Zorginspectie adviseert om een sectoroverschrijdend verwachtingskader voor forensische zorg te ontwikkelen dat de kwaliteitscriteria en de rechten van zorggebruikers duidelijk expliciteert, aanvullend op de reeds bestaande verwachtingen. Eenzelfde set van specifieke eisen op vlak van forensische zorg is belangrijk om elke geïnterneerde zorggebruiker kwaliteitsvolle gespecialiseerde zorg te kunnen garanderen, in welke voorziening of sector deze zich ook bevindt. Dit sluit niet uit dat in het verwachtingskader ruimte voorzien wordt voor sectorspecifieke accenten.

De bevindingen worden hierna gestructureerd rond de vijf thema's: infrastructuur, medewerkers, zorgtraject, vrijheidsbeperkende maatregelen en verbeterbeleid.

10.1 INFRASTRUCTUUR

Bij de controle van infrastructurele aspecten op de forensische afdelingen lag de nadruk op elementen die kunnen bijdragen tot agressiepreventie en het reduceren van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Eenpersoonskamers vormen hierbij een belangrijk element, omdat ze kunnen bijdragen aan autonomie, privacy en de preventie van incidenten. Op de bezochte VAPH-afdelingen beschikten alle zorggebruikers over een eenpersoonskamer; op de bezochte GGZ-afdelingen bleek dat nog niet overal het geval. In totaal kon op alle bezochte VAPH- en GGZ-afdelingen samen voor 7% van de zorggebruikers nog geen eenpersoonskamer gegarandeerd worden. Als gevolg van verschillende geplande of in uitvoering zijnde nieuwbouwprojecten (waarbij systematisch gekozen wordt voor uitsluitend eenpersoonskamers) kan verwacht worden dat het aantal eenpersoonskamers verder zal stijgen gedurende de komende jaren.

In verschillende kaders is het een verwachting dat meerdere (vrijwillig toegankelijke) **de-escalatieruimtes** voorzien worden, met verschillende inrichting en verschillende functies. Deze ruimtes dragen bij aan een gevoel van veiligheid en autonomie, en passen binnen een breder beleid van spanningsreductie en het vermijden van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Alle bezochte afdelingen beschikten over verschillende infrastructurele mogelijkheden voor de-escalatie (bv. een tuin of terras, een ontspanningsruimte en/of een sportruimte). Comfortrooms of andere individuele rustige/prikkelarme ruimtes zijn niet overal aanwezig.

De meeste **afzonderingsruimtes** (85%) waar de bezochte forensische afdelingen gebruik van (kunnen) maken, bleken niet volledig te voldoen aan alle infrastructurele verwachtingen. Het gaat voornamelijk over veiligheidsproblemen (m.b.t. toezicht- en/of oproepmogelijkheden en vooral mogelijke risico's op automutilatie), maar ook over privacy en comfort. Opvallend is dat de verwachtingen die gelden voor de GGZ enerzijds en voor VAPH-voorzieningen anderzijds op een aantal punten van elkaar verschillen (bv. rond scheurvrij linnen, oproepsysteem, verduistermogelijkheden), terwijl daar geen argumenten lijken voor te bestaan vanuit een verschil in doelgroep of context.

Het lijkt dan ook aangewezen dat de verwachtingen gelijkgesteld worden voor beide sectoren, tenzij op punten waarvoor een duidelijke argumentatie kan aangebracht worden.

Een bijzonder aandachtspunt stelde zich voornamelijk in de bezochte GGZ-voorzieningen, met name rond de vlotte en veilige bereikbaarheid van afzonderingskamers. Vroeger stelden de ziekenhuisnormen dat op elke psychiatrische afdeling een afzonderingsruimte moest zijn. De voorbije jaren heeft de sector sterk ingezet op een beleid dat afzonderingen wil terugdringen, en in dat kader werd ook het aantal afzonderingsruimtes beperkt. Daardoor worden afzonderingsruimtes nu vaak gedeeld tussen verschillende afdelingen, wat soms tot problemen leidt inzake vlotte en veilige bereikbaarheid in crisissituaties. De ingezette koers naar een verdere afbouw van vrijheidsbeperkende maatregelen blijft essentieel, maar vraagt om een zorgvuldige balans. De infrastructurele en organisatorische context moet maximaal uitnodigen tot alternatieve en minder ingrijpende interventies, maar afzonderingsruimtes moeten in crisissituaties altijd vlot en veilig bereikbaar blijven.

10.2 MEDEWERKERS

Met het oog op het bieden van kwaliteitsvolle zorg, voor de veiligheid van zorggebruikers en medewerkers en ter preventie van agressie is het belangrijk dat er dag en nacht voldoende medewerkers aanwezig zijn. Vanuit dat oogpunt werd de **bestaffing** tijdens de nacht en op zondagochtend nagegaan (vaak de laagst bestafte momenten). Bestaffing is een uitzondering op het principe van sectoronafhankelijke vaststellingen: bij de beoordeling werden de normen gehanteerd die van toepassing zijn volgens de erkenning van de betreffende afdelingen.

De bestaffingsnormen verschillen onderling aanzienlijk:

- > In VAPH-voorzieningen zijn er geen normen over de minimumbezetting.
- > Op PVT-afdelingen moet altijd permanent iemand aanwezig zijn voor maximum 60 zorggebruikers, en overdag moet dat altijd minstens een verpleegkundige zijn. Er werden op dat vlak geen problemen vastgesteld.
- > Op PZ-afdelingen moet op elk moment en maximum voor 30 zorggebruikers een verpleegkundige aanwezig zijn. Voor de nachtshift bleek er op 3 van de 14 afdelingen geen verpleegkundige te zijn ingeroosterd; op een andere afdeling was er een verpleegkundige te weinig ingeroosterd in verhouding tot het aantal aanwezige zorggebruikers. Tijdens de weekendshift was er op twee afdelingen geen verpleegkundige ingeroosterd.

Gezien de verschillen tussen de gehanteerde normenkaders bij de beoordeling, kan moeilijk een vergelijking gemaakt worden tussen de inspectievestigingen op de verschillende soorten afdelingen. Wat wel kan vergeleken worden, is de verhouding van het aantal zorggebruikers per zorgmedewerker op de verschillende momenten (evenwel zonder rekening te houden met de kwalificatie van die medewerkers). Uit die vergelijking blijkt dat de bestaffingsratio's aanzienlijke variatie vertonen, zowel tussen afdelingen als binnen afdelingen op verschillende tijdstippen:

- > 's Nachts is er minder personeel per zorggebruiker beschikbaar in VAPH-afdelingen dan in GGZ-afdelingen, terwijl de situatie omgekeerd is tijdens de ochtendshift in het weekend.
- > Zowel tijdens de nacht als tijdens de weekendshift staan zorgmedewerkers op de relatief laagst bestafte afdelingen in voor drie tot vier keer zoveel zorggebruikers in vergelijking met de hoogst bestafte afdelingen.

Tijdens de inspecties bleken er in alle voorzieningen afspraken te bestaan over de **aanpak van (agressie-) incidenten**: er was overal extra hulp oproepbaar bij incidenten en overal was er opvang en ondersteuning voorzien voor medewerkers na incidenten.

Een systematische aanpak op vlak van **vorming, training en opleiding** (VTO) van medewerkers vormt een belangrijke voorwaarde voor het verwerven en behouden van voldoende deskundigheid en professionaliteit binnen de forensische zorg. Het expliciteren van verwachtingen in schriftelijke afspraken vormt een belangrijke basis voor dergelijke systematiek.

Daarom werd nagegaan of er al dan niet schriftelijke afspraken waren, of die afspraken betrekking hadden op de inscholing van nieuwe medewerkers en of er afspraken waren over (al dan niet verplichte) continue vorming. Dit werd nagegaan voor vijf onderwerpen: agressiepreventie, gebruik van een (vroeg)signaleringsplan, inoefenen van afzonderingstechnieken, inoefenen van fixatietechnieken en (omgaan met) seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG).

Daarbij viel op dat in bijna de helft van de voorzieningen geen schriftelijke afspraken waren over de vorming van medewerkers voor het gebruik van (vroeg)signaleringsplannen. Ook afspraken over vorming rond SGOG ontbraken in een derde van de organisaties. Dat laatste is opmerkelijk gezien de specifieke doelgroep van forensische zorggebruikers, waarbij ook zorggebruikers zijn opgenomen in het kader van zedenfeiten en waarbij het risico op incidenten relatief hoog ligt. In de residentiële forensische zorg is het belangrijk dat voorzieningen in hun beleid aandacht besteden aan professionele grenzen, zowel bij aanwerving en inscholing als in permanente vorming. Bijzondere aandacht voor de balans tussen afstand en nabijheid in de zorgrelatie kan bijdragen aan het voorkomen van grensoverschrijdende relaties tussen medewerkers en zorggebruikers.

De verwachtingen rond vorming lopen niet helemaal gelijk in beide sectoren. In een overkoepelend referentiekader voor forensische zorg kan best opgenomen worden rond welke onderwerpen minimum vorming verwacht wordt, voor welke medewerkers en met welke frequentie.

10.3 ZORGTRAJECT

In elk gecontroleerd dossier werd een **zorgplan** gevonden, wat een belangrijke basisvoorwaarde vormt voor kwaliteitsvolle zorg en goede opvolging. Een zorgvuldig bijgehouden dossier is essentieel om continuïteit te garanderen, samenwerking binnen het team te ondersteunen en beslissingen goed te onderbouwen. Anderzijds is er nog ruimte voor verbetering in het systematisch en consequent opnemen van informatie over minderjarige kinderen in het dossier. Die gegevens zijn belangrijk om een volledig beeld van de gezinscontext te krijgen, om mogelijke risico's te detecteren en zo nodig in te grijpen om de veiligheid van kinderen te waarborgen.

Voor elke forensische zorggebruiker werd nagegaan of het dossier een **(vroeg)signaleringsplan** bevatte. Dergelijke plannen zijn belangrijk om terugval of mogelijke escalaties tijdig te herkennen en passende maatregelen te nemen.

Uit de dossiercontrole bleek dat in 30% van de dossiers geen (vroeg)signaleringsplan aanwezig was; daarnaast bleken zorggebruikers vaak onvoldoende op de hoogte te zijn van hun plan. Een gestructureerde aanpak en uniforme afspraken over vorming en implementatie zijn belangrijk, zodat vroegsignalering systematisch wordt toegepast en zorggebruikers actief betrokken kunnen worden.

Ook de toepassing van **risicotaxatie** kent veel variatie (net als de verwachtingen daarover in beide sectoren). Alle afdelingen, op één uitzondering na, maken gebruik van een gevalideerd risico-instrument. Toch verschillen systematiek en afspraken sterk, en gebeurt risicotaxatie in sommige voorzieningen alleen ad hoc. Een consistent gebruik van risicotaxatie over afdelingen heen (en dus doorheen het traject van de zorggebruikers) kan waardevol zijn om de evolutie te monitoren en de begeleiding of behandeling daarop af te stemmen.

