

ONDERZOEK NAAR DE WERKING
VAN DE GESLOTEN CENTRA BEHEERD
DOOR DE DIENST VREEMDELINGENZAKEN



de federale **Ombudsman**
een brug tussen burger en overheid



EVALUATIE RAPPORT

MEDISCHE ZORGVERLENING IN GESLOTEN CENTRA IN BELGIE

DOOR PETER DECAT

BEL 08 027 1T





Bijlage bij het Onderzoeksrapport 2009/2 van de federale Ombudsman: Onderzoek naar de werking van de gesloten centra beheerd door de DVZ


GEBRUIKERSHANDLEIDING


In het verslag kan je met deze knoppen doorheen het document navigeren.


 Terug naar je vorige pagina

 Naar de samenvatting

 Naar de inhoudstafel, de items van de inhoudstafel zijn ook klikbaar


 Het document afdrukken

 In het document zoeken

 Naar de coverpagina en de taalkeuzeknop

 Naar de voorgaande pagina

 Naar volgende pagina

 Naar de laatste pagina

De passages die persoonlijke bedenkingen of conclusies van de auteur beschrijven zijn gemarkeerd in het grijs. Letterlijke uitspraken van ondervraagden staan in cursief en tussen aanhalingstekens.

SAMENVATTING

Dit rapport is de neerslag van een aantal vaststellingen, bedenkingen en suggesties rond de medische zorgverlening in de vijf gesloten centra voor illegalen in België. Dit onderzoek kadert in een algemene evaluatie die werd uitgevoerd door een team van de Federale ombudsman/vrouw vanaf mei 2008.

De voornaamste informatiebronnen zijn gesprekken met verschillende actoren (medisch personeel, directie, bewoners), observaties ter plaatse, het antwoord van DVZ op schriftelijke vragen, beschikbare statistische gegevens en schriftelijke documenten. Deze gegevens werden verzameld tussen mei en augustus 2008.

Op basis van deze data worden kritische punten van de medische zorgverlening in de gesloten centra opgelijst en insteken geformuleerd voor mogelijke aanpassingen.

1. *Structurele parameters*

1.1 *Zorgverleners*

Voor alle centra zijn voldoende middelen voorzien om een multidisciplinair gezondheidsteam aan te werven dat kan beantwoorden aan de complexe gezondheidsnoden van de bewoners. Het ontbreekt echter aan een globale coherentie en visie om de functies in te vullen. Er bestaan geen structurele evaluatie mechanismen rond het functioneren van de medische teams. Bijgevolg is er een grote variatie in de profielen en vaardigheden van het gezondheidspersoneel over de verschillende centra. De competenties binnen de medische teams worden eerder bepaald door toevalligheden en persoonlijk engagement dan door duidelijke beleidsvisies. De frequente personeelwissels in sommige centra versterkt nog de ongelijke kwaliteit van medische teams.

Door de afhankelijke positie van de illegalen en het gebrek aan evaluatiemechanismen van de medische teams zijn bewoners van gesloten centra minder weerbaar tegenover mogelijke vormen van misbruik en onethisch of onjuist medisch handelen vanwege zorgverleners.

Er is bijgevolg nood aan uniformiteit van het aanwervingsbeleid. Een beleidsmatige aandacht voor de werkomstandigheden en het statuut van het gezondheidspersoneel kan een antwoord bieden op het personeelsverloop en gebrek aan continuïteit. Continue personeelsopleiding en structurele evaluatiemechanismen zijn noodzakelijk om de kwaliteit van de verschillende teams op een aanvaardbaar niveau te brengen. De regelmatige aanwezigheid van een onafhankelijke medische instantie, bvb NGO, zou bewoners de mogelijkheid kunnen bieden aan bewoners om een tweede advies te vragen.

1.2 *Werkorganisatie*

- 1.2.1 Door de kritische en belastende omstandigheden waarin de opgesloten illegalen verkeren is er in alle centra een grote vraag naar zorgverlening vanwege de bewoners. De doeltreffendheid en zorgvuldigheid waarmee de medische teams deze grote vraag naar zorg proberen te beantwoorden is sterk verschillend per centrum. In sommige centra is de organisatie van de zorg ontoereikend waardoor belangrijke medische problemen inadequaat worden aangepakt met mogelijke risico's voor de gezondheid van de bewoners.

De zorgverlening is efficiënter en beter in de centra waar verpleegkundigen een uitgebreidere bevoegdheid hebben wat betreft evaluatie van zorgvragen, diagnose stelling en behandelingsopstart hebben. De organisatievorm van deze centra kan veralgemeend worden mits het vervullen van een aantal randvoorwaarden zoals continue evaluatie, goede rapportering,

duidelijke richtlijnen, afspraken rond verantwoordelijkheden, bijkomende opleiding enz.. Autonomie voor de medische teams in de uitbouw van de dienst is bevorderlijk. Het is aan te bevelen dat de hoofdarts zich verantwoordelijk stelt voor de coördinatie van het team. Die autonomie is te verantwoorden als er ook structurele evaluaties van de zorgverlening worden ingebouwd.

- 1.2.2 De administratieve belasting waarmee medische teams worden geconfronteerd steelt tijd en energie van het gezondheidspersoneel. Dit kan een bedreiging kan betekenen voor de goede uitvoering van hun kerntaak, namelijk de medische omkadering van de bewoners.

De inschakeling van een medisch secretariaat en een herevaluatie over de noodzaak van administratieve opdrachten kan de belasting op het medisch personeel verlichten.

1.3 Medische dossiers

Het dossiersysteem en de uitwisseling van informatie is deficiënt. Belangrijke medische informatie is verspreid of onvindbaar. Er gaat tijd verloren in opzoeken en verzamelen van medische gegevens.

Een uniform geïnformatiseerd dossiersysteem is een prioriteit. Bij voorkeur is er een centrale registratie zodat verschillende centra gemakkelijk vroegere medische gegevens van een bewoner kunnen raadplegen.

2. Performantie parameters

2.1 Toegang tot medische zorgverlening

In alle centra hebben bewoners, met uitzondering van patiënten met psychiatrische aandoeningen, even ruim toegang tot verschillende niveaus van medische zorgverlening als de Belgische burgers. De vrijheid van artskeuze is voor bewoners van de gesloten centra beperkt.

De regelmatige aanwezigheid van een andere onafhankelijke arts in de gesloten centra die kan geconsulteerd worden door bewoners kan deels tegemoet komen aan de beperking van vrijheid in artskeuze.

2.2 Interne relaties en communicatie

In de meeste centra is er een loyale relatie tussen directie en medische teams. Bijgevolg is een zekere sturing of beïnvloeding van medische beslissingen onder invloed van directies niet ondenkbeeldig.

Door de specifieke context is uitwisseling van informatie tussen de medische dienst en derden (directies, externe instanties) noodzakelijk. Hierbij kan het principe van medisch beroepsgeheim onder druk komen te staan. Er is geen uniforme strategie om het beroepsgeheim vrijwaren tussen de verschillende centra. Uniforme maatregelen ter bescherming van het aspect beroepsgeheim zijn noodzakelijk.

2.3 Relatie en communicatie met bewoners

- 2.3.1 Alhoewel bewoners de respectvolle en menselijke aanpak door de zorgverleners bevestigen, is er binnen de centra ontevredenheid over de aard van medische zorg. Dit is vermoedelijk mee beïnvloed door de onrealistische verwachtingen die bewoners hebben van de medische zorgverlening in de centra. Het invoelen in de leef- en denkwereld van de illegalen is een bepalende factor voor de relatie tussen zorgverleners en bewoners. De regelmatige

aanwezigheid van gezondheidspersoneel in de leefruimtes van bewoners en het inbouwen van informele contactmomenten tussen gezondheidspersoneel en bewoners kunnen daartoe bijdragen. Trainingen van personeel in communicatievaardigheden is een noodzaak.

- 2.3.2 De druk die artsen ervaren om medische attesten te schrijven die kunnen gebruikt worden om procedurele redenen heeft een nefaste invloed op de relatie arts/bewoners. Het uitschrijven van attesten inzake procedure zou niet door centrumartsen mogen gebeuren en dit dient ook duidelijk aan de bewoners en hun advocaten kenbaar gemaakt te worden.

2.4 Externe relaties en communicatie

- 2.4.1 Het medische personeel ervaart een negatieve perceptie over hun baan binnen een gesloten centrum vanwege de buitenwereld. Zij worden vereenzelvigd met het systeem en de detentiepolicies die in de pers vaak negatief worden belicht. Dit heeft een negatieve invloed op de werkmotivatie. De relatie met NGO's is conflictueus. NGO's namen in het verleden een eerder activistische houding aan. Het personeel van de centra staat wantrouwig en defensief tegenover de NGO's. Dit leidt tot polarisering die een constructieve communicatie en samenwerking in de weg staat.

De aanwezigheid van derde instanties en hun interesse voor de gesloten centra is nochtans een opportuniteit voor een constructieve samenwerking in het belang van de bewoners en voor een meer evenwichtige beeldvorming over de gesloten centra. NGO's zouden in dat opzicht hun dienstverlening in de gesloten centra bij voorkeur loskoppelen van hun politieke acties.

- 2.4.2 De relatie met advocaten is moeilijk. Volgens de zorgverleners stimuleren advocaten de onrealistische verwachtingen van bewoners wat betreft hun procedure. Zij dringen er bijvoorbeeld via hun cliënten op aan om medische attesten te vragen wat de druk op het medisch personeel verhoogt en leidt tot irritatie. De rol van centrumartsen in procedurele aspecten zou zoveel mogelijk beperkt moeten worden. Er dienen duidelijke en concrete richtlijnen opgemaakt en gecommuniceerd te worden betreffende de aard van medische problemen die ontvankelijk kunnen zijn voor procedurele aanpassingen en de procedures die dienen gevolgd te worden.

2.5 Continuïteit en integraliteit van medische zorgverlening.

- 2.5.1 Er is een belangrijk gebrek aan opvang voor illegalen met psychiatrische problematiek. Dit leidt tot schrijnende en onmenselijke toestanden voor psychiatrische patiënten zowel binnen de gesloten centra als buiten de centra waar ze vaak zonder medische opvolging worden "gedumpt". Ook voor illegalen met tuberculose is een tekort aan opvangplaatsen.

Het creëren van gespecialiseerde opvangplaatsen voor psychiatrische patiënten en TBC patiënten onder de illegale vreemdelingen is een prioriteit en de enige ethische en humane oplossing voor deze nood.

- 2.5.2 Centrumartsen dienen te oordelen over de beschikbaarheid van essentiële medische behandelingen of noodzakelijke diagnostische procedures in de thuislanden. Zij beschikken over te weinig handvatten om deze beslissingen oordeelkundig te nemen wat leidt tot inconsequentie en incoherentie.
- 2.5.3 Als bewoners met een belangrijke medische geschiedenis een centrum verlaten wordt geen opvolging voorzien om de continuïteit van behandeling te verzekeren noch in het geval van uitwijzing, noch in het geval van vrijlating. Er zou een minimum aan nazorg moeten opgenomen worden in verband met de continuïteit van levensnoodzakelijke zorg na het verlaten van de gesloten centra.

3. Psychologisch welzijn van bewoners in gesloten centra.

In alle centra zijn er onmiskenbare tekenen van grote psychologische stress onder de bewoners. De incidenten van agressie en suïcide zijn slechts de meeste expliciet uitingen van de veralgemeende psychische spanning die prominent aanwezig is in de centra. De grote psychische belasting in de centra zou een kernaspect moeten zijn bij de afwegingen en discussies in verband met de detentiepolitiek.

Het beleid verschilt sterk tussen de centra wat betreft de aandacht die wordt besteed aan de psychologische en sociale omkadering van de bewoners. De structuur en organisatie van bepaalde gesloten centra zijn uitermate stress verhogend terwijl andere centra meer inspanningen leveren om stress reductie te bekomen. De aanwezigheid van bepaalde groepen illegalen (ex-gedetineerden en verslaafden) verhoogt nog de spanning in de centra.

In elk geval is een structurele en globale benadering in verband met het psychisch welzijn van opgesloten illegalen een prioriteit voor de toekomst. In het verdere verslag zijn een aantal suggesties vermeld om proactief het psychologisch welzijn van de bewoners te ondersteunen.

In alle centra waar kinderen verblijven wordt melding gemaakt van duidelijke tekenen van psychologische stress bij kinderen (regressief gedrag, agressie, bedwateren, existentiële vragen e.a.). Mede omwille van de niet te onderschatten impact van detentie op het psychosociale welzijn van kinderen is het opsluiten van kinderen medisch niet verantwoord.

INDEX

I. STRUCTURELE PARAMETERS	9
a. Human resources	9
b. Werkorganisatie	12
c. Infrastructuur	15
d. Medische dossiers	16
II. “PERFORMANCE” PARAMETERS	17
a. Toegang tot medische zorgverlening	17
b. Interne relaties en communicatie	18
c. Relaties en communicatie met bewoners	19
d. Externe relaties en communicatie	21
e. Continuïteit en integraliteit van medische zorgverlening	23
III. ENKELE SPECIFIEKE GEZONDHEIDSASPECTEN VOOR BEWONERS VAN GESLOTEN CENTRA	27
a. Psychologisch welzijn van bewoners	27
b. Psychologische opvang van bewoners	30
c. Opvang van verslavingen	31
d. Medische opvang van kinderen	31
e. Medische intake	32
f. Medische zorgverlening in INAD centrum	32
IV. EVALUATIE VAN MEDISCHE ZORGVERLENING PER CENTRUM	33
a. Het Centrum voor illegalen van Merksplas (CIM)	33
1. Medisch personeel	33
2. Toegang tot curatieve zorgverlening	36
3. Enkele aspecten in verband met kwaliteit van zorg	37
4. Relatie/communicatie tussen zorgverleners en bewoners	38
5. Medische verwijzingen	39
6. Medische intake	39
7. Tandverzorging	40
8. Psychiatrische problematiek	40
9. Psychologische begeleiding	40
10. Suicide patiënten	42
11. Geweld bij uitwijzing	42
12. Attest voor reisgeschiktheid (fit to fly)	43
13. Verslavingen	43
14. Zwangerschappen	43
15. Kinderen en zuigelingen	43
16. Isolatiecel	44
b. Het Transitcentrum 127 (Melsbroek)	45
1. Medisch personeel	45
2. Toegang tot medische zorgverlening	48
3. Enkele aspecten in verband met kwaliteit van zorg	48
4. Medicatie	51
5. Relatie/communicatie tussen zorgverleners en bewoners	52
6. Medische intake	52
7. Attest voor reisgeschiktheid (fit to fly)	52
8. Psychiatrische problematiek	52
9. Psychologische begeleiding	53

10.	Zelfdoding	55
11.	Geweld bij uitwijzing	55
12.	Isolatiecel.....	55
13.	Verslavingen.....	55
14.	Zwangerschappen	55
15.	Kinderen en zuigelingen.....	55
c.	Centrum voor illegalen van Vottem (CIV).....	57
1.	Medisch personeel	57
2.	Toegang tot medische zorgverlening.....	60
3.	Kwaliteit van medische zorgverlening	62
4.	Medicatie	64
5.	Relatie/communicatie tussen zorgverleners en bewoners	65
6.	Medische intake.....	65
7.	Attest voor reisgeschiktheid (fit to fly) (bron van informatie: arts).....	65
8.	Psychiatrische problematiek.....	65
9.	Psychologische begeleiding.....	65
10.	Zelfdoding en hongerstakingen	66
11.	Geweld bij uitwijzing	67
12.	Isolatiecel.....	67
13.	Verslavingen.....	67
d.	Centrum voor illegalen Brugge (CIB)	68
1.	Medisch personeel	68
2.	Toegang tot medische zorgverlening.....	71
3.	Enkele aspecten in verband met kwaliteit van medische zorgverlening	71
4.	Medicatie	74
5.	Relatie/communicatie tussen zorgverleners en bewoners	75
6.	Medische intake.....	75
7.	Attest voor reisgeschiktheid (fit to fly)	76
8.	Psychologische begeleiding.....	76
9.	Geweld bij uitwijzing	78
10.	Isolatie	79
11.	Verslavingen.....	79
12.	Zwangerschappen	79
e.	Het repatriëringcentrum 127bis (Steenokkerzeel)	80
1.	Medisch personeel	80
2.	Toegang tot medische zorgverlening.....	84
3.	Enkele aspecten in verband met kwaliteit van medische zorgverlening	85
4.	Medicatie	87
5.	Relatie/communicatie tussen zorgverleners en bewoners	87
6.	Medische intake.....	87
7.	Attest voor reisgeschiktheid (fit to fly)	88
8.	Psychologische begeleiding.....	88
9.	Zelfdoding en hongerstakingen	89
10.	Geweld bij uitwijzing	89
11.	Isolatiecel.....	89
12.	Verslavingen.....	89
13.	Kinderen en zuigelingen.....	89
14.	Zwangerschappen	90
15.	Algemene bedenkingen inzake de medische dienst	90

INLEIDING

Voorliggend rapport is de neerslag van een aantal vaststellingen en bedenkingen rond de medische zorgverlening in de gesloten centra in België. Dit onderzoek kadert in een algemene evaluatie die werd uitgevoerd door een team van de Federale Ombudsman/vrouw vanaf mei 2008. Het document belicht enkel de medische zorgverlening. Voor een beschrijving van de algemene structuur en werking van de gesloten centra verwijzen we naar het globale evaluatie rapport van de Federale Ombudsman/vrouw.

Verantwoording.

Er zijn diverse redenen om te stellen dat de medische zorgverlening van de gesloten centra een prioriteit is voor de Belgische overheid.

De context waarin de medische diensten van de gesloten centra dient te functioneren is complex en rechtvaardigt extra inspanningen. De meeste vreemdelingen die opgesloten zijn in een gesloten centrum verkeren in een kwetsbare situatie die implicaties heeft voor het fysisch, mentaal en sociaal welbevinden.

Als moderne welvaartsstaat heeft België de morele plicht om mee verantwoordelijkheid te dragen voor de gezondheid van alle mensen op haar grondgebied. België ondertekende mee de verklaring van Alma-Ata (1978). Deze verklaring stelt dat gezondheid een fundamenteel mensenrecht is. Gezondheid wordt gedefinieerd als een staat van globaal fysisch, mentaal en sociaal welbevinden en niet alleen een afwezigheid van ziekte of gebrek.

Een efficiënte werking van de gezondheidsdiensten werkt op termijn kostenbesparend (minder onnodige doorverwijzingen en onderzoeken, minder duurdere artsen consultaties, minder medicatie enz.).

De (media-)aandacht voor de gesloten centra is nooit ver weg. Meldingen in de pers van medische problemen en incidenten in de centra zijn schering en inslag. De overheid heeft er alle baat bij dat de medische zorgverlening in gesloten centra optimaal werkt om proactief de gezondheid van de opgesloten vreemdelingen te beschermen en medische incidenten te vermijden.

Informatiebronnen en methodologie.

De voornaamste informatie bronnen voor dit rapport zijn gesprekken met verschillende actoren (medisch personeel, directie, bewoners), observaties ter plaatse, het antwoord van DVZ op schriftelijke vragen, beschikbare statistische gegevens en de documenten die opgelijst zijn in bijlage 1.

Op 24 juni 2008 was er op het kantoor van de Federale Ombudsman/vrouw een gesprek met een arts en medewerkster van de NGO "Médecins du monde". Zij lichtten een aanklacht toe die de NGO indiende bij de Orde der Geneesheren aangaande een casus in Repatriëringcentrum 127bis.

Voor de aanvang van deze evaluatieopdracht werden een aantal basisvragen omtrent de zorgverlening in gesloten centra opgesteld die als leidraad dienden voor de evaluatie (Cf annex). Medische dossiers werden eerder sporadisch ingekeken. Enerzijds was de toegemeten tijd onvoldoende om deze grondig te bestuderen. Anderzijds was het de bedoeling om de globale werking van de medische zorgverlening te beoordelen en niet individuele casussen. Overigens impliceert medisch handelen steeds het maken van keuzes. Deze keuzes retrospectief beoordelen als de gevolgen van de keuzes gekend zijn is niet relevant tenzij er aanwijzingen zijn voor flagrant onethisch of onkundig handelen.

De vijf verschillende centra werden telkens gedurende één dag bezocht. De beperkingen van het mandaat en beschikbare tijd laten niet toe een diepgaande evaluatie per centrum te maken. De klemtoon van deze evaluatie

ligt vooral op het zoeken naar verschillen en gelijkenissen in zorgverlening in de verschillende centra vanuit het perspectief van het universeel recht op gezondheid (“Health for all”).

De SWOT analyse van een aantal structurele en “performance” parameters vormen het kader van deze evaluatie. Als structurele parameters wordt er geopteerd voor de aspecten menselijk kapitaal (human resources), infrastructuur, organisatie en dossiersysteem. De “performance” parameters zijn gerelateerd tot de toegang tot gezondheidszorg, relationele en communicatie aspecten en continuïteit/integraliteit van zorg. Relaties en communicatie vormen hierbij een belangrijk onderdeel. Meer nog dan in een reguliere geneeskundige praktijk is communicatie primordiaal voor de medische zorgverlening in gesloten centra. Het betreft in de eerste plaats de communicatie met bewoners maar ook de communicatie tussen zorgverleners onderling, communicatie binnen de centra, met de overheid en met externe instanties. Het belang van communicatie geldt des te meer omdat een gebrek aan communicatie en miscommunicatie een constante is in de problematiek van illegale vreemdelingen. De technische kwaliteit van versterkte zorg vormt klassiek ook een belangrijk onderdeel van de “performance” evaluatie maar wordt hier niet beschouwd gezien de beperkingen van de onderzoeksopdracht. Tot slot worden een aantal bijzondere aspecten die belangrijk zijn binnen de context van de gesloten centra afzonderlijk geëvalueerd (psychisch welzijn, psychologische opvang van bewoners, opvang van kinderen, verslavingen, de medische intakes).

De evaluator analyseert vanuit zijn achtergrond als arts en onderzoeker binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

Op basis van de bevindingen worden een aantal suggesties geformuleerd als mogelijke denkpistes voor een verbetering van de kwaliteit van medische zorg in de gesloten centra. Het doel van dit evaluatie document is een instrument te zijn om een grondige evaluatie en beleidsplanning van de gezondheidsdiensten in elk centrum op te starten.

I. STRUCTURELE PARAMETERS

a. Human resources

Sterktes	Zwaktes	Kansen	Bedreigingen
<p>In de meeste centra is er een sterke betrokkenheid en verantwoordelijkheidsgevoel bij het gezondheidspersoneel.</p> <p>Over het algemeen is er bij het medisch personeel een open en respectvolle attitude ten opzichte van de bewoners.</p> <p>In de meeste centra was er bij het personeel een zekere voldoening en fierheid over het werk.</p>	<p>Motivatie, technische en communicatieve vaardigheden lijken niet in alle centra even sterk aanwezig.</p> <p>Het wisselend personeelsbestand in sommige centra schaadt de continuïteit en de efficiënte organisatie van de zorgverlening.</p> <p>Er is weinig of geen externe begeleiding, vorming en evaluatie voorzien van het medische team.</p>	<p>In alle centra is er een multidisciplinair team aanwezig wat de mogelijkheid biedt om te voorzien in een ruim gamma van integrale medische en psychosociale zorg.</p> <p>In de centra is voldoende medisch personeel aanwezig in verhouding tot de bewonersaantallen om een goede medische dienstverlening uit te bouwen.</p> <p>Verpleegkundigen beschouwen het vertrouwen en de ruime verantwoordelijkheden die ze krijgen als motiverend en uitdagend.</p> <p>In sommige centra zijn procedures lopende om een deel van de verpleegkundigen statutair aan te stellen.</p>	<p>Het blijkt moeilijk om verpleegkundigen en artsen te vinden waardoor selectie en aanwerving onvoldoende op basis van het profiel van de kandidaten kan gebeuren.</p> <p>Er zijn geen duidelijke uniforme selectie criteria voor de aanwerving van medisch personeel.</p> <p>Weinig bijscholing en vorming van personeel.</p> <p>Er zijn geen structurele evaluatie mechanismen voor het functioneren van het medisch team.</p> <p>Gebrek aan externe controle en evaluatie en de afhankelijke, hulpeloze positie van bewoners kan aanleiding geven tot (machts-) misbruik en een gevoel van onschendbaarheid.</p>

Duiding:

De medische diensten zijn samengesteld uit (huis)artsen uit de regio en verpleegkundigen. De artsen zijn aangenomen volgens een aannemingscontract. De verpleegkundigen zijn contractueel of statutair tewerkgesteld. Daarnaast is er in alle centra ook personeel dat instaat voor de psychosociale begeleiding van

bewoners (psychologen, sociaal werkers, opvoeders enz.). De aanwezigheid van een multidisciplinair personeelsteam biedt mogelijkheden om de bewoners een ruim pakket aan integrale zorg aan te bieden.

