

DENKOEFFENING: ONTWRICHTEND GEDRAG IN DE CONTEXT VAN EEN PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

Jaak Poncelet, Patrick Penders, Dr. Marc Eneman, Veerle Stevens en Stefan Van Sevecotte
Organisatie Broeders van Liefde, augustus 2023

1. Inleiding: wat is het probleem?

In de context van psychiatrische ziekenhuizen is agressief gedrag bij patiënten niet uitzonderlijk. Deze agressie kan vele oorzaken hebben en zowel ontstaan vanuit de pathologie, als situatie- of middelengebonden zijn. Ondanks het feit dat medewerkers professioneel gevormd zijn om agressie-voorkomend en de-escalerend te werken, kan een situatie toch ernstig ontsporen. In dergelijke situaties voelen zowel medewerkers als medepatiënten zich vaak ernstig bedreigd en lopen zij mogelijk psychische of fysieke schade op. Het gedrag van de betrokken patiënt is in die mate ontwrichtend (disruptief) dat als gevolg daarvan de kwaliteit van zorg onvoldoende kan gerealiseerd worden en zijn/haar aanwezigheid op de betrokken ziekenhuisafdeling niet langer mogelijk is. Maar precies in die precare omstandigheden is het vaak moeilijk om een geschikte oplossing te vinden.

De voorliggende nota exploreert de mogelijkheden bij deze vastgelopen situaties en beschrijft een aantal voorstellen die een alternatief bieden. Met die voorstellen willen we deze bijzonder gewelddadige, maar in se zeer kwetsbare patiënten de best passende zorg¹ aanbieden en hem/haar terug een plaats geven in de reguliere zorg, en op termijn in de samenleving. Tegelijkertijd hebben we als doel voor ogen om medepatiënten en medewerkers te beschermen tegen dit ernstig externaliserend en ontwrichtend gedrag zodat medepatiënten verzekerd zijn van een helende, zorgzame omgeving en medewerkers van een veilige werkplek.

2. Over wie gaat dit?

Bij patiënten met ontwrichtend gedrag gaat het overwegend over personen met een acute psychiatrische problematiek of een persoonlijkheidsstoornis wiens emoties of gedrag, al dan niet door hun problematiek, zo ernstig ontregeld raken dat zij de rechten en de veiligheid van anderen ernstig schenden en daarbij de goede werking van de afdeling en/of de therapeutische relatie grondig verstoren, ontwrichten. Hun toestand is (medisch) niet stabiel.

Criteria

Een aantal criteria zijn richtinggevend om te bepalen of het gedrag van een patiënt ontwrichtend is en zodoende zijn/haar aanwezigheid op de betrokken ziekenhuisafdeling onmogelijk maakt. Er dient aan elk criterium voldaan te zijn om te kunnen spreken van ontwrichtend gedrag:

(1) Het gedrag kenmerkt zich door:

a. Zware fysieke agressie:

- naar personen, zoals (poging tot) wurging, (poging tot) verkrachting, toebrengen van slagen en verwondingen
- en/of naar materiële omgeving/infrastructuur, zoals vernielingen aan meubilair, vensters, auto's gebouwen,... of (poging tot) brandstichting

en/of

b. Zware bedreigingen, bv. onder de vorm van doodsb bedreigingen

en/of

c. Zware vormen van grensoverschrijdend gedrag anders dan (a) of (b), bv. een gijzeling

- (2) Medewerkers of medepatiënten zijn in gevaar en lopen ernstige fysieke en/of psychische schade op, of zij voelen zich zeer sterk bedreigd. Medewerkers dienen zichzelf, collega's of medepatiënten in veiligheid te brengen.
- (3) Het ontspoord gedrag heeft een reëel en ingrijpend effect op de omgeving waardoor (een vorm van) herstel is vereist:
 - a. Het ontspoord gedrag impacteert het leefklimaat en schaadt in zeer ernstige mate de therapeutische relatie.
 - b. Voor medewerkers gaat dit mogelijk gepaard met arbeidsongeschiktheid of werkverlet. Meerderen geven het signaal het werk niet meer aan te kunnen.
 - c. Medepatiënten kunnen zich zodanig bedreigd voelen of schade oplopen dat dit aanleiding geeft tot een bijkomend trauma of het stopzetten van de opname.

Bij de beoordeling of de patiënt nog op de ziekenhuisafdeling kan blijven, maakt het niet uit (a) of het gedrag al of niet moedwillig gebeurt en (b) of de patiënt wel of niet behandelbaar is. Het gaat primair om het gedrag dat werd gesteld: dit gedrag brengt de veiligheid van anderen in het gedrang; daardoor kan deze persoon niet langer op de afdeling terecht en zijn bijkomende maatregelen noodzakelijk.

Behoren niet tot onze doelgroep

De doelgroep in deze nota is te onderscheiden van de doelgroep patiënten die *permanent moeilijk gedrag stellen* (vroeger ook wel patiënten met persisterend storend gedrag genoemd)². Bij patiënten die permanent moeilijk gedrag stellen gaat het over (medisch gestabiliseerde) chronisch psychiatrische patiënten die voortdurend moeilijk gedrag stellen en storend zijn, maar hierbij geen gevoel van onveiligheid creëren.

Ook patiënten met een sterk *internaliserend gedrag* kunnen een enorme impact hebben op het leefklimaat en op medewerkers en hen een gevoel van machteloosheid en verhoogde stress bezorgen. Internaliserend gedrag kan worden omschreven als angstig, geremd, teruggetrokken en overgecontroleerd gedrag. Het is vaak 'onzichtbaar' voor de omgeving doordat deze personen de focus leggen op de interne beleving. Ze richten zich in hun emotieregulatie naar zichzelf, doen minder een beroep op anderen, appelleren minder.

Externaliserend gedrag gaat dan eerder om agerend, agressief, druk of ongecontroleerd gedrag en is daardoor veel zichtbaarder. Het wordt door de omgeving sneller als storend ervaren, al gaat het in essentie ook hier om een vorm van emotiederegulatie, die meer gericht is op het uiten/ageren.

Patiënten met internaliserend gedrag worden niet in deze nota opgenomen omdat ze een specifieke aanpak vereisen die verschilt van externaliserende problematieken en hun gedrag geen extra maatregelen noodzakelijk maakt op vlak van veiligheid voor de omgeving.

3. Hoe groot is het probleem?

Voorkomen

De Organisatie Broeders van Liefde onderzocht het voorkomen van ontwrichtend gedrag binnen haar psychiatrische ziekenhuizen. Er werd aan de verschillende ziekenhuisafdelingen gevraagd naar het aantal patiënten dat gedurende het jaar 2022 aan de criteria voor 'ontwrichtend gedrag' voldeed (zie hoger).

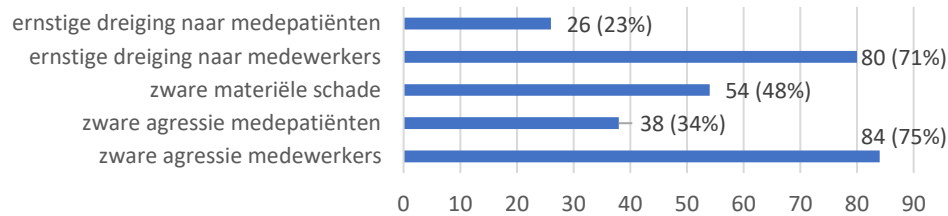
Over de totaliteit van de afdelingen werden 112 casussen benoemd. In 84 casussen (75%) is er sprake van zware agressie naar medewerkers (zie figuur 1). Dit type van agressie kent de hoogste frequentie. 38 casussen (34%) beschrijven zeer ernstige agressie naar medepatiënten. In bijna de helft van de gevallen komt zware materiële schade voor (n= 54; 48%). Afdelingen rapporteren bijkomend over ernstige dreiging naar medewerkers (n=80 of 71%) of naar medepatiënten (n=26 of 23%). In bijna alle situaties (n=102; 91%) bleek dat de patiënt in het verleden reeds meerdere keren ontwrichtend gedrag vertoonde.

46% (n=51) van de patiënten zijn gedwongen opgenomen op het ogenblik van de feiten; 7% (n=8) is geïnterneerd. De omvang van deze laatste groep ligt merkkelijk lager dan voor de groep gedwongen opnames (of 'beschermende opnames' zoals dit in het nieuwe wetsontwerp wordt benoemd); echter, geïnterneerde patiënten blijven langer in behandeling, waardoor hun aanwezigheid op een afdeling, uitgedrukt in een verhoogde nood aan justitiële opvolging en begeleiding, desondanks doorweegt.

Vermits Organisatie Broeders van Liefde in België 25% van de psychiatrische bedden capaciteit vertegenwoordigt (excl. PAAZ), geeft dit resultaat een indicatie van de situatie op Belgisch niveau: de Belgische psychiatrische ziekenhuizen worden elk jaar geconfronteerd met zo'n 450 casussen van ontwrichtend gedrag. Deze cijfers

wijzen op een probleem dat weliswaar beperkt is in omvang, maar niettemin vaker voorkomt dan men mag aanvaarden binnen een helende, residentiële zorgsetting.