Aan bijna alle bezochte afdelingen is een **psychiater** verbonden. De invulling van deze rol verschilt echter (net als de verwachtingen daaromtrent) sterk tussen sectoren. Waar in de GGZ-voorzieningen de frequentie van de contacten tussen zorggebruiker en psychiater hoger ligt, blijft de betrokkenheid van psychiaters in VAPH-afdelingen beperkter, zelfs wanneer er naar slechts één contactmoment binnen een periode van twaalf maanden werd gezocht. In de GGZ-regelgeving is de psychiater de eindverantwoordelijke van de behandeling, terwijl dat in VAPH-voorzieningen niet het geval is. Toch kan, gezien de vergelijkbare doelgroep, de vraag gesteld worden of in beide sectoren richtlijnen aangewezen zijn voor de invulling van de rol van de psychiater (bv. over de minimale frequentie van persoonlijk contact).

De **betrokkenheid van de zorggebruiker bij overlegmomenten** blijkt op verschillende manieren georganiseerd. In 62% van de gecontroleerde dossiers waren zorggebruikers aanwezig bij minstens één multidisciplinair overleg in het laatste jaar voor de inspectie. Dit bevordert directe communicatie en gezamenlijke besluitvorming, wat extra aandacht verdient bij hulpverlening in een gedwongen kader. Soms opteren afdelingen vooral voor betrokkenheid van de zorggebruiker via voorbereiding van en/of terugkoppeling na het multidisciplinair overleg, wat een meer indirecte vorm van inspraak is. Gezien deze variatie in de praktijk kan het in een forensisch eisenkader nuttig zijn om vast te leggen welke vormen van betrokkenheid bij overlegmomenten verwacht worden en hoe te handelen als de zorggebruiker niet kan of wil deelnemen.

Bij de controle van de **betrokkenheid van zorggebruikers bij het beleid** bleek dat in alle bezochte voorzieningen de stem van de zorggebruikers mee opgenomen wordt in het beleid van de afdelingen. Er zijn wel duidelijke verschillen in de manier waarop participatie en inspraak wordt ingevuld. Overall is er een vorm van structureel overleg aanwezig (zoals een patiëntenraad, gebruikersraad of collectief overleg), maar de inhoudelijke focus varieert sterk. Soms blijven dergelijke overlegmomenten beperkt tot praktische en dagelijkse aangelegenheden, terwijl elders beleidsmatige thema's aan bod komen. Meer uitwisseling van goede praktijken kan bijdragen aan een sterkere en meer betekenisvolle rol van zorggebruikers op beleidsmatig niveau. Daarnaast voeren veel voorzieningen ook metingen van zorggebruikerservaringen uit en/of schakelen ze ervaringsdeskundigen in.

Op elke bezochte afdeling waren er dagelijks **bezoekuren** voorzien, maar de invulling en toegankelijkheid verschillen. Op een aantal afdelingen is bezoek laagdrempelig en flexibel, terwijl op andere plaatsen beperkingen gelden zoals beperkte beschikbaarheid van de bezoekerimte of al dan niet systematische screeningsprocedures voor bezoekers. Opvallend is dat op ongeveer 30% van de afdelingen geen ongestoord bezoek mogelijk is. Dit heeft een rechtstreekse impact op de autonomie van zorggebruikers in het onderhouden van hun sociale contacten. Voorzieningen gaan best na welke manieren kunnen bijdragen tot het creëren van voldoende ruimte voor privacy in sociale relaties.

In het verlengde hiervan is het thema **seksualiteit** nog onvoldoende beleidsmatig verankerd. Een derde van de voorzieningen beschikt niet over een uitgeschreven seksualiteitsbeleid. Daardoor is het voor zorggebruikers en medewerkers vaak onduidelijk welke afspraken en verwachtingen gelden, wat kan leiden tot onzekerheid en verschillen in aanpak tussen afdelingen. Het ontwikkelen en implementeren van een beleid rond seksuele gezondheid is nodig, zodat afspraken helder zijn en deze een positieve seksualiteitsbeleving en autonomie in hun sociale contacten ondersteunen.

De **in- en exclusiecriteria** van afdelingen worden door de voorzieningen zelf bepaald, wat leidt tot grote onderlinge verschillen. Die verschillen vormen op zich geen probleem, maar er moet wel voldoende onderlinge afstemming binnen het zorgnetwerk zijn om te bewaken dat de opnamekansen voor de verschillende doelgroepen (bv. vrouwen, personen met complexe comorbiditeit of zorggebruikers met psychopathie) gelijkwaardig zijn en om te vermijden dat bepaalde profielen nergens terecht kunnen.

Wat betreft de **uitstroom** valt het op dat een aanzienlijk deel van de zorggebruikers volgens de voorzieningen zelf klaar is voor uitstroom, maar toch opgenomen blijft wegens een tekort aan uitstroommogelijkheden naar vervolgzorg. Dit leidt tot onnodig lange verblijven en tot een beperkte instroom van nieuwe zorggebruikers.

VAPH-voorzieningen zijn globaal gezien meer gericht op langdurigheid; binnen die context is het voor de forensische VAPH-units een uitdaging om doorstroom te realiseren naar lager beveiligde zorgvormen. De uitstroom uit VAPH-voorzieningen ligt merkelijk lager dan in de GGZ-voorzieningen, wat vragen oproept bij de houdbaarheid van het concept van een forensische VAPH-unit die geacht wordt gericht te zijn op doorstroom. Voor de VAPH-voorzieningen geldt dat de gelimiteerde capaciteit binnen de forensische VAPH-units moet worden voorbehouden aan personen die hier werkelijk nood aan hebben, en dat doorstroom daarom altijd overwogen en gestimuleerd moet worden zodra dit mogelijk is⁶. Afgaand op de beperkte uitstroom lijken twee van de drie VAPH-units eerder als setting voor langverblijf te fungeren.

Uit de dossiercontrole bleek dat bij uitstroom altijd informatie werd overgedragen, maar dat deze informatie vaak onvolledig was. Dit vormt een risico voor de continuïteit van zorg en voor een veilige overgang naar een vervolgzorg. Het verdient aandacht om de volledigheid en continuïteit van de overdracht naar de vervolgzorg verder te optimaliseren. Duidelijke verwachtingen inzake minimum over te dragen informatie kan hierbij bevorderend werken.

10.4 VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

Op alle bezochte afdelingen kunnen kamercontroles, bagagecontroles, postcontroles en controles van de surfgeschiedenis plaatsvinden; op veel afdelingen gebeuren ook lichaamscontroles en drugscreenings. De indicaties, voorwaarden en procedures van deze **controles** zijn niet altijd schriftelijk vastgelegd. Dit vermindert de transparantie en kan leiden tot onduidelijkheid en frustratie bij zowel zorggebruikers als medewerkers.

De procedures die er wel waren, bleken niet altijd in overeenstemming met bestaande regelgeving. Duidelijke richtlijnen m.b.t. controles kunnen zorgen voor meer uniformiteit tussen voorzieningen, rechtszekerheid voor medewerkers en vooral een betere bescherming van de rechten van de zorggebruikers. Vooral m.b.t. lichaamscontrole stellen zich een aantal specifieke problemen. Zowel de definitie als de uitvoering van lichaamscontrole verschillen sterk tussen voorzieningen, waarbij de invulling varieert van kledingcontrole tot visuele inspectie van een (gedeeltelijk) ontklede zorggebruiker tot zelfs controle van lichaamsholtes. Het ontbreken van een uniforme definitie en richtlijnen over lichaamscontrole leidt tot uiteenlopende praktijken. Bij uitstek rond dit thema is er nood aan een gemeenschappelijk juridisch onderbouwd kader.

Er bestaan eveneens grote verschillen tussen forensische afdelingen in de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (zoals mechanische fixatie en afzondering), mogelijk gelinkt aan verschillen in doelgroepen. Voorzieningen hebben de voorbije jaren inspanningen geleverd om de toepassing van deze maatregelen te beperken door meer in te zetten op een preventief beleid. Toch werden nog een aantal verbeterpunten vastgesteld. Afspraken over **afzondering** sluiten vaak niet volledig aan bij de geldende richtlijnen (bv. nog niet overal garantie op zo kort mogelijke afzonderingen, soms nog gebruik van pijnprikkel). Het toezicht tijdens afzondering is meestal voldoende maar op sommige afdelingen niet, wat (zeker in combinatie met de infrastructurele veiligheidsrisico's in afzonderingsruimtes (zie 10.1)) de veiligheid van zorggebruikers in gevaar kan brengen. Cijfergegevens over afzondering worden niet eenduidig verzameld, waardoor de vergelijking tussen afdelingen en voorzieningen onvolledig is en het zicht op de feitelijke toepassing beperkt blijft.

⁶ [Handleiding ondersteuning voor geïnterneerde en gedetineerde personen met een \(vermoeden van\) handicap.](#)

Hoewel de mogelijkheid tot **mechanische fixatie** in het beleid van de meeste afdelingen is voorzien, blijkt uit de cijfers van 2024 dat dit slechts uitzonderlijk wordt toegepast (met uitzondering van één afdeling). Op 70% van de afdelingen werd in 2024 geen enkele zorggebruiker mechanisch gefixeerd en in 20% van de afdelingen gebeurde dat slechts één keer.

10.5 VERBETERBELEID

De meeste organisaties hebben een goed overzicht van de bevraagde aspecten van hun forensische werking en verzamelen en analyseren deze gegevens jaarlijks. Tegelijkertijd wordt niet overal systematisch opvolging gegeven aan uitkomstenmetingen en medewerkerstevredenheid, waardoor mogelijkheden voor gerichte verbeteracties en beleidsaanpassingen niet volledig worden benut.

11 BIJLAGEN

11.1 BIJLAGE 1: REGELGEVING EN UITGANGSPUNTEN

Hieronder staat per thema een opsomming van de relevante regelgeving en verwachtingen, zowel voor de GGZ-sector als voor de VAPH-sector. Op basis daarvan werd (in het kadertje) een conclusie geformuleerd met de uitgangspunten waarop de inspecties steunen. Deze uitgangspunten hebben geleid tot de kwaliteitsdoelen die vermeld staan bij de thema's in de hoofdstukken 4 tot en met 8.

11.1.1 Infrastructuur

Forensische afdelingen

Verwachtingen vanuit het referentiekader forensische geestelijke gezondheidszorg:

- > Aanbeveling: individuele kamers of studio's.
- > Bij de inrichting van elke ruimte wordt rekening gehouden met o.a. het vermijden van agressiefeiten.
- > Ruimtes i.h.k.v. preventie en/of incidenten.
- > Gesloten, halfopen of open units, met mogelijkheid voor gefaseerde vrijheden.
 - (Gecontroleerde) buitenruimte
 - Afspraken en procedures i.h.k.v. patiënten en bezoekers.

Door Zorginspectie geoperationaliseerde VAPH-verwachtingen of regelgeving:

- > De voorkeur gaat uit naar individuele kamers, mede aangezien die kunnen worden ingezet in het kader van preventief beleid met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen (BVR van 04/02/2011, artikel 9, §4).
- > De leef- en slaapruijnte zijn voldoende aangepast aan de behoeften van de gebruikers (BVR van 04/02/2011, artikel 9, §4).
- > De infrastructuur voor gemeenschappelijk gebruik is voldoende aangepast aan de behoeften van de gebruikers (BVR van 04/02/2011, artikel 9, §4).
- > De infrastructuur biedt voldoende mogelijkheden om preventief te handelen bij (dreigend) grensoverschrijdend gedrag.