De samenstelling van de medische diensten staat in verhouding tot de bewonersaantallen en moet ruim volstaan om een kwalitatieve zorg te bieden.

Uit gesprekken met het gezondheidspersoneel is de motivatie en betrokkenheid met het werk opvallend. Het krijgen van autonomie en verantwoordelijkheden werkt stimulerend. Gezondheid als fundamenteel mensenrecht lijkt het vertrekpunt van het personeel van alle medische centra. De manier waarop dit wordt ingevuld en het personeel in contact treedt met de bewoners is echter sterk verschillend van centrum tot centrum en van persoon tot persoon. De moeilijke context (frequente psychosomatiek, communicatie problemen, stress situaties enz.) van de gesloten centra vergt een specifieke aanpak en bijzondere kwaliteiten. Naast technische bekwaamheid zijn ook andere vaardigheden (relationele, communicatieve, analytische enz.) belangrijk voor het werken in gesloten centra. Voorafgaande werkervaring en een zekere levenservaring zijn nuttig. Niet alle personeelsleden die in de medische teams werken hebben een geschikt profiel voor de functie. Door het tekort aan kandidaten om de functies in vullen lijkt er nauwelijks een selectie te gebeuren op basis van profiel en kwaliteiten. Er is ook geen systematische evaluatie of ondersteuning in verband met het functioneren van het gezondheidspersoneel. Er is weinig vorming en bijscholing van het personeel in vaardigheden die specifiek zijn voor het werken in gesloten centra. De ongedifferentieerde aanwerving en gebrek aan opvolging van personeel leidt in sommige centra tot frequente en snelle personeelwissels. Dit bemoeilijkt de continuïteit en organisatie van de medische diensten. Het profiel en de bekwaamheden van het tewerkgestelde medisch personeel verschilt sterk tussen de centra. Dit is medebepalend voor het verschil in kwaliteit en efficiëntie van de gezondheidsdiensten.

De bewoners van gesloten centra verkeren in een afhankelijke positie ten opzichte van het gezondheidspersoneel. Zij hebben weinig tot geen mogelijkheden hebben om hun zorgverleners zelf te kiezen. Dit plaatst het gezondheidspersoneel in een machtspositie die gevaren inhoudt. Er zijn weinig externe of interne instanties die het handelen van het medisch personeel evalueren. In de maatschappij hebben patiënten keuzevrijheid wat betreft gezondheidsverleners wat regulerend werkt. Die keuzevrijheid is sterk beperkt in de gesloten centra. Dit maakt bewoners weerlozer tegenover mogelijke vormen van machtsmisbruik of ongepast handelen vanwege zorgverleners.

Suggesties:

- 1) Uniformisering van het aanwervingsbeleid. Het personeel van de medische diensten, zowel artsen als verpleegkundigen, zouden moeten voldoen aan een bepaald profiel. De beschrijving van dergelijk profiel zou een handig instrument zijn voor de aanwerving van personeel. Dit profiel zou moeten opgemaakt worden in samenspraak met de verschillende betrokkenen (afgevaardigden medische teams, directie, DVZ, psychologen enz.).
- 2) Het statuut van het gezondheidspersoneel zou voldoende competitief moeten zijn ten opzichte van andere tewerkstellingsplaatsen voor zorgverleners zodat goede personeelskrachten kunnen behouden worden (bv: interessante werkvoorwaarden, doorgroeimogelijkheden, weekendpremies, contractuele tewerkstelling enz.).
- 3) Gezien de moeilijke context waarin het gezondheidspersoneel werkt is een continue aandacht voor de bijkomende vorming noodzakelijk. Dit kan op verschillende manieren georganiseerd worden:
 - o Opleidingen in kennis en vaardigheden die specifiek zijn voor het werken in de context van gesloten centra (communicatie training, taalcursussen, conflictbeheersing, antropologische vormingen enz.)
 - o Een Academische input kan nuttig zijn voor de opleiding van personeel en voor onderzoek naar bijvoorbeeld “best practices”. Er is nog weinig wetenschappelijk werk uitgevoerd omtrent de opvang van asielzoekers in gesloten centra. De academische wereld is mogelijk geïnteresseerd

in een nauwere samenwerking. Dit kan een win/win situatie zijn voor beide partijen: een interessant onderzoeksdomein voor de wetenschappers en kennis en expertise overdracht voor de centra.

- Intervisie en uitwisseling van ervaring tussen medische teams van verschillende centra.
 - Uitwisseling en peeroverleg binnen het team met verpleegkundigen, arts en psycholoog.
 - De arts zou een rol kunnen spelen in de opleiding van het verplegend personeel.
- 4) De structurele organisatie van evaluatie systemen omtrent het functioneren van personeelsleden.
- Intern
 - Organisatie van peer controle, ronde tafel gesprekken tussen medisch personeel.
 - De arts neemt ook een verantwoordelijkheid op in verband met het functioneren van het team
 - Invoeren van regelmatige functioneringsgesprekken
 - Een sluitend dossiersysteem waar alle handelingen en beslissingen worden genoteerd is een noodzakelijk instrument voor de evaluatie van medisch handelen.
 - Streven naar een open communicatie binnen het team
 - Extern:
 - Regelmatige externe audit in verband met functioneren van het team
 - Regelmatig bezoek van externe neutrale instanties zoals bijvoorbeeld een arts van een NGO of wetenschappers van universiteit of hoge school (cf. suggestie 3) die op een onbevooroordeelde manier opmerkingen of aanbevelingen kunnen formuleren.
- 5) Om de beperking in vrijheid in artsenuitkeuze voor de bewoners te verminderen zou aan bewoners de mogelijkheid kunnen gegeven worden om geregeld een onafhankelijke arts te raadplegen. Dit kan een rol zijn voor de NGO's. In principe is dat nu reeds mogelijk maar dit is in de praktijk niet structureel georganiseerd. Nu is de mogelijkheid voor bewoners om een externe arts te raadplegen heel beperkt. Praktisch zou elk centrum wekelijks door een externe onafhankelijke arts kunnen bezocht worden. De bewoners die het advies en de beslissingen van de medische dienst betwisten zouden bij die arts terecht kunnen. Die arts zou toegang moeten krijgen tot de medische gegevens van de bewoners. De arts zou dan op een collegiale en rationele manier in overleg kunnen gaan met de centrumarts. Vermoedelijk zou er bij een nuchtere en rationele houding van beide partijen meestal een overeenkomst bereikt worden in het belang van de patiënt.

b. Werkorganisatie

Sterktes	Zwaktes	Kansen	Bedreigingen
<p>In drie centra (CIB, CIM, 127) is er een efficiënte taakverdeling en complementariteit tussen de verschillende gezondheidswerkers.</p> <p>In drie centra (CIB, CIM, 127) is er een efficiënt en sluitend filtersysteem waarbij verpleegkundigen een eerste selectie doen van zorgvragen.</p> <p>Lage drempel voor toegang tot medische zorg.</p> <p>Goede beschikbaarheid en telefonische bereikbaarheid van artsen (behalve 127bis).</p> <p>In drie centra neemt een arts de eindverantwoordelijkheid voor het globale functioneren van de medische dienst.</p>	<p>In twee centra (127bis, Vottem) is er een gebrek aan een efficiënte werkorganisatie binnen het medisch team.</p> <p>Opsplitsing van administratieve en medische eindverantwoordelijkheid binnen medische dienst schaadt de coherentie in Vottem en 127 bis.</p>	<p>Autonomie voor het medisch personeel om eigen werking uit te bouwen</p> <p>In drie centra (transit 127, CIM, CIB) ontwikkelde het team ervaring en expertise in de medisch zorgverlening binnen gesloten centra die bruikbaar kan zijn voor de andere centra.</p> <p>Standing orders (in 127bis)</p> <p>In Vottem betekent de aanwezigheid van een medische secretaresse een verlichting van administratieve lasten voor het team en een meerwaarde voor de communicatie tussen de zorgverleners.</p>	<p>Overvraag naar medische dienstverlening door bewoners.</p> <p>Verpleegkundigen zijn via de klassieke opleiding onvoldoende opgeleid om de filterfunctie te vervullen.</p> <p>Personeelsverloop bedreigt de continuïteit van dienstverlening en opbouw van een institutionele expertise.</p> <p>Administratieve taken nemen een groot deel van de tijd in beslag ten koste van medische dienstverlening.</p>

1) In alle centra is er een grote vraag naar zorgverlening vanwege de bewoners. Tot 20% van de bewoners vraagt dagelijks om een contact met het medisch team. Er zijn meerdere mogelijke verklaringen voor deze grote vraag:

- Lage drempel voor toegang tot medische zorgverlening
- De meeste bewoners van gesloten centra leven in een toestand van angst, onzekerheid en stress. Dit veroorzaakt bij hen een constant gevoel van lichamelijk en psychisch onwelzijn.
- Frequenter voorkomen van ernstige pathologieën bij bewoners. De medische toestand was voor sommige bewoners een reden om naar België te komen in de hoop op verzorging.
- Bij veel bewoners leeft de valse hoop dat medische aspecten hun uitwijzingsdossier nog in hun voordeel kan beïnvloeden.
- Verveling. De bewoners hebben weinig te doen. Een bezoek aan het medisch team brengt wat variatie in het eentonig dagritme.

Gezien het grote aantal zorgvragen van de bewoners is het niet haalbaar dat al die bewoners dagelijks door een arts worden gezien. In drie centra (CIM, CIB, transit 127) vervult de verpleging daarom een filterfunctie.

Bewoners met een zorgvraag krijgen een verkennend gesprek en onderzoek bij de verpleegkundige. De verpleegkundige evalueert de hulpvraag. Indien hij/zij het nodig vindt, verwijst de verpleegkundige de bewoner naar de artsenraadpleging 's namiddags. Als de verpleegkundige zich bevoegd acht informeert zij zelf de bewoner of stelt een behandeling voor. Dit wordt in het dossier genoteerd en aan de arts voorgelegd die daarover feedback geeft en vooralsnog kan vragen om de bewoner te zien.

In dergelijk werksysteem verricht de verpleegkundige taken die in het reguliere Belgische gezondheidszorgsysteem aan artsen zijn voorbehouden: verkennen van de zorgvraag, anamnese, het stellen van medische diagnoses, starten van behandelingen. In België worden verpleegkundigen tijdens hun opleiding niet geschoold om deze taken uit te voeren.

Er zijn rationale argumenten om deze werkwijze te verdedigen:

- Er is een overvraag van de bewoners naar medische consulten die vanuit praktisch en budgettair oogpunt moeilijk allemaal door een arts kunnen worden verricht. Het is efficiënter als een arts tijd kan investeren in complexere gezondheidsproblemen dan zich te verliezen in een grote toevloed van mineure gezondheidsklachten.
- In de twee centra (CIV en 127bis) waar de verpleging geen filterfunctie vervult ontbreekt het de artsen aan tijd om zowel grondig alle zorgvragen te evalueren en de nodige aandacht te besteden aan de meer complexe pathologie.
- De grote meerderheid van de zorgvragen kunnen bij een nuchtere en rationale aanpak door de verpleegkundige op een verantwoorde manier ingevuld worden. Het betreft over het algemeen een jonge "fysisch gezonde" populatie.
- Het feit dat de verpleegkundige in een team werkt is er in zekere mate autocontrole door het team.
- De medische act wordt in het dossier genoteerd en voorgelegd aan de arts.
- De arts draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid.
- Tot op heden is dit systeem werkbaar gebleken en gebeurden er geen belangrijke medische fouten (althans volgens de betrokkenen).

Een aantal suggesties in verband met het "medisch handelen" van verpleegkundigen:

- Het structureel inschakelen van peer besprekingen verkleint de kans op fouten en draagt bij tot de vaardigheidsverwerving van het team.
- Een duidelijke en systematische neerslag in de medisch dossiers van de bevindingen en beslissingen van de verpleegkundigen is noodzakelijk. Deze dienen te worden voorgelegd aan de arts en getekend.
- De arts dient de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de medische zorgverlening op te nemen.

- Een bijkomende praktische opleiding van de verpleging is wenselijk. Dit kan inhouden: training in consultatievoering (communicatie training, opbouw van consultaties, neerslag in dossier enz.), medische besliskunde, farmacologie, enz. Voor de opleiding is het inschakelen van de eigen artsen of artsen die de context van de gesloten centra goed kennen en verpleging met ervaring wenselijk.
- Standing orders of guidelines zoals uitgewerkt door het team van 127bis kunnen een nuttig instrument zijn voor de verpleging. Er kan een werkgroep tussen de verschillende centra opgericht worden die verder werken aan de uitbouw van dergelijke “standing orders”.
- Binnen het takenpakket en tijdsbesteding van de arts zou opleiding en feedback over medisch handelen van het verplegend personeel moeten inbegrepen zijn.

2) Interne organisatie van de medische dienst. Er zijn drie centra waar de medische dienst vrij efficiënt georganiseerd lijkt. (CIB, CIM, Transit 127). Het zijn de centra waar de arts de globale verantwoordelijkheid voor de organisatie van de dienst opneemt. In de twee andere centra worden de administratieve en medische verantwoordelijkheden opgedeeld tussen enerzijds arts en anderzijds directie. Dit leidt tot afschuiven van verantwoordelijkheden. Dit betekent niet dat artsen administratieve taken dienen te vervullen maar wel dat zij zich engageren voor een optimaal functioneren en “managen” van de medische dienst. Dit bevordert ook de identificatie met de globale werking van de dienst. Dit is veel minder het geval in CIB en 127 bis waar de artsen gecontracteerd worden om een aantal uur consultaties te verrichten zonder verdere organisatorische verantwoordelijkheden.

In de drie beter georganiseerde medische diensten is er meer stabiliteit in het personeelsbestand. De teams ontwikkelden een zekere expertise en “modus operandi”. Die ervaring kan bruikbaar kan zijn voor de andere centra.

In de meeste centra werkt de medische dienst vrij autonoom en heeft het team de vrijheid om zelf de dienst te organiseren en uit te bouwen.

Die autonomie heeft onmiskenbaar een aantal voordelen:

- De dienst kan onafhankelijk werken en heeft de vrijheid om beslissingen te nemen zonder dat deze beïnvloed worden door “hogere instanties”
- Het verhoogt het verantwoordelijkheidsgevoel van het team
- Het bevordert de beroepstevredenheid en beroepstrots.
- Het komt de efficiëntie ten goede als de dienst zelf de verantwoordelijkheid voor de organisatie op zich neemt en de vrijheid heeft om die aan te passen aan de concrete context van het centrum.

Administratieve maatregelen opgelegd door bovenaf (directie, DVZ) worden door de medische diensten als beknottend ervaren. Zo waren er problemen met medicatie (doorverkopen van medicatie onder bewoners, medicatie misbruik) in het centrum van Vottem wat leidde tot richtlijnen (innemen van medicatie onder toezicht van bewakingspersoneel) vanuit Brussel voor alle centra. Dit veroorzaakte irritatie bij de gezondheidsdiensten van andere centra die een eigen controle mechanismen hadden uitgewerkt.

De autonomie heeft ook een mogelijke keerzijde. Bij afwezigheid van controle- en evaluatie mechanismen kan de vrijheid van de teams leiden tot misbruiken.

Medische teams klagen over de administratieve taken zoals het organiseren van doorverwijzingen, vervoer, bestellingen van medicatie, administratieve verplichtingen voor DVZ. Het verhoogt de werkdruk en houdt de verpleging af van hun kerntaak, de medische omkadering van de bewoners.

Een aantal suggesties in verband met de interne organisatie van de medische teams

- Het is aan te bevelen dat het medisch personeel actief de organisatie van de medisch dienst uitbouwt in samenspraak met de directie. Als het gezondheidspersoneel autonomie krijgt en verantwoordelijkheid opneemt wat betreft de organisatie van de medische zorg bevordert dit de betrokkenheid en het gevoel van “ownership” van het personeel.
- Het is een meerwaarde als de arts in overleg met het ganse team de coördinerende rol opneemt.
- Die autonomie kan nog verder uitgebouwd worden door bijvoorbeeld administratieve verplichtingen rond investeringen en aankopen te verminderen en de dienst vrijheid te geven in de besteding van hun budget.
- Uitwisseling van ervaringen en regelmatige ontmoetingsmomenten tussen de medische diensten van de centra zijn wenselijk. Beter georganiseerde gezondheidsdiensten kunnen als voorbeeld dienen voor de diensten die minder efficiënt werken. De interne expertise dient maximaal benut.
- De werking van de medische diensten dient regelmatig kritisch geëvalueerd te worden. Dit kan door audits. Ook de aanwezigheid van een onafhankelijke instantie (bvb NGO) waar bewoners terecht kunnen voor een tweede advies kan controlerend werken.
- Inschakeling van een medisch secretariaat kan de administratieve belasting van het medisch personeel verlichten. Het CIV is het enige centrum met een medisch secretariaat. Het medisch team en directie van CIV bevestigen uitdrukkelijk de meerwaarde voor de dienst.

c. Infrastructuur

Sterktes	Zwaktes	Kansen	Bedreigingen
Medische ruimtes (cf. rapport per centrum) Het noodzakelijk materiaal voor courante medische dienstverlening is aanwezig. De noodzakelijke diagnostische middelen zijn beschikbaar (bloedanalyse, radiologie enz.)	Administratieve procedures voor de aankoop van materiaal		

De medische teams beschikken over een gelijkaardige uitrusting als in een doorsnee huisartsenpraktijk. Een zekere autonomie en “de-bureaucratisering” voor de medische teams is wenselijk. Een centrale budgetcontrole is dan wel wenselijk.

d. Medische dossiers

Sterktes	Zwaktes	Kansen	Bedreigingen
De meeste medische acts door verpleegkundigen of artsen verricht worden in de dossiers genoteerd.	Geen uniformiteit voor dossiersysteem Schriftelijk dossiersysteem Wanordelijk en vaak slecht leesbaar Psychologen hebben geen toegang tot medische gegevens De informatie van psychologen worden meestal niet in dossier genoteerd.	Alle medische teams zien de noodzaak van een uniform, geautomatiseerd dossiersysteem. Transitcentrum 127 en CIV ontwikkelden op eigen initiatief een geïnformatiseerd dossiersysteem op maat van de gesloten centra.	

In de meeste centra wordt een schriftelijk dossiersysteem gebruikt. In transitcentrum 127 en CIV bestaat er een dubbel registratiesysteem gebruikt (schriftelijk en geïnformatiseerd). Een schriftelijk dossiersysteem heeft tal van nadelen. Het is wanordelijk en slecht leesbaar. Er is geen uniformiteit in het noteren van gegevens. Losse bladen geraken gemakkelijk verloren. De uitwisseling van medische informatie tussen zorgverleners en centra is minder accuraat. Het opstellen van schriftelijke verslagen en verwijsbrieven betekent een belangrijk tijdsverlies.

Een uniform geïnformatiseerd dossiersysteem is een prioriteit. Bij voorkeur is er een centrale registratie zodat verschillende centra gemakkelijk medische gegevens van een bewoner kunnen raadplegen. Onderdelen van het systeem kan toegankelijk gemaakt worden van andere personeelsleden. De invoer van dergelijk dossiersysteem is een vraag van de medische diensten van alle centra. De ervaring van het transitcentrum 127 en CIV met een eigen ontworpen dossiersysteem kan geïntegreerd worden bij het ontwerp van een software programma op maat.

Psychologen zouden ook toegang moeten hebben tot het medisch dossier en er hun bevindingen noteren.

Het feit dat de rechtstreekse toegang tot de tweede lijn niet evident is (in tegenstelling tot voor de Belgische staatsburgers) hoeft uit volksgezondheidskundige overwegingen geen probleem te zijn. Dit is ook het geval in Europese gezondheidssystemen met een sterke echelonnering (vb. Nederland, UK e.a.). Problematischer is dat bewoners van gesloten centra voor doorverwijzing totaal afhankelijk zijn van de centrumarts. Bewoners hebben niet de mogelijkheid om een keuze te maken in de eerstelijnsarts die hun zorgvraag beantwoordt.

De toegang tot langdurige zorg voor psychiatrische en chronische zieke patiënt is wel deficiënt (zie punt III).

Suggestie:

- De regelmatige aanwezigheid van een andere onafhankelijke arts in de gesloten centra die kan geconsulteerd worden door bewoners kan deels tegemoet komen aan de beperking van vrijheid in artsenkeuze.

b. Interne relaties en communicatie

Sterktes	Zwaktes	Kansen	Bedreigingen
In alle centra is er een nauwe werkrelatie tussen verpleegkundigen en artsen. Algemeen genomen is er een goede verstandhouding en samenwerking tussen het medisch team en directie.	Medisch eiland: In CIB en 127bis is het medisch team onvoldoende geïntegreerd binnen de totale werking van de centra met communicatiestoornissen, wantrouwen en onbegrip als gevolg. Er is te weinig wisselwerking tussen medische teams en psychologen.	Groot personeelsbestand: in alle centra werkt een multidisciplinaire groep van mensen die complementaire functies hebben.	De grens tussen goede samenwerking (directie, medisch team) en beïnvloeding van medische beslissingen is vaag.
Bij de medisch teams leeft de bekommernis om het medisch beroepsgeheim zo goed mogelijk te respecteren.	Medische informatie (dossiers, verwijsbrieven enz.) is niet steeds veilig weggeborgen. Geen uniformiteit inzake maatregelen om het beroepsgeheim te bewaken.		Het aspect medisch beroepsgeheim kan misbruikt worden door de medische diensten in hun streven naar meer autonomie en vrijheid. Medische elementen spelen een rol in uitwijs- en verblijfsprocedures waardoor het medisch beroepsgeheim kan bedreigd worden.

De samenwerking tussen directie en medische teams is in de meeste centra vrij goed. Er is een zekere loyaliteit van de zorgverleners ten opzichte van de directie. Toch zeggen de artsen dat zij autonoom medische beslissingen kunnen nemen. Gezien de nauwe relaties tussen medische teams en directies is een zekere sturing of beïnvloeding van beslissingen niet ondenkbeeldig. De regelmatige aanwezigheid van een onafhankelijke instantie (bvb NGO) kan ook in dit opzicht aangewezen zijn.

In de meeste centra is er onvoldoende wisselwerking en uitwisseling tussen psychologen en medische teams. Een mogelijke optie is de integratie van de psychologen in de medische teams waarbij de psychologen ook deelnemen aan dagelijks overleg.

Gezien dat ook psychologen gebonden zijn aan het beroepsgeheim zouden zij ook toegang moeten hebben tot de medische dossiers. Dit kan de uitwisseling van gegevens ten goede komen.