Fig 1: aantal en percentage casussen per type agressie



Impact van ontwrichtend gedrag

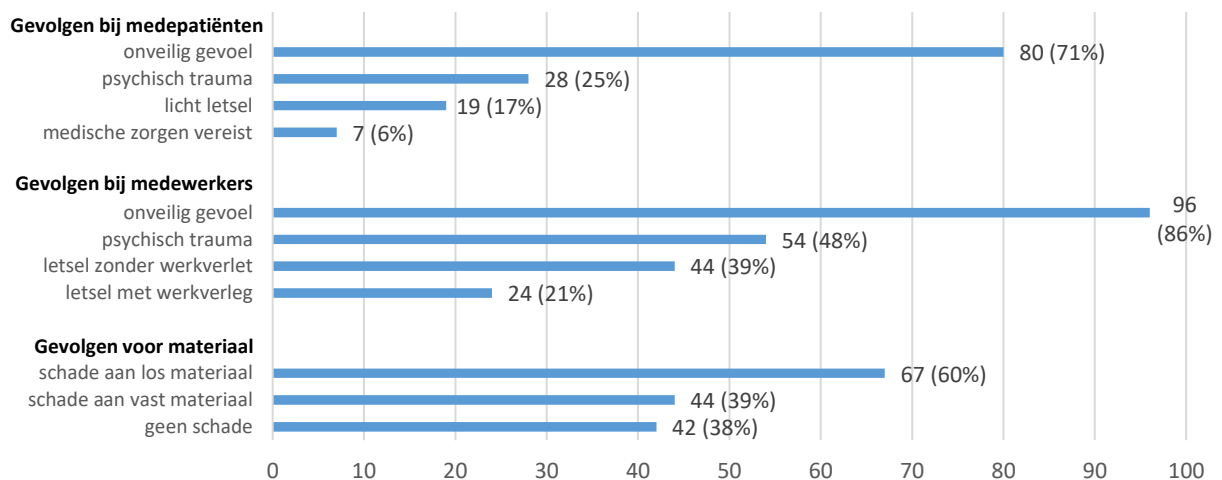
De resultaten tonen aan dat het ontwrichtende gedrag een reële uitwerking heeft op medepatiënten en medewerkers (zie figuur 2). Vooral het 'onveiligheidsgevoel' weegt zwaar. Bij 80 casussen (71%) voelen medepatiënten zich na een gebeurtenis met ontwrichtend gedrag onveilig op de afdeling. In 20 situaties (25%) is er sprake van een psychisch trauma. Ook bij medewerkers is de impact reëel en leidt het ontwrichtend gedrag tot een gevoel van onveiligheid (n=96; 86%) of een psychisch trauma (n=54; 48%). Deze cijfers liggen hoog, zowel bij medepatiënten als bij medewerkers. We stellen vast dat zelfs professionals die vaak geconfronteerd worden met agressie en opgeleid zijn om hiermee om te gaan, zich in situaties van ontwrichtend gedrag desondanks bedreigd voelen. Dit bevestigt dat het in deze casussen extreem agressief gedrag betreft.

Naast psychische gevolgen komt ook lichamelijke schade voor. Dit geldt in het bijzonder voor medewerkers. 44 casussen (39%) leiden tot een fysiek letsel zonder werkverlet; 24 casussen (21%) veroorzaakten een fysiek letsel met een werkverlet van minstens 24u.

De impact van disruptief gedrag reikt verder dan patiënten en medewerkers op de betrokken afdeling en treft ook de ruimere organisatie. Zo treedt in 60% van de casussen van ontwrichtend gedrag schade op aan los materiaal (zoals meubilair of therapiemateriaal). In 44 casussen (39%) is er schade aan het vast materiaal, bv. schade aan deuren, ruiten of inbouwkasten.

Uit de toelichting bij de casussen leren we dat meerdere medewerkers het signaal geven het werk niet meer aan te kunnen. Sommigen stappen uit het beroep. Dergelijke voorvallen beïnvloeden op negatieve wijze de beeldvorming over de geestelijke gezondheidszorg.

Fig 2: aantal en percentage gevolgen van ontwrichtend gedrag



Toename

Ontwrichtend gedrag is op zich *geen nieuw fenomeen*. Toch zijn er een aantal *evoluties* die deze problematiek versterken en erop wijzen dat situaties van ontwrichtend gedrag in psychiatrische ziekenhuizen toenemen. Wij refereren naar 3 belangrijke evoluties³:

- *De toename van externaliserend gedrag*. Populatieonderzoek toont aan dat externaliserende problemen veel vaker voorkomen dan vroeger én geconcentreerd zijn bij de jongere populatie. Voor België en Vlaanderen zijn er data beschikbaar die aantonen dat 10-15% van de jongeren en jongvolwassenen nu positief screent op deze stoornissen⁴. De verwachting is dat die stoornissen de komende decennia meer en meer zullen opduiken in de hulpverlening en zich ook binnen de volwassen patiëntenpopulatie zullen manifesteren⁵.
- *De toename van het aantal patiënten in gedwongen opname*. Agressief en disruptief gedrag komt frequent voor bij gedwongen opgenomen patiënten. Dat hoeft niet te verwonderen aangezien voor de toepassing van de wet op de gedwongen opnames het gevaar ernstig, reëel en actueel hoort te zijn. Het aantal gedwongen opnames in de psychiatrische ziekenhuizen van de Organisatie Broeders van Liefde is sterk gestegen en kende tussen 2011 en 2021 een stijging van 53%. Ook het aandeel gedwongen opnames t.o.v. het totaal aantal klinische opnames is toegenomen van 14,7% in 2011 tot 21% in 2021. Door de stijging van het aantal patiënten in beschermende opname is ook de kans op disruptief gedrag aanzienlijk gestegen.
- *Frequenter gebruik van alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen*. Anders dan een paar decennia terug verwacht de samenleving dat hulpverleners kunnen omgaan met situaties van externaliserend gedrag. Dit vertaalt zich in een zo beperkt mogelijk gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen ten voordele van alternatieve ingrepen zoals retreatrooms, comfortrooms of kamers met verhoogd toezicht. Dit is in de meeste situaties en voor de meeste patiënten een zeer positieve beweging. Bij patiënten wiens gedrag mogelijk kan onttaarden in ontwrichtend gedrag is het risico voor medepatiënten en hulpverleners om het slachtoffer te worden van ernstige agressie, daardoor toegenomen.

4. Welke zorg is nodig? Voorstellen voor maatregelen

Situaties van ontwrichtend gedrag vereisen door hun immense impact op medepatiënten, medewerkers, de fysieke omgeving en ook op de patiënt zelf, een bijzondere aanpak. De ontreding bij de patiënt enerzijds en bij medepatiënten en medewerkers anderzijds noodzaken een optreden waarin volgende elementen gewaarborgd zijn:

- Patiënten die door hun ontwrichtend gedrag hun aanwezigheid op de betrokken afdeling onmogelijk maken, dienen *onmiddellijk* te worden verwijderd zodat het therapeutisch klimaat op de betrokken afdeling zo snel mogelijk kan herstellen en ook de patiënt zelf in de nieuwe omgeving tot rust kan komen. Onmiddellijk staat voor *binnen de 48u*.
- Er is *crisiszorg* beschikbaar om de acute psychiatrische ontregeling/ontremming het hoofd te bieden/te stabiliseren.
- Deze crisiszorg dient te kunnen omgaan met crisissen van zeer geagiteerde, agressieve personen vanuit een *relationele benadering*. Zij hanteert daarbij een de-escalierend kader en concentreert zich op het *blijven contact maken* met de patiënt ondanks zijn/haar ernstig geagiteerde toestand. Het *relationele element* dat de geestelijke gezondheidszorg typeert, blijft geactiveerd.
- Deze crisiszorg dient te kunnen omgaan met crisissen van zeer geagiteerde personen die mogelijk nog steeds ontwrichtend ageren. Dit vereist een hoger *beveiligingsniveau* dan standaard voorzien in de reguliere zorg. We denken daarbij aan een beveiliging zoals voorzien in medium security afdelingen of de forensische psychiatrische centra.
- Deze crisiszorg is beschikbaar voor alle patiënten en excludeert niet op basis van pathologie; zij vertrekt vanuit het ontwrichtend gedrag en werkt *diagnose aspecifiek*.
- Deze crisiszorg is beschikbaar voor patiënten ongeacht hun *statuut*: vrij opgenomen patiënten, gedwongen opgenomen patiënten, geïnterneerden en patiënten met andere juridische statuten kunnen er terecht.
- Deze crisiszorg beschikt over een *aangepaste personeelsomkadering* om zeer geagiteerde personen op te vangen: dit omvat voldoende én voldoende hoog geschoolde medewerkers.

- Deze crisiszorg beschikt over de *nodige infrastructuur* om zeer geagiteerde personen op te vangen. Door haar kleinschaligheid (≤ 8 bedden) kan zij voor deze patiënten een healing environment creëren.

In de zorg voor patiënten met ontwrichtend gedrag zijn m.a.w. volgende elementen cruciaal: het gaat om acute crisiszorg, onmiddellijk beschikbare zorg, relatie-herstellende zorg, beveiligde zorg, zorg zonder exclusie op basis van diagnose of statuut en zorg die kan steunen op een aangepaste personeelsomkadering en infrastructuur.

In dit deel verkennen we *de mogelijkheden die psychiatrische ziekenhuizen op dit moment ter beschikking hebben* om het hoofd te bieden aan situaties van ontwrichtend gedrag en leggen we deze mogelijkheden naast bovenstaande elementen. De aandacht gaat daarbij zowel naar procedurele als structurele maatregelen en benoemt de verantwoordelijkheden van afdelingen, organisaties en samenleving. Het is onze betrachting om *werkzame praktijken* te identificeren en daar waar aangewezen *suggesties voor verbetering* aan te reiken. Daarbij staat ons het doel voor ogen om aan bijzonder gewelddadige, maar in se zeer kwetsbare patiënten kwaliteitsvolle zorg te bieden en tegelijkertijd medepatiënten en medewerkers te beschermen tegen ernstig ontspoord en agressief gedrag. Mogelijk zijn er nog andere opties: laat dat deel uitmaken van de dialoog.

4.1. Procedurele maatregelen

Deze paragraaf legt de focus op de procedurele maatregelen binnen de reguliere zorg. We bespreken achtereenvolgens:

- het introduceren van grensregels op afdelingen
- het ondersteunen van afdelingen bij confrontatie met personen met ontwrichtend gedrag
- het doorverwijzen naar een andere afdeling of ziekenhuis binnen de reguliere zorg
- het systematisch neerleggen van een klacht
- het opstarten van een procedure voor internering

Maatregelen kunnen een bijsturing vereisen als gevolg van het statuut dat aan een patiënt is toegekend, bv. wanneer het gaat over een gedwongen opgenomen patiënt. Waar dit relevant is, komt dit ter sprake.