Verwachtingen vanuit de module VBM in het referentiekader PZ:

- > In geval van nieuwbouwprojecten wordt er op elke afdeling een infrastructurele de-escalatiemogelijkheid voorzien (bv. comfortroom).
- > Zorggebruikers gebruiken de comfortroom op vrijwillige basis.
- > Bij het gebruik van een comfortroom wordt de deur nooit op slot gedaan.

Aanbeveling uit de multidisciplinaire richtlijn over de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen:

- > Voorzie steeds middelen waarmee de zorggebruiker een hulpverlener kan contacteren.

Uitgangspunten bij de inspecties

Binnen de verschillende referentiekaders komen duidelijke gezamenlijke verwachtingen naar voren over de inrichting van de forensische infrastructuur. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de ontwikkeling en het onderhoud van een omgeving die veiligheid, functionaliteit en comfort waarborgt, het therapeutisch proces ondersteunt, autonomie en herstel bevordert, relationele verbondenheid versterkt en bijdraagt aan het minimaliseren van escalatie- en agressierisico's.

Individuele kamers worden in alle kaders benoemd als essentieel onderdeel van de infrastructuur: ze bevorderen de privacy en het comfort en maken het mogelijk om de kamer in te zetten binnen een preventief beleid rond vrijheidsbeperkende maatregelen. Ook de aanwezigheid van laagdrempelig toegankelijke de-escalatieruimtes, zoals comfortrooms zonder vergrendelde deur, is een gedeelde verwachting. Een doordachte indeling met open en overzichtelijke ruimtes, veilige en duurzame materialen en een rustgevend inrichting wordt gezien als een actief middel om agressie te voorkomen. Tot slot wordt, met name binnen het forensisch kader, het belang van gefaseerde vrijheden benadrukt, ondersteund door een passende infrastructuur.

Afzonderingsruimtes

Verwachtingen vanuit de module VBM in het referentiekader PZ:

- > De afzonderingskamer bevindt zich op een plaats die vlot bereikbaar is, vlot toezicht mogelijk maakt en maximale privacy biedt.
- > Er zijn sanitaire voorzieningen aanwezig, via een sas of in de onmiddellijke nabijheid van de afzonderingskamer.
- > Er zijn oriëntatiemogelijkheden: voorzie mogelijkheden voor lichtinval (daglicht) en een klok (die ook zichtbaar is voor gefixeerde zorggebruikers).
- > Er zijn verduistermogelijkheden.
- > Het raam kan niet open als iemand gebruik maakt van de afzonderingskamer en er is geen inkijk.
- > De geluidsisolatie in de afzonderingskamer is dusdanig uitgevoerd zodat geluidshinder in de overige verblijfruimten voldoende wordt tegengegaan.
- > De afzonderingskamer is voldoende groot zodat er 2 personeelsleden aanwezig kunnen zijn bij de verzorging van de zorggebruiker.
- > De deuren zijn brandveilig, de afzonderingskamer bevat een systeem van branddetectie.
- > De afzonderingskamer is voorzien van een bereikbaar oproepsysteem (ook voor de gefixeerde zorggebruiker).
- > Als er een bed is, is het veilig: verankerd in de grond, brandvrije matras en scheurvast linnen.
- > Een zorggebruiker kan de vaste inrichting en voorwerpen niet gebruiken om zich te verwonden, het personeel te bedreigen of de infrastructuur te beschadigen.
- > De vloeren, wanden en plafonds in de afzonderingskamer worden vlak uitgevoerd zodat zij geen uitstekende delen bevatten waaraan de zorggebruiker zich kan verwonden of hem houvast kan bieden.
- > Er is een visuele observatiemogelijkheid in de afzonderingskamer: kijkraam en/of camera.
- > De deur kan van binnenuit niet geblokkeerd worden.
- > Bij brand moeten de deuren uit het slot vallen en van binnenuit geopend kunnen worden.

Verwachtingen vanuit de ziekenhuisregelgeving (in werking vanaf 28/12/2024):

- > De afzonderingsruimte moet goed toegankelijk zijn en gelegen op een plaats binnen de afdeling die vlot bereikbaar is voor personeel en zorggebruikers.
- > De netto-oppervlakte van de afzonderingsruimte bedraagt minstens 9 m², exclusief sanitaire voorzieningen.

- > Er zijn bijbehorende sanitaire voorzieningen aanwezig, via een sas of in de onmiddellijke nabijheid van de afzonderingsruimte.
- > Bij nieuwbouw kan de deur naar buiten openzwaaien.

Door Zorginspectie geoperationaliseerde VAPH-verwachtingen:

- > De afzonderingsruimte is voldoende ruim (minstens 6 m²) (BVR van 04/02/2011, artikel 9, §4).
- > De afzonderingsruimte is voldoende veilig (BVR van 04/02/2011, artikel 9, §4 en artikel 15), namelijk:
 - de ruimte is gecapitonneerd wanneer uit casussen blijkt dat dit nodig is.
 - de gebruiker kan zich niet kwetsen aan de inrichting van de afzonderingsruimte.
 - de ruimte beschikt over een rookdetectiesysteem.
 - toezicht van buitenaf is gegarandeerd.
 - de zorggebruiker beschikt over de mogelijkheid om te communiceren.
- > De afzonderingsruimte is aangepast op volgende punten:
 - er is daglicht.
 - verhinderen van inkijk van de toevallige voorbijganger is gegarandeerd.
 - er is een geschikte tijdsaanduiding.
 - er is een toilet in de nabijheid.

Uitgangspunten bij de inspecties

Binnen de verschillende kaders zijn duidelijke, gedeelde verwachtingen geformuleerd voor afzonderingsruimtes. Veiligheid staat centraal met aandacht voor branddetectie, brandveilige deuren, veilige materialen en het voorkomen van kwetsuren of automutilatie, terwijl visueel toezicht via kijkraam of camera mogelijk is zonder de privacy van de zorggebruiker aan te tasten. De inrichting ondersteunt menswaardige en herstelgerichte zorg, beperkt escalatie en bevordert de autonomie, zodat basisbehoeften zoveel mogelijk zelfstandig kunnen worden vervuld. Oriëntatie en comfort worden ondersteund door zichtbare en aangepaste tijdsaanduiding, daglicht en verduistermogelijkheden. Communicatie met de buitenwereld blijft essentieel; het behouden van contactmogelijkheden is een belangrijke voorwaarde.

Deze gezamenlijke verwachtingen benadrukken dat afzonderingsruimtes veilig, functioneel, menswaardig en herstelgericht moeten zijn.

11.1.2 Medewerkers

Bestaffing tijdens de nacht en weekend

Verwachtingen vanuit het referentiekader PZ:

- > Doorheen alle dagen van het jaar moet, naast de hoofdverpleegkundige, permanent per afdeling en maximum per 30 zieken, de aanwezigheid van een gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige of een bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde gewaarborgd zijn, zodat de continuïteit en de kwaliteit van de zorg verzekerd zijn (KB 2006-07-13/67, art. 2, 031).
- > Een afdeling mag tijdens de nacht nooit alleen gelaten worden: er moet altijd minstens één verpleegkundige per afdeling aanwezig zijn.
- > De nachtpermanentie wordt afgestemd op:
 - de grootte van de instelling
 - het aantal afdelingen
 - de aard en zorgzwaarte van de doelgroep(en).
- > Er moet altijd een onmiddellijk inzetbare ploeg beschikbaar zijn die crisissituaties kan opvangen.

Verwachtingen vanuit het referentiekader PVT:

- > Het psychiatrisch verzorgingstehuis voorziet in herstelondersteunende zorg met een permanent toezicht op de zorggebruikers die er verblijven, zowel overdag als 's nachts.
- > Er is overdag steeds een verpleegkundige aanwezig.
- > Per 60 zorggebruikers is er één fysiek persoon aanwezig tijdens de nacht. Indien deze 60 zorggebruikers zich in verschillende gebouwen bevinden, dient de verplaatsingstijd tussen de verschillende gebouwen beperkt te zijn tot maximaal 10 minuten.
- > Indien nachtpermanentie wordt voorzien door een zorgkundige waarborgt het PVT dat er steeds een beroep kan worden gedaan op een verpleegkundige voor verpleegkundige handelingen. Als het PVT niet beschikt over een verpleegkundige tijdens de nacht maar beroep doet op een verpleegkundige van een andere voorziening, dan moet daarvoor een samenwerkingsovereenkomst worden gesloten met de nodige afspraken over o.m. de verplaatsingstijd in functie van de specifieke verpleegkundige handeling en de dringendheid, en de financiële vergoeding.

Door Zorginspectie geoperationaliseerde VAPH-verwachtingen:

- > De personeelsinzet overdag én 's nachts is voldoende afgestemd op de zorg- en ondersteuningsnoden van de gebruikers (BVR van 04/02/2011, artikel 9, §4).

Uitgangspunten bij de inspecties

Over deze verwachtingen en vereisten heen is het uitgangspunt dat er op elk moment, ook tijdens de nacht en het weekend, voldoende en deskundige medewerkers aanwezig zijn in functie van de noden en veiligheid van de zorggebruikers. De personeelsbezetting moet niet alleen beantwoorden aan de minimale wettelijke vereisten, maar ook afgestemd zijn op de complexiteit van de doelgroep en het risico op crisissituaties. Dit vraagt om een doordacht beleid rond nacht- en weekendpermanentie dat inzet op continuïteit, paraatheid en kwaliteit van zorg.

Aanpak van incidenten

Verwachtingen vanuit het referentiekader PZ:

- > De instelling beschikt over een intern alarmsysteem. Dit systeem zorgt ervoor dat medewerkers in geval van nood alarm kunnen slaan of persoonlijke assistentie kunnen inroepen. De medewerkers weten hoe zij assistentie moeten inroepen bij (dreigende) agressie.
- > Het ziekenhuis beschikt over een protocol dat regelt hoe de opvang van medewerkers moet gebeuren nadat zij slachtoffer zijn geworden van agressie. Het moet duidelijk zijn wie wanneer welke actie moet ondernemen.

Door Zorginspectie geoperationaliseerde VAPH-verwachtingen:

- > De zorgaanbieder biedt aandacht aan incidenten (S)GOG door gebruikers waarbij medewerkers slachtoffer zijn.
- > Er is voldoende ondersteuning voor medewerkers voorzien na een ernstig incident.
- > In geval van een crisissituatie is fysieke bijstand binnen de 30 minuten voldoende gegarandeerd (BVR van 04/02/2011, artikel 9, §4.).
- > De aanpak van (seksueel) grensoverschrijdend gedrag komt voldoende aan bod in kader van de zelfevaluatie: het beschikbare cijfermateriaal van incidenten ten aanzien van medewerkers wordt intern voldoende aangewend ter analyse en evaluatie van het gevoerde beleid.

- > Er is een aanspreekpunt bij wie medewerkers terecht kunnen:
 - met vragen of problemen rond seksualiteit, relaties en lichamelijk welbevinden ... bij gebruikers waar men binnen het begeleidingswerk mee geconfronteerd wordt
 - met eventuele vermoedens rond (seksueel) grensoverschrijdend gedrag ...
 - als zij zelf slachtoffer zijn van grensoverschrijdend gedrag door een gebruiker.
- > Het toezicht overdag biedt voldoende mogelijkheden om preventief te handelen bij (dreigend) grensoverschrijdend gedrag (BVR van 04/02/2011 artikel 42 en artikel 9, §4).