In principe wordt het beroepsgeheim gerespecteerd en worden diagnoses niet meegedeeld aan personeel buiten het medisch team. Attesten en medicatie komen vaak bij niet-medisch personeel terecht en daaruit kunnen wel gegevens over de gezondheidstoestand van de bewoners afgeleid worden. Medische elementen spelen een rol in de procedures van illegalen zodat vertrouwelijk medische informatie soms bekend geraakt. Belangrijk is dat de verspreiding van de medische gegevens niet start bij het medisch personeel.

Het aspect beroepsgeheim wordt soms verschillend geïnterpreteerd door directies en medisch teams wat kan leiden tot discussies en irritaties. Concrete richtlijnen omtrent het aspect beroepsgeheim zouden nuttig zijn. Er zou hiervoor een werkgroep met participatie van de verschillende belanghebbenden kunnen opgericht worden.

c. Relaties en communicatie met bewoners

Sterktes	Zwaktes	Kansen	Bedreigingen
<p>In drie centra (Vottem, 127, CIM) hebben verpleegkundigen regelmatig contacten met bewoners in leefruimtes.</p> <p>Over het algemeen ervaren de bewoners de houding van zorgverleners als vriendelijk en respectvol.</p> <p>Het medisch personeel krijgt soms blijken van dankbaarheid vanwege bewoners.</p>	<p>In twee centra (127bis, CIB) heeft de verpleging weinig informele contacten met de bewoners. Ze komen zelden in de leefruimtes van de bewoners.</p> <p>Medische personeel ervaart bewoners vaak als veeleisend in zake medische zorg.</p> <p>Bewoners vinden dat hun zorgvragen onvoldoende behandeld worden.</p>	<p>In alle centra is er een basishouding binnen het medische team van goodwill en menselijke betrokkenheid.</p>	<p>Onrealistische verwachtingen van bewoners ten aanzien van het medisch personeel.</p> <p>Er is een ongelijke machtsverhouding van bewoners ten opzichte van medische personeel. Bewoners staan in een afhankelijke positie ten opzichte van het medisch personeel.</p> <p>Communicatie problemen door taal barrières en cultuurverschillen.</p> <p>Artsen staan onder druk om attesten uit te schrijven.</p> <p>Bewoners zoeken om via medische weg een verblijfstatuut te krijgen.</p>

In alle centra verklaren de bewoners dat het medisch personeel hen vriendelijk en respectvol bejegt. Het belang van een respectvolle en een menselijke aanpak wordt in alle centra door de medische teams zelf aangehaald. Toch is ontevredenheid over de aard van medische zorg is een constante bij de bewoners. Dit heeft vermoedelijk te maken met de irreële verwachtingen die men stelt in de zorgverleners van de centra. Bewoners vinden dat er te minimalistisch met klachten wordt omgegaan.

Mogelijke verklaringen zijn:

- Veel bewoners hopen om vooralsnog hun asielpcedure te beïnvloeden met een “medisch attest”. Soms worden die verwachtingen nog aangescherpt door derden (advocaten, familie, vrienden, NGO’s). Als dit niet lijkt te lukken leidt dit tot frustratie en ontgoocheling.
- Vaak beleven bewoners hun lichamelijke symptomen als dramatisch. Dit kan deels cultureel bepaald zijn. Anderzijds is door de onzekerheid en de omstandigheden van het verblijf (verveling, angst en stress) de beleving van lichamelijke klachten vaak niet in proportie. Zo worden ook courante lichamelijke klachten (hoofdpijn, buiklast) als beangstigend en bedreigend ervaren en ontstaat er ontevredenheid als het medisch personeel die klachten minimaliseert.
- In de thuislanden is de ‘geneeskundige cultuur’ vaak verschillend met de rationele “evidence based” aanpak in België. Vitamine kuren, perfusies en andere worden er vaker toegepast en toegediend op vraag van patiënten.
- De bewoners voelen zich afgewezen omdat hun asielaanvraag geweigerd wordt. Kwaadheid en een negatieve houding is begrijpelijk. Het personeel in de centra vertegenwoordigen in de ogen van de bewoners het systeem en het land dat hen verdrijft. Zo is het personeel soms slachtoffer van negativiteit en zelfs agressie vanwege gefrustreerde bewoners.

Voor een goede eerstelijns zorgverlening is aanvoelen van en invoelen in de leef- en denkwereld van patiënten een belangrijke troef. Door de taalbarrière verloopt de directe communicatie moeizaam. Om de zorgvragen van de bewoners goed te kunnen evalueren zijn de zorgverleners aangewezen op informatie van personeel en de indrukken die ze krijgen door observatie en contacten met bewoners. In het centrum 127bis en CIB heeft het gezondheidspersoneel minder contacten met zowel overig personeel als met bewoners. Als de verpleging meer voeling zou krijgen met wat leeft in de bewonersvleugels zou dit mogelijks de verstandhouding tussen bewoners en gezondheidspersoneel gunstig beïnvloeden.

Suggesties:

- Regelmatige aanwezigheid van gezondheidspersoneel in de leefruimtes van bewoners
- Inbouwen van informele contactmomenten tussen gezondheidspersoneel en bewoners
- Bij de intake en tijdens het verblijf, dienen de bewoners duidelijk ingelicht te worden over wat verwacht kan worden van de medische dienst.
- Het uitschrijven van attesten inzake procedure zou niet door centrumartsen mogen gebeuren en dit dient ook duidelijk aan de bewoners kenbaar gemaakt te worden (vb affiches in medische dienst).
- Training van personeel in communicatie, culturele gevoeligheden en het omgaan met frustratie en agressie.
- De regelmatige aanwezigheid van gezondheidswerkers van neutrale instanties (vb. NGO’s) die bewoners op een rationele manier bijstaan met advies kan een rustgevend effect hebben kan bij de bewoners. Een opbouwende communicatie en interactie tussen die neutrale instanties en de medische teams van de centra waarbij gezamenlijk naar een consensus wordt gezocht kan verhelpen aan de zwakke en afhankelijke positie van de bewoners ten opzichte van het centrum personeel.

d. Externe relaties en communicatie

Sterktes	Zwaktes	Kansen	Bedreigingen
<p>Artsen voelen zich in hun beslissingsvrijheid niet beknot door externe instanties.</p>	<p>De administratieve verplichtingen en opgelegde procedures vanuit DVZ worden door de teams als belastend ervaren.</p> <p>Het personeel ervaart negativiteit, onbegrip en vooroordelen vanwege de buitenwereld ten opzichte van gesloten centra.</p> <p>Relatie met NGO's is conflictueus, weinig constructief en gekleurd door "politieke agenda's".</p> <p>Relatie en communicatie met advocaten is moeilijk. Artsen ervaren druk van advocaten voor bepaalde beslissingen.</p> <p>Weinig communicatie tussen medische teams van verschillende centra.</p>	<p>Door de politieke en publieke aandacht voor gesloten centra blijven personeel en directie waakzaam omtrent de kwaliteit van zorgverlening.</p> <p>De interesse en aanwezigheid van NGO's kan een opportuniteit zijn voor een constructieve samenwerking in het belang van de bewoners.</p> <p>Er was een tweejaarlijkse bijeenkomst met artsen van de verschillende gesloten centra.</p>	<p>Gesloten centra komen vaak met negatieve berichten (suïcide, opstanden enz.) in de kijker.</p> <p>Medisch teams nemen een defensieve houding aan ten opzichte van externe instanties.</p> <p>Eerdere rapporten van NGO's waren bijzonder kritisch en aanvallend over medische dienstverlening.</p> <p>Advocaten proberen om procedures voor hun cliënten met medische elementen te beïnvloeden. Geen duidelijkheid over welke medische problemen ontvankelijk kunnen zijn voor procedurele kwesties.</p>

1) Het medisch personeel ervaart een negatieve houding van de buitenwereld tegenover hun werk in een gesloten centrum. Door hun werk in de gesloten centra worden zij vereenzelvd met het systeem en de detentiewetgeving die in de pers vaak negatief worden belicht. *"Alsof wij verantwoordelijk zijn voor de politieke beslissingen terwijl wij juist proberen om de detentie zo humaan mogelijk te maken"*.

De relatie met NGO's is conflictueus. NGO's bezoeken regelmatig de centra en volgen de ziektegeschiedenis van sommige bewoners mee op. Ze trekken daarbij de kaart van de bewoners en lijken mee te gaan met de ontevredenheid van de bewoners die vaak emotioneel en subjectief gekleurd is zoals hierboven beschreven. NGO's staan negatief tegenover de detentiepolitiek van de overheid. Door mistoestanden en voorbeelden van falende zorg te beschrijven proberen zij het publiek en de politiek te overtuigen en het systeem van gesloten centra aan te klagen. Dit blijkt ook duidelijk uit de gepubliceerde documenten die een activistische ondertoon hebben. (*"De menselijke kost van detentie, de gesloten centra voor vreemdelingen in België"* AZG en *"De situatie in de gesloten centra voor vreemdelingen"* oktober 2006). Dit leidt tot polarisering en eenzijdige benadering. De inspanningen die door personeel en directies gedaan worden om de opsluiting zo humaan mogelijk te maken komen in die rapporten niet aan bod. Het personeel van de centra neemt dan ook een wantrouwige en defensieve houding aan tegenover de NGO's. Deze elementen bemoeilijken een constructieve communicatie en samenwerking tussen NGO's en centra.

Suggesties:

- De aanwezigheid van derde instanties en hun interesse voor de gesloten centra is een opportuniteit die kan benut worden in het voordeel van de bewoners. Een prominente en frequente aanwezigheid van NGO's en andere neutrale, onafhankelijke, niet gepolitiseerde groepen zou structureel kunnen gepromoot worden. Dit zou bijvoorbeeld kunnen gaan om buurtcomités, geëngageerde maatschappelijke groeperingen (jeugdbewegingen, vrouwenbewegingen, religieuze bewegingen enz.). De aanwezigheid van externe, neutrale instanties kan het gevoel van afhankelijkheid van de bewoners tegenover het personeel verminderen en een bescherming inhouden tegen mogelijke willekeur of de perceptie van willekeur. Dit komt zowel het personeel zelf als de bewoners ten goede. Een constructieve dialoog tussen personeel en externe instanties over bepaalde items kan de belangen van de bewoners ten goede komen. Daarnaast zou dit een opportuniteit zijn voor een meer evenwichtige beeldvorming over de gesloten centra. Voorwaarde is wel dat afgestapt wordt van de aanvallende en activistische houding van externe instanties enerzijds en de defensieve houding van personeel en directie anderzijds.
- Nochtans is een kritische politieke oppositie tegenover het beleid in het algemeen en asielbeleid in het bijzonder noodzakelijk in een democratisch bestel. Doch dit zou moeten losgekoppeld worden van dienstverlening wegens het gevaar van het misbruiken van die dienstverlening voor politieke doeleinden.

2) De relatie met advocaten is moeilijk. Volgens de artsen stimuleren advocaten de onrealistische verwachtingen van bewoners wat betreft hun procedure. Op aansturen van advocaten proberen bewoners medische aspecten uit te buiten om er procedureel voordeel uit te halen. Dit bemoeilijkt het werk van de zorgverleners die proberen op een rationele en objectieve manier met de zorgvragen om te gaan. Advocaten dringen er bijvoorbeeld via hun cliënten op aan om medische attesten te vragen wat de druk op het medisch personeel verhoogt en leidt tot irritatie.

Suggesties:

- Het zou zoveel als mogelijk moeten beperkt worden dat dienstdoende artsen een rol spelen in procedurele aspecten. Het schrijven van medische attesten om procedurele redenen zou niet door centrumartsen mogen gebeuren. Dit dient duidelijk aan de bewoners en hun advocaten te worden gecommuniceerd.
- Er dienen duidelijke en concrete richtlijnen opgemaakt en gecommuniceerd te worden omtrent de aard van medische problemen die ontvankelijk kunnen zijn voor procedurele aanpassingen en de procedures die dienen gevolgd te worden. Er zouden ontradende (bestraffende?) maatregelen moeten genomen

worden tegen flagrant misbruik of overdrijven van medische aspecten en/of negeren van dergelijke richtlijnen door advocaten.

3) De communicatie tussen medische diensten van verschillende centra is beperkt. Er is enkel een tweejaarlijks overleg tussen artsen van de verschillende centra. In sommige centra is een zeker wantrouwen of concurrentie gevoel ten opzichte van de medische diensten in andere centra voelbaar.

Suggesties:

- De communicatie tussen de gezondheidsdiensten zou structureel moeten gepromoot worden.
- Het personeel van de gezondheidsdiensten zou kunnen betrokken worden in het opstellen van richtlijnen en beleidsdocumenten in verband met de medische zorgverlening in de centra.
- Uitwisseling van personeel en ervaringen kan het niveau van centra waar de medische zorgverlening minder efficiënt is georganiseerd optillen.

e. Continuïteit en integraliteit van medische zorgverlening

Sterktes	Zwaktes	Kansen	Bedreigingen
<p>De doorverwijzing naar en communicatie met tweede lijn verloopt meestal vlot.</p> <p>Binnen centra is de meeste medicatie die op de Belgische markt verkrijgbaar is beschikbaar.</p>	<p>Gebrek aan continuïteit van zorg op tweede lijn voor psychiatrische patiënten en TB patiënten.</p> <p>Gebrek aan chronische opvang voor psychiatrische patiënten.</p> <p>In sommige centra (Vottem, 127 bis) geraakt de door de arts voorgeschreven medicatie niet bij de bewoner.</p> <p>Er zijn misbruiken met medicatie vastgesteld (opsparen, misbruik van psychofarmaca, verkoop onder bewoners)</p> <p>In sommige centra wordt verantwoordelijkheid van medicatie bedeling toegeschoven aan bewakingspersoneel.</p>		<p>Hoge incidentie van psychiatrische problematiek onder bewoners</p> <p>Hoge incidentie van TBC onder bewoners</p> <p>Transport problemen (bureau T) bemoeilijken verwijzing naar specialisten</p>

<p>Onzekerheid over de continuïteit van behandeling is een erkende reden tot vrijlating uit gesloten centra.</p> <p>In principe worden medische gegevens meegegeven met bewoners die de centra verlaten of doorgestuurd naar de medische diensten van de andere centra.</p>	<p>Gebrek aan uniformiteit in het nemen van beslissingen omtrent invrijheidstelling.</p> <p>Er is geen opvolging in verband met de continuïteit van zorg na verlaten van de centra.</p> <p>De aard van medische gegevens die met bewoners worden meegegeven is verschillend van centrum tot centrum, evenals de inspanningen die geleverd worden om dit te verzorgen.</p>	<p>Er bestaan instanties in België die toegang hebben tot informatie over medische zorgverlening in de verschillende landen.</p>	<p>Artsen beschikken over onvoldoende handvatten en informatie om te oordelen of de continuïteit van zorg bedreigd is.</p> <p>Administratieve traagheid kan leiden tot onnodig laattijdige invrijheidsstelling.</p> <p>Medisch teams voelen zich niet meer verantwoordelijk voor de patiënten eens ze het centrum verlaten hebben.</p>
---	---	--	--

1) Psychiatrische pathologie is frequent binnen de populatie van de gesloten centra. Enerzijds is er de psychiatrische pathologie (vb. posttraumatisch stresssyndroom) die inherent is aan de trauma's en de situaties die illegale vreemdelingen dikwijls ondervinden of ondervonden hebben. Anderzijds zijn er zware psychiatrische patiënten (schizofrene patiënten, psychoten enz.) die verstoten door hun samenleving in Europa terecht komen.

De opvolging en verwijzing van zware psychiatrische problematiek (vb schizofrenie, psychosen e.a.) stelt een probleem. Er zijn weinig verwijzingsmogelijkheden. De langdurige opvang van deze patiënten is nog problematischer. De medische teams staan voor een onmogelijk dilemma in verband met de opvang van deze patiënten. Patiënten met een psychiatrische problematiek horen niet thuis in een gesloten centrum. De continue spanning binnen de gesloten centra verergert dikwijls het psychiatrische ziektebeeld. De aanwezigheid van dergelijke bewoners betekent nog een extra belasting voor het precaire situatie in de centra. De patiënten "dumpen" in de maatschappij is ook ethisch niet verantwoord. In de praktijk komt men tot halfslachtige en dubieuze oplossingen waarbij patiënten bij wie men oordeelt dat de toestand min of meer gestabiliseerd is worden uitgewezen of in vrijheid gesteld.

Tuberculose is ook een frequente pathologie onder illegale vluchtelingen. Gespecialiseerde opvang van deze patiënten is uiterst moeilijk. Daardoor verblijven besmettelijke TBC patiënten vaak te lang in de gesloten centra. Dit is een onverantwoord risico voor de overige bewoners. En de langdurige en strenge isolatie in een gesloten centrum die daar organisatorisch en infrastructureel niet is op voorzien is een inhumane maatregel.

Suggestie:

- Het creëren van gespecialiseerde opvangplaatsen voor psychiatrische patiënten en TBC patiënten onder de illegale vreemdelingen is een prioriteit en de enige ethische en humane oplossing voor dit probleem. Een Europese aanpak kan een optie zijn.

2) De verwijzing naar de tweede lijn loopt over het algemeen vlot. Een storende factor is soms het transport van bureau T. Door het niet beschikbaar zijn van vervoer geraken bewoners soms niet bij de zorgverleners buiten de centra volgens afspraak.

3) Voor bewoners in de centra is grotendeels dezelfde medicatie beschikbaar als voor de Belgische burgers. In sommige centra verloopt de bedeling van de medicatie problematisch zodat de juiste medicatie niet altijd bij de betrokken bewoner terecht komt. In sommige centra zijn ook misbruiken gemeld van handel in opgespaarde medicatie of abusief gebruik van psychofarmaca. De wijze waarop de medicatie verdeling gebeurt evenals de verantwoordelijkheid ervoor verschillen sterk van centrum tot centrum. In sommige centra krijgt bewakend personeel de verantwoordelijkheid voor de verdeling van de medicatie. Zij missen de nodige vorming om die verantwoordelijkheid op te nemen, beslissingen te nemen en informatie te verstrekken. De bijkomende druk en werklast leidt tot irritatie bij het bewakingspersoneel.

Het systeem van medicatie bedeling zoals uitgewerkt in het transitcentrum 127 lijkt het meest efficiënt en veilig. De patiënt krijgt zelf verantwoordelijkheid over zijn medicatie inname en dient de medicatie zelf te komen ophalen bij het personeel. Die autonomisering van de patiënt is een goed uitgangspunt. Er is een controle mechanisme ingebouwd waarbij de verpleging het medicatie gebruik kan opvolgen. Voor elke bewoner die medicatie neemt is op de receptie een plastic zakje met enkele originele blisters van de gebruikte medicatie. In dit zakje steekt ook een overzicht van de medicatie en de posologie. De bewoners dienen zich telkens aan te melden bij de receptie voor hun medicatie. Het personeel van de receptie tekent op als de bewoner de medicatie haalt. De verpleging controleert dagelijks de inhoud van de medicatie zakjes, het genoteerde medicatiegebruik en het overzichtsbriefje van medicatie en posologie. Bij slechte compliance wordt de bewoner aangesproken. Voorwaarde voor een goede werking van dit systeem is dat er voldoende tijd wordt vrij gemaakt om de patiënt een goede uitleg te verstrekken. Deze werkwijze zou model kunnen staan voor de andere centra.

4) Onzekerheid over de beschikbaarheid van een essentiële medische behandeling of diagnostische procedure in het thuisland kan een reden zijn voor invrijheidsstelling van de bewoner. De centrumartsen kunnen daar in principe vrij autonoom over beslissen en die beslissingen worden zelden in vraag gesteld. Door administratieve traagheid duurt het soms onnodig lang vooraleer de invrijheidsstelling effectief kan uitgevoerd worden.

Er zijn een aantal risico's verbonden aan het toevertrouwen van die beoordeling aan de centrumartsen:

- De centrumartsen beschikken over te weinig ervaring en expertise om te oordelen of de continuïteit van zorg bedreigd wordt bij uitwijzing.
- Er is weinig uniformiteit bij de beoordeling tussen de artsen van verschillende centra.
- Het kan de vertrouwensrelatie arts/bewoner onder druk zetten. Bewoners kunnen een zekere druk proberen uit te oefenen op de centrumartsen. Door het nauwer contact met de bewoners kunnen subjectieve of emotionele aspecten de beslissing van de arts beïnvloeden. Directies kunnen centrumartsen direct of indirect proberen te beïnvloeden in hun beslissingen. Het vergroot ook de ongelijke machtsverhouding tussen arts en bewoner die zich afhankelijk ziet van de beslissing van de centrumarts. Centrumartsen Artsen kunnen zich laten beïnvloeden door subjectieve of emotionele aspecten in hun indrukken of

Suggesties:

- Er zouden richtlijnen moeten komen inzake het beoordelen van de continuïteit van zorg.
- Het is raadzaam dat deze beoordelingen gebeuren door een onafhankelijke arts die niet betrokken is bij de dagelijkse medische zorgverlening van de bewoners.
- Bewoners zouden de mogelijkheid moeten krijgen om een tweede advies te kunnen vragen. (bvb. via een NGO).

5) De verantwoordelijkheid van de medische teams stopt op het moment dat de bewoner het centrum verlaat. Er worden geen stappen ondernomen om een continuïteit van behandeling te voorzien voor patiënten met een belangrijke ziektegeschiedenis noch in het geval van uitwijzing, noch in het geval van vrijlating.

Suggesties:

- Er zou een minimum aan opvolging moeten voorzien worden in verband met de continuïteit van levensnoodzakelijke zorg na het verlaten van de gesloten centra. Het is niet omdat de mogelijkheid van zorg bestaat in het land van herkomst dat de persoon in kwestie die ook krijgt. Dit kan bijvoorbeeld in samenwerking met de ambassades of humane organisaties in het betreffende land. Hetzelfde geldt voor bewoners die in vrijheid worden gesteld omwille van onzekerheid over continuïteit van zorg na uitwijzing. Het is niet omdat iemand vrij komt dat hij/zij de noodzakelijke zorg krijgt.

6) Er is geen uniformiteit in de aard en hoeveelheid van medische gegevens die worden meegegeven met een patiënt die een centrum verlaat. Dit hangt af van de bereidwilligheid en werkdruk van de zorgverleners. Er zouden richtlijnen moeten opgesteld worden in verband met de mee te geven medische informatie. Een geïnformatiseerd dossiersysteem zou ook ik hiervoor een meerwaarde betekenen.

III. ENKELE SPECIFIEKE GEZONDHEIDSASPECTEN VOOR BEWONERS VAN GESLOTEN CENTRA

a. Psychologisch welzijn van bewoners

Sterktes	Zwaktes	Kansen	Bedreigingen
<p>In bepaalde centra worden belangrijke inspanningen gedaan om de psychologische belasting structureel te verminderen.</p> <p>Aanwezigheid van een multidisciplinair team dat instaat voor de psychosociale omkadering: sociaal assistenten, opvoeders, leerkrachten, psychologen</p> <p>In sommige centra is er psychosociaal overleg tussen psychologen, opvoeders en veiligheidspersoneel.</p>	<p>De structuur en organisatie van sommige centra draagt inherent bij tot een verhoogde psychologische stress bij bewoners.</p> <p>Geen uniformiteit of richtlijnen wat betreft stress reducerende aanpak</p> <p>Verschil in visies van directie omtrent de betekenis van “humane opsluiting”. Psychologen hebben weinig inspraak in de organisatie van het opvangbeleid van de centra.</p>	<p>Aanwezigheid van psychologen</p> <p>Bestaande werkgroep voor de uitwerking van good practices (bvb in geval van agressie, zelfmoorddreiging enz.)</p> <p>Sommige centra kunnen model staan in zake de psychosociale omkadering.</p> <p>De psychologische en sociale begeleiding van de bewoners staat vermeld in het KB</p>	<p>De context van de bewoners leidt tot zware psychologische belasting. vrijheidsberoving.</p> <p>Aanwezigheid van een groot aantal ex-gedetineerden in de centra.</p> <p>Aanwezigheid van een relatief groot aantal bewoners met verslavingsproblematiek.</p> <p>Aanwezigheid van psychiatrische patiënten in de gesloten centra.</p> <p>Bij sommige directies en vanuit DVZ lijkt het accent vooral te liggen op verwijdering en minder op het humane aspect van de opvang.</p> <p>Taboe omtrent “psychologie”</p> <p>Administratieve traagheid. Mensen worden soms te lang vastgehouden vooraleer een advies tot invrijheidstelling volgt</p> <p>Opjuttende rol van externen die onrealistische verwachtingen creëren bij bewoners (NGO’s, advocaten e.a.)</p>

1) In alle centra zijn er onmiskenbare tekenen van grote psychologische stress onder de bewoners. Meer dan 50% van de klachten die bij arts en verpleegkundigen komen hebben een psychologische inslag. Er zijn heel veel psychosomatische klachten (hoofdpijn, slapeloosheid, hartkloppingen, buikpijn, eetstoornissen, etc.). Die klachten en de beperkte behandelingsmogelijkheden werken nog meer stresserend op de bewoners. Depressie is frequent. Alle statistieken vermelden een hoge incidentie van automutilatie, suicide pogingen en agressie.