4.1.1. Introduceren van grensregels

Voor het ziekenhuis, het team en de patiënt moet duidelijk zijn waar de grenzen van de zorg liggen en wanneer naar aanleiding van ontwrichtend gedrag de zorg kan worden verplaatst, opgeschort of stopgezet. Daartoe is het gebruik van grensregels aangewezen. Ze vormen de basis voor verdere initiatieven ten bate van medewerkers, medepatiënten én van de patiënt zelf. Met dit beginsel voor ogen ontwikkelde de Organisatie Broeders van Liefde het ethisch advies ‘Gezamenlijke verantwoordelijkheid en grenzen van verantwoordelijkheid in de zorg’ (Begeleidingscommissie Ethiek Geestelijke Gezondheidszorg, 2021)⁶. In dit advies wordt uitvoerig ingegaan op de grensregels m.b.t. grensoverschrijdend gedrag:

“Het is gedrag dat basale grensregels ernstig schendt. Grensregels zijn minimumregels die fundamentele waarden beschermen en dus gerespecteerd moeten worden. Ze hebben een principiële karakter, zijn negatief geformuleerd en duiden aan wat ontoelaatbaar is. Ze beschermen de betrokken cliënt zelf, de andere cliënten, de zorgverleners en de naastbetrokkenen. Ze onderscheiden zich van leefregels die het dagelijks leven vormgeven. We stellen de grensregels op in interdisciplinair overleg en motiveren de noodzaak ervan. Dit doen we in overleg met cliënten en naastbetrokkenen of in participatieraden, en we leggen de regels voor aan de directie. We communiceren de grensregels aan alle betrokkenen en verantwoorden het belang ervan. We nemen de grensregels op in de informatiebrochure, het huishoudelijk reglement, de zorgovereenkomst en andere relevante documenten. Bij de aanvang van hun zorgtraject informeren we cliënten en naastbetrokkenen uitdrukkelijk over de grensregels in de zorg. Zo hebben cliënten kennis van de regels die ze niet mogen schenden. Bijgevolg hebben ze ook eigen verantwoordelijkheid om met deze grensregels om te gaan en ze niet te schenden. Als zorgverleners wijzen we hen op deze verantwoordelijkheid en spreken hen daarop aan. We ondersteunen hen in het respecteren van die grensregels. Zowel cliënten als zorgverleners dragen dus verantwoordelijkheid. Of gedrag al dan niet grensoverschrijdend is, blijkt uit de interpretatie van dat gedrag in zijn context. Het inschatten of een welbepaalde gedraging effectief grensoverschrijdend is en een voldoende reden voor een stopzetting van de zorg kan zijn, doen we als zorgverleners in interdisciplinair overleg. Bij deze beoordeling houden we rekening met de mening van cliënt en naastbetrokkenen”.

Het stopzetten van de zorg bij een casus van ontwrichtend gedrag vereist een diepgaande en aan de situatie aangepaste afweging. Dit ethisch advies is van toepassing bij een dergelijk beraad en bewaakt het zorgvuldig handelen.

Het is nuttig om op te merken dat deze oefening voor patiënten onder beschermende opname bijzonder moeilijk ligt. Een gedwongen opgenomen patiënt wordt vaak niet ontslagen voor feiten waarvoor de zorg voor patiënten in vrije opname wel wordt opgeschort. Elk ontslag t.g.v. ontspoord gedrag veronderstelt een ernstige overweging en brengt twijfel met zich mee. Ontslag bij een beschermende opname blijkt in de praktijk zowel procedureel (beslissing arts hoofd van dienst, verwittigen parket, ...) als emotioneel (meer twijfel) moeilijker en delicateser.

4.1.2. Ondersteunen van afdelingen bij confrontatie met personen met ontwrichtend gedrag

Het introduceren van grensregels is een noodzakelijke maar op zich onvoldoende voorwaarde om teams te wapenen tegen extreme agressie. Standaard is er binnen een psychiatrisch ziekenhuis aandacht nodig om teams in nood tijdelijk te versterken met voldoende of voldoende hoog gekwalificeerde medewerkers en om zo mogelijk een aangepaste infrastructuur ter beschikking te stellen. In situaties van ontwrichtend gedrag kan er extra ondersteuning geboden worden door bv. een aantal verpleegkundigen ad hoc vrij te stellen om op dat moment steun te geven (al of niet uit de pool van mobiel inzetbare verpleegkundigen, door de inzet van stewards voor zorgondersteuning, ...). Deze maatregelen appelleren aan de verantwoordelijkheid van het management om een beleid te voeren dat anticipeert op situaties van ontwrichtend gedrag.

4.1.3. Afspraken maken tussen afdelingen en ziekenhuizen binnen de reguliere zorg

Ondanks extra steunende ingrepen kunnen afdelingen botsen op de grenzen van hun mogelijkheden. Ernstig ontwrichtend gedrag kan een danige ontreddering teweegbrengen dat een team er niet in slaagt om de therapeutische relatie met de patiënt terug op te nemen en voor zichzelf en medepatiënten opnieuw een zorgzame omgeving te installeren. In die situaties kan een organisatie tot het besluit komen dat een verder verblijf van de patiënt op de afdeling onhoudbaar is. Er wordt nagegaan of een andere afdeling uit het ziekenhuis de patiënt kan overnemen, zoniet een ander ziekenhuis indien ook dit onhaalbaar blijkt. Uit het onderzoek binnen de psychiatrische ziekenhuizen van de Organisatie Broeders van Liefde blijkt dat op 112 casussen 20 patiënten (18%) naar een andere afdeling binnen het eigen ziekenhuis werden overgeplaatst en 13 personen (11%) naar een andere voorziening. 20 van de 33 overplaatsingen gebeurden binnen de 48u.

ondernomen acties	112 casussen	percentage
patiënt blijft op de afdeling	79	71
patiënt naar andere afdeling < 48u	14	13
patiënt naar andere afdeling > 48u	6	5
patiënt naar andere voorziening < 48u	6	5
patiënt naar andere voorziening > 48u	7	6

Tabel 1: Doorverwijzing van patiënten in situaties van ontwrichtend gedrag

Het doorverwijzen van een patiënt naar een andere afdeling of ziekenhuis omwille van ontwrichtend gedrag vereist een grote zorgvuldigheid. Ook hierbij biedt het ethisch advies 'Gezamenlijke verantwoordelijkheid en grenzen van verantwoordelijkheid in de zorg' (Begeleidingscommissie Ethiek Geestelijke Gezondheidszorg Broeders van Liefde, 2021) houvast. We citeren opnieuw:

“Bij moeilijke situaties kan de afdeling zoeken naar samenwerking buiten het team. Als we er niet in slagen de verantwoordelijkheid gezamenlijk te dragen in dialoog tussen cliënt, naastbetrokkenen en zorgverleners, kunnen we ook een beroep doen op onze samenwerkingsverbanden. Zo kunnen we een nog breder draagvlak voor de gezamenlijke verantwoordelijkheid zoeken. Deze samenwerking buiten het team is essentieel omdat ze uitgaat van een brede opvatting van de gezamenlijke en participatieve verantwoordelijkheid. Dit kan gebeuren in de eigen voorziening. De directie kan het bijvoorbeeld mogelijk maken dat een team tijdelijk versterking op het vlak van medewerkers krijgt, zodat één-op-één begeleiding van een cliënt met wie het team het moeilijk heeft, beter mogelijk wordt. Na het overwegen van andere opties kunnen we in de dialoog beslissen om een cliënt tijdelijk of definitief over te plaatsen naar een andere zorgsetting. Het is belangrijk dat de directie haar verantwoordelijkheid opneemt en opkomt voor solidariteit en gezamenlijke verantwoordelijkheid van verschillende teams. Dit overbrengen naar een andere zorgsetting kan ook buiten de voorziening gebeuren: ofwel in het netwerk van zorgpartners in de regio, ofwel in andere

voorzieningen van de Organisatie Broeders van Liefde. In moeilijke zorgsituaties kan het soelaas bieden om een cliënt tijdelijk of definitief door te verwijzen naar een andere zorgpartner. Daarbij houden we zoveel mogelijk rekening met de wensen van de cliënt en de naastbetrokkenen. Het is ook noodzakelijk dat we duidelijke en transparante afspraken maken over het al dan niet opnieuw overnemen van de cliënt door de verwijzende zorgsetting en wanneer dit mogelijks zal gebeuren. Ook hier is het uiterst belangrijk dat directies en bestuurders hun maatschappelijke verantwoordelijkheid opnemen, in koepels en netwerken een sterk pleidooi houden voor solidariteit tussen zorgpartners, en actief ondersteuning bieden waar zorgverleners deze solidariteit gestalte geven. Een transfer doen we op een ethisch verantwoorde manier. Een verwijzing is immers geen afwijzing. We bespreken dit vooraf in dialoog met cliënt en naastbetrokkenen. We motiveren de cliënt en de naastbetrokkenen waarom we dit wenselijk of noodzakelijk vinden. We houden rekening met hun wensen. Aan de andere zorgpartners geven we volledige en correcte informatie. Een goede samenwerking met die zorgpartners is onmisbaar om de solidariteit te bevorderen en transfers mogelijk te maken. Met de samenwerking buiten het team doen we ten volle een beroep op solidariteit, de gezamenlijk gedragen verantwoordelijkheid. Opdat de solidariteit draagbaar en haalbaar zou blijven, is ze best wederkerig.”

Het advies appelleert aan de gezamenlijke responsabiliteit tussen zorgactoren en roept op om duidelijke en transparante afspraken te maken omtrent wederzijdse ondersteuning in casussen van ontwrichtend gedrag, enerzijds tussen afdelingen binnen een ziekenhuis, en anderzijds met partners. Het valt aan te bevelen om deze afspraken vooraf op te stellen en vast te leggen in een formeel document.

Een kanttekening is nodig voor patiënten onder het statuut van gedwongen opname. Men kan in dergelijke situaties niet zomaar een afspraak maken met een ander ziekenhuis om een patiënt over te nemen. Bij een gedwongen verblijf geldt immers een opnameplicht. Ook bij transfer naar een ander ziekenhuis dienen de geëigende procedures voor een beschermende opname gevolgd te worden. Dit betekent o.m. dat men de begeleiding van deze patiënten niet kan stopzetten of hen binnen de 40 dagen (d.i. binnen de observatieperiode) naar een ander ziekenhuis kan transfereren als de criteria voor een gedwongen opname nog steeds van toepassing zijn. Bovendien kan een patiënt beroep aantekenen tegen een transfer waardoor er sowieso een week tijd verloopt alvorens een eventuele overplaatsing ingaat. Het ziekenhuis dient dus een aantal wettelijke geplogenheden te volgen. Het valt aan te bevelen om de parketmagistratuur te informeren over de samenwerkingsafspraken die ziekenhuizen onderling maken om elkaar te ondersteunen in situaties van ontwrichtend gedrag; zo kan zij beter begrijpen waarom een patiënt in gedwongen verblijf overgeplaatst wordt naar een ander ziekenhuis.