Uitgangspunten bij de inspecties

Binnen de verschillende kaders worden een effectieve alarmwerking en structurele opvang na incidenten verwacht voor het waarborgen van een veilige werkomgeving. Medewerkers die betrokken zijn bij een incident kunnen naast de zorggebruiker zelf ook “second victim” worden: zij ervaren de gevolgen van het incident. Daarom is het cruciaal dat medewerkers weten waarop ze kunnen rekenen in crisissituaties en zich gesteund voelen bij de verwerking.

Door incidenten niet alleen te registreren maar ook te analyseren, wordt actief ingezet op het voorkomen van herhaling en het versterken van de zorgpraktijk, met ruimte voor preventie, teamondersteuning en, waar nodig, bijsturing van de werking.

Vorming, training en opleiding

Verwachtingen vanuit het referentiekader PZ:

- > Het zorgpersoneel neemt binnen het jaar na aanwerving deel aan een vorming inzake communicatie, preventie van agressie en agressiehantering.
- > Elk ziekenhuis moet een bijscholingsstrategie bepalen, waarbij voorzien is in een bijscholingsprogramma dat toegankelijk is voor alle verpleegkundigen.

Verwachtingen vanuit de module VBM in het referentiekader PZ:

- > Het zorgpersoneel neemt binnen het jaar na aanwerving deel aan een vorming inzake preventie van agressie, de-escalatie van situaties en/of agressiehantering.
- > Het zorgpersoneel volgt om de twee jaar een opfrissingsmoment inzake communicatie, preventie van agressie, de-escalatie van situaties en/of agressiehantering.
- > Het zorgpersoneel dat instaat voor fysieke interventies volgt jaarlijks een aangepaste opfrissingstraining.
- > Het zorgpersoneel van de afdeling oefent minstens één maal per jaar op het correct gebruik van elke fixatiemaatregel die op de afdeling wordt toegepast.
- > De artsen (exclusief de artsen die alleen instaan voor somatische zorg) volgen om de 4 jaar minimum 4 uur vorming m.b.t. de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (de-escalerende technieken, preventie van en omgang met agressie, acute ingrijpmedicatie ...).

Door Zorginspectie geoperationaliseerde VAPH-verwachtingen:

- > Medewerkers krijgen in voldoende mate vorming over:
 - omgaan met agressie
 - omgaan met pesten
 - omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag
 - lichaamsbeleving, relaties, seksualiteit en seksuele ontwikkeling
 - agressiepreventie
 - het gebruik van signaleringsplannen
 - het inoefenen van afzonderingstechnieken
 - het correct en veilig gebruik van fixatiemateriaal
 - het beleid en de visie van de eigen organisatie (bv. VBM).

Uitgangspunten bij de inspecties

Een sterk VTO-beleid vormt een essentiële pijler in het creëren van een veilige en deskundige zorgomgeving. Door medewerkers structureel en herhaaldelijk vorming aan te bieden in thema's zoals agressie, SGOG en vrijheidsbeperking, versterkt de organisatie haar veerkracht, verhoogt ze het handelingsvermogen van teams, en draagt ze actief bij aan het voorkomen van crisissituaties. Het expliciteren van deze verwachtingen in beleidsdocumenten en procedures waarborgt de duurzame toepassing van het VTO-beleid.

11.1.3 Zorgtraject

Afdelingsafspraken en regels

Verwachtingen vanuit het referentiekader forensische geestelijke gezondheidszorg:

- > Het hebben van een beleid met betrekking tot seksualiteitsbeleving en een beleid gericht op een positief leefklimaat en het vermijden van agressiefeiten is essentieel.

Door Zorginspectie geoperationaliseerde VAPH-verwachtingen:

- > Er is een visie, referentiekader ... uitgewerkt rond omgaan met relaties, lichamelijk welbevinden en seksualiteit (BVR van 04/02/2011, artikel 9, §4).
- > De gebruiker wordt, rekening houdend met zijn mogelijkheden, betrokken bij de uitoefening van zijn rechten.
- > Het gebruik van de genomen vrijheidsbeperkende maatregel wordt voldoende geëvalueerd (BVR 04/02/2011, artikel 11). Er kan aangetoond worden dat men reflecteert over afbouw van de genomen maatregel.
- > Vrijheidsbeperkende maatregelen worden enkel gebruikt op grond van de toegelaten toepassingsgronden (BVR van 04/02/2011, artikel 9, §4, artikel 45, §1, 1° en 2° en 3°).

Verwachtingen vanuit de wet betreffende de internering van personen:

- > Rekening houdend met het veiligheidsrisico en de gezondheid van de geïnterneerde persoon zal hem de nodige zorg aangeboden worden om een menswaardig leven te leiden. Die zorg is gericht op een maximaal haalbare vorm van maatschappelijke re-integratie en verloopt waar aangewezen en mogelijk via een zorgtraject waarin aan de geïnterneerde persoon telkens zorg op maat aangeboden wordt (Art. 2).

Verwachtingen vanuit de module VBM in het referentiekader PZ:

- > Algemeen geldende regels worden tot een minimum beperkt, en waar mogelijk wordt ingezet op individuele afspraken.

Uitgangspunten bij de inspecties

Een kwalitatieve en menswaardige zorgomgeving vraagt om een transparant, onderbouwd en participatief afsprakenbeleid. Zowel binnen het VAPH als de forensische geestelijke gezondheidszorg worden duidelijke verwachtingen geformuleerd over het beperken van collectieve maatregelen, het betrekken van zorggebruikers bij leefregels, en het waarborgen van contact met het sociaal netwerk. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan seksualiteitsbeleid. Door deze uitgangspunten structureel te verankeren in het beleid, wordt bijgedragen aan een positief leefklimaat, waarin autonomie, verantwoordelijkheid en relationele verbondenheid centraal staan.

Zorgplan: opmaak, inhoud, inspraak en evaluatie

Verwachtingen vanuit het referentiekader PZ:

- > Bij opname wordt voor elke patiënt een behandelplan opgesteld. De patiënt heeft inspraak bij de opmaak van dit plan.
- > De evaluatie van de behandeling bevat minimaal de evaluatie van de toestand, de zorgvraag en de behandeling. De patiënt wordt betrokken bij deze evaluatie, waarbij rekening gehouden wordt met zijn wensen, behoeften en keuzen. Er wordt dus ook gepolst naar eventueel gewijzigde opvattingen van de patiënt.
- > Er is een duidelijk therapieaanbod. De patiënten worden geïnformeerd over dit aanbod: het wordt bij voorkeur in een weekschema aan de patiënten bezorgd.
- > De familie wordt betrokken in de verschillende behandelfasen. Door het systematisch en intensief betrekken van de leefomgeving van de patiënt, verbeteren de indicatiestelling en de behandeling. Meer en meer gebeuren de hulpverlening en therapie tegen de achtergrond van het besef dat de mens gevat is in een context of een geheel van systemen, waarvan de familie doorgaans de voornaamste is.
- > Het persoonlijk behandelplan is multidisciplinair opgesteld en omvat
 - [...]
 - hoe frequent en wanneer de psychiater als eindverantwoordelijke de voortgang volgt.

Het referentiekader forensische geestelijke gezondheidszorg stelt als verwachtingen:

- > Het geplande zorgtraject van patiënten is realistisch en zoekt een evenwicht tussen enerzijds de noden en wensen van de patiënt en anderzijds de noden en wensen van de maatschappij en/of het slachtoffer. Het zorgplan identificeert actoren die de patiënt nodig heeft om zijn weg te vinden naar de maatschappij, tijdens of als volgende stap in het zorgtraject.
- > Het betrekken van familie en de ruimere context is in de forensische zorg essentieel, en dit tijdens het volledige behandeltraject. Dat is zeker ook het geval bij de resocialisatie van de patiënt.

Door Zorginspectie geoperationaliseerde VAPH-verwachtingen:

- > Het handelingsplan moet consulteerbaar zijn op de locatie waar de ondersteuning plaatsvindt, zodat de begeleiding doeltreffend kan verlopen (BVR van 04/02/2011, artikel 14).
- > Voor elke zorggebruiker moet er een handelingsplan beschikbaar zijn (BVR van 04/02/2011, artikel 23).
- > Het proces van opstellen en bijsturen van het handelingsplan gebeurt in overleg met de zorggebruiker of diens vertegenwoordiger (BVR van 04/02/2011, artikel 11).
- > Wat de zorggebruiker zelf aanbrengt, wordt mee in overweging genomen (BVR van 04/02/2011, artikel 9 en artikel 10).
- > Het proces van opstellen en bijsturen van handelingsplanning voorziet in een overleg met de gebruiker of met zijn vertegenwoordiger (BVR van 04/02/2011, artikel 11).
- > Het handelingsplan wordt geëvalueerd volgens een afgesproken frequentie, en deze evaluatiemomenten zijn aantoonbaar (BVR van 04/02/2011, artikel 46).
- > Er zijn afspraken die garanderen dat het handelingsplan op regelmatige tijdstippen wordt geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd (BVR van 04/02/2011, artikel 11). Het proces voorziet voor volwassenen een evaluatietermijn van niet langer dan 3 jaar.
- > Het dagbestedingsaanbod is voldoende gedifferentieerd en afgestemd op de wensen van de zorggebruiker.

De Kindreflex (van toepassing in de GGZ):

- > Binnen de zorgverlening wordt aandacht besteed aan de gezinscontext van de zorggebruiker.
- > De Kindreflex bestaat uit zes stappen:
 - Stap één: aan de zorggebruiker wordt gevraagd of die zorgt voor minderjarige kinderen.

- Relevante informatie, zoals het aantal kinderen, geboortedata en verblijfplaats, wordt vastgelegd in het dossier.
 - Er wordt stilgestaan bij het risico op problematiek bij kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP).
- > De aandacht voor het gezinsnetwerk ondersteunt een integrale benadering van de zorg, waarbij ook de impact op en de behoeften van de kinderen meegenomen worden.

Uitgangspunten bij de inspecties

Een kwalitatieve, geïndividualiseerde ondersteuning vraagt om een geïntegreerde aanpak waarbij de zorggebruiker en zijn netwerk centraal staan. Zowel binnen de VAPH-sector als de forensische geestelijke gezondheidszorg wordt expliciet verwacht dat zorgplannen multidisciplinair worden opgesteld, regelmatig geëvalueerd worden en in overleg met de zorggebruiker en/of diens omgeving worden bijgestuurd. Het betrekken van familie en context is daarbij belangrijk net als het waarborgen van duidelijke communicatie en transparantie. Deze uitgangspunten helpen om de ondersteuning van de zorggebruiker beter af te stemmen op zijn individuele noden, rekening houdend met zijn netwerk en context.

Gesprekken van zorggebruikers met zorgverleners

Het referentiekader PZ stelt als verwachtingen dat:

- > Gesprekken met de psychiater deel uitmaken van het behandelplan (niet alleen op vraag, of tijdens zaalronde). Ze gebeuren op momenten die vooraf kenbaar gemaakt worden aan de patiënt.
- > De voortgangstoetsing goed georganiseerd is (wie, frequentie, wijze waarop plan wordt bijgesteld, betrokkenheid team, patiënt, familie ... zijn bepaald).
- > De psychiatertijd wordt voldoende gespreid: per afdeling, per week, balans face-to-face contacten / ondersteunende / leidinggevende activiteiten.