2) De oorzaken voor dit belangrijk psychologisch onwelzijn lijken evident. De meeste bewoners komen in de centra toe met sombere vooruitzichten en vaak ook een traumatisch verleden. Er is een gevoel van machteloosheid en frustratie. Daarnaast vergroot het verblijf in het gesloten centrum nog dit psychisch lijden. Ex-gedetineerden omschrijven de situatie in de gesloten centra als erger dan in de gevangenis omdat noch de reden, noch de duur van opsluiting duidelijk zijn. De onzekerheid is groter.

3) Er is een groot verschil tussen centra in de aandacht die wordt besteed aan de psychologische en sociale omkadering van de bewoners.

De omstandigheden van detentie in CIM zijn duidelijk het meest psychologisch belastend. CIM heeft het strengste groepsregime. Er is totale passiviteit. Alles wordt opgelegd. De bewoners kunnen nauwelijks autonome beslissingen nemen. Men wordt geleefd. Er mag niet gewerkt worden. Er kan niets gepresteerd wat bijdraagt tot auto estimatie. Er is alleen maar “wachten”. De sfeer in het CIM voelt aan als een gevangenis of zelf een strafkamp. De gebouwen hebben een somber aspect. Er is een sfeer van verbod en bestraffing. Het bewakingspersoneel is prominent aanwezig. De bewoners leven continu in groep en er is nauwelijks de mogelijkheid om zich tijdelijk uit de groep terug te trekken.

Voor de directie primeren discipline en veiligheid boven het aspect humane opvang.

Aan de andere kant zijn er de centra transitcentrum 127 en CIB waar de psychosociale omkadering primordiaal is voor zowel directie als personeel. Een uitgebreide beschrijving van stress reducerende maatregelen staat beschreven in de rapporten van de respectievelijke centra.

4) De aanwezigheid van bepaalde groepen illegalen verhoogt de spanning in de centra. Ex-gedetineerden hebben vaak een meer agressief gedrag. De aanwezigheid van de verslaafden brengt een specifieke problematiek met zich mee die de druk verhoogt op medebewoners en personeel. De aanwezigheid van psychiatrische patiënten is belastend voor de sfeer in de centra.

5) Rond psychisch lijden hangt nog steeds een taboe dat ook cultureel bepaald is. Bewoners erkennen hun eigen psychisch lijden moeilijk zodat dit vaak gemaskeerd wordt door psychosomatische symptomen. Het niet kunnen benoemen en erkennen van het psychologisch onwelzijn bemoeilijkt de bespreekbaarheid en duiding ervan.

Suggesties:

- Training van personeel in conflict beheersing.
- Stimuleren van losse en informele contacten tussen personeel en bewoners. Dit geeft de mogelijkheid aan bewoners om “hun hart te luchten”. Tevens zal het beter toelaten de sfeer aan te voelen en psychologische problemen bij bepaalde bewoners sneller te detecteren.
- Begeleiding en training van personeel voor een psychologisch verantwoorde aanpak De psychologen van de centra kunnen daar een rol opnemen. De richtlijnen (good practices) die door de psychologen van de verschillende centra worden uitgewerkt kunnen een interessant instrument zijn.
- Een strikt groepsregime werkt uitermate stress verhogend en dient zoveel mogelijk vermeden te worden.

- Installatie van stillere ruimtes en prikkelarme ruimtes waarbij bewoners zich kunnen terugtrekken uit de groep.
- Aanbieden van stress reducerende technieken en ontspanningsmogelijkheden: bvb relaxatie, yoga, Tai Chi enz.
- Regelmatige aanwezigheid van religieuzen van verschillende godsdiensten.
- Actief mogelijkheden aanbieden om religie te beleven (gebed, ramadan, biecht enz.).
- organisatie van activiteiten die het zelfwaarde-gevoel van de bewoners stimuleert:
 - o sport
 - o creatieve activiteiten
 - o activiteiten rond culturen, landen
- Aanwezigheid van leerkrachten voor volwassenen.
- Aparte centra of vleugels voor de opvang bepaalde groepen van illegalen (ex-gedetineerden, verslaafden, psychiatrische patiënten).

b. Psychologische opvang van bewoners

Sterktes	Zwaktes	Kansen	Bedreigingen
<p>Aanwezigheid van een psycholoog in alle centra die de psychologische opvang van bewoners als kerntaak heeft.</p> <p>Begeleiding en intervisie tussen psychologen van verschillende centra.</p> <p>Psychologen beschikken over een zekere autonomie om hun taak zelf in te vullen.</p>	<p>Minder goede communicatie en articulatie met medisch team.</p> <p>Verslagen van psychologen worden onvoldoende geïntegreerd in het medisch dossier.</p> <p>Psychologen hebben niet altijd toegang tot medische dossiers</p> <p>De aanpak van psychologische problemen gebeurt nog te weinig multidisciplinair.</p> <p>Psychologen worden onvoldoende ingeschakeld voor begeleiding van personeel.</p> <p>Gebrek aan interne support voor psychologen</p> <p>Deeltaken 2 en 3 in de functieomschrijving worden in de meeste centra slechts beperkt ingevuld.</p> <p>Weinig vraag naar psychologische begeleiding door bewoners</p>	<p>Beschikbaarheid van een expert in psychologische begeleiding van asielzoekers.</p> <p>Een bestaande functieomschrijving voor centrumpsychologen</p>	<p>Meeste psychologen werken nog maar een jaar in het centrum.</p> <p>Gebrek aan wetenschappelijk achtergrond over de psychologische aanpak in de specifieke context van gesloten centra.</p> <p>De aanwezigheid van psychologen kan ertoe leiden dat overig personeel de verantwoordelijkheid voor psychologische begeleiding afschuift. Somatisatie van psychologische klachten door bewoners</p> <p>Stigma dat hangt over “psychologie”</p> <p>Onvoldoende match tussen verwachtingen van overig personeel ten opzichte van psycholoog en de geleverde diensten door psycholoog</p> <p>Bewoners “gebruiken” psycholoog om voordelen te bekomen.</p>

1) De aanpak van psychologische problemen zou multidisciplinair moeten zijn. Een taak van iedereen. Wordt nog te vaak op psychologen afgeschoven. Als de verpleging voeling houdt met wat leeft op de bewonersvleugels kan ook de verpleging een anticiperende en ondersteunende rol kunnen spelen bij onrust en psychologische stress bij de bewoners

2) Er is weinig literatuur/ervaring beschikbaar over de psychologische begeleiding in deze context. Er is nood aan bijkomende ondersteuning.

Er zijn maandelijksse bijeenkomsten onder centrum psychologen voor begeleiding, supervisie en intervisie die georganiseerd worden via het Commissariaat Generaal voor Vluchtelingen. De verantwoordelijke is een expert in de psychologische begeleiding van asielzoekers. Deze bijeenkomsten worden door de psychologen als heel nuttig en verrijkend ervaren. Er worden richtlijnen voor “best practices” opgesteld voor het personeel. Dit zijn instructies voor de aanpak van begeleiders bij depressie, zelfmoord, psychotisch gedrag.

c. Opvang van verslavingen

Sterktes	Zwaktes	Kansen	Bedreigingen
De medische diensten van de meeste centra hebben een specifiek beleid omtrent de aanpak van de verslavingen. Veilige bedeling van substitutie behandeling.	Beleid is niet in alle centra dezelfde. Bij veranderen van centrum is er een andere aanpak		Groot percentage van bewoners heeft een verslavingsproblematiek.

In se kan geen oordeel geveld worden over welke strategie te verkiezen is (met of zonder methadon). Er zijn pro en contra's voor beide. Belangrijk is dat er een eenduidige lijn is in de behandelingswijze en dat deze consequent wordt gevolgd zodat er geen willekeur is.

d. Medische opvang van kinderen

Sterktes	Zwaktes	Kansen	Bedreigingen
In centra waar kinderen vastgehouden worden is er een grote bezorgdheid om een optimale medische zorg te voorzien.			Het vasthouden van kinderen in gesloten centra is bedreigend voor hun psychomedisch welzijn.

In alle centra waar kinderen verblijven wordt melding gemaakt van duidelijke tekenen van psychologische stress bij kinderen. Bij kinderen die voorheen “droog” waren treedt er opnieuw nachtelijke incontinentie op. Er is regressief gedrag waarbij kinderen aandacht proberen te krijgen (knoeien met eten, afhankelijkheidsgedrag en onaangepast zoeken naar affectie ten opzichte van ouders of personeel, taalgebruik die niet past bij de leeftijd, duimzuigen enz.). Ook onder de kinderen is er agressie. Kinderen stellen existentiële vragen rond de zin van het leven, over het waarom van opsluiting en vrijheidsbeperking.

Intra-familiaal geweld is vrij frequent en een direct gevolg van stress toestand waarin de gezinnen zich bevinden. De angst en onzekerheid die bij de volwassenen heerst wordt overgenomen door de kinderen. De situatie van de kinderen wordt soms door de ouders gebruikt als pressiemiddel om invrijheidstelling te verkrijgen.

Omwille van de grote psychosociale impact van detentie op kinderen lijkt het verblijf van kinderen in gesloten centra niet te verantwoorden.

e. Medische intake

Sterktes	Zwaktes	Kansen	Bedreigingen
Wordt overal uitgevoerd	Geen uniformiteit in wat gevraagd wordt en hoe uitgevoerd en noteren in dossiersysteem geen centraal dossier(tijdverlies)		

De medische intake gebeurt meestal door verpleegkundige.

Er is geen gestandaardiseerde format voor de medische intake opgemaakt. Dergelijk format zou nuttig zijn om belangrijke medische vragen of gegevens niet over het hoofd te zien.

f. Medische zorgverlening in INAD centrum

Sterktes	Zwaktes	Kansen	Bedreigingen
Permanentie door MEDA Goede verstandhouding personeel MEDA en INAD (beide partijen tevreden) Medicatie beschikbaar Rationele en flexibele houding	Geen formele afspraken, geen contract Frequent problematisch gedrag (agressie, toxicomanie enz.) Ontbreken van aparte geïsoleerde ruimte		verblijf van DEPU's

DEPU: deportees unaccompanied. Ongedocumenteerde personen worden op het grondgebied opgepakt en voor een aantal uren in het centrum gebracht vóór hun uitwijzing. Dit gebeurt vooral tijdens weekends of nachten als er geen opnames meer mogelijk zijn in de gesloten centra.

MEDA is vragende partij voor een duidelijker protocol rond "DEPU's". Strikt genomen horen zij volgens MEDA niet thuis in de transitzone en vallen die mensen buiten hun bevoegdheid. Zij beschikken niet over een geldig vervoersbewijs. Tot op heden zijn er daar geen duidelijke afspraken rond. Het personeel van MEDA voelt zich onvoldoende uitgerust voor de medische problematiek die zich regelmatig bij DEPU's (toxicomanie, automutilatie enz.).

Er is geen aparte ruimte voorzien voor het afzonderen van bepaalde mensen. Dit is volgens het personeel van INAD een noodzaak (bvb voor verslaafden met afkick verschijnselen).

IV. EVALUATIE VAN MEDISCHE ZORGVERLENING PER CENTRUM

a. Het Centrum voor illegalen van Merksplas (CIM).

Het centrum van Merksplas werd bezocht op 26 mei 2008. Na een voorstelling van het centrum door de directie met mogelijkheid tot vragen werden individuele gesprekken gevoerd met arts, verpleegkundige en psychologe. Vijf mannelijke bewoners die willekeurig werden aangesproken tijdens de wandeling werden bevraagd bij een groeps gesprek. Er was een rondleiding door het centrum samen met de arts. De nota's die werden gemaakt door een ander lid van de evaluatie commissie van de "simulatie intake" werden gelezen.

Voor een beschrijving van de structuur en organisatie van het centrum verwijzen we naar de verslagen van de Federale Ombudsman/vrouw. Wat volgt is een neerslag van verkregen informatie en persoonlijke bedenkingen over de medische aspecten van het centrum.

De passages die persoonlijke bedenkingen of conclusies van de evaluator beschrijven zijn gemarkeerd in het grijs. Letterlijke uitspraken van ondervraagden staan in cursief en tussen aanhalingstekens.

1. Medisch personeel

Er wordt een reorganisatie doorgevoerd vanaf 1/06/2008. De belangrijkste wijzigingen zijn de volgende:

- 1) De medische staf wordt uitgebreid van 2 naar 5 artsen die elk één dag van de week beschikbaar zullen zijn voor het centrum.
- 2) De wachtdienst wordt herschikt. De wachtdienst (telefonische bereikbaarheid en fysieke beschikbaarheid) werd voorheen verzekerd door de verpleegkundigen met de artsen als achterwacht (telefonische bereikbaarheid). Vanaf heden zal de wachtdienst (telefonische bereikbaarheid en fysieke beschikbaarheid) verzekerd worden door de artsen in de vorm van een wekelijks beurtrol. De wachtdienst gaat in vanaf 18 uur 's avonds tot 9 uur 's morgens.

1.1. Samenstelling medisch dienst (vanaf 1 juni 2008)

1.1.1. Directielid verantwoordelijk voor medisch dienst

- Functie: organisatie medische dienst. Heeft geen verantwoordelijkheid op het gebied van medische aspecten.

1.1.2. Artsen (vijf sinds 1/06/08)

- Takenpakket
 - Verantwoordelijk voor de inhoudelijke invulling van medische zorgverlening in het centrum in overleg met medisch personeel
 - Verantwoordelijk voor medisch dossier van bewoners
 - Verantwoordelijk voor preventieve en curatieve zorg aan bewoners
 - Medische intake van binnenkomende bewoners. De arts bekijkt het intake dossier dat werd opgemaakt door verpleegkundige en onderzoekt de bewoner op consultatie als nodig.
 - Verantwoordelijk voor de medische opvolging van bewoners in ziekenboek
 - Verantwoordelijk voor de medische opvolging van bewoners die in afzondering zijn geplaatst.
 - Tekent een document voor reisgeschiktheid van uitgewezenen ("fit to fly").
 - Verzekeren van de wachtdienst

- Professionele kwalificatie: geaccrediteerde huisartsen
- Andere beroepsactiviteiten: privé praktijk als huisarts in de regio.
- Statuut: zelfstandig statuut. Aangeworven op basis van een aannemingsovereenkomst van strafinstellingen met een in principe volledige autonomie voor de arts. De verloning gebeurt volgens een vastgestelde RIZIV schaal in functie van de aanwezigheid in het centrum (prikkaart). De artsen worden aangeworven door de directie. Er gebeurt geen selectie gezien het moeilijk is om artsen te vinden die bereid zijn in het centrum te werken.
- Aanwezigheid centrum:
 - maandag tot en met vrijdag, ongeveer 1,5 uur per dag (in totaal 25 uur per week). Er is een zekere flexibiliteit. Sommigen weken wordt meer dan 25 uur gewerkt andere weken minder.
 - er is altijd één arts telefonisch bereikbaar tijdens avonden, weekends en feestdagen.

1.1.3. Vijf verpleegkundigen

- Takenpakket:
 - Medische intake van binnenkomende bewoners en opmaak van intake dossier.
 - Eerste contactpunt voor bewoners die een medisch advies vragen.
 - Dagelijkse verdeling van de medicatie in daartoe bestemde medicatie houders.
 - Bijstaan van arts in zijn taken
- Professionele kwalificaties: verpleegkundigen
- Aanwezigheid in centrum:
 - maandag tot vrijdag vanaf 9 uur tot 18 uur
 - weekend en feestdagen: 1 á 2 uur per dag aanwezig
- Nota: Door schaarste aan kandidaten is het moeilijk om permanent een korps van vijf verpleegkundigen beschikbaar te hebben. De werkdruk wordt als hoger ervaren dan in andere functies voor verpleegkundigen met een zelfde verloning.

1.1.4. Twee halftijdse psychologen

- Takenpakket:
 - Psychologische begeleiding van bewoners voor wie dit nodig wordt geacht (op vraag van personeel, verpleegkundigen en arts).
 - Psychologische begeleiding en omkadering van personeel
 - Psychologische begeleiding van bewoners in isolatie
 - Psychologische begeleiding van uitgewezenen van wie uitwijzing werd opgeschort wegens verzet en waarbij de begeleiders gebruik hebben moeten maken van geweld.
 - Scholing en feedback aan personeel op het gebied van psychologische aanpak
- Professionele kwalificaties: Licentiaten in de psychologie
- Aanwezigheid in centrum:
 - Dagelijks, kantooruren

1.2. Relatie/Communicatie binnen het personeelskorps

1.2.1. Artsen – verpleegkundigen

- Er is dagelijks overleg tussen artsen en verpleegkundigen. De relatie en communicatie worden door beide partijen als constructief en positief ervaren. De verpleegkundigen zijn tevreden over de feedback en ondersteuning van de artsen. De verpleging voelt zich geruggensteund door de artsen en beschouwt de bereikbaarheid van de artsen als voldoende.

1.2.2. Artsen onderling

- Overleg mogelijk via dossier, mail en telefoon. Tot op heden waren er slechts zelden overlegvergadering gezien de informele communicatie tussen twee artsen volstond. Er is nog geen procedure uitgewerkt voor de communicatie als er vijf artsen in het centrum zullen werken.

1.2.3. Artsen – directie

- De directie heeft alleen inspraak in de organisatie van de medische dienst volgens de arts. Hij voelt zich autonoom wat betreft de inhoudelijke invulling. Hij voelt zich niet beperkt in zijn therapeutische vrijheid en hij ervaart geen druk wat betreft medische beslissingen.
- Bij het gesprek valt op dat de arts loyaal is tegenover de directie, de instelling en de functie van de instelling. Hij stelt noch het principe van detentie, noch de aanpak, noch de interne werking fundamenteel in vraag.
- De arts vermeldt expliciet: ‘Het doel van de instelling is mensen te verzamelen en op te sluiten in het licht van hun nakende uitwijzing. Binnen die context en gegevenheid proberen we zo rationeel mogelijk een goede en professionele gezondheidszorg te organiseren’. Hij krijgt daarvoor de noodzakelijke vrijheid en hij voelt zich door de directie gerespecteerd. Dit was ook de indruk die de directie liet uitschijnen met betrekking tot de relatie met de arts.

1.2.4. Artsen – DVZ

- De voorstellen en adviezen van de arts worden meestal gevolgd. Arts maakte nog nooit mee dat er geen overeenkomst werd bereikt tussen centrumarts en arts van DVZ.
- De administratieve eisen die door DVZ worden opgelegd zorgen bij de centrumartsen geregeld voor wrijving en irritatie.
- De communicatie met DVZ vlot beter dan voorheen.

1.2.5. Artsen – psychologen

- Beide partijen zijn tevreden over de communicatie. Volgens de arts worden er door de psychologen goede opvolgingsverslagen geschreven die bij het dossier worden gevoegd.

1.2.6. Psychologen – verpleegkundigen

- Beide partijen zijn tevreden over de communicatie en samenwerking.

1.2.7. Medische dienst en ander personeel

- Volgens het medisch personeel is er een goede samenwerking en signaleert het personeel hen als er vermoeden van medische problemen zijn.
- Psycholoog en arts melden soms druk of te hoge verwachtingen van het personeel. De psycholoog vermeldt dat de neiging bestaat om alle psychologische aspecten van de opsluiting op de psycholoog af te schuiven terwijl de aanpak van psychologische problemen multidisciplinair zou moeten zijn en een inspanning van alle personeelsleden vraagt. Er wordt af en toe druk ervaren om mensen in medische isolatie te plaatsen. Als voorbeeld werd

snurken aangehaald. Snurken kan belastend zijn voor medebewoners in slaapzaal maar is geen medische indicatie voor isolatie.

- 1.2.8. Medische dienst/bewoners
➤ Cfr verder

1.3. Attitudes van het medische korps

Bij verpleging is er duidelijk empathie ten opzichte van bewoners. Ze vermelden zelf dat een zeker inlevingsvermogen en begrip noodzakelijk is om met de bewoners om te gaan.

Het vraagt een zekere aanpassing om zich in te werken en sommigen houden het niet lang vol. Maar eens de aanpassingsperiode voorbij groeit de werktevredenheid. Meerdere verpleegkundigen blijven jarenlang in het centrum. De vrij grote autonomie en de dankbaarheid die ze toch geregeld krijgen van bewoners maakt hun werk boeiend.

2. Toegang tot curatieve zorgverlening

De bewoners dienen 's morgens een schriftelijke aanvraag in als ze een raadpleging wensen. Er zijn tot 50 aanvragen voor een medisch consult per dag.

Zij krijgen dan een gesprek en/of onderzoek bij de verpleegkundige. De verpleegkundige evalueert de hulpvraag. Indien hij/zij het nodig acht, verwijst de verpleegkundige de bewoner naar de artsenaadpleging 's namiddags. Als de verpleegkundige zich bevoegd acht informeert hij/zij zelf de bewoner of stelt een behandeling voor. Dit wordt in het dossier genoteerd en aan de arts voorgelegd die daarover feedback geeft en vooralsnog kan vragen om de bewoner te zien.

De verpleegkundige verricht taken die in het reguliere Belgische gezondheidszorgsysteem aan artsen zijn voorbehouden: bijvoorbeeld het stellen van medische diagnoses, het autonoom geven van voorschrijfplichtige medicatie.

Er zijn *mijns inziens* rationele argumenten om deze werkwijze te verdedigen:

- Een overvraag van de bewoners naar medische consulten die vanuit praktisch en budgettair oogpunt moeilijk allemaal door een arts kunnen worden verricht.
- De grote meerderheid van de zorgvragen kunnen bij een nuchtere en rationele aanpak door de verpleegkundige op een verantwoorde manier ingevuld worden. Het betreft over het algemeen een jonge "fysisch gezonde" populatie.
- Door het teamwerk is er een peercontrole binnen het team.
- De medische act wordt in het dossier genoteerd en voorgelegd aan de arts.
- De arts draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid.
- Tot op heden is dit systeem werkbaar gebleken en gebeurden er geen majeure medische fouten (althans volgens de betrokkenen).

Bij een groepsgesprek met een aantal bewoners was er een duidelijke ontevredenheid over de beperkte toegankelijkheid van de medische zorg. Naar hun beleving duurt het te lang vooraleer zij hun medisch probleem kunnen voorleggen en gebeurt de verwijzing naar de arts door de verpleegkundige te zelden. Hierbij dient vermeld dat zowel culturele gegevenheden en de omstandigheden van het verblijf (verveling, angst en stress) de beleving van lichamelijke klachten beïnvloedt. Lichamelijke klachten worden over het algemeen extremer geuit en ernstiger ingeschat dan bij de reguliere Belgische populatie. Daarbij speelt ook de verwachting van bewoners dat medische aspecten hun uitwijzingsdossier in hun voordeel kunnen beïnvloeden.