Ook geïnterneerde patiënten kunnen niet worden ontslagen of van het ene ziekenhuis naar het andere worden overgebracht zonder dat er contact wordt opgenomen met de ‘Kamer ter Bescherming van de Maatschappij’. Het is noodzakelijk dat hulpverleners zo spoedig mogelijk contact opnemen met de justitieassistent indien een opgenomen geïnterneerde persoon ernstig ontwrichtend gedrag vertoont. Dit geldt ook voor gedetineerde patiënten en voor patiënten ‘vrij onder voorwaarden’ of ‘vrij op proef’.

4.1.4. Systematisch neerleggen van een klacht

Soms is een reguliere afdeling binnen een psychiatrisch ziekenhuis onvoldoende toegerust om de veiligheid te garanderen en verdient een behandeling in een gespecialiseerde unit de voorkeur. Dit is in situaties van ontwrichtend gedrag een adequate maatregel. Deze behandelingen zijn in eerste instantie gericht op het delictgevaar en vinden doorgaans plaats in een beter beveiligde omgeving. De patiënt is er meer op zijn plaats dan in de reguliere zorg waar de focus ligt op behandelen of begeleiden. Opnames in een beveiligde setting steunen op de betrokkenheid van zorg én justitie en kunnen enkel door een rechtbank worden opgelegd. Ze vereisen bijgevolg een strafrechtelijke vervolging. Daarom is het essentieel dat van ernstige, strafbare feiten die een vrij opgenomen patiënt stelt, telkens een PV wordt opgemaakt en dit met het oog op de nodige ‘dossieropbouw’. Zo kan bij herhaling van de feiten de patiënt in een meer beveiligde omgeving terecht komen waar nog steeds aandacht gaat naar de zorg en waarbij de veiligheid van medepatiënten en medewerkers verzekerd wordt. Merk op dat de aanbeveling om een aangifte te doen bij ernstige incidenten ook geldt voor patiënten in gedwongen verblijf. Het statuut op zich leidt hier niet tot een andere praktijkvoering.

Uit het onderzoek van de Organisatie Broeders van Liefde blijkt dat in slechts 33% van de casussen van ontwrichtend gedrag een klacht bij de politie werd neergelegd. Medewerkers zien vaak af van aangifte of vervolging omdat de dader een psychiatrische patiënt betreft. Echter, de vraag of het incident voortkwam uit de psychiatrische problematiek mag geen rol spelen in deze beslissing. Het is niet aan het slachtoffer om te beoordelen of het incident aan de dader toegerekend kan worden; hierover mag alleen een rechter zich uitspreken op grond van een onafhankelijk psychiatrisch onderzoek. Bovendien achten wij de vermeende

verminderde toerekeningsvatbaarheid geenszins een reden om van een strafrechtelijk vervolg af te zien. Ook indien ernstig geweld volledig uit de stoornis voortvloeit, dan is een reguliere instelling voor geestelijke gezondheidszorg niet altijd voldoende toegerust om de veiligheid te kunnen garanderen en een aangepaste behandeling te bieden.

Het is raadzaam dat psychiatrische ziekenhuizen, in samenspraak met medewerkers, politie en parket, een beleid ontwikkelen om het neerleggen van klachten te stimuleren en barrières voor aangifte te overwinnen. Een aantal acties kunnen dit bevorderen, zoals op het PV het adres van het ziekenhuis vermelden i.p.v. het thuisadres van de medewerker of een klacht laten neerleggen door (een gemandateerde van) de directie voor schade geleden door het ziekenhuis (bv. voor werkverlet van medewerker en/of materiële schade aan infrastructuur).

4.1.5. Snellere procedure voor internering, in samenspraak met justitie

In aansluiting op het voorgaande punt is voor een patiënt die ontwrichtend gedrag stelt, mogelijk een internering aangewezen. In tegenstelling tot wat soms wordt gedacht, kan dit een goed instrument zijn voor een geslaagde resocialisatie. Internering kan patiënten een duurzame structuur bieden waarbinnen zij blijvend goed functioneren. Denk maar aan zelfstandig wonen mits het volgen van een opgelegde behandeling of aan het belang van hulp bij therapietrouw.

We zien echter dat psychiatrische ziekenhuizen slechts sporadisch een interneringsprocedure opstarten. Volgens het onderzoek binnen de psychiatrische ziekenhuizen van de Organisatie Broeders van Liefde wordt slechts in 7% (n=8) van de casussen van ontwrichtend gedrag met het parket contact opgenomen met het oog op internering. De ervaring dat deze procedures een lange doorlooptijd kennen en dus geen soelaas bieden in situaties die onmiddellijke actie vereisen, maken dat een voorziening hiervan afziet.

Ook hier vormt het systematisch neerleggen van een klacht de sleutel tot gepaste zorg. Een rechter kan pas overgaan tot internering wanneer aantoonbaar strafbare feiten werden gepleegd. Het is aangewezen om als ziekenhuis te beschikken over een procedure voor 'dossieropbouw' die een beslissing tot internering kan faciliteren.

Het dient tevens aanbeveling om de doorlooptijd van een interneringsprocedure aanzienlijk in te korten of een optie voor een snelprocedure uit te werken. Een good practice hiervan vinden we terug in de provincie Antwerpen. Zorggroep Multiversum maakte met het parket de afspraak om personen met een verhoogd veiligheidsrisico te 'taggen'. Bij een gedwongen opname van een getagde persoon wordt het ziekenhuis geïnformeerd dat deze persoon een verhoogd veiligheidsrisico kent. Omgekeerd, bij het ontslag van een getagde (gedwongen opgenomen) persoon wordt het parket hiervan verwittigd. Wanneer zich moeilijkheden voordoen met deze getagde persoon en het ziekenhuis van mening is dat een internering zich opdringt, is dit op korte termijn mogelijk.

Omwille van de hoge nood aan beveiliging en de lange doorlooptijd worden patiënten in afwachting van hun interneringsstatuut en een eventuele opname in een forensische afdeling soms in voorlopige hechtenis geplaatst: ze worden dan opgenomen in de gevangenis. Toch bestaan er grote verschillen tussen de gerechtelijke regio's. Sommige parketten gaan snel over tot een voorlopige hechtenis, terwijl andere menen dat net een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis 'in afwachting op het interneringsstatuut' de beste optie is voor de patiënt. Op dat moment blijft een voor de omgeving 'gevaarlijke' patiënt in het ziekenhuis aanwezig. De vraag dringt zich op wanneer patiënten vanuit het ziekenhuis in voorlopige hechtenis kunnen worden opgenomen en voor welke feiten. Er is nood aan meer eenvormigheid; een dergelijke beslissing vereist een onderbouwing op basis van (objectieve) inhoudelijke criteria.

4.1.6. Besluit en voorstellen voor verbeteracties binnen de reguliere zorg

De genoemde procedurele maatregelen bieden voorzieningen enige houvast om het hoofd te bieden aan situaties van ontwrichtend gedrag, alhoewel een aantal aspecten voor verbetering vatbaar zijn. We overlopen de mogelijkheden systematisch:

- Het introduceren van grensregels en toepassen van het ethisch advies 'Gezamenlijke verantwoordelijkheid en grenzen van verantwoordelijkheid in de zorg' (Begeleidingscommissie Ethiek Geestelijke Gezondheidszorg Broeders van Liefde; 2021) wanneer een team op het punt komt om de zorg voor een patiënt te verplaatsten, op te schorten of stop te zetten.

- Het ondersteunen van teams in nood door voldoende en voldoende hoog gekwalificeerde medewerkers in te zetten en zo mogelijk een aangepaste infrastructuur ter beschikking te stellen.
- Het opstellen van formele afspraken tussen afdelingen binnen hetzelfde ziekenhuis of met andere psychiatrische ziekenhuizen om elkaar te ondersteunen in situaties van ontwrichtend gedrag, gebaseerd op het genoemde ethisch advies (Begeleidingscommissie Ethiek Geestelijke Gezondheidszorg Broeders van Liefde, 2021).
- Het informeren van de parketmagistraten over deze samenwerkingsafspraken zodat zij een vraag tot overplaatsing van een patiënt onder beschermende opname naar een ander psychiatrisch ziekenhuis beter kunnen plaatsen.
- Het aanpassen van de wetgeving voor gedwongen opnames opdat gedwongen opgenomen patiënten ook binnen de observatieperiode kunnen doorverwezen worden naar een andere, gepaste residentiële actor.
- Het erkennen van een verblijf in een beveiligde zorgomgeving als een adequate maatregel in situaties van ontwrichtend gedrag en consequent meewerken aan de onderbouwing van een strafrechtelijke uitspraak die deze aanpaste zorg mogelijk maakt door telkens een klacht neer te leggen wanneer patiënten strafbare feiten plegen.
- Het ontwikkelen van een beleid om het neerleggen van klachten door medewerkers te stimuleren en barrières voor aangifte te overwinnen.
- Het inzetten van internering als een geschikt instrument voor resocialisatie en systematisch een interneringsprocedure opstarten waar van toepassing.
- Het inkorten van de doorlooptijd van procedures voor internering of het uitwerken van opties voor een snelprocedure.
- Het uitwerken van een eenvormig beslissingskader voor de overplaatsing van patiënten uit een psychiatrische setting naar detentie, samen met justitie.