De gecoördineerde wet op de ziekenhuizen, die ook geldt voor elk PZ, bepaalt dat de arts dagelijks een ziekenbezoek aflegt. De Wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (ook gekend als de Kwaliteitswet) stelt dat de gezondheidszorgbeoefenaar minstens de weergave van gesprekken met de patiënt opneemt in het patiëntendossier (artikel 33, 7°).

Binnen de verwachtingen van het VAPH is er geen specifieke vereiste met betrekking tot (gesprekken met) de psychiater. Ook voor de forensische VAPH-units zijn hierrond geen specifieke verwachtingen, ondanks het feit dat er bij geïnterneerden per definitie sprake is van een psychische stoornis. Het werken met een aandachtsbegeleider wordt als een goede praktijk beschouwd binnen de VAPH-sector, met voldoende ruimte voor individuele momenten met de zorggebruiker.

Uitgangspunten bij de inspecties

Er zijn geen duidelijke verwachtingen over het aanbieden van gesprekken met een individueel begeleider in de PZ-regelgeving of de VAPH-verwachtingen. Voor de zorggebruiker zijn deze één-op-één contactmomenten van groot belang. Gesprekken tussen zorggebruiker en individueel begeleider zijn gericht op persoonlijke hulpvragen, dagelijkse behoeften en relevante aandachtspunten, en maken deel uit van het multidisciplinair behandeltraject. Deze gesprekken kunnen bijdragen aan zelfinzicht, gedragsverandering en maatschappelijke re-integratie. Deze gesprekken maken onderdeel uit van een multidisciplinair zorgtraject. Daarnaast is deze begeleider laagdrempelig benaderbaar, zodat zorggebruikers altijd terechtkunnen met vragen of zorgen, wat continuïteit en nabijheid in de zorg bevordert. Gesprekken met de psychiater maken ook deel uit van het multidisciplinair zorgtraject en kunnen gericht zijn op psychiatrische diagnostiek, medicatiebeleid en het volgen van mogelijke psychiatrische symptomen.

Communicatie tussen zorgverleners

Volgens het referentiekader PZ gelden volgende verwachtingen:

- > De behandeling wordt op geregelde tijdstippen geëvalueerd. De evaluatie van de behandeling moet minimaal de evaluatie van de toestand, de zorgvraag en de behandeling bevatten.
- > Er wordt op de dienst multidisciplinair gewerkt, d.w.z. met arts, psycholoog, verpleegkundigen, maatschappelijk werker, ergotherapeut en andere therapeuten.
- > Het multidisciplinair team komt regelmatig samen voor patiëntenbesprekingen en om hun inhoudelijke werking te bespreken en te verbeteren.
- > Elke patiënt komt regelmatig aan bod op de multidisciplinaire vergadering. Een verslag daarvan moet in het multidisciplinair patiëntendossier opgenomen worden.
- > De patiënt wordt actief betrokken bij het opstellen en evalueren van zijn behandelplan. Daarbij wordt rekening gehouden met zijn autonomie en keuzevrijheid.

Het referentiekader voor forensische geestelijke gezondheidszorg sluit hierbij aan en legt bijkomende nadruk op:

- > Multidisciplinaire bespreking met minimaal één forensisch expert.
- > Aanbeveling: altijd aanwezigheid van een forensisch psychiater en bijkomend een criminoloog of forensisch psycholoog/orthopedagoog.

Door Zorginspectie geoperationaliseerde VAPH-verwachtingen:

- > Medewerkers moeten beschikken over de medische informatie die relevant is voor hun taak binnen de zorg en voor de ondersteuning van de gebruikers (BVR van 04/02/2011, artikel 14).
- > De actiepunten en doelstellingen uit het handelingsplan worden opgevolgd (BVR van 4/02/2011 artikel 23).

Uitgangspunten bij de inspecties

Wat opvalt, is dat de verschillende kaders (wetgeving, referentiekader PZ, referentiekader forensische GGZ en VAPH) allemaal het belang erkennen van duidelijke, gestructureerde communicatie en samenwerking binnen een multidisciplinair team. Ze benadrukken:

- > toegankelijkheid van essentiële informatie voor alle zorgverleners
- > regelmatige en goed gedocumenteerde multidisciplinaire overlegmomenten
- > betrokkenheid van gespecialiseerde profielen, bv. psychiaters en forensische experts
- > actieve participatie van de zorggebruiker in beslissingen over zijn zorgtraject.

Risicotaxatie

Het referentiekader forensische geestelijke gezondheidszorg stelt onderstaande verwachtingen.

- > Gebruik van aangepaste wetenschappelijke diagnostische instrumenten, gevalideerd voor de forensische populatie.
- > Risicotaxatie is een essentieel onderdeel binnen de behandeling en start al tijdens de observatiefase en de diagnostiekstelling.
- > Op regelmatige basis wordt getest en opgevolgd en dit start al bij het begin van elk zorgtraject.
- > Regelmatige herscoring en evaluatie (minimaal bij elk kantelpunt in het behandeltraject én minimum één maal per jaar).

Er bestaat binnen het verwachtingskader van VAPH geen vereiste rond het uitvoeren van risicotaxaties.

Uitgangspunten bij de inspecties

Bij de zorg voor forensische zorggebruikers wordt risicotaxatie gezien als een waardevol instrument binnen het zorgtraject. Risicotaxatie kan bijdragen aan het inschatten van risico's, het bevorderen van veiligheid en het ondersteunen van beslissingen over bijvoorbeeld door- en uitstroom.

(Vroeg)signaleringsplan

Het referentiekader forensische geestelijke gezondheidszorg stelt als verwachtingen:

- > Opstellen (vroeg)signaleringsplan, in samenspraak met de patiënt, met specifieke aandacht voor recidivebeperking of een specifiek forensisch vroegsignaleringsplan.
- > De patiënt proactief signalen leren herkennen (toepassen vroegsignaleringsplan).
- > Streven naar versterkt vertrouwen en verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf leggen om vroegsignalering te herkennen en herval te vermijden.

Door Zorginspectie geoperationaliseerde VAPH-verwachtingen:

- > Er wordt een signaleringsplan verwacht.
- > Het bestaande signaleringsplan is voldoende uitgewerkt met
 - de concrete omschrijving van signalen of vroege voortekenen
 - de mogelijke acties of stabiliserende maatregelen in de verschillende fasen
 - wat de persoon met een handicap (indien de persoon zelf hiertoe in staat is) of zijn omgeving kan doen
 - wat hulpverleners kunnen doen.

De module VBM in het referentiekader PZ stelt als verwachtingen:

- > Na de onthaalfase wordt er, in geval van een positieve risico-inschatting, een signaleringsplan opgesteld, rekening houdend met de geldende kwetsbaarheden en/of risico's.
- > Het signaleringsplan wordt opgesteld in samenwerking met de zorggebruiker en bij voorkeur zijn naasten (tenzij de zorggebruiker daarvoor geen toestemming geeft). Als de zorggebruiker niet wenst mee te werken aan de opmaak van het signaleringsplan, wordt dit genoteerd in het patiëntendossier.
- > Een signaleringsplan omvat minimaal de volgende elementen: persoonlijke triggers voor emotionele spanning, vroege signalen van toegenomen spanning en copingstrategieën.
- > Het signaleringsplan wordt samen met de zorggebruiker en naaste (tenzij de zorggebruiker daarvoor geen toestemming geeft) herbekeken nadat er zich een crisis heeft voorgedaan. Indien nodig wordt de inhoud aangepast met het oog op toekomstige preventie van crisis en/of dwangmaatregelen.
- > Het plan is altijd toegankelijk, zowel voor de zorggebruiker zelf als voor de hulpverleners.
- > Ga met elke zorggebruiker, met een verhoogd agressie- of suïciderisico, in dialoog over welke eventuele voorkeuren of afkeuren hij heeft rond het gebruik van verschillende vormen van afzonderen of fixeren. Houd hierbij rekening met de mogelijkheden en ontwikkelingsleeftijd van de zorggebruiker en betrek indien nodig de vertegenwoordiger en/of de naaste. Noteer de voorkeuren of afkeuren in het patiëntendossier.
- > Communiceer naar de zorggebruiker dat afzonderen en fixeren alleen zal gebruikt worden als beschermende veiligheidsmaatregel, als er zich een zeer gevaarlijke situatie zou voordoen en er geen andere opties overblijven.

Uitgangspunten bij de inspecties

Het opmaken van een (vroeg)signaleringsplan in samenspraak met de zorggebruiker, en waar nodig diens context, is een gedeelde verwachting in bovenstaande kaders.

Dit plan vormt een belangrijk instrument om ernstige escalaties te voorkomen door tijdig toenemende spanning, onrust of agitatie op te merken. Hoe sneller dergelijke signalen worden opgemerkt, des te eenvoudiger het doorgaan is om de spanning te laten afnemen. Nabijheid, nauw contact en opvolging van de zorggebruiker zijn hierbij cruciale voorwaarden.

Instroom, uitstroom en informatieoverdracht naar vervolgzorg

Verwachting vanuit het referentiekader PZ:

- > de ontslagbrieven worden tijdig verstuurd.

Binnen psychiatrische ziekenhuizen is de uitwisseling van gezondheidsgegevens onderworpen aan de Wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, die onder meer de samenwerking tussen erkende gezondheidszorgbeoefenaars regelt.

- > De wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg verwacht dat de gezondheidszorgbeoefenaar toegang heeft tot persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de patiënt die worden bijgehouden en bewaard door andere gezondheidszorgbeoefenaars. Dit op voorwaarde dat de patiënt voorafgaand zijn geïnformeerde toestemming daarvoor gaf (Afdeling 12. Toegang tot gezondheidsgegevens, Art. 36).
- > De gezondheidszorgbeoefenaar deelt, mits toestemming van de patiënt, aan een ander behandelend gezondheidszorgbeoefenaar door de patiënt aangewezen om hetzij de diagnose, hetzij de behandeling voort te zetten of te vervolledigen, alle daaromtrent nuttige of noodzakelijke informatie mee (Afdeling 6. Continuïteit, Art. 19).

Door Zorginspectie geoperationaliseerde VAPH-verwachtingen:

- > De voorziening waarborgt in overleg met de gebruiker of zijn vertegenwoordiger een verantwoorde overdracht van relevante informatie aan de nieuwe voorziening met betrekking tot de ondersteuning.

Uitgangspunten bij de inspecties

De overdracht van informatie wordt afgestemd op de specifieke zorg- of behandelbehoeften van de zorggebruiker, zodat de vervolgzorg gericht is op continuïteit en zo veilig mogelijk kan worden georganiseerd.

11.1.4 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Controles

Verwachtingen vanuit het referentiekader PZ:

- > Men beschikt over procedures over:
 - omgang met alcohol, drugs of seksuele gedragingen.

Verwachtingen vanuit de module VBM in het referentiekader PZ:

- > Algemeen geldende regels worden tot een minimum beperkt, en waar mogelijk wordt er maximaal gewerkt met individuele afspraken.

Er bestaat binnen het verwachtingskader van VAPH geen vereiste over controles.

Uitgangspunten bij de inspecties

Een zorgvuldig, terughoudend en transparant controlebeleid draagt bij aan een veilig en voorspelbaar leefklimaat, met respect voor de autonomie en waardigheid van de zorggebruiker. Het fouilleren van het lichaam, kledij of persoonlijke bezittingen kan alleen plaatsvinden in geval van een specifiek risico. Dergelijke maatregelen worden nooit collectief toegepast, maar altijd in functie van een individuele afweging.