Voor de medische staf is het een voortdurend zoeken naar rationele en objectieve elementen om de zorgvraag van de bewoners evalueren. Dat er daarbij soms verkeerde evaluaties gebeuren lijkt onvermijdbaar. De nauwkeurigheid waarmee deze evaluatie van de zorgvraag gebeurt, is afhankelijk van de van de zorgverlener (goodwill, ervaring, deskundigheid, referentiekader etc.) en van de omstandigheden waarin de zorgvraag wordt gesteld. Dit is onvermijdbaar. Maar problematisch is dat de bewoner weinig middelen heeft om zich te verdedigen. Het is begrijpelijk dat bewoners als middel om hun zorgvraag kracht bij te zetten juist nog extremer de klacht zal uiten. Dit leidt tot een vicieuze cirkel.

3. Enkele aspecten in verband met kwaliteit van zorg

3.1. Aanbod van zorg

Volgens de arts kan ongeveer hetzelfde aanbod aan curatieve zorg verleend worden als in een courante huisartspraktijk.

Een beperking is dat medische zorgen of diagnostische procedures die een lange termijn aanpak vragen en geen onmiddellijke bedreiging voor de gezondheid vormen niet opgestart worden (bijvoorbeeld: voorafbestaande orthopedische klachten, hypercholesterolemie e.a.). Die beslissing hangt af van de arts. De bewoner heeft weinig middelen om daar tegen in te gaan. Er is in principe de mogelijkheid om een tweede arts te raadplegen tegen betaling. In de praktijk gebeurt dit zelden omdat de bewoners dit recht niet kennen of het financieel niet haalbaar is. In principe kunnen ze terecht bij een derde instantie (vb. NGO) die soms aanwezig is op het centrum. De aanwezigheid van een NGO is niet structureel ingebed. De relatie NGO en gezondheidspersoneel/directie was in het verleden soms conflictueus of geprikkeld waarbij de NGO zich een aanvallende/beschuldigende rol aanmat en de gezondheidsdienst/directie een defensieve en achterdochtige houding. Dit bemoeilijkt de consensus vorming.

3.2. Infrastructuur voor curatieve zorg

Er zijn drie medische kabinetten in het centrum. Volgens de directie is gezien de structuur van het gebouw het gebruik van één centraal kabinet niet haalbaar omwille van veiligheidsredenen. De verspreiding van materiaal en dossiers over drie locaties bemoeilijkt wel de praktische werking van de medische dienst. Dit wordt zowel door arts en verpleegkundigen aangehaald.

Het grootste kabinet (waar de arts meestal consultaties verricht) is vrij goed uitgerust en is vergelijkbaar met de uitrusting van een regulier huisartsenkabinet in België.

3.3. Medische dossiers

Er wordt een papieren dossier gebruikt. Het blad voor intake ziet er vrij volledig uit. De dossiers zijn toegankelijk voor verpleegkundigen en arts.

Er is een vraag naar een elektronisch medisch dossier (bij voorkeur een centraal elektronisch dossier voor de overdracht van gegevens).

3.4. Continuïteit van zorg

3.4.1. Aansluitend op vroegere zorg

- Bij de intake worden antecedenten en medicatie nagevraagd.
- Men probeert vroegere verslagen en dossiers op te vragen. Dit is niet altijd evident. Vaak weten patiënten niet meer waar medische zorg werd verleend of waar eventuele verslagen bewaard worden. Het is een zoektocht naar medische informatie. (volgens arts)

- Doorstroming van medische informatie van open centra is niet altijd optimaal. (volgens verpleging)
- Mijns inziens zou het gebruik van een centraal medisch dossier de continuïteit van zorg tussen centra ten goede komen.

3.4.2. Continuïteit van zorg na verlaten van het centrum

Het dossier wordt meegegeven met bewoners. Er wordt medicatie meegegeven voor 1 week. Volgens de arts is informatie over de beschikbaarheid van een bepaalde behandeling in het thuisland is niet altijd gemakkelijk te verkrijgen. Het feit of een bewoner in vrijheid gesteld wordt om die reden hangt af van het oordeel van de arts. De arts heeft weinig handvaten om zijn oordeel te ondersteunen.

3.5. Confidentialiteit en medisch beroepsgeheim

De arts verklaart een strikte houding betreffende medisch beroepsgeheim. Noodzakelijke informatie wordt doorgegeven aan verpleegkundigen en psychologen die ook aan het beroepsgeheim zijn gebonden. Als de arts het nodig acht kan ook vertrouwelijk informatie aan de directrice worden megedeeld. In dit kader zouden er mondelinge afspraken gemaakt zijn tussen directrice en arts over het bewaren van het beroepsgeheim.

Aanbeveling: die afspraken tussen lid van directie en arts kunnen beter schriftelijk vastgelegd worden.

3.6. Enkele bedenkingen in verband met de kwaliteit van medische zorgverlening

De beperkingen in duur en mandaat van de bezoeken laten niet toe om een volledig en objectief oordeel te vellen over de kwaliteit van de zorgverlening.

De belangrijkste randvoorwaarden voor een kwalitatieve zorgverlening lijken aanwezig met name:

- voldoende geschoold en ervaren personeel voor een populatie van 60 bewoners
- gemotiveerde en geëngageerde medische ploeg
- het noodzakelijk materiaal voor courante medische dienstverlening is aanwezig
- diagnostische middelen zijn beschikbaar (bloedanalyse, radiologie enz.)
- vlotte doorverwijzing naar de tweede lijn
- beschikbaarheid van alle medicatie die op de Belgische markt is
- autonomie en beslissingvrijheid voor de arts

Het lijkt erop alsof binnen de context van dit gesloten centrum de medische zorgverlening vrij efficiënt georganiseerd is en dat het medische personeel met toewijding, op een rationele manier en met respect voor de bewoners de zorg opneemt.

Een belangrijk obstakel voor een kwaliteitsvolle zorg is de spreiding over drie consultatie ruimtes. Daardoor zijn dossiers en medicatie verspreid en houdt dit voor de verpleging nogal wat tijdverlies in. De lokalisatie van de gezondheidsdienst in één ruimte zou de efficiëntie ten goede komen.

4. Relatie/communicatie tussen zorgverleners en bewoners

Arts en verpleegkundigen vermelden de druk en het eisend gedrag die ze vaak ondervinden van de bewoners. Dit kan leiden tot verbale en fysieke spanning of agressie. Gezien de directe nabijheid van collega's en bewakingspersoneel is dit controleerbaar en blijft het onveiligheidsgevoel beperkt. Meest vernoemd betreffende druk en agressie zijn de bewoners met een verslavingshistoriek. Bewoners met verslavingen eisen soms de opstart of verhoging van methadon of andere psychofarmaca. Verder is er nog de druk van bewoners die verdere stappen verwachten in de diagnostiek of behandeling van medische klachten. Een voorbeeld is de

behandeling van hepatitis C die een langdurige behandeling vergt en waarvan de dringende medische noodzaak niet altijd duidelijk is. Die druk wordt ook ervaren vanuit de hoek van familieleden of van de advocaten die via een medische procedure een uitweg zoeken voor hun cliënt.

Het eisend gedrag van bewoners wordt door zorgverleners als belastend ervaren en rechtvaardigt volgens hen soms een kordaat optreden.

De bewoners hebben de mogelijkheid om het advies in te roepen van een tweede externe arts. Dit dient te gebeuren op kosten van de bewoner. Sommige artsen bieden via NGO's vrijwillig hun diensten aan. Uiteindelijk gebeurt het relatief zelden dat het advies van een tweede arts wordt ingeroepen. (10 tal per jaar volgens de centrumarts). Mogelijks kennen de bewoners de procedure niet of is de betaling van een externe arts een te hoge drempel.

Bij bevraging van de bewoners drukten zij hun ontevredenheid over de toegang tot medische zorg, het onvoldoende ingaan op de vraag en de weinig doeltreffende behandeling. *“On donne du paracetamol y de la pommade pour tout”*. Wel waren de bewoners tevreden over de vriendelijkheid van de zorgverleners. *“Mais quand nous insistons ils deviennent plus impatients”*.

5. Medische verwijzingen

De verwijzing naar medische specialisten verloopt vlot.

Er is een goede samenwerking en communicatie met specialisten en ziekenhuizen die gelijklopend is aan de reguliere samenwerking tussen huisartsen en specialisten. De bewoners worden begeleid naar het ziekenhuis met bewakingspersoneel.

Er zijn soms ontsnappingen. Daarom wordt dag van verwijzing niet aan de bewoners meegedeeld op voorhand. Vervoer is soms beperkende factor voor een dringende verwijzing. Dan kan gebruik gemaakt worden van een ambulance dienst.

Als taalproblemen te verwachten zijn gaat ofwel een personeelslid mee die kan communiceren met de bewoner ofwel doet men beroep op een telefonische tolkdienst.

(informatiebron: arts)

6. Medische intake

De medische intake gebeurt door de verpleegkundige bij aankomst. Er wordt een medisch dossier opgemaakt. Een specifiek medisch formulier werd door de medische dienst ontwikkeld en oogt vrij volledig en overzichtelijk.

Er is geen rubriek voorzien voor het noteren van de familiale anamnese en antecedenten van geweld. Dit kan nuttig zijn.

De persoon wordt gevraagd zich volledig uit te kleden (behalve ondergoed). De kledij wordt gefouilleerd.

(bron: simulatie intake)

De arts overloopt het intake formulier en beslist samen met de verpleegkundige of een consult bij de arts aangewezen is.

7. Tandverzorging

De tandverzorging gebeurt bij de tandarts van de naastliggende gevangenis op vrijdag. De vraag naar tandzorg is groter dan de beschikbaarheid van de tandarts zodat de wachttijd kan oplopen. Dit is een reden van ongenoegen bij de bewoners.

Vrouwen en kinderen gaan op tandartsbezoek in de privé-praktijk van de tandarts zodat zij niet in contact komen met gedetineerden.

(informatie bron: arts)

8. Psychiatrische problematiek

De opvolging en verwijzing van zware psychiatrische problematiek (vb. schizofrenie, psychosen e.a.) stelt een probleem. Er zijn weinig verwijzingsmogelijkheden. Er is sowieso al een gebrek aan psychiatrische bedden in België. De arts bevestigt dat patiënten met een psychiatrische problematiek niet thuis horen in een gesloten centrum. Het in de maatschappij “dumpen” is ook onverantwoord evenals een uitwijzing. Er wordt naar een oplossing gezocht maar in de praktijk verblijft een psychiatrische patiënt langer in het gesloten centrum wat nefast is voor zijn psychische toestand (informatiebron: arts).

9. Psychologische begeleiding

9.1. Voorkomen van psychologische klachten (volgens arts)

Meer dan 50% van de klachten die bij arts en verpleegkundigen komen hebben een psychologische inslag. Er zijn heel veel **psychosomatische klachten** (hoofdpijn, slapeloosheid, hartkloppingen, buikpijn, eetstoornissen, etc.). Die klachten en de beperkte behandelingsmogelijkheden werken nog meer stresserend op de bewoners.

Soms evolueren die klachten naar **depressies**.

Er is vaak automutilatie.

Er zijn regelmatige **zelfmoord** pogingen.

Agressie is heel frequent (naar medebewoners, familie, personeel).

Paniektoestanden, verlies van impulscontrole zijn heel frequent.

9.2. Oorzaken van psychologische klachten

De meeste bewoners komen in het centrum toe met sombere vooruitzichten en vaak ook een traumatisch verleden. Er is een gevoel van machteloosheid en frustratie. Daarnaast vergroot het verblijf in het gesloten centrum nog dit psychisch lijden.

De medische staf is het erover eens dat de situatie waarin de bewoners zich bevinden en worden opgesloten uitermate stresserend, angstbevorderend en deprimerend werkt. Dit wordt bevestigd door de bewoners zelf. Een ex-gedetineerde omschrijft dat de situatie in het gesloten centrum als erger dan in de gevangenis. “In de gevangenis ken je de reden van opsluiting. Je kent ook de duur van de gevangenis straf. Hier is alles onzeker. Je weet niet hoe lang je moet blijven of wat er je nog te wachten staat.”

Naast de onzekerheid wordt ook de verveling en totale afhankelijkheid vermeld door zowel hulpverleners als bewoners. Er is totale passiviteit. Alles wordt opgelegd. De bewoners kunnen nauwelijks autonome beslissingen nemen. Men wordt geleefd. Er mag niet gewerkt worden. Er kan niets gepresteerd worden wat de auto estimerie zou kunnen bevorderen. Er is alleen maar “wachten”.

Het bewakingspersoneel heeft vooral een bewakingsfunctie. De houding van het personeel is heel individueel verschillend. Een denigrerende en barse attitude naar bewoners kan voorkomen. Er waren in het verleden die een racistische houding aannamen (bron verpleegster).

De zorgverleners waren unaniem dat de duur van detentie minimaal zou moeten gehouden worden. Als bezoeker maakt de sfeer van het gesloten centrum en het opgelegde regime ook een deprimerende en verstikkende indruk. Het voelt aan als een gevangenis. De houding van de bewakers is afstandelijk tegenover het personeel.

De vleugel waar de vrouwen en gezinnen verblijven, lijkt iets leefbaarder.

CIM lijkt het meest strikte regime toe te passen. Het leven is aan strikte regels gebonden. Slapen, eten, wandelen op vaste uren is een verplichting. De bewoners kunnen/moeten in de zomer 3 maal per dag gedurende 1 uur naar buiten. In de winter is dit 2 maal per dag.

Structurele maatregelen om de verstikkende sfeer en de regelgeving in het centrum lijken uit menselijk oogpunt noodzakelijk.

9.3. Stress reducerende maatregelen

De missie van het centrum wordt geformuleerd als “humane vasthouding met oog op uitdrijving”.

De directie stelt dat de situatie hen ertoe dwingt interne organisatie en orde handhaving als prioritair te stellen. In de voorstelling van het centrum komt duidelijk naar voor dat het humane aspect niet op de eerste plaats komt.

Het dient gezegd dat de indruk bestaat dat het medisch team in die omstandigheden sterke inspanningen doet om een humane zorg te bieden. Maar het initiatief lijkt vooral te komen van de persoonlijke menselijke betrokkenheid van het team zelf. Het humane aspect lijkt niet structureel ingebed in de organisatie van het centrum.

Het structureel opzetten van een stress reducerende maatregelen die pro-actief en preventief werken is even essentieel als de inzet van psychologen en begeleiders.

De groepsbegeleiders en opvoeders hebben vooral een signaal functie. De ontspanningsactiviteiten die worden georganiseerd zijn volgens de bewoners heel beperkt. De emotionele en psychologische opvang van individuele bewoners is afhankelijk van het persoonlijk initiatief van de begeleiders. Dit maakt niet expliciet deel uit van hun takenpakket. De begeleiders krijgen volgens de arts wel ruimte en vrijheid om initiatieven op te zetten. Sinds kort zijn ook begeleiders aanwezig tijdens de weekends.

Enkele suggesties:

- training van personeel in conflict beheersing
- stimuleren van lossere en informeler contacten tussen personeel en bewoners. Dit geeft de mogelijkheid aan bewoners om “hun hart te luchten”. Tevens zal het beter toelaten de sfeer aan te voelen en psychologische problemen bij bepaalde bewoners sneller te detecteren.
- begeleiding, training van personeel voor een psychologisch verantwoorde aanpak
- minder strikt groepsregime
- installatie van stillere ruimtes
- mogelijkheid bieden aan bewoners om zich uit de groep terug te trekken
- institutionele aandacht voor een humane en psychologische aanpak
- organisatie van activiteiten die het zelfwaarde-gevoel van de bewoners stimuleert:
 - o sport
 - o creatieve activiteiten
 - o activiteiten rond culturen, landen
- aanwezigheid van leerkrachten voor volwassenen

9.4. Psychologische begeleiding.

Volgens de verpleging is het een goede zaak dat er psychologen aanwezig zijn. Volgens de psychologe is de aanwezigheid van 2 halftijdse psychologen in Merksplas onvoldoende. De arts vermeldt dat de continuïteit van psychologische begeleiding voor bewoners soms een probleem is omdat de psychologen slechts halftijds werken.

De psychologen hebben ondersteunende gesprekken met bewoners op vraag van bewoners, personeel of medische dienst. De contacten met bewoners worden in een logboek genoteerd. Soms wordt een verslag voor de arts geschreven.

Indien nodig bieden zij opvoedingsondersteuning aan ouders met kinderen.

De psychologe suggereert dat de begeleiding en vorming van personeel voor een psychologisch verantwoorde benadering van de bewoners nuttig zou zijn. Tot op heden maakt die begeleiding geen onderdeel uit van het takenpakket van de psychologen.

Er zijn maandelijkse bijeenkomsten onder centrum psychologen voor begeleiding, supervisie en intervisie die georganiseerd wordt via het Commissariaat Generaal voor Vluchtelingen. Deze bijeenkomsten worden door de psychologe als heel nuttig ervaren. Er worden richtlijnen voor “best practices” opgesteld voor het personeel. Dit zijn instructies voor de aanpak van begeleiders bij depressie, zelfmoord, psychotisch gedrag.

Volgens psychologe is er een rationeel gebruik van psychofarmaca.

De verpleging maakt soms wel tijd voor een gesprek. Meer tijd en mogelijkheden voor “social talk” zou goed zijn. De psychologische aanpak is afhankelijk van het initiatief van verpleging. Dit wordt niet vanuit directie gepromoot of ondersteund.

10. Suicide patiënten

Zelfmoord pogingen en zelfmoord komen vrij frequent voor.

In 2007 waren er acht zelfmoord pogingen (1 poging tot verhangings, 7 automutilaties). In mei 2008 kwam er bewoner om het leven door verhangings. Volgens de arts was dit niet te voorzien. Er waren geen antecedenten. De bewoner had zich verzet tegen zijn repatriëring en er zou de volgende dag een nieuwe poging tot repatriëring uitgevoerd worden.

Volgens de psycholoog is het niet steeds duidelijk wat de context van de suicide poging is.

Bewoners die een zelfmoordpoging uitvoerden of waar dreiging is worden dagelijks gezien door psycholoog en medisch team. De beslissing tot afzondering of niet gebeurt in overleg met het medisch team.

Er bestaat (nog) geen geschreven protocol in verband met de opvang van zelfmoordpogingen of -dreiging.

11. Geweld bij uitwijzing

Een medisch onderzoek zou moeten worden aangeboden aan personen wier uitwijzing werd opgeschort wegens hun verzet in de gevallen waarin de begeleiders gebruik hebben moeten maken van geweld.

Dergelijke personen worden dezelfde dag door de verpleging gezien als zij voor 18 uur in het centrum aankomen. In andere gevallen worden ze de volgende dag door de verpleegkundige gezien. Letsels worden in het dossier genoteerd en nadien voorgelegd aan de arts. In samenspraak wordt beslist of de bewoner door de arts dient gezien te worden.

(informatie bron: verpleging)

12. Attest voor reisgeschiktheid (fit to fly)

Dit attest vormt zelden een probleem omdat medische problemen meestal op voorhand worden vastgesteld en er voordien stappen worden ondernomen met invrijheidstelling van de betrokkene. Volgens de arts wordt het advies dat hij formuleert bijna in alle gevallen door het DVZ aanvaard.

Mensen die (tijdelijk) niet uitgewezen kunnen worden omwille van medische redenen worden in vrijheid gesteld. Het eerste initiatief voor verdere diagnostiek of behandeling wordt door de medische dienst genomen. (vb afspraak bij specialist). De personen krijgen 30 dagen tijd om verdere stappen te nemen die eventueel kunnen leiden tot een langere toelating om in het land te blijven omwille van medische redenen. Dit wordt hen duidelijk medegedeeld door de medische dienst en de sociale dienst. Als die termijn verstreken is en de betrokken naliert om verdere stappen te ondernemen wordt een “fit to fly” ondertekend.

Behandelingen in het kader van hepatitis C en AIDS zijn de meest courante redenen voor invrijheidstelling omwille van medische reden.

(informatie bron: arts)

De indruk bestaat dat de arts over een vrij grote autonomie beschikt om dergelijke beslissing te nemen en dat de bewoner afhankelijk is van de beoordeling van de arts. Dit gebeurt vermoedelijk meestal in “eer en geweten” door de centrumarts maar zal waarschijnlijk nogal variëren van arts tot arts. De mogelijkheid bestaat voor de migrant om het advies bij een tweede arts aan te vragen maar de toegang tot een tweede arts is niet evident.

13. Verslavingen

De arts verklaart een duidelijke strategie te volgen in verband met behandeling van verslavingsproblematiek en methadon substitutie. De arts volgde bijkomen opleidingen in dat verband. Bij de start en het voorschrijven van methadon stelt hij duidelijke voorwaarden aan de patiënt om zo misbruik te voorkomen.

Methadon wordt enkel door de verpleging toegediend.

(informatie bron: arts)

14. Zwangerschappen

Zwangere vrouwen worden maandelijks door de arts gezien. Elk zwangere wordt ook door een gynaecoloog gezien vanaf het begin van de zwangerschap. Verder is er een normale samenwerking tussen huisarts en gynaecoloog.

(informatie bron: arts)

15. Kinderen en zuigelingen

Gezinnen met kinderen verblijven in de vleugel waar gezinskamers zijn. Het regime is er wat soepeler.

Volgens de psychologe zijn er duidelijk tekenen van toegenomen stress bij kinderen. Bij kinderen die voorheen “droog” waren treedt er opnieuw nachtelijke incontinentie op. Er is regressief gedrag waarbij kinderen aandacht proberen te krijgen (knoeien met eten, afhankelijkheidsgedrag en onaangepast zoeken naar affectie ten opzichte van ouders of personeel, taalgebruik die niet past bij de leeftijd, duimzuigen enz.). Ook onder de kinderen is er agressie. De psychologe krijgt ook rechtstreekse vragen van kinderen over het waarom van opsluiting en vrijheidsbeperking.

Intra-familiaal geweld is vrij frequent en volgens de psychologe een direct gevolg van stress toestand waarin de gezinnen zich bevinden. De angst en onzekerheid die bij de volwassenen heerst wordt overgenomen door de

kinderen. De situatie van de kinderen wordt soms door de ouders gebruikt als pressiemiddel om invrijheidstelling te verkrijgen.

De centrumarts bevestigt dat naar zijn aanvoelen het verblijf in een gesloten centrum voor de kinderen nefast is en te vermijden.

16. Isolatiecel

Er bestaan verschillende vormen waarbij een bewoner apart wordt geplaatst:

- **Isolatiecel:**

Dit is om disciplinaire redenen. De beslissing wordt genomen door de directie. Indien de afzondering meer dan 24 uur duurt, moet dit gemotiveerd worden en gemeld aan DVZ.

De isoleercel is een kale kamer met matras en toilet. De bewoner krijgt niets mee. Roken is niet toegestaan.

Het wordt gemeld aan de medische dienst maar deze heeft geen inspraak in de beslissing.

Volgens de arts wordt minstens elke week een bewoner voor 1 tot 2 dagen in de isolatiecel geplaatst.

Voornaamste reden is agressie.

De psycholoog meldde dat er geen psychologische begeleiding is van bewoners die om disciplinaire redenen in de isolatiecel worden ondergebracht.

- **Aangepast regime**

Dit is vaak een tussenstap tussen isolatiecel en reïntegratie in de groep. Hier worden verder personen geplaatst die niet in het groepsregime passen of die tegen de agressie van anderen dienen beschermd te worden. Ook na een suicide poging of bij suicide dreiging worden personen hier ondergebracht.