Dergelijke procedurele maatregelen geven support aan een team. Ze helpen afdelingen om situaties met ontwrichting te dragen. De extreme aard van het gedrag confronteert zorgteams niettemin met hun grenzen. Elkaar wederkerig ondersteunen biedt voor enkele casussen een oplossing, maar ook dit kent zijn beperkingen. Het leidt ertoe dat sommige extreem agressieve patiënten ‘door niemand nog gewenst zijn.’ Een reguliere psychiatrische ziekenhuisafdeling is standaard niet uitgerust om patiënten met ontwrichtend gedrag op een professionele en humane manier op te vangen. De voorwaarden die nodig zijn aan de zorg voor deze personen (met name een onmiddellijke, relatie-herstellende, beveiligde, acute crisiszorg, zonder exclusies o.b.v. diagnose of statuut en met een adequate omkadering en infrastructuur) zijn er niet voldaan. Sommige afdelingen kunnen (deels) tegemoetkomen aan enkele van de gestelde verwachtingen, zoals de eis tot onmiddellijke opname of de vraag naar crisiszorg; toch omvat hun aanbod niet alle kenmerken die nodig zijn in de zorg voor personen met ontwrichtend gedrag en komen ze slechts gedeeltelijk aan de vereisten tegemoet. De vraag stelt zich dan waar een patiënt die ontwrichtend gedrag stelt, naartoe kan als de reguliere zorg geen afdoend antwoord kan bieden.

4.2. Structurele maatregelen

Casussen met ontwrichtend gedrag brengen de reguliere zorg tot aan de rand van haar mogelijkheden. Psychiatrische ziekenhuisafdelingen zijn onvoldoende uitgerust om patiënten met ontwrichtend gedrag op een professionele, menswaardige manier op te vangen. Men zou er kunnen aan denken om elk psychiatrisch ziekenhuis uit te rusten met een afdeling die zich in deze crisissen specialiseert. We zijn van oordeel dat dit zou leiden tot een *over-programmatie*: elk ziekenhuis zou hiervoor immers continu mankracht en infrastructuur beschikbaar moeten hebben, wat als maatregel niet is afgestemd op het aantal casussen van ontwrichtend gedrag op jaarbasis.

Het lijkt meer aangewezen om te denken in de richting van gespecialiseerde eenheden die zowel qua personeelsomkadering als infrastructuur kunnen tegemoet komen aan de noden van deze patiënten. De afgelopen jaren werden een aantal diensten opgebouwd die zich richten tot vergelijkbare doelgroepen. In de hiernavolgende paragrafen bespreken we deze achtereenvolgens⁷. Daarbij duiden we hun werking in het licht van de vereisten aan de zorg voor patiënten met ontwrichtend gedrag: een onmiddellijke, relatie-herstellende, beveiligde, acute crisiszorg, zonder exclusies o.b.v. diagnose of statuut en met een adequate omkadering en infrastructuur.

4.2.1. Welke gespecialiseerde psychiatrische zorg voor ontwrichtend gedrag is beschikbaar?

4.2.1.A. Intensieve Behandeleenheid (IB)

De intensieve behandeleenheden (IB), vroeger SGA-eenheden genoemd, richten zich naar ernstig gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten van 18 jaar of ouder, die voortdurend en steeds weer elke therapeutische aanpak ontwrichten.

Vlaanderen beschikt over 32 van de 64 plaatsen IB in België. Elke IB-eenheid richt zich tot een specifieke doelgroep (KB 10/3/2008)⁸, zoals weergegeven in tabel 2.

Ziekenhuis	Aantal plaatsen	Doelgroep
Psychiatrisch Ziekenhuis Bethanië te Zoersel	16	Dubbele diagnose: persoonlijkheidsstoornis en verslaving
Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus te Beerneem	8	Dubbele diagnose: persoonlijkheidsstoornis en verslaving
	8	Dubbele diagnose: psychose en verslaving

Tabel 2: Aantal en type plaatsen IB in Vlaanderen

Het gaat telkens om patiënten met een dubbele diagnose. Dit is niet toevallig: het betreft immers pathologische beelden met een potentiële explosiviteit.

In Nederland kent men de Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB). Zij verzorgen een vergelijkbaar aanbod. In de profielbeschrijving lezen we dat 'KIB's specialistische en zeer intensieve zorg aanbieden aan cliënten van de reguliere GGZ die vaak al langere tijd klinisch in behandeling zijn maar die daarin zijn vastgelopen. Cliënten komen in aanmerking voor opname en behandeling in een KIB als er sprake is van zeer ernstige gedragsproblematiek en een sterk ontwrichte behandelrelatie tussen de cliënt en het behandelteam' (van Rooijen & Neijmeijer, 2014)⁹. In tegenstelling tot de IB-units in België bieden ze ook acute zorg en outreachende diensten aan om patiënten met disruptief gedrag op te vangen. Hun specialisatie ligt in het stabiliseren van een crisis en vertrekt telkens vanuit een vastgelopen behandelrelatie tussen de patiënt en het verwijzende team.

Welke opportuniteiten biedt deze zorg?

- IB-eenheden richten zich op de doelgroep van patiënten die wij voor ogen hebben.
- IB-eenheden bieden een gespecialiseerde behandeling aan aan personen die regelmatig en buitensporige agressie vertonen. Ze slagen erin deze ernstig gestoorde en/of agressieve patiënten te resocialiseren en vervullen een zeer zinvolle rol in het GGZ-landschap. Het beperkt aantal plaatsen, het grote werkingsgebied (instroom kan vanuit gans Vlaanderen) en de relatief lange duur van de behandeling maken dat er lange wachtlijsten ontstaan en de programmatie niet voldoet aan de vraag.

Waar botsen wij momenteel tegenaan?

- IB-eenheden bieden aan personen met ontwrichtend gedrag een gespecialiseerd *behandel*programma aan¹⁰. Deze eenheden zijn niet bedoeld voor zeer dringende en acute noodsituaties. IB-afdelingen kunnen bijgevolg geen oplossing bieden in situaties van ernstig externaliserend en ontwrichtend gedrag die een snelle oplossing vereisen. Zij kunnen wel een bijdrage leveren voor die patiënten die regelmatig ontsporen en hen een gespecialiseerde behandeling aanbieden, als vorm van vervolgzorg zoals dat past in het systeem van 'matched care'¹¹.
- IB-eenheden hebben een diagnose-specifieke werking en beperking zich tot patiënten met een dubbeldiagnose van verslaving met persoonlijkheidsstoornissen en/of psychose.

4.2.1.B. Forensische eenheden binnen een PZ en Forensisch Psychiatrische Centra

De forensische psychiatrie is een deelgebied binnen de psychiatrie dat zich richt op mensen met een psychiatrische zorgnood die strafbare feiten hebben gepleegd. Deze personen zijn ten gevolge van deze feiten

met de rechterlijke macht in aanraking gekomen en hebben naast een behoefte aan zorg ook een hoge nood aan beveiliging. De focus in de forensische psychiatrie ligt naast behandeling zeer sterk op het aanbieden van een beschermende/beveiligde omgeving, en aanvullend op het verminderen van risicofactoren en de kans op recidive. We onderscheiden in Vlaanderen volgende eenheden (Departement Zorg, 2023)¹²:

- De Forensisch Psychiatrisch Centra (FPC) voor geïnterneerden met een hoog risico statuut in Antwerpen en Gent
- De 'high security' afdeling voor geïnterneerde vrouwen met een hoog risico statuut in PC Sint-Jan-Baptist (Zelzate)
- De 'high security' afdeling langverblijf voor geïnterneerde mannen met een hoog risico statuut in Zorggroep Sint-Kamillus (Bierbeek)
- De 'medium security'-afdelingen voor geïnterneerden met een gemiddeld risico statuut in OPZC Rekem, Zorggroep Sint-Kamillus (Bierbeek) en PC Sint-Jan-Baptist (Zelzate)
- De afdelingen voor de behandeling van seksueel delinquenten in PC Sint-Amandus (Beernem), APZ Sint-Lucia (Sint-Niklaas) en PZ Asster (Sint-Truiden)

Patiënten kunnen terecht in een eenheid voor forensische zorg als zij beschikken over het statuut van internering. Een internering wordt uitgesproken door een rechter wanneer een psychiatrische patiënt een misdaad heeft gepleegd en het gevaar bestaat dat hij/zij opnieuw strafbare feiten pleegt. Een internering is enkel mogelijk indien het oordeelsvermogen van de patiënt ernstig is aangetast. Indien een dergelijke situatie wordt vermoed, kan de gerechtelijke overheid een psychiatrisch deskundigenonderzoek aanvragen. Dit kan zowel door het openbaar ministerie, de onderzoeksrechter als de onderzoeks- of vonnisgerechten worden bevolen. Als uit dat onderzoek blijkt dat aan de voorwaarden is voldaan, kan de rechtbank de internering uitspreken. De Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij (KBM) beslist hoe de internering zal verlopen en kan de patiënt in een forensisch psychiatrisch centrum plaatsen. De KBM kan de patiënt ook in 'vrijheid op proef' stellen. In dat geval moet hij/zij voorwaarden naleven. Een justitieassistent volgt de situatie op.

Welke opportuniteiten biedt deze zorg?

- Forensische eenheden binnen een PZ en FPC's zijn uitgerust om patiënten die ontwrichtend gedrag stellen, op te nemen. Afdelingen binnen een FPC variëren van 9 tot 12 personen.
- Forensische eenheden binnen een PZ bieden crisiszorg aan aan personen met een interneringsstatuut binnen een sterk beveiligde context.

Waar botsen wij momenteel tegenaan?

- De forensische eenheden binnen en PZ en FPC's richten zich uitsluitend tot geïnterneerde personen. Voorzieningen kunnen een aanvraag tot internering indienen. De ervaring leert dat deze procedures een *lange doorlooptijd* kennen. Het deskundigheidsonderzoek (zie hoger) neemt doorgaans meerdere maanden tot een jaar in beslag, soms zelfs langer. Hierdoor bieden ze geen oplossing in situaties die een onmiddellijke actie vereisen.
- Op dit moment beschikken de bestaande FPC's over onvoldoende capaciteit om alle geïnterneerde personen die momenteel nog in de gevangenis verblijven (764 personen in juni 2022), een plek aan te bieden. De (tijdelijke) opvang van een extra groep van patiënten met ontwrichtend gedrag die (nog) geen interneringsstatuut hebben, betekent een nood aan bijkomende capaciteit.