Afzondering en mechanische fixatie

Verwachtingen vanuit het referentiekader PZ:

- > M.b.t. afzondering worden volgende prestatie-indicatoren opgevolgd, geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd:
 - aantal afzonderingen
 - aantal patiënten die afgezonderd worden
 - duur van de afzonderingen (< 24u / > 24u)
 - aantal incidenten bij afzondering
 - aantal isolatiekamers.

Verwachtingen vanuit de module VBM in het referentiekader PZ:

- > Vrijheidsberovende maatregelen worden alleen gebruikt als zeer uitzonderlijke veiligheidsmaatregel, in geval van een ernstig en acuut gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van de zorggebruiker of andere personen, voor zover alternatieven niet (langer) volstaan.
- > Vrijheidsberovende maatregelen worden niet gebruikt omwille van een andere reden dan ernstig en acuut gevaar (bv. als middel van machtsvertoon, een straf of sanctie, omwille van een tekort aan personeel, als behandeling, als pedagogische maatregel).
- > Afzondering en mechanische fixatie worden niet uitgevoerd als standaardprocedure (bv. bij een gedwongen opname, bij start opname of bij positieve drugtest).
- > Het afsluiten van kamers, waarbij de zorggebruiker op geen enkele wijze de deur van binnenuit kan openen, is niet toegelaten als afdelingsregel/groepsmaatregel. Mogelijke afwijkingen worden genoteerd en beargumenteerd in het patiëntendossier.
- > Het type maatregel en de te volgen techniek worden gekozen volgens het principe van proportionaliteit en subsidiariteit.
- > Tijdens afzondering wordt toezicht georganiseerd:
 - minimaal elke 30 minuten
 - fysiek toezicht minstens elk uur.
- > In het patiëntendossier wordt ten minste genoteerd:
 - het tijdstip van begin en einde van de maatregel
 - onder welke omstandigheden, de aanleiding/reden, uitgetoetste alternatieven
 - mate van toestemming van de zorggebruiker.
- > Nabespreking na afloop met:
 - De zorggebruiker (zodra die ertoe in staat is) en desgevallend zijn vertegenwoordiger. Betrek een andere naaste voor zover de zorggebruiker dit wenst.
 - Alle betrokken hulpverleners. Dit gesprek biedt ruimte voor intervisie, klinische reflectie en emotionele verwerking.
 - Getuigen, omstaanders en familie. Ook zij kunnen nood hebben aan een nabespreking om informatie te krijgen en emoties op te vangen. Ga na wat de noden zijn en bied deze personen de nodige ondersteuning.

Door Zorginspectie geoperationaliseerde VAPH-verwachtingen:

- > Vrijheidsbeperkende maatregelen worden enkel toegepast volgens de wettelijke toepassingsgronden:
 - 1° het gedrag van de gebruiker houdt risico's in voor zijn eigen fysieke integriteit;
 - 2° het gedrag van de gebruiker houdt risico's in voor de fysieke integriteit van andere gebruikers of personeelsleden;
 - 3° de gebruiker vernietigt materiaal.
- (BVR van 04/02/2011, artikel 9, §4, artikel 45, §1, 1°, 2° en 3°).

- > De organisatie beschikt over schriftelijke procedures voor:
 - afzondering in crisissituaties (BVR van 04/02/2011, artikel 45, §2)
 - mechanische fixatie (BVR van 04/02/2011, artikel 45, §2).
- > Registraties zijn volledig ingevuld met o.a.:
 - begin- en einduur
 - toepassingsgrond.
- > Toezicht in geval van afzondering naar aanleiding van een crisissituatie wordt gegarandeerd (BVR van 04/02/2011, artikel 45, §2, 3°):
 - registraties om de 30 minuten over toezicht
 - informatie om de 60 minuten over de toestand van de gebruiker.
- > Het gebruik van de genomen (vrijheidsbeperkende) maatregelen komt aan bod binnen het handelingsplan (BVR van 04/02/2011, artikel 11).
- > Het gebruik van de vrijheidsbeperkende maatregel is besproken met de gebruiker of diens vertegenwoordiger (BVR van 04/02/2011, artikel 21 en artikel 22).

Uitgangspunten bij de inspecties

Vrijheidsbeperkende maatregelen mogen alleen worden ingezet bij ernstig en acuut gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van de zorggebruiker of anderen. Een helder en gedragen beleid, ondersteund door concrete procedures, is noodzakelijk om het gebruik van afzondering, mechanische fixatie en compartimentering op een transparante, veilige en zorgvuldige manier te organiseren. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden zoveel mogelijk vermeden en alleen toegepast wanneer dat als strikt noodzakelijk wordt geacht.

11.1.5 Verbeterbeleid

Verwachtingen vanuit het referentiekader PZ:

- > De doeltreffendheid van de zorg wordt opgevolgd, geëvalueerd en bijgestuurd [...].
- > Het aantal agressie-incidenten wordt opgevolgd, geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd.
- > De arbeids- en personeelstevredenheid wordt op regelmatige wijze in kaart gebracht. Uit de resultaten worden bevorderende factoren inzake personeelsretentie en jobsatisfactie gezocht en uitgewerkt.
- > Jaarlijks wordt door de ombudsperso(n)en een verslag opgemaakt, met een geanonimiseerd overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het eventuele resultaat.
- > Er is permanente risicoanalyse. Fouten, ongevallen, maar ook incidenten worden geregistreerd en geëvalueerd. De resultaten van de verwerking geven aanleiding tot verbeteracties.
- > Registratie van ongevallen en bijna-ongevallen wordt uitgevoerd door alle departementen en resulteert jaarlijks in een rapport met sensibiliseringscampagnes en verbeteracties. Deze registratie wordt eveneens gekoppeld met de geregistreeerde klachten.
- > De patiëntentevredenheidsbevraging gebeurt met een voldoende hoge frequentie (minimaal één opname-afdeling en één long stay-afdeling per jaar) en met een voldoende hoge staalgrootte (representatief karakter).
- > De bevragingen die plaatsvinden in kader van cliënten- en personeelstevredenheid zijn voldoende adequaat (meer bepaald wat frequentie, bereik (steekproefgrootte) en doelgroepen betreft).

Door Zorginspectie geoperationaliseerde VAPH-verwachtingen:

- > Er zijn voldoende registraties of gegevens beschikbaar om zicht te krijgen op de kwaliteit van zorg of een deelaspect ervan (Decreet van 17/10/2003, artikel 5, §3; BVR van 04/02/2011, artikel 48).
- > De beschikbare gegevens over de kwaliteit van zorg of een deelaspect ervan, worden effectief aangewend ter analyse en evaluatie van het gevoerde beleid (Decreet van 17/10/2003, artikel 5, §3; BVR van 04/02/2011, artikel 48).
- > Er is zelfevaluatie met het oog op het identificeren en werken aan verbeterpunten op organisatieniveau (Decreet van 17/10/2003, artikel 5, §3; BVR van 04/02/2011, artikel 47).

Verwachtingen vanuit de module VBM in het referentiekader PZ:

- > Er wordt minstens jaarlijks een analyse uitgevoerd van vrijheidsberovende maatregelen (zowel globale cijfers als op afdelingsniveau). Iedere afdeling ontvangt een jaarlijks rapport over het gebruik van vrijheidsberovende maatregelen op de eigen afdeling. Wanneer nodig, worden het preventiebeleid en de procedures bijgestuurd.

Verwachtingen vanuit het besluit Vlaamse Regering betreffende het beleid inzake preventie van en omgaan met SGOG in gezondheids- en woonzorgvoorzieningen:

- > Registratie, analyse en rapportering van incidenten van SGOG ter preventie en kwaliteitsverbetering.

Uitgangspunten bij de inspecties

Binnen de verschillende referentiekaders wordt verwacht dat relevante gegevens over incidenten, tevredenheid, klachten en uitkomsten systematisch worden geregistreerd en geanalyseerd. Deze cijfers worden geaggregeerd en zo actueel mogelijk gehouden, zodat op basis van deze data analyses kunnen worden gemaakt die bijdragen aan het monitoren van de zorgkwaliteit en het verbeteren van het preventiebeleid. Dit ondersteunt een zorgomgeving waarin veiligheid, kwaliteit en het welzijn van zorggebruikers centraal staan.

11.2 BIJLAGE 2: OVERZICHT VASTSTELLINGEN

11.2.1 Infrastructuur

Forensische afdelingen

	Totaal	GGZ	VAPH
Bezochte afdelingen met alleen eenpersoonkamers	15/21 (71%)	12/18 (67%)	3/3
Bezochte afdelingen met één of meerdere tweepersoonkamers	6/21 (29%)	6/18 (33%)	0/3

	Totaal	GGZ	VAPH
Afdelingen met een buitenruimte	21/21 (100%)	18/18 (100%)	3/3
Afdelingen met (toegang tot) een sportruimte	21/21 (100%)	18/18 (100%)	3/3
Afdelingen met een ontspanningsruimte	21/21 (100%)	18/18 (100%)	3/3
Afdelingen met (toegang tot) een comfortroom of een andere rustige ruimte	13/21 (62%)	11/18 (61%)	2/3

	Totaal	GGZ	VAPH
Voorzieningen waar problemen werden opgemerkt qua privacy in de tweepersoonkamers van de zorggebruikers	3/9	3/6	0/3
Voorzieningen waar problemen werden opgemerkt qua privacy in het gemeenschappelijk sanitair	5/9	5/6	0/3

Afzonderingsruimtes

Veiligheid	Totaal	GGZ	VAPH
Afzonderingsruimtes met rookdetectie	39/39 (100%)	27/27 (100%)	12/12 (100%)
Afzonderingsruimtes met mogelijkheid tot visueel toezicht op de volledige ruimte (kijkraam of camera)	38/39 (97%)	27/27 (100%)	11/12 (92%)
Afzonderingsruimtes waar het bed verankerd is (wanneer een bed aanwezig is)	29/30 (97%)	24/25 (96%)	5/5 (100%)
Afzonderingsruimtes met scheurvrij linnen (wanneer linnen aanwezig is)	24/34 (71%)	20/26 (77%)	4/8 (50%)
Afzonderingsruimtes met een brandvrije matras (wanneer een matras aanwezig is)	35/35 (100%)	27/27 (100%)	8/8 (100%)
Afzonderingsruimtes met een oproepsysteem	31/39 (79%)	27/27 (100%)	4/12 (33%)
Afzonderingsruimtes met een oproepsysteem dat altijd bereikbaar is (als fixatie gebeurt, ook door gefixeerde)	28/39 (72%)	24/27 (89%)	4/12 (33%)
Afzonderingsruimtes waar communicatie mogelijk is voor de zorggebruiker (camera met geluid of intercom)	21/39 (54%)	17/27 (63%)	4/12 (33%)
Afzonderingsruimtes waarbij de deur niet blokkeerbaar is	39/39 (100%)	27/27 (100%)	12/12 (100%)
Afzonderingsruimtes waar geen risico's op kwetsen/automutilatie/verhanging werden vastgesteld	15/39 (38%)	5/27 (19%)	10/12 (83%)
Afzonderingsruimtes waar geen enkel risico qua veiligheid werd opgemerkt	7/39 (18%)	4/27 (15%)	3/12 (25%)