Het regime is er wat soepeler dan de isolatiecel. Er kan gelezen worden. Beperkt roken is toegelaten.

Soms is deelname aan groepsactiviteiten mogelijk. De wandeling gebeurt geïsoleerd van de groep. Er is dagelijks contact met medisch personeel en psycholoog.

- **Medische isolatie**

Hier worden mensen ondergebracht omwille van medische redenen. (bvb besmettelijke ziekten, psychiatrische problematiek enz.). Er is dagelijks medisch controle. Volgens de arts was er soms druk vanuit het personeel om bewoners op te nemen in medische isolatie. Het voorstel kan nu enkel komen vanuit de directie. Dit verminderde het oneigenlijke gebruik van medische isolatie.

- **Ziekenboeg**

Zieke personen die niet aan het normale dag regime (wandeling, maaltijden enz.) kunnen deelnemen omwille van gezondheidsredenen verblijven tijdelijk in de ziekenboeg.

b. Het Transitcentrum 127 (Melsbroek)

Het transitcentrum 127 werd bezocht op 2 juni 2008. De directie stelde het centrum voor aan het ganse evaluatie team. Nadien was er een langdurig gesprek met de arts en twee verpleegkundigen. Er was tevens een individueel gesprek met de psychologe. Wegens beperkingen in tijd werden individuele gesprekken met bewoners gevoerd door een ander lid van het evaluatie team. De schriftelijke samenvatting van deze gesprekken werden verwerkt in het verslag. De nota's die werden gemaakt door een ander lid van de evaluatie commissie van de "simulatie intake" werden gelezen.

Het INAD centrum werd bezocht waarbij een gesprek werd gevoerd met de verantwoordelijke. De volgende dag was er een telefonisch onderhoud met de hoofdarts van MEDA. MEDA is de medische dienst van de luchthaven die de medische begeleiding doet van de illegalen die in het INAD centrum verblijven.

Voor een beschrijving van de structuur en organisatie van het transitcentrum 127 en INAD verwijzen we naar de verslagen van de Federale Ombudsdienst. Wat volgt is een neerslag van verkregen informatie en persoonlijke bedenkingen over de medische aspecten van het centrum. De passages die persoonlijke bedenkingen of conclusies van de evaluator beschrijven zijn gemarkeerd in het grijs. Letterlijke uitspraken van ondervraagden staan in het cursief en tussen aanhalingstekens.

1. Medisch personeel

1.1. Samenstelling medisch dienst (vanaf 1 juni 2008)

1.1.1. Artsen

- Huisarts uit de regio, samen met HIBO (huisarts in opleiding)
- Takenpakket
 - Verantwoordelijk voor de inhoudelijke invulling van medische zorgverlening in het centrum in overleg met medisch personeel
 - Verantwoordelijk voor medisch dossier van bewoners
 - Verantwoordelijk voor preventieve en curatieve zorg aan bewoners
 - Medische intake van binnenkomende bewoners. De arts bekijkt het intake dossier dat werd opgemaakt door verpleegkundige en onderzoekt de bewoner op consultatie als nodig.
 - Tekent een document voor reisgeschiktheid van uitgewezenen ("fit to fly").
 - Verzekeren van de wachtdienst
- Professionele kwalificatie: geaccrediteerde huisarts en huisarts in opleiding
- Andere beroepsactiviteiten: privé praktijk als huisarts in de regio, urgentiearts in ziekenhuis van Duffel
- Statuut: zelfstandig statuut. Aangeworven op basis van een aannemingsovereenkomst van strafinstellingen met een in principe volledige autonomie voor de arts.
- Aanwezigheid centrum:
 - Maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag: ongeveer 1,5 uur per dag
 - Artsen verzekeren een continue telefonische bereikbaarheid tijdens avonden, weekends en feestdagen. De hoofdarts is bijna permanent telefonisch bereikbaar ook tijdens vakanties. Indien een bezoek van de arts nodig wordt geacht contacteert hij zelf een collega arts (uit de lokale wachtkring of arts van de luchthaven MEDA)
Zowel de directie als verpleging tonen zich uitermate tevreden over de beschikbaarheid van de artsen.

1.1.2. Verpleegkundigen

- Twee verpleegkundigen met ervaring. Er wordt een derde verpleegkundige aangeworven.
- Takenpakket:
 - Medische intake van binnenkomende bewoners en opmaak van intake dossier.
 - Eerste contactpunt voor bewoners die een medisch advies vragen. (filterfunctie)
 - Verdelen en opvolgen van medicatie
 - Bijhouden van elektronisch dossier
 - Bijhouden van statistische gegevens over medische dienst
 - Bijstaan van arts in zijn taken
 - verzorgen van EHBO opleiding aan personeel (vanaf september 2008)
- Statuut: contractueel
- Aanwezigheid in centrum:
 - Maandag tot vrijdag vanaf 9 uur tot 17 uur
 - Weekend: 1 dag per weekeinde, rotatie tussen verpleegkundigen (1 weekend op 2)

1.1.3. Eén voltijdse psychologe

- Sinds september
- Takenpakket:
 - Psychologische begeleiding van bewoners voor wie dit nodig wordt geacht (op vraag van personeel, verpleegkundigen en arts).
 - Psychologische begeleiding en omkadering van personeel
 - GEEN administratieve of directie functie
- Professionele kwalificaties: Licentiaten in de psychologie
- Statuut: contractueel
- Aanwezigheid in centrum:
 - Kantooruren

1.2. Relatie/Communicatie binnen het personeelskorps

De arts neemt duidelijk de leiding van het medisch team en wenst duidelijk overzicht te houden over de medische zorgen en gebeurtenissen binnen het centrum. Hij benadrukt het teamwerk (artsen, verpleegkundigen, sociale dienst, psychologe).

1.2.1. Artsen – verpleegkundigen

- Er is dagelijks overleg tussen arts en verpleegkundigen. Beslissingen die de verpleging neemt worden steeds door de arts getekend in het dossier. Beide partijen ervaren de relatie en communicatie als constructief en positief. De verpleegkundigen zijn uitermate tevreden over de feedback en ondersteuning van de artsen. De artsen zijn ook telefonisch voldoende bereikbaar. De verpleegkundigen nemen uitgebreide verantwoordelijkheden op maar voelen zich gerugsteund door de arts.

1.2.2. Verpleegkundigen onderling

- Frequentie communicatie. Uitgebreide schriftelijke overdracht als er wissels gebeuren voor langere periodes (vb verlof).

1.2.3. Artsen – directie

- Volgens de arts is er heel grote autonomie voor de medische dienst. Hij voelt zich niet beperkt wat betreft therapeutische vrijheid en hij ervaart geen druk op het gebied van medische beslissingen. Medische attesten worden niet in twijfel getrokken. Hij vermeldt expliciet dat hij dergelijke beïnvloeding niet zou aanvaarden.

1.2.4. Artsen – DVZ

- De voorstellen en adviezen van de arts worden altijd gevolgd. Er waren tot op heden geen opmerkingen vanuit DVZ over medisch handelen.
- Er zijn tot op heden geen opmerkingen of richtlijnen gekomen over de kost van de medische verzorging. Ook op dat vlak ervaart het team een vrij grote autonomie.
- Aan de andere kant is er weinig feedback en ondersteuning vanuit DVZ wat betreft het medische aspect.
- Men voelt weinig waardering vanuit DVZ. De geleverde inspanningen worden als normaal beschouwd en niet gevaloriseerd.

1.2.5. Psychologe – medisch personeel

- Alle partijen zijn tevreden over de communicatie. Psychologe heeft toegang tot het medisch dossier. Psychologe schrijft verslagen over gesprekken met patiënten. De consultaties van de psychologe worden in het medisch dossier genoteerd.
- Drie maal per week is er een psychosociaal overleg tussen psychologe, sociaal assistent, opvoeder en veiligheidspersoneel. Hierbij wordt de bewonerslijst overlopen.

1.2.6. Medische dienst en ander personeel

- Volgens het medisch personeel is er een goede samenwerking en heerst er een open sfeer.
- Psycholoog meldt dat bij de opstart haar functie niet echt duidelijk was voor het personeel en de verwachtingen soms te hoog lagen. Geleidelijk werd haar aandeel beter geïntegreerd binnen het korps.

1.3. Attitudes van het medische korps

Er is een duidelijke loyaliteit en respect vanwege het medische korps naar de directie en vice versa. Er is een grote sociale betrokkenheid en bewogenheid ten opzichte van de patiënten. *“We laten ons menselijk gevoel spreken”*. Er wordt de kaart van de patiënt getrokken. Als het enigszins gerechtvaardigd lijkt gaat het medische team zoveel mogelijk in op de vraag van de bewoner. De arts stelt het zelfs in die mate dat *“bewoners van het asielcentrum een voorkeursbehandeling krijgen in vergelijking met patiënten in mijn huisartsenpraktijk”*. Door de omkadering door een gans medisch team kan de zorg van de bewoners dichter opgevolgd worden.

Het medisch team functioneert als een autonome entiteit met veel ruimte voor eigen initiatief wat door het team als belangrijk wordt ervaren. Het engagement en de werkfierheid zijn opvallend bij het gezondheidspersoneel. Keerzijde is dat die zelfde vrijheid en de afwezigheid van controle en evaluatiemechanismen kunnen misbruikt worden. De doelpopulatie (centrumbewoners) hebben weinig middelen tot verweer heeft en is overgeleverd is aan een mogelijke willekeur van gezondheidspersoneel. Naar ons aanvoelen is er in de concrete situatie van transitcentrum 127 zeker geen aanleiding om te vermoeden dat het gezondheidspersoneel misbruik maakt van die machtspositie.

Er wordt geen gebruik gemaakt van geschreven richtlijnen of instructies voor medisch handelen. Rationaliteit, ervaring en peercontrole door het team zijn de peilers van het medisch handelen. Bij navraag naar het waarom van deze aanpak werd gezegd dat het gebruik van strikte richtlijnen (guidelines)

contraproductief kan werken omdat het minder ruimte laat voor het deskundig beoordelen van concrete situaties.

Er is vrij grote beroepstevredenheid bij het korps. Zowel artsen, verpleegkundigen als psychologen verklaren dankbaarheid en respect van de bewoners te ervaren. Dit werkt stimulerend. Ook de autonomie om de dienst uit te bouwen draagt bij tot deze tevredenheid. Dit uit zich in een stabiel personeelsbestand.

1.4. Relatie met externen

Het medisch personeel ervaart soms een negatieve houding van de buitenwereld tegenover hun werk in een gesloten centrum. Door hun werk in de gesloten centra worden zij vaak vereenzelvd met het systeem en de detentiepolitiek die in de pers vaak negatief worden belicht. *“Alsof wij verantwoordelijk zijn voor de politiek beslissingen”*.

Bij bezoeken van NGO's (vb. AZG) in het verleden verleende het team haar medewerking. De publicatie van de kritische (en in hun ogen eenzijdige) documenten door de NGO's is volgens het team medeoorzaak van een negatieve en gepolariseerde beeldvorming over de gesloten centra. Sindsdien zijn de contacten met NGO's sterk verminderd en is de relatie vertroebeld.

2. Toegang tot medische zorgverlening

De bewoners dienen een aanvraag in als ze een raadpleging wensen. Zij krijgen dan een gesprek en/of onderzoek bij de verpleegkundige. De verpleegkundige evalueert de hulpvraag. Indien zij het nodig vindt, verwijst de verpleegkundige de bewoner naar de artsenraadpleging 's namiddags. Als de verpleegkundige zich bevoegd acht informeert zij zelf de bewoner of stelt een behandeling voor. Dit wordt in het dossier genoteerd en aan de arts voorgelegd die daarover feedback geeft en vooralsnog kan vragen om de bewoner te zien. Als de bewoner erop aanstuurt om een arts te zien wordt dit (bijna) altijd toegestaan.

3. Enkele aspecten in verband met kwaliteit van zorg

3.1. Aanbod van zorg

Volgens de arts kan ongeveer hetzelfde aanbod aan medische zorg verleend worden als in een courante huisartspraktijk.

De aard van de pathologie is tevens gelijklopend met een huisartspraktijk met toch een aantal verschillen (cfr annex “redenen van consultaties -2007”):

- Frequenter voorkomen van SOA (seksueel overdraagbare aandoeningen) en HIV
- Frequenter voorkomen van TBC
- Heel frequente psychische component in klachtenpatroon. Ongeveer 50% van de klachten worden als puur psychosomatisch gediagnosticeerd maar ook de andere medische vragen hebben een sterke psychische component.
- Een aantal medische klachten of events (psychische decompensatie, epileptische aanvallen) worden “gefaket” in de hoop dat dit hun procedure te goede komt. Dit zou volgens artsen en verpleegkundigen vaak gebeuren op aansturen van de advocaat.
- Een aantal mensen komen in het centrum terecht met ernstige medische problemen (grote wonden, neurologische aandoeningen, mentale retardatie e.d.). Het medisch team vermoedt dat de hoop op medische diagnostiek en zorg in deze gevallen een (mede)reden is om naar België te komen. Om humane redenen oordeelt het medische team dat mensen een medisch nazicht en zorg op korte

termijn niet kan ontzegd worden. In de mate van het mogelijke wordt dan ook binnen het centrum op die vraag ingegaan.

De drempel van toegang tot medische verzorging is volgens het medisch korps vrij laag en er kan meestal voldaan worden aan de vraag. Een beperkende factor is tijd. Een derde verpleegkundige zal aangeworven worden. Men hoopt dat dit een verlichting in tijdsdruk zal geven.

3.2. Infrastructuur voor medische dienst

De infrastructuur schiet duidelijk tekort voor de uitbouw van de medische dienst. Er zijn slechts twee kleine ruimtes beschikbaar. De consultatie ruimte is te beperkt. Er is nood aan een prikkelarme ruimte waar mensen op rust kunnen komen. Er is tevens dringende nood aan een aparte ruimte waar zieke mensen kunnen afgezonderd worden. Er zal binnenkort gestart worden met de bouw van een nieuw opvangcentrum.

De medische consultatie is qua materiaal vrij goed uitgerust en is vergelijkbaar met de uitrusting van een regulier huisartsenkabinet in België.

3.3. Medische dossiers

De intake wordt op een papieren dossier gemaakt. Ook de consultaties worden op dit dossier geschreven. Alle relevante gegevens (diagnoses, onderzoeken, medicatie, attesten enz.) worden nadien door de verpleging in een elektronisch dossier ingebracht. De rapporten van specialisten worden ingescand. Dit elektronisch dossier is op maat van het centrum geprogrammeerd. Bij het verlaten van het centrum kan een volledig overzichtsrapport worden uitgeprint.

Het gebruik van een elektronisch dossier laat ook toe om statistische informatie te verzamelen. (zie bijlagen)

Het lijkt een inefficiënt gebruik van tijd en inspanningen om een dubbel dossiersysteem (geschreven en geïnformatiseerd) te gebruiken.

Er is vraag naar één centraal medisch dossier voor alle gesloten (en open?) centra. Dit zou de overdracht van gegevens tussen centra veel vereenvoudigen en de kwaliteit van de medische zorg ten goede komen. In praktijk gaan nu vaak gegevens verloren of bereiken ze met vertraging het centrum. Met een centraal medisch dossier kan onder andere het herhalen van gelijkaardige onderzoeken vermeden worden.

3.4. Continuïteit van zorg

3.4.1. Aansluitend op vroegere zorg

- Bij de intake worden antecedenten en medicatie nagevraagd. Er is geen standaard formulier voorzien om dit systematisch na te vragen
- Men probeert vroegere verslagen en dossiers op te vragen. Dit is niet altijd evident. Vaak weten patiënten niet meer waar medische zorg werd verleend of waar eventuele verslagen bewaard worden.

3.4.2. Opvolging van behandeling

- Verpleging controleert dagelijks of bewoners de voorgeschreven medicatie zijn komen halen aan de receptie.

3.4.3. Integrale zorg

Er is mogelijkheid tot verwijzing tussen verschillende niveaus van gezondheidszorg en andere gezondheidsdiensten.

Er zijn statistieken beschikbaar voor specialistenconsultaties in 2007 (cfr. bijlage)

Volgende redenen voor verwijzingen worden vermeld door de arts:

- evidente medische noodzaak volgens arts
- om een ziekte-toestand te documenteren
- uitsluiten van pathologie (“om zeker te zijn”)

In principe wordt ingegaan op elke vraag naar doorverwijzing van een bewoner.

De verwijzing naar medische specialisten verloopt vlot. Er is een goede samenwerking en communicatie met specialisten en ziekenhuizen. De meest frequente doorverwijzingen gebeuren naar AZ Jan Portaels, Vilvoorde, VUB Jette, Ziekenhuis van Duffel). Bewoners van het gesloten centrum krijgen een voorkeursbehandeling (o.a. voorinschrijving) zodat de wachttijd tot een minimum wordt beperkt.

Bij elke verwijzing wordt een verwijsbrief opgemaakt. Rapporten van specialisten worden ingescand en opgeslagen in het elektronisch dossier.

Voor het transport naar externe gezondheidscentra wordt beroep gedaan op de diensten van Bureau T. Dit verloopt vlot.

Meest frequent zijn de bezoeken aan de tandarts (86 consultaties in 2007). De samenwerking verloopt vlot. Volgens de arts moeten tanden in orde zijn vóór afreis van de bewoners.

De beslissing of bewoners doorverwezen worden naar tweede lijn of andere gezondheidsdiensten ligt in handen van de centrumartsen. In principe hebben de bewoners de mogelijkheid hebben om op eigen initiatief een tweede arts te raadplegen (op hun kosten). In de praktijk is die vrijheid beknót.

Er is een belangrijk probleem voor het vinden van opvang voor langdurig zieken. Meeste ziekenhuizen of zorgcentra staan weigerachtig tegenover de opvang van langdurig zieke migranten (vb TBC patiënten). De opvang van bewoners met een psychiatrische problematiek is uiterst problematisch.

3.4.4. Continuïteit van zorg na verlaten van het centrum

Bij het verlaten van het centrum in geval van uitwijzing of invrijheidstelling krijgen de bewoners onder een gesloten omslag:

- Een samenvattend rapport met medische gegevens (voorgeschiedenis, medicatie en overzicht van consultaties). Onderaan dit rapport is er plaats voorzien voor begeleidend schrijven door de arts.
- Kopies van medische verslagen.

De bewoner krijgt medicatie mee voor één tot twee weken. Hierbij stopt de opvolging van de medische zorg.

Als de bewoner overgebracht wordt naar een ander centrum worden de medische gegevens overgemaakt aan de medische dienst van het nieuwe centrum.

3.5. Confidentialiteit en medisch beroepsgeheim

Noodzakelijke informatie wordt doorgegeven aan verpleegkundigen en psychologen die ook aan het beroepsgeheim zijn gebonden.

In principe wordt het beroepsgeheim gerespecteerd en worden diagnoses niet meegegeven aan personeel buiten het medisch team. Attesten en medicatie komen vaak bij niet medisch personeel terecht en daaruit kunnen wel gegevens over de gezondheidstoestand van de bewoners afgeleid worden. Er wordt daarin een pragmatische houding aangenomen. Elk personeelslid is gebonden aan het beroepsgeheim. Een hele strikte houding in verband met het beroepsgeheim wordt niet haalbaar geacht.

3.6. Enkele bedenkingen in verband met de kwaliteit van medische zorgverlening

De beperkingen in duur en mandaat van de bezoeken laten niet toe om een volledig en objectief oordeel te vellen over de kwaliteit van de zorgverlening.

De belangrijkste randvoorwaarden voor een kwalitatieve zorgverlening lijken aanwezig met name:

- voldoende geschoold en ervaren personeel voor een populatie van 60 bewoners
- gemotiveerde en geëngageerde medische ploeg
- open communicatie met patiënten
- vlotte toegang tot de arts
- het noodzakelijk materiaal voor courante medische dienstverlening is aanwezig
- diagnostische middelen zijn beschikbaar (bloedanalyse, radiologie enz.)
- vlotte doorverwijzing naar de tweede lijn
- beschikbaarheid van alle medicatie die op de Belgische markt is
- autonomie en beslissingvrijheid voor de arts

Een beperkende factor voor de kwaliteit van medische zorgverlening is de beperkte ruimte.

4. Medicatie

De belangrijkste medicatie is voorradig en lijkt nauwkeurig bijgehouden. De medicatie is opgeborgen in een afgesloten kast. Personeel dat medicatie komt halen (bijvoorbeeld weekeinde) moet dit aftekenen. Het personeel weet waar de sleutel wordt bewaard.

De bewoners krijgen een briefje waarop de medicatie genoteerd staat.

Voor elke bewoner die medicatie neemt is op de receptie een plastic zakje met enkele originele blisters van de gebruikte medicatie. In dit zakje steekt ook een overzicht van de medicatie en de posologie. De bewoners dienen zich telkens aan te melden bij de receptie voor hun medicatie. Het personeel van de receptie tekent op als de bewoner de medicatie haalt. De verpleging controleert dagelijks de inhoud van de medicatie zakjes, het genoteerde medicatiegebruik en het overzichtsbriefje van medicatie en posologie. Bij slechte compliance wordt de bewoner aangesproken.

Er is noodmedicatie (niet voorschrijf plichtig, bvb paracetamol, motilium enz.) aanwezig aan het onthaal. Het personeel kan dit op eigen initiatief aan bewoners geven. De gegeven medicatie wordt genoteerd en aan de medische dienst overgemaakt.

5. Relatie/communicatie tussen zorgverleners en bewoners

Artsen, verpleegkundigen en psychologen ervaren dankbaarheid en respect van de bewoners. Er is zelden fysieke of verbale agressie vanwege bewoners. Bij meningsverschillen tussen bewoners en zorgverleners wordt meestal een compromis bereikt. Het team herinnert zich geen betwistingen waarbij bijvoorbeeld het advies van een tweede arts wordt ingeroepen. Het team is altijd aanspreekbaar. Het team probeert zoveel mogelijk op de vragen van de bewoners in te gaan. De vraag om medisch advies is groot en niet altijd gebaseerd op een reëel gezondheidsprobleem. Het blijkt soms een roep om aandacht. Soms wordt getracht (onder invloed van advocaten?) de gezondheidstoestand te gebruiken als voorwendsel om de procedure te beïnvloeden.

Het ganse medische team klaagt over de druk die gevoeld wordt vanuit de hoek van de advocaten. Volgens hen wordt er bij de bewoners valse hoop gecreëerd door advocaten wat verwachtingen creëert bij de bewoners ten opzichte van de zorgverleners.

Volgens alle leden van het medisch team zijn empathie, een menselijke benadering en open communicatie sleuteltermen in de relatie met bewoners. *“Respect krijg je niet zomaar, je moet het verdienen”*. Er wordt tijd vrijgemaakt voor informatie, duiding en het uiten van emoties. *“Een vertrouwelijk gesprek werkt op zich al therapeutisch en stress reducerend”*

Ongegronde verwachtingen van bewoners ten aanzien van zorgverleners betreffende hun asiendossier hypothekeren de relatie tussen zorgverleners en bewoners. Een suggestie is dat centrumartsen niet langer attesten voor een asiendossier kunnen uitschrijven en dat dit duidelijk aan bewoners en hun advocaten wordt meegedeeld.

6. Medische intake

De medische intake gebeurt door de verpleegkundige bij aankomst. Er wordt een medisch dossier opgemaakt. De arts overloopt de nota's van de verpleegkundige en beslist samen met de verpleegkundige of een consult of verdere opvolging door de arts aangewezen zijn.

Uit het verslag van simulatie intake blijkt dat er omstandige uitleg wordt gegeven door de verpleging en dat het contact vertrouwelijk verloopt.

Er is geen gestandaardiseerde format voor de medische intake opgemaakt. Dergelijk format is nuttig om belangrijke medische vragen of gegevens niet over het hoofd te zien.