4.2.1.C. High & Intensive Care (HIC) en Forensische High & Intensive Care (FHIC)

High & Intensive Care

Het High & Intensive Care-model is overgenomen uit Nederland en tracht mensen met ernstige psychiatrische problemen die in crisis verkeren en daardoor een gevaar vormen voor zichzelf of voor anderen, een gepaste behandeling te bieden in een beschermende omgeving. Het terugdringen van het gebruik van dwang en drang en het herwinnen van de eigen regie door de patiënt is een leidend motief (van Mierlo et al, 2013)¹³. De methodiek geeft ruimte aan zorgafstemming met de ambulante verwijzer en familie. In onze regio richten deze units zich naar mensen tussen 18 en 65 jaar die in het ziekenhuis nog niet gekend zijn of waarvan de problematiek, de diagnose en het behandeltraject (nog) niet helder zijn. Hierbij is vaak sprake van ernstig suïcidaal, zelfdestructief, manisch, agressief of ander moeilijk te hanteren gedrag. De ernst van de symptomen en de mate van controleverlies bepalen de indicatie voor opname (Vranken, 2021)¹⁴. Een HIC-werking bestaat

uit 20 tot 24 bedden, de zogenaamde high care-plaatsen (HC), aangevuld met 4 plaatsen voor intensieve zorg (IC).

Welke opportuniteiten biedt deze zorg?

- Een HIC-werking is gespecialiseerd in het omgaan met psychiatrische crisissen. Opname binnen 48u is mogelijk.
- Een HIC-werking is gespecialiseerd in het gebruik van alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen en het voorkomen van dwang en drang.
- Een HIC-werking beschikt over een infrastructuur die opschaling van zorg faciliteert en hand-in-hand begeleiding mogelijk maakt.

Waar botsen wij momenteel tegenaan?

- Een opname op een HIC is een behandelmogelijkheid binnen een (veelal) lopende ambulante behandeling. HIC-units ondersteunen niet-residentiële actoren wanneer hun patiënten vanuit hun pathologie in een crisis terechtkomen en een opname noodzakelijk is. De ambulante lange termijn-behandeldoelen blijven het leidende perspectief en zijn ook tijdens het verblijf op de HIC van toepassing. Zodra de crisis opheldert, volgt een terugverwijzing naar de ambulante partners of de thuiscontext, of indien aangewezen een doorverwijzing naar een residentiële of dagklinische vervolgbehandeling. Ook personen in gedwongen verblijf kunnen er terecht. Een HIC-werking voorziet in principe geen crisisopvang van patiënten die elders in opname zijn en al dan niet vanuit hun pathologie extreem agressief en ontwrichtend gedrag vertonen.
- Een HIC-werking is standaard en ondanks de mogelijkheden voor het opschalen van zorg, zowel infrastructureel als qua omkadering onvoldoende uitgerust voor de crisisbehandeling van mensen met ontwrichtend gedrag. Haar werking is hiervoor onvoldoende kleinschalig om patiënten met extreem agressief gedrag te ondersteunen.

Forensische High & Intensive Care

Naast een algemene HIC-werking bestaan in ons land ook plannen tot het oprichten van forensische HIC-eenheden (Werkgroep FHIC, 2023)¹⁵. Het model is op zijn beurt geïnspireerd op een good practice van onze Noorderburen. Het concept komt grotendeels overeen met dit van een standaard HIC-unit en onderschrijft dezelfde principes van autonomie, zorgafstemming, dialoog, opschalen van zorg en preventie van dwang en drang. Anders dan bij een standaard HIC-werking kan een forensische HIC-unit naast het opschalen van de zorg ook de veiligheid intensifiëren. De doelstelling is dan ook tweërlei: enerzijds het stabiliseren van de crisis met expliciete alertheid op de preventie van dwang, en anderzijds het voorkomen van delict-recidive ten gevolge van de crisis. Hier gaat de aandacht naar de criminogene behandelnoten en risicomangement, inclusief een intensieve samenwerking met de justitiële actoren. Het doelpubliek zijn forensische patiënten met een ernstige psychiatrische pathologie die ontregeld raken en binnen hun behandelcontext sterk internaliserend of externaliserend gedrag manifesteren. Volgens het ontwerp telt een FHIC tussen de 4 tot 7 bedden, waaronder minimaal 1 IC-bed en 1 plaats EBK (extra beveiligde kamer).

Welke opportuniteiten biedt deze zorg?

- Een FHIC-eenheid is gespecialiseerd in het omgaan met psychiatrische crisissen die zich uiten via ernstig internaliserend en externaliserend gedrag. Opname binnen 48u is mogelijk.
- Een FHIC-eenheid is gespecialiseerd in het gebruik van alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen en het voorkomen van dwang en drang.
- Een FHIC-eenheid is gespecialiseerd in het voorkomen van delict-recidive ten gevolge van een crisis.
- Een FHIC-eenheid beschikt over een infrastructuur die opschaling van zorg en beveiliging faciliteert. De werking voorziet in kleinschalig eenheden om patiënten met extreem agressief gedrag te ondersteunen.

Waar botsen wij momenteel tegenaan?

- De FHIC-werking is in België niet beschikbaar. Het ontwerp dient nog officieel bekrachtigd te worden.
- Patiënten uit de reguliere zorg die ontwrichtend gedrag stellen maar op het moment van opname geen strafmaatregel hebben, worden niet meegenomen in het model. Enkel geïnterneerde personen komen in aanmerking. De werkgroep FHIC (2023) wenst de forensische werking conceptueel zuiver te houden en de inspanningen te concentreren rond specifieke activiteiten die de forensische zorg vereist (o.m. de afstemming met gerechtelijke actoren). Hier dient vermeld dat in het Nederlandse model de forensische HIC ook openstaat voor personen zonder forensisch statuut.
- Het model voorziet geen plaatsen voor personen in gedwongen opname.

4.2.1.D. Besluit

Deze paragraaf behandelde de structurele mogelijkheden die psychiatrische ziekenhuizen op dit moment ter beschikking hebben om het hoofd te bieden aan situaties van ontwrichtend gedrag. De genoemde faciliteiten creëren perspectief door hun focus op agressie, dan wel op crisiszorg of een beveiligende omgeving. Toch bieden noch de IB-eenheden, noch de forensische zorg of de (F)HIC-werkingen in dringende en acute noodsituaties van ontwrichtend gedrag, een afdoende oplossing (zie tabel 3). De redenen zijn divers:

- De werking is niet gericht op het opvangen van personen in acute crisis.
- De werking is diagnose-specifiek.
- Een opname binnen de 48u is niet mogelijk.
- Een opname van personen met het statuut 'gedwongen opname' wordt uitgesloten.
- Een opname is enkel toegestaan voor personen met een statuut 'internering'.
- Een opname van patiënten uit de residentiële, psychiatrische zorg beantwoordt niet aan het zorgmodel.
- De personeelsomkadering is niet afgestemd op de zorg voor patiënten die ontwrichtend gedrag stellen.
- De infrastructuur is niet aangepast om extreem agressief gedrag van patiënten in crisis op te vangen. De omvang van de units is onvoldoende kleinschalig.

Eigenschappen van zorg bij disruptief gedrag	IB-behandeling	HIC	FHIC	FPC	Concept IB-crisis
opname mogelijk binnen 48u:	neen	ja	ja	neen	ja
gericht op crisiszorg:	neen	ja voor ambulante patiënten	ja uitsluitend voor geïnterneerden	ja uitsluitend voor geïnterneerden	ja voor patiënten uit reguliere PZ
inclusie gedwongen opname:	neen	ja	neen	neen	ja
diagnose specifiek:	neen	ja	ja	ja	ja
kleinschalige zorgunits:	ja	neen	ja	neen (verkleinde units)	ja
aangepaste infrastructuur:	ja	deels (IC-unit)	ja	ja	ja
aangepaste omkadering: (1,875VTE/B)*	ja	deels (IC-unit)	ja	neen	ja
primaire focus op beheersing van agressie:	neen	neen	ja	ja	ja
	primaire focus op behandeling van agressie	primaire focus op beheersing van crisis	primaire focus op beheersing van agressie	primaire focus op beheersing van agressie	primaire focus op beheersing van agressie
geografisch gespreid:	neen	ja	ja	neen	ja

Tabel 3: Kenmerken van residentiële zorgeenheden met een aanbod voor personen met agressief/disruptief gedrag

*exclusief outreachende functie

Hierdoor blijft onze initiële vraag onbeantwoord: waar kan een patiënt die ontwrichtend gedrag stelt, naartoe als de reguliere zorg geen afdoend antwoord vindt? We voelden ons uitgedaagd om verder te zoeken en een gedegen alternatief aan te reiken om de continuïteit van zorg voor deze bijzonder gewelddadige, maar zeer kwetsbare patiënten maximaal te verzekeren en tegelijkertijd medepatiënten en medewerkers afdoend te beschermen. Dit bracht ons tot onderstaand voorstel.

4.2.2. Alternatieven voor gespecialiseerde zorg aan patiënten met ontwrichtend gedrag

Bestaande gespecialiseerde zorgeenheden reiken goede insteken aan om het hoofd te bieden aan situaties van ontwrichtend gedrag in de reguliere psychiatrische zorg, alhoewel geen van deze op dit moment de nodige uitweg aanreikt. Deze constatering deed ons een aantal alternatieven verkennen. We zien op dit moment 2 werkingen als mogelijke oplossingen voor situaties van extreem agressief en ontwrichtend gedrag binnen de reguliere zorg¹⁶:

1. Forensische zorg voor niet-geïnterneerden
2. IB-crisisbedden

In de paragrafen die volgen, houden we deze alternatieven tegen het licht en toetsen hen aan de criteria van onmiddellijk beschikbare, relatie-herstellende, beveiligde, acute crisiszorg, zonder exclusies o.b.v. diagnose of

statuut (gedwongen verblijf/internering) en met een convenabele personeelsbezetting en infrastructuur (zie tabel 3).