Comfort	Totaal	GGZ	VAPH
Afzonderingsruimtes met een zichtbare tijdsaanduiding (ook bij fixatie)	33/39 (85%)	27/27 (100%)	6/12 (50%)
Afzonderingsruimtes met een aangepaste tijdsaanduiding (naargelang doelgroep, bv. digitale klok)	37/39 (95%)	27/27 (100%)	10/12 (83%)
Afzonderingsruimtes met daglicht (direct of indirect)	39/39 (100%)	27/27 (100%)	12/12 (100%)
Afzonderingsruimtes met verduistermogelijkheden	34/39 (87%)	26/27 (96%)	8/12 (67%)
Afzonderingsruimtes met een toilet in de onmiddellijke nabijheid	38/39 (97%)	27/27 (100%)	11/12 (92%)
Afzonderingsruimtes met voldoende grote oppervlakte (VAPH: 6 m ² ; PZ: ruimte voor twee medewerkers)	35/39 (90%)	27/27 (100%)	8/12 (67%)
Afzonderingsruimtes waar geen problemen inzake comfort werden vastgesteld	30/39 (77%)	26/27 (96%)	4/12 (33%)

Privacy	Totaal	GGZ	VAPH
Afzonderingsruimtes zonder inkijk door onbevoegden via een raam (medewerkers die niet betrokken zijn bij de zorg, medezorggebruikers)	38/39 (97%)	26/27 (96%)	12/12 (100%)
Afzonderingsruimtes zonder inkijk door onbevoegden via de monitor (medewerkers die niet betrokken zijn bij de zorg, medezorggebruikers)	27/39 (69%)	18/27 (67%)	9/12 (75%)
Afzonderingsruimtes waar geen problemen inzake privacy werden vastgesteld	27/39 (69%)	18/27 (67%)	9/12 (75%)

Alle criteria (veiligheid, comfort en privacy)	Totaal	GGZ	VAPH
Afzonderingsruimtes waar geen problemen inzake veiligheid, comfort en privacy werden vastgesteld	6/39 (15%)	4/27 (15%)	2/12 (17%)

11.2.2 Medewerkers

Bestaffing tijdens de nacht en het weekend

	Totaal	GGZ	VAPH
Bestaffing tijdens de nacht in orde	17/21 (81%)	14/18 (78%)	3/3
Bestaffing tijdens het weekend in orde	19/21 (90%)	16/18 (89%)	3/3

Gemiddelde client /staff ratio (aantal zorggebruikers / aantal zorgmedewerkers)	Totaal	GGZ	VAPH
Tijdens de nachtshift	21,76	21,36	24,17
Tijdens de ochtendshift in het weekend	8,23	8,54	6,41

Aanpak van incidenten

	Totaal	GGZ	VAPH
Medewerkers op de forensische afdelingen kunnen bij een (agressie-)incident beroep doen op extra hulp van oproepbare collega's	9/9	6/6	3/3
Er zijn schriftelijke afspraken over wie op alarm moet reageren	7/9	5/6	2/3
Hulp wordt ingeroepen via een alarmknop	7/9	4/6	3/3
Hulp wordt ingeroepen via een telefoonoproep	8/9	6/6	2/3
Hulp wordt ingeroepen via een andere manier	1/9	0/6	1/3

	Totaal	GGZ	VAPH
Er is beveiligingspersoneel aanwezig op de campus tijdens de nacht	3/9	2/6	1/3
Er is beveiligingspersoneel aanwezig op de campus tijdens het weekend	5/9	3/6	2/3

	Totaal	GGZ	VAPH
Medewerkers kunnen beroep doen op interne medewerkers voor de eerste opvang na een incident	9/9	6/6	3/3
Er zijn binnen de organisatie medewerkers specifiek aangeduid voor de eerste opvang na een incident	9/9	6/6	3/3
Er werd aangetoond dat medewerkers hierover op de hoogte werden gebracht	9/9	6/6	3/3
De aangeduide medewerkers voor eerste opvang na incidenten zijn hiervoor specifiek opgeleid	9/9	6/6	3/3

	Totaal	GGZ	VAPH
Medewerkers kunnen beroep doen op externe psychologische begeleiding	9/9	6/6	3/3
Er werd aangetoond dat medewerkers hierover op de hoogte werden gebracht	8/9	6/6	2/3

	Totaal	GGZ	VAPH
Er gebeurde minstens 1 schriftelijke analyse van (agressie-)incidenten	8/9	6/6	2/3
Uit het verslag van de analyse blijkt dat de betrokken medewerkers aanwezig waren bij de analyse	8/8	6/6	2/2

Vorming, training en opleiding (VTO)

Onderwerp	Schriftelijke afspraken		Schriftelijke afspraken over inscholing voor nieuwe zorgmedewerkers		Schriftelijke afspraken over continue vorming		Schriftelijke afspraken over verplichte continue vorming	
	GGZ	VAPH	GGZ	VAPH	GGZ	VAPH	GGZ	VAPH
Agressiepreventie/-hantering	6/6	3/3	6/6	3/3	6/6	2/3	6/6	2/3
Het gebruik van een (vroeg)signaleringsplan	4/6	1/3	3/4	1/1	4/4	1/1	3/4	1/1
Het inoefenen van afzonderingstechnieken	6/6	2/3	6/6	2/2	6/6	2/2	6/6	2/2
Het inoefenen van fixatietechnieken	6/6	1/3	6/6	1/1	6/6	1/1	6/6	1/1
SGOG	4/6	2/3	4/4	2/2	4/4	2/2	1/4	2/2

11.2.3 Zorgtraject

Afdelingsafspraken en regels

	Totaal	GGZ	VAPH
Er is een patiëntenraad/gebruikersraad/collectief overleg waar zorggebruikers als vertegenwoordigers van forensische afdelingen aan deelnemen	9/9	6/6	3/3
Van al deze overlegmomenten zijn verslagen aantoonbaar	9/9	6/6	3/3
Er zijn metingen van zorggebruikerservaringen, specifiek voor de forensische zorggebruikers	7/9	6/6	1/3
Forensische ervaringsdeskundigen worden betrokken bij het behandeltraject	1/9	1/6	0/3
Niet-forensische ervaringsdeskundigen worden betrokken bij het behandeltraject	4/9	4/6	0/3

	Totaal	GGZ	VAPH
Er zijn geen verplichte kamermomenten overdag	19/21 (90%)	17/18 (94%)	2/3
De kamers worden 's nachts niet systematisch afgesloten door de begeleiding	21/21 (100%)	18/18 (100%)	3/3
Er is geen algemeen verbod om overdag op de eigen kamer te komen	21/21 (100%)	18/18 (100%)	3/3
Zorggebruikers kunnen/mogen de kamer van binnenuit sluiten	15/21 (71%)	12/18 (67%)	3/3

	Totaal	GGZ	VAPH
Het seksualiteitsbeleid van de organisatie is uitgeschreven	6/9	4/6	2/3
Zorggebruikers hebben de mogelijkheid om ongestoord bezoek te ontvangen	15/21 (71%)	13/18 (72%)	2/3

Opmaak, inhoud, inspraak en evaluatie van het zorgplan

	Totaal	GGZ	VAPH
Dossiers met een zorgplan	119/119 (100%)	91/91 (100%)	28/28 (100%)
Dossiers met aantoonbare inspraak van de zorggebruiker (of diens vertegenwoordiger) in het zorgplan	118/119 (99%)	90/91 (99%)	28/28 (100%)
Zorgplannen met evaluatie zorgplan tijdens een MDO in de laatste 12 maanden voor de inspectie	111/119 (93%)	91/91 (100%)	20/28 (71%)
Zorgplannen met evaluatie zorgplan tijdens een MDO in de laatste 6 maanden voor de inspectie	106/119 (89%)	87/91 (96%)	19/28 (68%)
Dossiers met een dag-/weekschema	108/119 (91%)	83/91 (91%)	25/28 (89%)
Dossiers met een gepersonaliseerd dag-/weekschema	108/119 (91%)	83/91 (91%)	25/28 (89%)
Dossiers met informatie over de context van de zorggebruiker	119/119 (100%)	91/91 (100%)	28/28 (100%)
Dossiers met informatie of de zorggebruiker minderjarige kinderen heeft	76/119 (64%)	66/91 (73%)	10/28 (36%)

Gesprekken van zorggebruikers met zorgverleners

	Totaal	GGZ	VAPH
Er wordt een IB toegewezen aan de zorggebruikers	20/21 (95%)	17/18 (94%)	3/3
Er zijn afspraken over de minimale frequentie van individuele gesprekken tussen zorggebruiker en IB	12/20 (60%)	12/17 (71%)	0/3

	Totaal	GGZ	VAPH
Dossiers met notities over een individueel gesprek met de IB in de laatste maand voor de inspectie	113/118 (96%)	86/90 (96%)	27/28 (96%)
Dossiers met notities over een individueel gesprek met de IB in de laatste week voor de inspectie	76/118 (64%)	56/90 (62%)	20/28 (71%)

	Totaal	GGZ	VAPH
Er is een psychiater verbonden aan de afdeling	20/21 (95%)	17/18 (94%)	3/3
De psychiater neemt deel aan elk MDO	15/20 (75%)	14/17 (82%)	1/3
De psychiater geeft groepstherapie	1/20 (5%)	1/17 (6%)	0/3
De psychiater heeft individuele gesprekken met zorggebruikers	20/20 (100%)	17/17 (100%)	3/3
De minimale frequentie van de individuele gesprekken is vastgelegd	7/20 (35%)	7/17 (41%)	0/3

	Totaal	GGZ	VAPH
Dossiers met notities over een individueel contact met de psychiater in de laatste 12 maanden voor de inspectie	90/119 (76%)	83/91 (91%)	7/28 (25%)
Dossiers met notities over een individueel contact met de psychiater in de laatste 6 maanden voor de inspectie	80/119 (67%)	77/91 (85%)	3/28 (11%)
Dossiers met notities over een individueel contact met de psychiater in de laatste maand voor de inspectie	56/119 (47%)	56/91 (62%)	0/28 (0%)

Communicatie tussen zorgverleners

	Totaal	GGZ	VAPH
Alle betrokken hulpverleners hebben toegang tot de nodige informatie	20/21 (95%)	18/18 (100%)	2/3
Er zijn afspraken over de minimale frequentie van het MDO per zorggebruiker	20/21 (95%)	18/18 (100%)	2/3

	Totaal	GGZ	VAPH
Dossiers met een MDO in de laatste 12 maanden voor de inspectie	111/119 (93%)	91/91 (100%)	20/28 (71%)
Dossiers met een MDO in de laatste 6 maanden voor de inspectie	108/119 (91%)	88/91 (97%)	20/28 (71%)
Dossiers met een MDO met een psychiater aantoonbaar aanwezig in de laatste 12 maanden voor de inspectie	96/119 (81%)	87/91 (96%)	9/28 (32%)
Dossiers met een MDO met de zorggebruiker aantoonbaar aanwezig in de laatste 12 maanden voor de inspectie	74/119 (62%)	67/91 (74%)	7/28 (25%)

Risicotaxatie

	Totaal	GGZ	VAPH
Er wordt door de organisatie gebruik gemaakt van een geformaliseerde risicotaxatie	8/9	6/6	2/3
Het instrument is wetenschappelijk gevalideerd	8/8	6/6	2/2
Er zijn schriftelijke afspraken over opleiding voor de afname van het instrument voor risicotaxatie	2/8	2/6	0/2