7. Attest voor reisgeschiktheid (fit to fly)

Dit attest vormt zelden een probleem omdat medische problemen meestal op voorhand worden vastgesteld en gemeld zodat de nodige stappen kunnen ondernomen worden. Dit attest wordt opgemaakt via het elektronisch dossier en dus ook in dit systeem opgeslagen.

8. Psychiatrische problematiek

Zoals in Merksplas stelt de opvolging en verwijzing van zware psychiatrische problematiek (vb schizofrenie, psychosen e.a.) een probleem.

Er wordt samengewerkt met 2 psychiaters.

9. Psychologische begeleiding

Veel klachten hebben een psychosomatische component. Volgens het medisch team is het niveau van stress en spanning hoog bij aankomst van de meeste bewoners. Volgens de **psychologe** is dit inherent aan de detentie met een gebrek aan privacy en vrijheid. Daarbij komt de spanning die veroorzaakt wordt door de uitputtende procedure, het lange wachten en de onzekerheid. Die stress uit zich in slapeloosheid en frequente psychosomatische klachten.

Uit een gesprek met **bewoners**: *Hij stelt dat onder de stress de lijden voornamelijk omdat hij niet weet hoelang hij nog moet verblijven in het centrum. Hij zou liever in de gevangenis zitten (daar weet je hoe lang je moet zitten en zit je met minder mensen op een kamer)*

Na een paar dagen in het centrum daalt het stress niveau. De onrust verhoogt opnieuw op het einde van hun verblijf (vóór uitwijzing of overplaatsing).

Het centrum (**directie en medische dienst**) beweert het menselijke aspect van de detentie heel belangrijk te vinden. Er worden activiteiten georganiseerd. Begeleiders worden aangemoedigd om de bewoners menselijk op te vangen en psychosociaal te begeleiden. Volgens de directie gebeurt de aanwerving van personeel gebeurt ook in die context. Men verwacht van het personeel begrip voor de bewoners, goede communicatie, flexibiliteit, een humane houding en een multiculturele ingesteldheid. Zij functioneren als vertrouwenspersonen en moeten problemen aanvoelen.

Dit wordt ook verwoord door de bewoners:

“Als ik te kampen heb met stress of mij een beetje down voelt dan kan ik met de maatschappelijke werkster spreken”

“De maatschappelijke werker neemt wel de tijd om te luisteren.”

De deuren in het centrum worden niet gesloten. Er is geen strikt schema voor wandelingen of slapen. Er wordt soepel met regels omgesprongen. Er zijn geen tuchtmaatregelen. Open communicatie en sociale controle zijn belangrijk. Personeel is op elk moment aanspreekbaar. Die sfeer is ook duidelijk aanwezig in het centrum. Personeel is in voortdurend contact met de bewoners. Er wordt gepraat, geknutseld, ping-pong gespeeld. Het weekeinde voor ons bezoek werd een Vlaamse Kermis georganiseerd tussen bewoners en personeel. Er is geen bewakingspersoneel in uniform. Het is merkbaar dat er op deze manier getracht wordt om structureel aan stress reductie te doen.

Dit lijkt ook te lukken.

Volgens medisch personeel en directie zijn er relatief weinig gevallen van agressie. (< 5/per jaar). Er is geen isoleercel in het centrum. Als een situatie met een bewoner uit de hand loopt wordt die overgeplaatst naar een gesloten centrum waar wel isolatie mogelijk is (ongeveer 10/jaar). Handboeien zijn het voorbije jaar slechts eenmaal gebruikt.

In de voorbije 9 maanden waren er slecht twee hongerstakingen van korte duur. Er was één zelfmoordpoging.

Deels kan dit ook verklaard worden door het feit dat in het transitcentrum 127 een populatie verblijft die minder problemen stelt dan in andere gesloten centra. Er zijn geen ex-gedetineerden en minder bewoners met een geschiedenis van verslaving. Het grootste deel van de bewoners zijn asielzoekers die opgepakt zijn aan de grens en die nog hopen op regularisatie.

Het lawaai van de opstijgende vliegtuigen naast het centrum is voor een bezoeker opvallend. Bewoners klaagden over lawaaihinder tegen leden van de onderzoekscommissie. Volgens het medisch personeel komen er niet heel veel klachten over het lawaai bij hen terecht. Het lawaai is in elk geval van die aard dat het slaapverstorend kan werken en nefaste invloed kan hebben op de gemoedstoestand van bewoners.

Er is een voltijds psychologe contractueel tewerkgesteld in het centrum sinds september 2007. Haar functie is enkel de begeleiding van bewoners en niet administratief of dirigerend. De aanwezigheid van een psycholoog in het centrum wordt door het medisch personeel en directie als een belangrijke meerwaarde ervaren.

Takenpakket van de psychologe:

- Psychologische begeleiding van bewoners. Dit gebeurt vooral door individuele gesprekken met bewoners met psychische klachten. Bewoners kunnen zelf een gesprek met psycholoog aanvragen. Sommigen worden verwezen door arts, verpleegkundigen of begeleiders. Er worden praatsessies georganiseerd rond gemeenschappelijke onderwerpen waarbij de bewoners ruimte krijgen om hun gevoelens en ideeën in groep te ventileren.
- Psychologische ondersteuning van personeel (bvb in het geval van traumatische gebeurtenissen enz.)

Er zijn goede contacten met psychologe en sociaal assistenten. De **psychologe** suggereert de creatie van een overkoepelend mandaat dat de psychosociale aanpak binnen het centrum bewaakt en coördineert.

Mogelijke bedreigingen voor een goede psychologische begeleiding van bewoners (volgens **psychologe**):

- Psychologe verklaart dat bewoners in het begin vaak verwachten dat psychologe iets voor hun procedure kan doen. Die verwachtingen worden volgens haar dikwijls door de advocaten gecreëerd. Bij de eerste contacten dient zij steeds opnieuw haar functie te duiden en uitleggen dat zij geen rol heeft in de procedure.
- Psychisch lijden wordt soms overdreven of gefaket in de hoop invrijheidstelling om medische redenen te verkrijgen. Het is niet altijd evident om dit te onderscheiden van echt psychisch lijden. In principe kunnen alle bewoners die er om vragen bij de psycholoog terecht die hen probeert onbevooroordeeld te ondersteunen.
- Er is weinig literatuur/ervaring beschikbaar over de psychologische begeleiding in deze context. Er is nood aan bijkomende ondersteuning. De begeleiding, supervisie en intervisie voor centrum psychologen die het Commissariaat Generaal voor Vluchtelingen verzorgt, wordt als heel positief ervaren maar dient uitgebreid te worden.
- Er is een nood aan diagnostische instrumenten die geschikt zijn voor de specifieke context (vb. intelligentie testen)
- Er is weinig input, feedback en ondersteuning van de centrale overheid. De indruk bestaat dat administratie en verwijdering van het grondgebied prioritair zijn ten opzichte van de organisatie van een humane opvang.
- Men ervaart een negatieve perceptie van externen ten opzicht van hun functie. Deze perceptie zou volgens de psychologe mee beïnvloed zijn door de berichtgeving in de pers en de activistische en gepolariseerde houding van NGO's tegenover de gesloten centra.
- De gebrekkige infrastructuur is een belemmering. Er is dringend nood aan:
 - o Een prikkelarme ruimte voor angstige en gespannen bewoners
 - o Een "stille ruimte" om andere relaxatie sessies te organiseren
 - o Vergaderzaal voor overleg met begeleiders en sociaal assistenten, voor de organisatie van praatgroepen
 - o Ruimte voor ergo activiteiten

Psychologe ervaart haar functie als boeiend en uitdagend omwille van onder andere:

- de vrijheid die geboden wordt om de functie in te vullen en creatief te werken
- respect en appreciatie van personeel en directie
- het gevoel dat de inbreng van een psycholoog duidelijk een verschil kan maken
- erkentelijkheid die zij krijgt van bewoners

10. Zelfdoding

Zelfmoord pogingen of zelfmoord komen minder vaak voor in vergelijking met andere centra. Het voorbije jaar was er één zelfmoord poging. (informatie bron: psychologe)

11. Geweld bij uitwijzing

Een medisch onderzoek zou moeten worden aangeboden aan personen wiens uitwijzing werd opgeschort wegens hun verzet in de gevallen waarin de begeleiders gebruik hebben moeten maken van geweld. Meestal komen personen die zich verzetten tegen uitwijzing niet in het transitcentrum 127 terecht.

12. Isolatiecel

Is niet aanwezig in het centrum en past ook niet in de huidige strategie van het centrum. Wel is er nood aan een prikkelarme ruimte waar bewoners tot rust kunnen komen.

Er is nood aan een ruimte waar zieken kunnen afgezonderd worden van de leefgroepen.

13. Verslavingen

Verslaafde patiënten komen minder vaak in het transitcentrum 127 terecht (6 consultaties in 2007). Indien de arts het noodzakelijk acht kan methadon toegediend of opgestart worden. Methadon wordt enkel door de verpleging toegediend.

14. Zwangerschappen

Zwangere vrouwen worden door de centrumarts opgevolgd. Er is in het centrum een doppler apparaat voor het opvolgen van foetale harttonen in het centrum. Elk zwangere wordt minstens 1 x door een gynaecoloog gezien.

15. Kinderen en zuigelingen

De aanwezigheid van kinderen is vrij beperkt. Momenteel verblijven er vier kinderen. Niet begeleide minderjarigen komen niet in het centrum terecht. Kleine kinderen slapen in de slaapzaal van de vrouwen. Oudere jongens slapen in de mannen slaapzaal. Wekelijks komt Kind en Gezin langs. Vaccinaties worden door de arts gegeven als er gegevens zijn over vorige vaccinaties. Het verblijf in het centrum is te kort om nieuwe vaccinatie schema's op te starten.

Het feit dat kinderen in de slaapzalen bij volwassenen moeten slapen is zorgwekkend:

- lawaai van medebewoners kan hun nachtrust verstoren
- zij zijn mogelijk getuige van mogelijke gebeurtenissen die zij niet kunnen plaatsen gezien hun leeftijd (emotionele uitbarstingen, zelfmoordpogingen, agressie, ruzies enz.)
- kinderen voelen bepaalde situaties goed aan maar kunnen dit niet kaderen.

INAD

Het INAD-centrum is gelegen in de transitzone van de luchthaven van Zaventem. Het is een klein centrum. Het bestaat uit 4 vertrekken met 2 douches, 2 toiletten en 2 wastafels.

In principe kunnen er in het centrum maximum 28 personen worden ondergebracht maar er verblijven zelden meer dan 20 personen op hetzelfde ogenblik.

In het INAD centrum verblijven twee groepen illegalen:

- “INADS”: inadmissibles. Deze mensen worden in de luchthaven vastgehouden omdat zij niet in het bezit zijn van de vereiste documenten om het grondgebied binnen te komen. Zij worden vastgehouden totdat zij door de luchtvaartmaatschappij die hen naar België bracht opnieuw worden teruggevlogen.
- DEPU: deportees unaccompanied. Ongedocumenteerde personen worden op het grondgebied opgepakt en voor een aantal uren in het centrum gebracht vóór hun uitwijzing. Dit gebeurt vooral tijdens weekends of nachten als er geen opnames meer mogelijk zijn in de gesloten centra.

Bij medische problemen wordt beroep gedaan op MEDA, de medische dienst van de luchthaven. Zij verlenen gratis diensten aan luchthavenbezoekers met een passagiersstatus (mensen met een geldig vervoersbewijs). De INAD's vallen onder die status. Er is geen contract tussen MEDA en INAD.

Bij de intake op INAD vraagt men niet spontaan naar medische problemen. Het initiatief dient van de opgenomen uit te gaan. Op vraag van de opgenomen persoon kan er wel een arts van MEDA geconsulteerd worden (bron: simulatie intake).

Indien een psychosociale interventie nodig is kan beroep gedaan worden op het psychosociaal team van de politie.

Het INAD centrum en MEDA zijn tevreden over de samenwerking. De medische dienstverlening verloopt vlot en snel. Volgens de arts van MEDA gebeurt de opvang door de begeleiders op een professionele, humane en correcte manier. Ook de inschatting van medische problemen verloopt rationeel.

Medicatie kan MEDA voorzien uit hun stock. Als nodig wordt medicatie voorgeschreven die het transit centrum 127 later terug bezorgt. Ook op dit gebied verloopt de samenwerking vlot.

Per consult maakt de arts een medisch verslag. Dit wordt onder gesloten omslag door de begeleider bewaard en met de patiënt meegegeven bij afreis of aan de medische dienst bezorgd van het centrum waar de patiënt wordt opgenomen.

Gemiddeld doet INAD een drietal keer per week beroep op de diensten van MEDA.

MEDA is wel vragende partij voor een duidelijker protocol rond “DEPU's”. Strikt genomen horen zij volgens MEDA niet thuis in de transitzone en vallen die mensen buiten hun bevoegdheid. Zij beschikken niet over een geldig vervoersbewijs. Tot op heden zijn er daar geen duidelijke afspraken rond. Het personeel van MEDA voelt zich onvoldoende uitgerust voor de medische problematiek die zich regelmatig bij DEPU's stelt (toxicomanie, automutilatie enz.).

Er is geen aparte ruimte voorzien voor het afzonderen van bepaalde mensen. Dit is volgens het personeel van INAD een noodzaak (bvb voor verslaafden met afkick verschijnselen).

c. Centrum voor illegalen van Vottem (CIV)

Het centrum voor illegalen van Vottem werd bezocht op 6 juni 2008. De directie stelde het centrum voor aan het ganse evaluatie team. Nadien werd de medische evaluator rondgeleid en gebriefd over de werking van de medische dienst door de attaché personeel. Er was tevens een individueel gesprek met de arts, een verpleger en psycholoog. Er was tevens een onderhoud met een bewoner.

Voor een beschrijving van de structuur en organisatie van het transitcentrum 127 en INAD verwijzen we naar de verslagen van de Federale Ombudsdienst. Wat volgt is een neerslag van verkregen informatie en persoonlijke bedenkingen omtrent de medische aspecten van het centrum. De passages die persoonlijke bedenkingen of conclusies van de evaluator beschrijven zijn gemarkeerd in het grijs. Letterlijke uitspraken van ondervraagden staan in het cursief en tussen aanhalingstekens.

1. Medisch personeel

1.1. Samenstelling medisch dienst

1.1.1. Personeelsdirectie

- Attaché personeel
- Takenpakket:
 - Aanwerving en opvolging medische personeel
 - Organisatie medische dienst
 - Aankoop en budgetcontrole medische dienst

1.1.2. Artsen

- 2 basisartsen uit de regio
- Takenpakket
 - Verantwoordelijk voor de inhoudelijke invulling van medische zorgverlening in het centrum in overleg met verpleging en bevoegde attaché.
 - Verantwoordelijk voor medisch dossier van bewoners
 - Verantwoordelijk voor preventieve en curatieve zorg aan bewoners
 - Medische intake van binnenkomende bewoners. Iedere binnenkomende bewoner wordt in principe door de arts gezien.
 - Tekent een document voor reisgeschiktheid van uitgewezenen (“fit to fly”).
 - Verzekeren van de wachtdienst
- Andere beroepsactiviteiten: activiteiten basisarts en urgentiearts in omliggende ziekenhuizen.
- Statuut: zelfstandig statuut. Aangeworven op basis van een aannemingsovereenkomst van strafinstellingen met een in principe volledige autonomie voor de arts.
 - Werkdagen: betaling volgens aanwezigheid
 - Avond, nacht, weekend, feestdagen: betaling per prestatie
- Aanwezigheid centrum:
 - 25 uur per week: 3,6 uur per dag aanwezigheid in centrum, 1 uur per dag voor telefonisch overleg
 - artsen verzekeren een continue telefonische bereikbaarheid (ook buiten de normale werkuren)

De beschikbaarheid van de artsen wordt door directie en verpleging als voldoende ervaren.

Volgens de arts zijn te weinig uren voorzien om dit takenpakket naar behoren te kunnen uitvoeren. Er is een grote vraag naar medische consultaties en een groot aantal medische intakes die dienen verricht te worden. Er zijn gemiddeld 18 patiënten contacten per dag.

1.1.3. Verpleegkundigen

- Vier verpleegkundigen. Een verpleegkundige is momenteel in zwangerschapsverlof. Er wordt in de nabije toekomst een vijfde verpleegkundige aangeworven.
- Takenpakket:
 - Medische intake van binnenkomende bewoners en opmaak van intake dossier.
 - Eerste contactpunt voor bewoners die een medisch advies vragen.
 - Verdelen en opvolgen van medicatie
 - Zichtbare aanwezigheid van verpleegkundige in de bewonersafdeling. De directie wil de verpleegkundige een drempelverlagende rol toekennen (aanspreekpunt, eerste medische opvang, psychologische begeleiding, bufferfunctie enz). Volgens de attaché wordt deze taak tot nu toe onvoldoende opgenomen maar zal dit na aanwerving van een vijfde verpleegkundige verder worden uitgewerkt.
 - Bijstaan van arts in zijn taken
 - Verzorgen van EHBO opleiding aan personeel (vanaf november 2008)
 - Verzekeren van wachtdienst (telefonische bereikbaarheid en beschikbaarheid volgens een beurtrol).
- Statuut: contractueel, statutair in de nabije toekomst
- Aanwezigheid in centrum:
 - Dagelijks ook in het weekeinde

Volgens de directie is het moeilijk om verpleegkundigen te vinden. Het statuut wordt nu aantrekkelijker gemaakt doordat er gewerkt wordt aan een statutaire benoeming en door de weekendpremies.

1.1.4. Voltijds medische secretaresse

- Takenpakket:
 - Klassement medische dossiers
 - Maken van afspraken
 - Verzorgen medische correspondentie
 - Opvragen medische dossiers
 - Centrale rol in communicatie binnen medisch team

Zowel directie als leden van het medisch team beklemtonen de meerwaarde van de medische secretaresse voor de werking en organisatie van het team.

1.1.5. Eén voltijdse psycholoog

- Maakt niet echt deel uit van het medisch team, valt onder de “directie bewoners”
- Takenpakket:
 - Psychologische begeleiding van bewoners voor wie dit nodig wordt geacht (op vraag van personeel, verpleegkundigen en arts).

- Opvolging van bewoners in isolatie (niet van bewoners in disciplinaire isolatie).
 - GEEN administratieve of directie functie
 - De psycholoog was vroeger directielid maar vervult nu alleen de rol van klinisch psycholoog
- Aanwezigheid in centrum:
- Kantooruren

Het medisch team komt uit een bijzondere moeilijke periode. Voorheen was er een arts die als fulltime personeelslid voor het centrum werkte. Omwille van externe druk (publieke opinie en politiek) en interne problemen (moeilijke coördinatie met andere diensten, onvoldoende transparantie in werking enz.) werd overgestapt op aannemingscontracten met een onafhankelijke arts. De samenwerking met een vorige arts verliep heel stroef. Er was geen communicatie met personeel, directie en verpleegteam. Er was in die periode een groot verloop van verpleegkundigen. De bezetting van de functies was sterk wisselend. Er werd beroep gedaan op interim-verpleegkundigen. Verantwoordelijkheden werden niet opgenomen. De coördinatie en communicatie was bijzonder moeilijk. Er was groot wantrouwen ten opzichte van de medisch dienst vanwege bewoners, personeel en directie. (bron: attaché personeel)

Sinds 1,5 jaar werd een directielid aangesteld voor de hervorming van de medische dienst. Er gebeurde een grondige herschikking van de organisatie en de personeelsbezetting (artsen, verpleegkundigen en medisch secretariaat).

De personeels attaché vervult een meer prominente en coördinerende rol in de organisatie van de medische dienst in vergelijking met andere centra. Tot deze strategie werd door de directie besloten om uit de crisissituatie geraken waarin de medische dienst was verzeild. Voor zover te beoordelen lijkt die aanpak een positief effect te hebben op de kwaliteit van zorgverlening in het centrum. Het verantwoordelijke directielid heeft geen medische achtergrond. Zowel arts als directie geven toe dat de grenzen van die coördinatie rol van het directielid niet altijd duidelijk waren en zijn. Dit leidde soms tot discussie tussen arts en directie. De arts wil de verantwoordelijkheid behouden over de inhoudelijke invulling van de medische dienst en het medisch beroepsgeheim bewaken. Beiden erkennen dat er nu een zeker evenwicht in het afbakenen van verantwoordelijkheden is bereikt. Zowel personeel als directie bevestigen dat er een duidelijke verbetering is in de organisatie van de medische dienst.

Mogelijke pijnpunten en zwaktes wat betreft organisatie van de medische dienst:

- 1) Er is nog geen optimale taakverdeling en complementariteit tussen artsen en verpleging. Per dag wordt een groot aantal bewoners (20 – 30) door arts en verpleging gezien. De verpleging ziet kort de bewoners met een medische hulpvraag en dan komen ze bij de arts die zich vooral baseert op wat de verpleger noteerde. Deze werkwijze houdt het gevaar in dat dezelfde bewoners steeds oppervlakkig worden bevraagd en onderzocht. Noch door de verpleging noch door de arts gebeurt er een grondige evaluatie van de patiënten. Mijns inziens kan de hulpvraag van de bewoners zowel door de verpleging als door de arts geëvalueerd worden. Maar het is belangrijk dat die evaluatie grondig en met kennis van zaken gebeurt. De verpleging vervult in CIV niet echt een filterfunctie. Vooral het takenpakket van de verpleging dient beter omschreven. Een verdere begeleiding en training van de verpleging in de uitvoering van die taken is noodzakelijk. De arts vermeldt bijvoorbeeld dat hij niet de tijd en de interesse heeft om de psychologische begeleiding van bewoners op te nemen. Dit hoeft geen probleem te zijn op voorwaarde dat andere leden van het medisch team wel die taak opnemen. Dit aspect van de begeleiding enkel overlaten aan de psycholoog is onvoldoende aangezien de psycholoog enkel

bewoners ziet die uitdrukkelijk verwezen zijn of bewoners die erom vragen.(zie verder psychologische begeleiding van patiënten).

- 2) De vraag kan gesteld worden of het opsplitsen van het organisatorische en inhoudelijk beleid van de medische dienst tussen arts en directie een werkbaar systeem is. Het onderscheid lijkt artificieel en sowieso lopen de domeinen in elkaar over. Dit kan enerzijds leiden tot discussies over bevoegdheden en anderzijds tot het afschuiven van verantwoordelijkheden. In de concrete context van het centrum van Vottem is de expliciete coördinatie rol die de directie opnam essentieel en gunstig geweest voor de noodzakelijke reorganisatie van de medische dienst. In de toekomst dient dit echter opnieuw bekeken te worden in functie van de autonomie van de medische dienst. Het lijkt meer aangewezen dat de arts in overleg met het ganse team een meer coördinerende rol opneemt en de vrijheid krijgt om de dienst uit te bouwen en te structureren. Dit zal ook het verantwoordelijkheidsgevoel en het aspect van “ownership” doen toenemen.
- 3) De integratie van de psycholoog in de medische dienst lijkt essentieel. De medische zorg in de centra kan niet losgekoppeld worden van de psychische zorg. Het is dan ook niet logisch dat de diensten van de psycholoog losgekoppeld zijn van de andere medische diensten. Er zou een voortdurende wisselwerking moeten zijn en beiden diensten moeten beter op elkaar afgestemd worden. Burelen zouden dichterbij elkaar moeten gelegen zijn, dossiers gedeeld evenals het medisch secretariaat.

1.2. Relatie met medische diensten van andere centra

Volgens de arts is er weinig communicatie tussen de medische diensten van andere centra. Bovendien is er bij telefonisch contact een grimmige, concurrentiële sfeer.