4.2.2.A.: Forensische zorg voor niet-geïnterneerden

Forensische Psychiatrische Centra hebben door hun focus op een beschermende/beveiligde omgeving, het verminderen van risicofactoren en het verkleinen van de kans op recidive, het potentieel om patiënten met ontwrichtend gedrag op te vangen. Vele situaties van ontwrichtend gedrag hebben betrekking op feiten die volgens ons wetgevend kader strafbaar zijn. Dit betekent dat, zeker in die situaties waarin het gedrag herhaald voorkomt, de best passende zorg voor deze patiënten kan geboden worden door actoren die de zorg voor geïnterneerden opnemen. Zij beschikken bovendien over de nodige infrastructuur en ter zake gekwalificeerde medewerkers (zoals criminologen of seksuologen). Het kan voor de reguliere zorg een grote steun betekenen als zij hun units beschikbaar stellen voor niet-geïnterneerde personen. Een FPC zou een bepaald percentage plaatsen kunnen voorbehouden voor patiënten met ontwrichtend gedrag die (nog) geen interneringsstatuut hebben. Hierbij wordt de doelpopulatie van een FPC verbreed. Er zijn van dergelijke modellen internationale voorbeelden gekend, zoals bv. in Canada. Een high-security forensische psychiatrie kan daar 10-15% vrije patiënten in opname hebben.

Alhoewel dit voorstel mogelijkheden biedt voor de zorg voor patiënten met ontwrichtend gedrag, zijn niettemin enkele kanttekening nodig:

- De wet bepaalt dat een forensische eenheid enkel geïnterneerde personen kan opnemen. Er is een wetswijziging nodig opdat dit alternatief ingang kan vinden.
- België telt een hoog aantal geïnterneerden en werd reeds veroordeeld voor de gebrekkige zorg aan deze personen. Deze optie impliceert dat nog meer patiënten in de forensische psychiatrische centra terechtkomen en 'een plaats bezetten' van geïnterneerde personen die momenteel in detentie verblijven.
- Patiënten die nog niet zijn veroordeeld, komen terecht op eenheden waar medepatiënten strafbare feiten hebben gesteld. In de kinder- en jeugdpsychiatrie heeft men recent beide groepen van elkaar gescheiden (jongeren die een als misdaad omschreven feit hebben gepleegd versus jongeren in verontrustende opvoedingssituatie). Het onderbrengen van patiënten die geen strafbare feiten hebben gepleegd bij patiënten die een misdrijf begingen, geeft aanleiding tot bijkomend stigma: nu ressorteren ze ook onder justitie.
- Forensische psychiatrische centra zijn tenslotte niet erkend om patiënten met een beschermend verblijf op te nemen. Gedwongen opgenomen patiënten kunnen er niet terecht.

4.2.2.B.: Zorgeenheden voor IB-crisis

Een tweede optie behelst de oprichting van een nieuwe zorgeenheid IB-crisis. Het betreft een uitbreiding van het IB-concept waarbij naast de eenheden voor IB-behandeling een nieuwe IB-eenheid wordt ingericht die zich toespitst op het beheersen van crisissen bij patiënten die extreem agressief en ontwrichtend gedrag stellen. Het idee vertrekt vanuit de observatie dat de huidige IB-eenheden vertrouwd zijn met de zorg voor zeer agressieve en sterk gedragsgestoorde patiënten. Zij beschikken daartoe over voldoende gekwalificeerde medewerkers en een sterk beschermende/beveiligde omgeving. De units zijn kleinschalig en maken hand-in-hand begeleiding mogelijk. In tegenstelling tot de IB-behandeleenheden kunnen patiënten in een IB-crisisunit er quasi onmiddellijk terecht en gaat de aandacht naar het stabiliseren van de acute noodtoestand waarin de patiënt zich bevindt. De zorg concentreert zich daarbij op het herwinnen van de autonomie en het herstellen van de (zorg)relatie. Zo creëert men perspectief op het verderzetten van de behandeling. Zorgafstemming en dialoog met de verwijzende voorziening en de naastbetrokkenen van de patiënt zijn elementair.

Het betreft een nieuw in te richten werking, geïnspireerd op de Klinieken voor Intensieve Behandeling die Nederland kent. Hun aanbod vult het IB-behandelmodel aan met crisis hulp en outreachende zorg. De meerwaarde van het crisisaanbod ligt bij het stabiliseren van ontwrichtend gedrag; met de outreachende functie ondersteunt men het verwijzende team om de zorg voor de patiënt opnieuw op te nemen. De zorgvisie waarop deze werking is gestoeld, respondeert aan de noden van patiënten met ontwrichtend gedrag en aan deze van medewerkers en medepatiënten in de reguliere zorg. We menen dat het mogelijk moet zijn om én tegemoet te komen aan de behoefte aan veiligheid in de omgeving, én aan de nood aan goede zorg voor kwetsbare personen

die zich ontwrichtend uiten. Wat volgt, beschrijft de eigenschappen waaraan deze nieuwe crisiseenheden dienen te beantwoorden.

Het verdient aanbeveling om de eventuele invoering van dit nieuwe zorgmodel te laten begeleiden door onderzoek. Zo kan men evalueren of hiermee de gestelde doelen worden bereikt en de beschreven modaliteiten toereikend zijn.

M.b.t. de opname-modaliteiten

- Een opname binnen de 48u is mogelijk.
- De vraag is gericht op het stabiliseren van een acute, psychiatrische crisis.
- De vraag is gericht op het opvangen van extreme agressie en ontspoord gedrag.
- Er geldt een heropnameplicht.
- Een opname is diagnose aspecifiek.
- Er is geen exclusie van personen in gedwongen verblijf. Merk op dat niettemin een aanpassing aan de wetgeving nodig blijft opdat patiënten in beschermende opname ook binnen de observatieperiode kunnen overkomen vanuit de reguliere zorg.
- Een IB-crisis richt zich op de ondersteuning van de residentiële psychiatrische zorg. Opname vanuit alle reguliere psychiatrische ziekenhuizen is mogelijk. Indien teams vanuit de ambulante setting of PAAZ bijstand nodig hebben, zijn de principes van matched care¹⁷ van toepassing en kunnen zij de patiënt doorverwijzen naar de reguliere residentiële GGZ.

M.b.t. opnameprocedure

- Een te breedvoerige opnameprocedure ondermijnt een snelle opname binnen de 48u. Daarom wordt gewerkt op basis van vertrouwen: als het verwijzende ziekenhuis meent dat een doorverwijzing noodzakelijk is, wordt, binnen de 48u, op hun vraag ingegaan. De hoofdarts en de arts op de afdeling ondertekenen beiden een samenwerkingsformulier waarin zij bevestigen dat de vereisten voor opname voldaan zijn.
- Er geldt een heropnameplicht. De zorg concentreert zich op het stabiliseren van zeer ontwrichtende crisissen zodat de behandeling van de patiënt kan gecontinueerd worden. Dit impliceert dat het verwijzende team mee verantwoordelijk blijft in de zorg voor de patiënt. Hierover dienen duidelijke afspraken te worden gemaakt (invulling van de zorgafstemming, engagement om met de patiënt verder aan de slag te gaan). Dit engagement wordt mee opgenomen in het samenwerkingsdocument. Een heropnameplicht betekent 'ja', tenzij men tussen de crisisunit en het verwijzende ziekenhuis aparte afspraken maakt, bv. omdat een heroriëntatie qua behandeling meer aangewezen is. In deze gevallen gaat het verwijzende ziekenhuis samen met de crisisunit op zoek naar een alternatieve oplossing. Een contactname met een IB-behandeleenheid kan een van de opties zijn, alhoewel dient opgemerkt dat de huidige capaciteit hiertoe ontoereikend is¹⁸.

M.b.t. opnameduur

Een opname bedraagt standaard 1 maand, evenwel 2x verlengbaar met 1 maand na een grondige evaluatie. Hierdoor kan de patiënt tot maximaal 3 maanden op een IB-crisisunit verblijven.

Ervaring leert dat men ervan kan uitgaan dat een dergelijke crisis na 1 maand onder controle kan zijn; een langer verblijf verhoogt de kans dat de patiënt stabiel teruggaat naar de afdeling en er voldoende tijd ontstaat voor het team om te herstellen of een oplossing te vinden voor een andere verblijfplaats.

Volgende argumenten bepalen de verblijfsduur van een patiënt op de crisiseenheid:

- de stabilisatie van de patiënt,
- de periode die nodig is voor het herstel van het oorspronkelijke team of voor het vinden van een andere verblijfplaats.

M.b.t. modaliteiten voor zorg en veiligheid

Relationele en procedurele zorg en veiligheid

- Er dient zowel aandacht te gaan naar het opschalen van de zorg als naar het opschalen van veiligheid. De werkmethode van een (F)HIC waarbij de zorg opgeschaald wordt naar 'hand-in-hand begeleiding' kan inspirerend werken.
- Het is bekend dat er een nauw omgekeerd verband bestaat tussen het aantal medewerkers en het toepassen van vrijheidsbepalende maatregelen. Meer veiligheid wordt hier vertaald naar meer handen aan het bed, in het bijzonder naar meer zorgpersoneel. We opteren er niet voor om naast zorgpersoneel

ook 'beveiligingspersoneel' in te zetten. Om dit te realiseren en de zorg bij een acute crisis te kunnen opschalen naar hand-in-hand-begeleiding, is een normering voor 8 bedden vereist (zie ook verder). Er wordt daarbij uitgegaan van een zelfde omkadering als IB-behandeling, met name 1,875VTE per bed. Dit equivalent is ook beschikbaar binnen de Nederlandse KIB's. We voorzien 1 bijkomende VTE om de outreachende functie te realiseren.

- Er zijn procedures beschikbaar die de medewerkers in staat stellen om ontwrichtend gedrag menswaardig onder controle te houden.
- Het kunnen omgaan met mensen met ontwrichtend gedrag behoeft medewerkers met specifieke kennis en vaardigheden die verder reiken dan een algemeen verzorgende en empathische ingesteldheid. Bovendien zijn zij mentaal voldoende sterk om begrenzend te kunnen optreden bij zeer agressieve, kwetsbare patiënten. Hiertoe wordt ook de nodige vorming aangeboden.

Infrastructuur en materiële beveiliging

- De eenheid moet kunnen beschikken over een aangepaste infrastructuur. Het aanbieden van een helende én beveiligende omgeving moet prominent aanwezig zijn.
- Er dient ook ingezet te worden op oproepsystemen voor interventie.

Grootte van de crisiseenheid

Er wordt geopteerd voor units van 8 bedden, zoals dat van toepassing is op de huidige IB-behandelunits. 6 bedden fungeren als *crisisplaatsen* en 2 als zogenaamde *bufferbedden*. Bufferbedden worden vrijgehouden voor onmiddellijke opname of verhoogde zorg/hand-in-hand begeleiding. Om de werkbaarheid van de crisiseenheid te maximaliseren, is het nodig om geen financiële sancties toe te kennen indien de bezetting lager is dan 80% (cf. principe IC-bedden op HIC en ID).