	Totaal	GGZ	VAPH
De termijn waarbinnen risicotaxatie na opname wordt afgenomen is vastgelegd in interne afspraken	17/27 (63%)	17/24 (71%)	0/3
De frequentie waarmee herevaluatie van de risicotaxatie wordt afgenomen is vastgelegd in interne afspraken	21/27 (78%)	21/24 (88%)	0/3

	Totaal	GGZ	VAPH
Dossiers waarin een risicotaxatie werd afgenomen in de laatste 12 maanden voor de inspectie	77/119 (65%)	71/91 (78%)	6/28 (21%)
Dossiers waarin een risicotaxatie aan bod kwam tijdens een multidisciplinaire bespreking in de laatste 12 maanden voor de inspectie	62/119 (52%)	58/91 (64%)	4/28 (14%)

(Vroeg)signaleringsplan

	Totaal	GGZ	VAPH
Er is een procedure voor het gebruik van een (vroeg)signaleringsplan	7/9	5/6	2/3
Er wordt gebruik gemaakt van een sjabloon (vroeg)signaleringsplan	9/9	6/6	3/3

	Totaal	GGZ	VAPH
Er zijn schriftelijke afspraken over			
de criteria voor de opmaak van het (vroeg)signaleringsplan	6/9	5/6	1/3
de manier waarop de zorggebruiker en/of diens vertegenwoordiger betrokken wordt bij de opmaak van het (vroeg)signaleringsplan	7/9	5/6	2/3
de manier van werken als de zorggebruiker niet kan of wil meewerken aan de opmaak	4/9	4/6	0/3
de manier waarop rekening gehouden wordt met de mogelijkheden en eventuele beperkingen van de zorggebruiker	7/9	5/6	2/3
de timing voor het opstellen van een (vroeg)signaleringsplan	6/9	5/6	1/3
de frequentie van evaluatie van het (vroeg)signaleringsplan	6/9	5/6	1/3

	Totaal	GGZ	VAPH
Dossiers met een (vroeg)signaleringsplan	83/119 (70%)	60/91 (66%)	23/28 (82%)
Dossiers met een (vroeg)signaleringsplan waarin waarschuwingssignalen zijn opgenomen	81/119 (68%)	58/91 (64%)	23/28 (82%)
Dossiers met een (vroeg)signaleringsplan waarin strategieën voor spanningsreductie worden beschreven die de zorggebruiker zelf kan inzetten	77/119 (65%)	58/91 (64%)	19/28 (68%)
Dossiers met een (vroeg)signaleringsplan waarin strategieën voor spanningsreductie worden beschreven die de omgeving kan inzetten	82/119 (69%)	59/91 (65%)	23/28 (82%)

Instroom en uitstroom

2024	Totaal	GGZ	VAPH
Instroom totaal	321	317	4
waarvan nieuwe opnames	240	236	4
waarvan heropnames	81	81	0
rechtstreeks vanuit:			
de gevangenis	125	122	3
een FPC	19	19	0
een hoogbeveiligde behandelafdeling (PZ)	6	6	0
een middelhoog beveiligde behandelafdeling (PZ)	59	58	1
een afdeling voor langverblijf (PZ)	1	1	0
een middelhoog beveiligde VAPH-afdeling	2	2	0
een middelhoog beveiligd PVT of BW	40	40	0
andere	69	69	0

2024	Totaal	GGZ	VAPH
Uitstroom totaal	296	295	1
waarvan naar de gevangenis	51	51	0
waarvan naar een FPC	1	1	0
naar:			
een voorziening met een lagere beveiligingsgraad	175	175	0
een voorziening met eenzelfde beveiligingsgraad	48	48	0
een voorziening met een hogere beveiligingsgraad	51	51	0
andere (bv. overlijden, ontvluchting en verblijfplaats onbekend, uitwijzing ...)	22	21	1

Informatieoverdracht naar vervolgzorg

	Aantal	GGZ	VAPH
Er was overdracht van informatie naar de vervolgzorg aantoonbaar	64/64 (100%)	60/60 (100%)	4/4
Er was mondelinge overdracht van informatie naar de vervolgzorg aantoonbaar	38/64 (59%)	38/60 (63%)	0/4
Er was schriftelijke overdracht van informatie naar de vervolgzorg aantoonbaar	64/64 (100%)	60/60 (100%)	4/4
Er was zowel schriftelijke als mondelinge informatie naar de vervolgzorg aantoonbaar	38/64 (59%)	38/60 (63%)	0/4

	Totaal	GGZ	VAPH
Schriftelijke communicatie met vermelding van de periode van begeleiding	61/64 (95%)	57/60 (95%)	4/4
Schriftelijke communicatie met vermelding van een probleemomschrijving	60/64 (94%)	56/60 (93%)	4/4
Schriftelijke communicatie met vermelding van een beschrijving van de evolutie / verloop van het traject	59/64 (92%)	55/60 (92%)	4/4
Schriftelijke communicatie met een risicotaxatie	32/64 (50%)	32/60 (53%)	0/4
Schriftelijke communicatie met een (vroeg)signaleringsplan	17/64 (27%)	13/60 (22%)	4/4
Schriftelijke communicatie met informatie over medicatie of een medicatieschema	63/64 (98%)	59/60 (98%)	4/4
Schriftelijke communicatie met vermelding van het IQ of ontwikkelingsniveau	40/64 (63%)	36/60 (60%)	4/4
Schriftelijke communicatie met vermelding van een psychiatrische diagnose	60/64 (94%)	56/60 (93%)	4/4
Schriftelijke communicatie met vermelding van alle gezochte elementen	8/64 (13%)	8/60 (13%)	0/4

11.2.4 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Controles

	Totaal	GGZ	VAPH
De werkwijze van een lichaamscontrole is (waar die gebeurt) beschreven in een procedure	6/7	5/5	1/2
De werkwijze van een kamercontrole is (waar die gebeurt) beschreven in een procedure	6/9	5/6	1/3
De werkwijze van een bagagecontrole is (waar die gebeurt) beschreven in een procedure	5/9	5/6	0/3
De werkwijze van een postcontrole is (waar die gebeurt) beschreven in een procedure	3/9	3/6	0/3
De werkwijze van een drugscreening is (waar die gebeurt) beschreven in een procedure	7/7	6/6	1/1
De werkwijze van een controle van de surfgeschiedenis is (waar die gebeurt) beschreven in een procedure	3/9	3/6	0/3

	Totaal	GGZ	VAPH
Afdelingen waar lichaamscontroles kunnen gebeuren	19/21 (90%)	17/18 (94%)	2/3
Afdelingen waar kamercontroles kunnen gebeuren	21/21 (100%)	18/18 (100%)	3/3
Afdelingen waar bagagecontroles kunnen gebeuren	21/21 (100%)	18/18 (100%)	3/3
Afdelingen waar postcontroles kunnen gebeuren	21/21 (100%)	18/18 (100%)	3/3
Afdelingen waar drugscreenings kunnen gebeuren	19/21 (90%)	18/18 (100%)	1/3
Afdelingen waar controles van de surfgeschiedenis kunnen gebeuren	21/21 (100%)	18/18 (100%)	3/3

Afzondering en mechanische fixatie

	Totaal	GGZ	VAPH
Afzondering in de afzonderingsruimte			
Bij crisis	21/21 (100%)	18/18 (100%)	3/3
Structureel / als standaardprocedure	0/21 (0%)	0/18 (0%)	0/3
Afzondering buiten de afzonderingsruimte			
Bij crisis	6/21 (29%)	3/18 (17%)	3/3
Structureel / als standaardprocedure	1/21 (5%)	0/18 (0%)	1/3
Collectief	0/21 (0%)	0/18 (0%)	0/3
Mechanische fixatie			
In de afzonderingsruimte	15/21 (71%)	13/18 (72%)	2/3
Buiten de afzonderingsruimte	0/21 (0%)	0/18 (0%)	0/3
Compartimentering	0/21 (0%)	0/18 (0%)	0/3

	Totaal	GGZ	VAPH
Er is een procedure voor afzondering	9/9	6/6	3/3
In de procedures staan de indicaties voor afzondering	9/9	6/6	3/3

	Totaal	GGZ	VAPH
Afzonderingen met vermelding start (uur en datum)	45/45 (100%)	33/33 (100%)	12/12 (100%)
Afzonderingen met vermelding einde	44/45 (98%)	32/33 (97%)	12/12 (100%)
Afzonderingen met vermelding verantwoordelijke beslissing tot afzondering	42/45 (93%)	33/33 (100%)	9/12 (75%)
Afzonderingen met verslag van aanleiding/motivering	42/45 (93%)	33/33 (100%)	9/12 (75%)
Afzonderingen met vermelding reden	44/45 (98%)	32/33 (97%)	12/12 (100%)
Afzonderingen met elk uur notities over toezicht en toestand	38/45 (84%)	28/33 (85%)	10/12 (83%)
Afzonderingen met elk uur persoonlijk contact of motivering voor andere frequentie van persoonlijk contact	33/45 (73%)	23/33 (70%)	10/12 (83%)
Afzonderingen met elk uur persoonlijk contact	25/45 (56%)	15/33 (45%)	10/12 (83%)
Afzonderingen met niet elk uur persoonlijk contact maar met motivering voor andere frequentie van persoonlijk contact	8/45 (18%)	8/33 (24%)	0/2 (0%)
Afzonderingen langer dan 24 uur	4/45 (9%)	4/33 (12%)	0/12 (0%)
Afzonderingen langer dan 24 uur met teamoverleg met collega van andere afdeling	2/4	2/4	0/0
Afzonderingen met informatie over toestemming	42/45 (93%)	33/33 (100%)	9/12 (75%)
Afzonderingen met informatie over mate van toestemming vooraf over afzondering	15/45 (33%)	6/33 (18%)	9/12 (75%)
Afzonderingen met informatie over graad van medewerking tijdens verloop van overbrenging	40/45 (89%)	31/33 (94%)	9/12 (75%)
Afzonderingen met verslag van nabespreking met de zorggebruiker	17/45 (38%)	11/33 (33%)	6/12 (50%)

	Totaal	GGZ	VAPH
Er is een procedure voor mechanische fixatie	7/7	5/5	2/2
In de procedures staan de indicaties voor mechanische fixatie	7/7	5/5	2/2

11.2.5 Verbeterbeleid

Onderwerp	Cijfers beschikbaar voor de forensische werking (max. 5 jaar oud)		Geaggregeerde cijfers beschikbaar voor 2024		Analyse beschikbaar van de cijfers van 2024	
	GGZ	VAPH	GGZ	VAPH	GGZ	VAPH
Outcome-indicatoren / uitkomstenmetingen	6/6	2/3	3/6	0/3	3/6	0/3
Tevredenheidsmeting zorggebruikers	6/6	2/3	6/6	1/3	6/6	1/3
Tevredenheidsmeting medewerkers	6/6	3/3	2/6	0/3	2/6	0/3
Klachten	3/6	3/3	5/6	3/3	5/6	2/3
Agressie-incidenten	6/6	3/3	6/6	3/3	6/6	3/3
SGOG	6/6	2/3	6/6	2/3	6/6	2/3
VBM	6/6	3/3	6/6	3/3	5/6	2/3