M.b.t. het aantal units

IB-crisiseenheden dienen geografisch evenwichtig gespreid te zijn zodat alle psychiatrische ziekenhuizen in België, wanneer zij geconfronteerd worden met ontwrichtend gedrag, in de mogelijkheid zijn om op dit aanbod terug te vallen. Onderstaand voorstel voor programmering vertrekt van volgende premisses (gebaseerd op het onderzoek naar ontwrichtend gedrag in de psychiatrische ziekenhuizen van de Organisatie van de Broeders van Liefde, 2022) :

- Aantal casussen ontwrichtend gedrag op jaarbasis: 112
- Aantal casussen ontwrichtend gedrag verwijderd van de afdeling: 33
- Gemiddelde opnameduur: 2 maanden
- Organisatie Broeders van Liefde vertegenwoordigt binnen België 25% van de psychiatrische bedcapaciteit (exclusief PAAZ)

Er zijn op nationaal niveau $((33/6)*4) = 22$ bedden per jaar nodig voor *crisiszorg* aan personen met ontspoord gedrag. Dit aantal dient aangevuld met 2 bufferbedden per unit om *opvang binnen 48u* te verzekeren.

We menen dat 4 units verspreid over het Belgische grondgebied aan de noden kunnen tegemoet komen. Het aanbod bedden voor ontspoord gedrag omvat bijgevolg: $(4 \text{ units} \times 6 \text{ crisisbedden}) + (4 \text{ units} \times 2 \text{ bufferbedden}) = 24 \text{ crisisbedden} + 8 \text{ bufferbedden}$ gespreid over het Vlaamse en Waalse landsgedeelte.

4.2.3. Besluit

Alhoewel het aantal patiënten met ontwrichtend gedrag in omvang beperkt blijft, weegt hun aanwezigheid in een voorziening zwaar door. Een afweging van de verschillende mogelijkheden om binnen de bestaande structuren met ontwrichtend gedrag om te gaan, leert dat op dit moment geen enkele bestaande zorgvorm voldoet aan de noden van deze patiëntengroep. De gecombineerde aandacht voor zorg en beveiliging die zij behoeven, kan binnen de huidige context niet geboden worden, hetzij omdat de bestaande structuren niet de gewenste focus hebben, hetzij omdat de voorwaarden voor opname niet toelaten dat deze patiënten snel kunnen instromen.

Deze analyse doet ons besluiten dat de oprichting van een afzonderlijke zorgeenheid voor deze specifieke patiëntengroep de gewenste oplossing kan bieden. We menen zo én humane zorg te blijven garanderen aan deze kwetsbare, disruptieve personen, én medepatiënten en hulpverleners op korte termijn opnieuw een zorgzame en veilige omgeving te kunnen aanbieden.

EINDNOTEN

¹ Volgens het principe van “matched care”: dit staat voor het afstemmen van de behandeling op de kenmerken van de patiënt, zoals de ernst van de problematiek, mentale en sociale vaardigheden, omgevingsfactoren en wensen en behoeften van de patiënt (Bianca den Outer, Trimbos, 2015). Het gaat over de juiste hoeveelheid zorg op het juiste moment door de juiste zorgorganisatie in de juiste zorgcontext volgens het principe dat niet meer zorg geboden wordt dan noodzakelijk en niet minder dan nodig. Matched care kan gezien worden als een vorm van gepersonaliseerde zorg. Het gaat vaak over het op- of afschalen van zorg in functie van de noden van de patiënt. Patiënten moeten relatief vlot overgeplaatst kunnen worden bv. van het psychiatrisch ziekenhuis naar een Initiatief Beschut Wonen en visa versa. Dit principe van matched care geldt in meerdere richtingen:

- o vertikaal: van minder intensieve naar meer intensieve zorg en visa versa.

- o horizontaal: tussen voorzieningen met een gelijkaardige intensiteit van zorg, maar binnen een andere context.

Niet alleen is op- en afschaling van zorg en behandeling vereist, maar ook van beveiliging.

Statuten (bv. het interneringsstatuut) verhinderen de soms noodzakelijke op- of afschaling van zorg of beveiliging. Hierbij zou niet zozeer het statuut, maar wel de zorg- en beveiligingsnood als uitgangspunt moeten gehanteerd worden.

² Bedoeld wordt hier de doelgroep die in de literatuur beschreven staat als “permanent storend gedrag”. Cf. Bruckers L, Rogiers G, Dox, E, Slaets H, Molenberghs Geert, Goeyvaerts W (2009). Een kwantitatieve kijk op Persistent Storend Gedrag bij Psychiatrische Patiënten. *Acta Hospitalia*, 1.

³ Ook andere evoluties vergroten het probleem binnen de psychiatrische ziekenhuizen: wij denken o.m. aan de snellere turn-over van patiënten in de ziekenhuizen, de kortere verblijfsduur en de toegenomen complexiteit van de zorgvragen.

⁴ Bruffaerts, R (2021). Jongvolwassenen en geestelijke gezondheidsproblemen. *Master*, 4.

⁵ Bruffaerts, R (2021). *De mythes voorbij. Het Public Health perspectief in de geestelijke gezondheidszorg*. Brussel: Zorgnet-Icuro.

⁶ Begeleidingscommissie Ethiek Geestelijke Gezondheidszorg Broeders van Liefde (2021). *Gezamenlijke verantwoordelijkheid en grenzen van verantwoordelijkheid in de zorg*. Gent: Organisatie Broeders van Liefde. <https://broedersvanliefde.be/sites/default/files/media/bijlagen/ethisch%20advies%20Broeders%20van%20Liefde%20-%20Gezamenlijke%20verantwoordelijkheid%20Juni%202021.pdf>

⁷ We legden bijkomend contact met Nederlandse experts om onze probleemstelling en analyse met hen door te spreken. Aan dit overleg participeerden zowel vertegenwoordigers uit een (Forensische) High & Intensive Care Unit, een Kliniek voor Intensieve Behandeling (KIB), een Forensisch Psychiatrische Afdeling als een Forensisch Psychiatrische Kliniek. Uit dit overleg leerden wat dat de problematiek van ‘ontwrichtend gedrag’ ook bij onze Noorderburen zeer herkenbaar is. Er is een -weliswaar beperkte- subgroep van patiënten wiens gedrag het zorgklimaat danig ontregeld dat hun aanwezigheid op een afdeling niet langer mogelijk maakt. Ook zij hebben hierop geen structureel antwoord en dienen zich ‘te behelpen’ met collega-voorzieningen die bereid zijn een patiënt over te nemen. De werking van de KIB’s komt hieraan nog het best tegemoet en biedt voor een deel van de casussen het nodige antwoord. De KIB’s leggen zich in essentie toe op vastgelopen behandelrelaties en includeren ook casussen met internaliserende gedragsproblemen. Een bijkomend verschil met onze regio en de Nederlandse zorg is het grotere aanbod plaatsen GGZ en een consequente investering in aangepaste infrastructuur.

⁸ Zie KB van 10/3/2006 (BS 26 juni 2008): “De diensten voor intensieve behandeling van psychiatrische patiënten voor de subdoelgroep sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten, ouder dan 18 jaar (kenletter IB (SGA-volwassenen) : 64 bedden in algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen voor het ganse Rijk.” Voorzieningen met een erkenning IB zijn Bethaniëhuis Zoersel, CHJ Titeca Brussel, CHP Les Maronniers Doornik en PC Sint-Amandus Beernem.

⁹ Van Rooijen S & Neijmeijer L (2014). In profiel: Klinieken voor Intensieve Behandeling. Utrecht: Trimbos. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1247-klinieken-voor-intensieve-behandeling-kib/>.

¹⁰ Voor meer bijzonderheden: zie <https://www.asgb.be/asgb-bericht2008123programmatie-psychiatrische-bedden-voor-sga-volwassenen>

¹¹ Zie eindnoot 1

¹² Departement Zorg (2023). Residentiële forensisch-psychiatrische zorg voor volwassenen buiten de gevangenissen. Brussel: Vlaamse Overheid. <https://www.departementwvg.be/zorginspectie/forensisch-psychiatrisch-centrum>

¹³ Van Mierlo T, Bovenberg F, Voskes Y & Mulder N (2013). *Werkboek HIC. High en intensive care in de psychiatrie*. Amsterdam: Uitgeverij De Tijdstroom.

¹⁴ Vranken S (2021). High & Intensive Care (HIC): een mens in nood laat je niet alleen. *Masster* (10) 1.

¹⁵ Werkgroep FHIC (2023). *Sneuelnota populatie afbakening FHIC*. Brussel: Werkgroep Intensifiëring, subwerkgroep FHIC. <https://www.psy107.be/>

¹⁶ Binnen de werkgroep werd een derde oplossingsmogelijkheid overwogen, nl. het kunnen beroep doen op een extra ondersteuning van bv. een drietal hulpverleners met een hoge deskundigheid die het team kunnen ondersteunen. Het voorstel werd niet weerhouden omwille van volgende redenen:

- Externe deskundigen kunnen hun expertise overdragen aan het team, maar bij zware agressie is er ook sprake van een verbroken vertrouwensrelatie bij de hulpverleners en een onveiligheidsgevoel bij medepatiënten.
- De externe deskundigen kennen onvoldoende het team en de patiënten en zijn mogelijk ook te weinig vertrouwd met de pathologie en/of de werking van de afdeling.

Het kan wel gelden als een flankerende maatregel, vergelijkbaar met het inzetten van stewards.

¹⁷ Zie eindnoot 1.

¹⁸ Ook de capaciteit van de huidige IB-behandelunits heeft nood aan uitbreiding zodat het behandelaanbod voor patiënten met sterk gestoord en agressief gedrag voldoende beschikbaar is. Dit omvat enerzijds een uitbreiding qua capaciteit en anderzijds een verruiming van de inclusiecriteria voor deze bedden zodat naast (1) dubbele diagnose persoonlijkheidsstoornissen en verslaving en (2) dubbele diagnose psychose en verslaving ook andere pathologieën kunnen worden opgenomen.