2. Toegang tot medische zorgverlening

Dagelijks worden tussen 9 en 10 uur lijsten uitgehangen in de bewonersvleugels waarop bewoners die een consult wensen kunnen intekenen. Nadien komt de verpleging terug en gaat bij de bewoners langs die een consult vragen. Zij vragen na wat de reden van hun vraag is en noteren dit kort. Nadien wordt de lijst met de arts overlopen en beslist welke mensen door de arts worden gezien. De arts verricht de consultaties in de namiddag. Meestal is ook een verpleger aanwezig in de consultatie.

In 2007 werden 4102 consultaties gedaan door de arts. Dit betekent gemiddeld 18 consultaties per dag.

2.1. Commentaren:

- o Het feit dat mensen dienen in te tekenen op een lijst die in de bewonersvleugels worden opgehangen schendt het recht op vertrouwelijkheid en medische geheimhouding voor patiënten. Alle bewoners van de vleugels kunnen zien wie een medisch consult aanvraagt.
- o De verpleging beslist op basis van een kort onderhoud op de bewonersvleugel wie de arts kan zien. Het is verdedigbaar dat de verpleging een filterfunctie vervult maar de omstandigheden waarbij die filterfunctie wordt vervuld dienen verbeterd te worden. De bewoners zouden in een vertrouwelijke ruimte hun probleem moeten kunnen voorleggen. Er dient voldoende tijd genomen te worden om het probleem te evalueren. Het probleem en de context ervan dienen uitgebreider genoteerd te worden en bij het dossier gevoegd.
- o De arts beslist op basis van de korte nota's van de verpleging of een bewoner zal gezien worden. Door het tijdstekort dienen de nota's van de verpleging ook als basis voor het verder onderzoek en beleid van de arts. Een reëel risico is dat de anamnese niet grondig gebeurt noch door de arts, noch door de verpleging.

- o De arts is 3,5 uur per dag in het centrum aanwezig. Er zijn gemiddeld 18 patiëntencontacten per dag. Daarbij is er nog het teamoverleg en de administratieve taken. In dit korte tijdsbestek kunnen de artsen onmogelijk een grondige medische evaluatie doen van de gezondheidsklachten van bewoners.

2.2. Een voorbeeld van falende zorg.

We zagen een 18 jarige jongen uit Pakistan. Naar zijn verhaal is hij op 16 jarige leeftijd als niet-begeleide minderjarige gevlucht uit Pakistan omwille van godsdienstige redenen (katholieken in moslimland). In België werd hij begeleid door een psychiater en psycholoog van een ziekenhuis in Brussel. Voor de detentie in CIV nam hij antidepressieve medicatie (Serlain) en twee andere medicamenten waarvan hij zich de naam niet meer kon herinneren. Hij kreeg ook psychologische ondersteuning.

Bij aankomst in het centrum van Vottem meldde hij bij het personeel dat een afspraak voorzien was bij de psychiater en psycholoog in Brussel. Hij klaagde over hoofdpijn waarvoor hij ibuprofen kreeg. De andere medicatie die hij voordien nam werd niet voortgezet. In het dossier was enkel hoofdpijn vermeld en de voorgeschreven ibuprofen. Bij nazicht in het dossier staat niets genoteerd in het dossier over psychiatrische problematiek. Dit werd blijkbaar niet verder nagevraagd of onderzocht.

Er werd wel een afspraak geregeld met de behandelende psychiater en psycholoog in Brussel. Die afspraak was voorzien twee dagen na het bezoek van de delegatie aan het centrum, twee weken na aankomst van de man in het centrum.

Omtrent deze concrete casus kunnen een aantal commentaren geformuleerd worden. Deze werden eventueel wel niet getoetst bij het personeel van de medische dienst omdat er na afloop van het gesprek met de man er geen medisch personeel meer aanwezig was in het centrum.

- In het dossier was er geen samenvatting van de anamnese van deze bewoner
- De psychiatrische voorgeschiedenis en medicatie waren niet vermeld in het dossier
- De antidepressieve medicatie werd onderbroken wat kan aanleiding geven tot een opflakking van depressieve symptomen
- Er waren geen medische gegevens beschikbaar over de diagnose en behandeling bij Brussels hulpverlener.
- De bewoner is niet gezien geweest door de psycholoog van het centrum.

De continuïteit van zorg voor deze patiënt blijkt problematisch. Er kan niet achterhaald worden hoe de patiënt de hulpvraag formuleerde in Vottem. Tegen de commissie liet hij uitschijnen dat hij enkel geïnteresseerd was in de begeleiding van hulpverleners in Brussel en daarom niet vroeg naar psychologische begeleiding in het centrum. Hij vermeldde expliciet dat hij zijn verhaal en psychische problemen niet opnieuw wenste voor te leggen aan andere hulpverleners. Mogelijks ligt een gedeeltelijke oorzaak van het onderbreken zorg bij deze terughoudendheid van de bewoner. Anderzijds kwam tijdens het kort onderhoud van de commissie met de bewoner de psychologische nood van de bewoner duidelijk naar voor. Deze situatie van falende zorg was mogelijks vermijdbaar als er dieper op de vraag en klacht van de patiënt was ingegaan. Dit kon zowel gebeuren door verpleegkundige, arts of een ander personeelslid met signaalfunctie.

2.3. Voorstellen:

- o De filterfunctie van de verpleging kan bewaard blijven maar elke bewoner die het vraagt zou een grondige anamnese/bevraging rond zijn hulpvraag moeten krijgen in vertrouwelijke omstandigheden (ofwel door de verpleging ofwel door de arts).
- o Een coherente en systematische verslaggeving in het dossier van anamnese en onderzoek door verpleging en arts. (bv SOEP registratie).
- o Streven naar een betere complementariteit en taakverdeling tussen verpleging en artsen. Wie biedt psychologische ondersteuning van bewoners? Wie informeert de bewoners over medisch aspecten? Wie verzorgt de omkadering van verslaafden?

- o Drie uur is onvoldoende voor 18 patiëntencontacten. De kwaliteit van medische zorg leidt daar ongetwijfeld onder. Een redelijk gemiddelde is vier patiëntencontacten per uur. Ofwel dienen de uren van de arts uitgebreid te worden. Ofwel dient de filterfunctie door de verpleging beter te worden uitgewerkt. Of een combinatie van beide. Een werkload van 18 patiëntencontacten betekent dat dagelijks 10% van de populatie dagelijks door de arts wordt gezien. Dit is een heel hoog gemiddelde voor een relatief jonge (en fysisch gezonde) populatie.

3. Kwaliteit van medische zorgverlening

3.1. Aanbod van zorg

Volgens de arts kan ongeveer hetzelfde aanbod aan medische zorg verleend worden als in een courante huisartspraktijk.

De aard van de pathologie is tevens gelijklopend met een uitzondering van infectieuze pathologie. (vb hepatitis C)

3.2. Infrastructuur voor medische dienst

De infrastructuur is optimaal. Er zijn grote consultatieruimtes en een wachtzaal. In de onderzoeksruimte waar de verpleging werkt is er weinig privacy. Het medische secretariaat is in dezelfde ruimte en ook alle bezoekers van de medisch dienst kunnen zien wie er bij de verpleger is. Tot op heden verricht de verpleging ook weinig of geen afzonderlijke consultaties. Als dit in de toekomst wordt voorzien dient de onderzoeksruimte aangepast te worden.

Er is voldoende medisch materiaal voor handen..

De kamers voor medische isolatie zijn ruim maar sober. Er zijn voldoende kamers beschikbaar.

3.3. Medische dossiers

Er is een elektronisch ficesysteem dat werd opgemaakt op maat van het centrum. De structuur van het dossier is overzichtelijk en gebruiksvriendelijk. Het dossier is beschikbaar voor alle personeelsleden maar bepaalde onderdelen zijn enkel toegankelijk met een paswoord (bvb medisch dossier, psychologisch dossier, dossier van sociaal assistent). Via dit dossier kunnen boodschappen worden gericht naar de verschillende personeelsleden. De arts kan bijvoorbeeld het personeel verwittigen in verband met mogelijk suïcidegevaar of belang van medicatie enz. Personeel kan ook informatie doorgeven aan arts.

Maar op de medische dienst wordt dit elektronisch dossier weinig of niet gebruikt voor het opslaan van medische gegevens of consultaties. Volgens de arts is er geen gepast medisch programma in het elektronisch dossier geïntegreerd. Er wordt een papieren dossier bijgehouden. Dit papieren dossier is weinig overzichtelijk, slecht leesbaar en onvolledig. Er is geen duidelijk rubriek voor medische antecedenten.

Er worden te weinig gegevens in het dossier genoteerd. Dit is niet bevorderlijk voor de communicatie tussen het medisch team. Er is geen rubriek voor de verpleegkundigen. Dit houdt een reëel risico in dat medische informatie verloren gaat. Rapporten van psycholoog zijn ook niet consulteerbaar door medisch team.

Zo is er bijvoorbeeld geen informatie te vinden in het dossier over de twee personen die in de isolatiecel verbleven. Ter verdediging dient vermeld dat deze personen nog maar een paar uur in isolatie verbleven. Over de persoon die verschillende zelfmoordpogingen (inslikken van scherpe voorwerpen) had ondernomen waren de verschillende incidenten genoteerd maar er was geen verslag (van psycholoog of

medisch team) dat rapporteerde over mogelijke beweegredenen of over de emotionele toestand van de patiënt.

Een coherent (bij voorkeur elektronisch) dossiersysteem is noodzakelijk. Als ruimer kader is er reeds een mooi uitgewerkt elektronisch fichesysteem beschikbaar voor het ganse centrum waarbinnen een medisch dossiersysteem zou kunnen geïntegreerd worden. Daarnaast dienen er duidelijke afspraken gemaakt te worden binnen het team voor het noteren van gegevens en informatie.

3.4. Continuïteit van zorg

3.4.1. Aansluitend op vroegere zorg

- In de bovenstaande casus (Pakistaanse bewoner) was er geen continuïteit van zorg bij detentie in het centrum. Gezien de intake relatief vluchtig gebeurt is het risico reëel dat er belangrijke medische antecedenten over het hoofd worden gezien.
- Volgens de arts probeert men vroegere verslagen en dossiers op te vragen. De aanwezigheid van een medisch secretariaat vergemakkelijkt dit.

3.4.2. Opvolging van behandeling

- De bewoners krijgen de medicatie van het personeel op vaste tijdstippen en worden gevraagd dit voor de ogen van het personeel in te nemen. Er wordt genoteerd als de bewoner de medicatie niet inneemt. De verpleging volgt dit verder op. Bij het (vaak) niet innemen van de medicatie wordt dit met de arts besproken.

3.4.3. Integrale zorg (informatie bron: arts)

Er is mogelijkheid tot verwijzing tussen verschillende niveaus van gezondheidszorg en andere gezondheidsdiensten.

Verwijzingen in 2007:

- 122 ambulante specialisaties
- 14 chirurgie
- 269 tandarts
- 11 bewoners kregen kine in centrum
- 44 verwijzingen naar spoedgevallen
- 10 hospitalisaties

De arts ervaart geregeld druk van bewoners voor doorverwijzing.

Als de bewoner insisteert wordt ingegaan op de vraag naar doorverwijzing van een bewoner.

De verwijzing naar medische specialisten verloopt vlot. Er is een goede samenwerking en communicatie met specialisten en ziekenhuizen. De meest frequente doorverwijzingen gebeuren naar hôpital Citadelle Liège. Om vlotte dienstverlening te verzekeren en lange wachttijden te vermijden kunnen bewoners rechtstreeks bij de specialist terecht zonder de inschrijvingsprocedure te doorlopen. Rapporten van specialisten worden bij het medisch dossier gevoegd.

Voor het transport naar externe gezondheidscentra wordt beroep gedaan op de diensten van Bureau T. Soms kunnen afspraken niet doorgaan omdat er geen transport kan worden voorzien door het bureau wat heel hinderlijk is.

Er is een belangrijk probleem voor het vinden van een psychiater die bewoners wil begeleiden. Zeker de opname van bewoners op een psychiatrische dienst is problematisch.

Ook de opname van hongerstakers is een probleem. Hongerstakers worden snel ontslagen. Ziekenhuizen gebruiken als voorwendsel dat zij “geen behandeling tegen de wil in van de patiënt kunnen instellen en opname dus zinloos is”.

3.4.4. Na vertrek uit het centrum

Mensen die vertrekken uit het centrum krijgen een kopie van de medische verslagen en als nodig een verwijsbrief van de arts. Zij krijgen medicatie voor een tweetal weken mee.

De arts stelt dat zijn verantwoordelijkheid stopt op het moment dat de bewoner het centrum verlaat. Er worden geen stappen ondernomen om een continuïteit van behandeling te voorzien voor patiënten met een belangrijke ziektegeschiedenis noch in het geval van uitwijzing, noch in het geval van vrijlating.

3.5. Confidentialiteit en medisch beroepsgeheim

Het directielid dat verantwoordelijk is voor de medische dienst vindt dat hij ook onder het medisch beroepsgeheim valt en dus eigenlijk op de hoogte mag gesteld worden van bepaalde diagnoses en behandelingen als dit belangrijk is voor de werking van het centrum of de verdere detentie van de bewoner. De arts gaat hiermee niet akkoord omdat het directielid geen medische functie heeft. De arts blijft waken over het beroepsgeheim.

Dit is een punt van discussie tussen directie en arts.

4. Medicatie

De belangrijkste medicatie is voorradig en lijkt nauwkeurig bijgehouden. De medicatie is opgeborgen in een afgesloten kast. Personeel dat medicatie komt halen (bijvoorbeeld weekeinde) moet dit aftekenen. Het personeel weet waar de sleutel wordt bewaard.

De medicatie wordt klaargezet door verpleegkundigen. Nu verloopt dit vrij vlot. In het verleden (interim verpleegkundigen) waren er vaak fouten waarbij verantwoordelijkheden werden afgeschoven. Nu is er één verpleger die klaartzet en één verpleger die controleert.

De medicatie wordt uitgedeeld door de bewakers. De bewoners moeten tekenen en de bewakers zien erop toe dat de medicatie wordt genomen. Als dit niet gebeurt wordt dit genoteerd. De medische dienst kan de bewoner daarover aanspreken en eventueel de medicatie stop zetten.

Deze maatregel werd genomen omdat er in het verleden problemen waren met bewoners die medicatie opsparden en doorverkochten.

De kosten van medicatie waren in het verleden heel hoog. Nu is er een afspraak met de apotheek dat systematisch de goedkoopste variant wordt geleverd. De directie zou willen dat medicatie voorgeschreven wordt uit lijsten met goedkopere medicatie. Dit stuit op kritiek van de artsen die therapeutische vrijheid claimen.

Courante niet voorschrijfplichtige medicatie is voorhanden op de bewonersvleugels (vb paracetamol, motilium en dergelijke).

5. Relatie/communicatie tussen zorgverleners en bewoners

In tegenstelling tot de artsen in de andere centra zegt de arts dat de druk van patiënten en advocaten op de medische dienst goed beheersbaar is. Waarschijnlijk hangt dit ook samen met de graad van “meegaan met de patiënt” door de arts. Bij het gesprek met de arts is er de indruk dat de aanpak van de arts rationeler, minder empathisch en meer somatisch georiënteerd is. Arts vermeldt zelf dat de psychologische begeleiding hem niet ligt.

6. Medische intake

De medische intake gebeurt door de verpleegkundige bij aankomst. Er wordt een medisch dossier opgemaakt. Als de bewoner buiten de werkuren van de verpleegkundige op het centrum aankomt, verblijft hij in een aparte ruimte tot de medische intake is gebeurd.

De arts ziet dan in de loop van de volgende dagen de bewoner en baseert zich daarbij op de nota's van de verpleegkundige. Volgens het verslag van de simulatie intake is het contact met de arts kort. Er gebeurt niet systematisch een lichamelijk onderzoek. Dit hangt af van de medische historiek.

Er is geen gestandaardiseerde format voor de medische intake opgemaakt. Dergelijk format is nuttig om belangrijke medische vragen of gegevens niet over het hoofd te zien.

7. Attest voor reisgeschiktheid (fit to fly) (bron van informatie: arts)

Dit attest vormt zelden een probleem omdat medische problemen meestal op voorhand worden vastgesteld en gemeld zodat de nodige stappen kunnen ondernomen worden.

8. Psychiatrische problematiek

De doorverwijzing van psychiatrisch patiënten is een heel problematisch zowel voor consultaties als voor opnames.

Zowel het medisch team als de psycholoog melden dat de bereikbaarheid van een psychiater een dringend probleem is.

9. Psychologische begeleiding

Volgens de directie is het menselijke aspect van de detentie belangrijk. Er worden activiteiten georganiseerd. Begeleiders worden aangemoedigd om de bewoners menselijk op te vangen en psychosociaal te begeleiden. De aanwerving van personeel gebeurt ook in die context.

Desondanks is de sfeer onder de bewoners de laatste jaren grimmiger dan voorheen. Er zijn meer incidenten. (informatie bron: attaché personeel)

Toch zijn er een aantal troeven die dit centrum heeft ten opzichte van andere centra: (informatie bron: directie)

- Het regime is minder streng. Mensen kunnen in hun kamers blijven als ze dit wensen.
- Binnen een vleugel kan men vrij bewegen.
- Aanwezigheid van een leraar
- De bewoners slapen met max 4 in één kamer

- Doordat er vier bewonersvleugels zijn kan men beter het evenwicht bewaren binnen eenzelfde vleugel. Als er problemen dreigen kan men preventief werken door bepaalde bewoners te verhuizen van vleugel.
- Men probeert ook een zekere complementariteit na te streven in elke vleugel binnen het personeel.

Verveling wordt gezien als één van de belangrijkste problemen. Er staan projecten op stapel om de infrastructuur om educatieve en ontspanningsactiviteiten te kunnen uitbreiden.

Een probleem voor de spanning en agressie binnen het centrum is de vrij grote populatie van ex-gedetineerden (15%). Daarnaast is ook nog een grote groep die niet rechtstreeks van de gevangenis komen maar die toch een juridisch verleden hebben. Geweld en drugs komen meer voor bij deze bewonersgroep.

Suggesties om structureel het spanningsniveau te doen dalen:

- Verder werken aan de uitbouw van ontspanningsactiviteiten
- Activiteiten die de auto estimatie bevorderen (kunst, muziek, sport enz.)
- De opvoeders werken per vleugel. De opvoeders als team laten werken zodat ze meer impact krijgen, elkaar stimuleren, gemeenschappelijke projecten kunnen uitwerken.
- Tijd en ruimte voor de bewoners om hun frustraties te ventileren. Een meer permanente aanwezigheid van verpleging in de bewonersvleugels is een optie.
- Training van personeel in conflictbeheersing
- psycholoog begeleidt personeel omtrent aanpak van bewoners
- Structurele maatregelen om het aantal SMEC's in de centra te doen dalen:
 - o Rechtstreekse uitwijzing vanuit de gevangenis instelling
 - o SMEC's onderbrengen in aparte centra

Zoals in andere centra hebben veel klachten een psychosomatische component. De onzekerheid waarin de bewoners verkeren is een belangrijke stress factor.

Zoals eerder vermeld is de aanpak van de arts eerder somatisch. Klachten als slapeloosheid, onrust, spierpijnen, hoofdpijn, neuralgieën worden vooral medicamenteus en met geruststelling aangepakt.

De somatische aanpak van de arts is op zich geen probleem. Niet alle artsen hebben de interesse of ingesteldheid om langere ondersteunende gesprekken te voeren. Toch zou er binnen het medisch team moeten gestreefd worden naar complementariteit. Een verpleegkundige zou dit aspect van zorgverlening kunnen opnemen.

Er is een voltijds bewonerspsycholoog contractueel tewerkgesteld in het centrum sinds september 2007. Voorheen werkte hij als adjunct directeur. Nu is zijn functie enkel de begeleiding van bewoners en niet langer administratief of dirigerend.

Volgens de psycholoog is er weinig vraag van bewoners naar psychologische begeleiding. Als die vraag er komt is dit vaak ingegeven door de hoop om medicatie te verkrijgen (toxicomanen) of om er procedureel profijt uit te slaan.

Meestal komt de vraag voor psychologische begeleiding van het personeel.

De diensten van de psycholoog lijken te weinig te articuleren met de medische dienst. De medische dossiers bevatten geen rapporten van de psycholoog.

10. Zelfdoding en hongerstakingen

Zelfmoord pogingen zijn vrij frequent. Volgens de arts zijn veel “zelfmoordpogingen” pogingen om invrijheidstelling te verkrijgen om medische redenen. Bij langere hospitalisaties volgt immers automatisch een invrijheidsstelling. Op de dag van ons bezoek werd een bewoner verwezen naar het ziekenhuis die een scherp

voorwerp inslikte. Dit was herhaaldelijke keren gebeurd. In het verleden waren er diabetes patiënten die te grote hoeveelheden insuline bij zichzelf injecteerden om een hypoglycemie te veroorzaken. Ook hongerstakingen komen regelmatig voor. Hongerstakers worden in aangepast regime geplaatst en dagelijks gezien door een verpleegkundige/ars en psycholoog. Doorgedreven hongerstakingen leidt tot 2-3 vrijlatingen per jaar. Opname van hongerstakers in ziekenhuizen is problematisch.

11. Geweld bij uitwijzing

Bij elke re-intake wordt een bewoner door de medische dienst gezien. Er wordt een attest opgemaakt in geval van letsels

12. Isolatiecel

Er zijn isolatiecellen. Aan de isolatiecellen hangen bladen waarop directie, verpleegkundige, psycholoog, sociaal assistent tekenen als ze de cellen bezoeken.

Mijns inziens is het niet nodig dat zoveel mensen de bewoner in isolatie dienen te zien. Het lijkt beter dat één personeelslid een uitgebreider gesprek heeft dan vier verschillende mensen een kort contact. Het risico bestaat dat verantwoordelijkheden worden doorgeschoven. Bij het bezoek waren twee mensen in de isolatiecel om disciplinaire reden (na een gevecht).

Er zijn kamers voor aangepast regime. Dit wordt vooral gebruikt om mensen wat rust te geven en even te isoleren van de groep. De bewoner die verschillende suïcidepogingen had ondernomen (inslikken van stuk van een schaar, inslikken van plastic van het raamkozijn) en nu werd opgenomen verbleef bij ons bezoek op zo'n kamer. Hier hangt ook een blad dat door vier personeelsleden moet ondertekend worden bij hun bezoek.

Het dossier van deze bewoner werd ingekeken.

- 10/5/8: suicide poging door ophanging 's nachts. De persoon werd in bewaking geplaatst.
- 14/5/8 tot 16/5/8: melding van hongerstaking
- 31/5/8: inslikken stuk schaar. De problemen werden gemeld aan DVZ Brussel. "Zorgvuldiger bewaken" was het advies.
- 9/6/8: inslikken plastic van raamkozijn. Patiënt werd verwezen naar ziekenhuis voor gastroscopie.

Er zijn tevens kamers voor afzondering omwille van medische redenen.

13. Verslavingen

Er zijn vrij veel bewoners met een drugsproblematiek. Indien de arts het noodzakelijk acht wordt methadon toegediend of opgestart. Methadon wordt enkel door de verpleging toegediend.

d. Centrum voor illegalen Brugge (CIB)

Het CIB werd bezocht door de medische evaluator op 11 juni 2008. De andere leden van het evaluatie team bezochten het CIB op een andere dag. Er was maar één directielid aanwezig. De overige directieleden namen deel aan een bijscholing. Informatie werd verkregen via individuele gesprekken met een directielid (attaché econoom), psycholoog, verpleegkundigen en arts. Het directielid deed de rondleiding in het centrum. Tijdens het middagmaal was er een informeel gesprek met een groepje bewakers. Er werd een groeps gesprek gevoerd met vijf mannelijke bewoners tijdens de wandeling. Ook de gegevens die werden genoteerd bij de simulatie intake werden gelezen.

Ook het CIB jaarverslag van 2007 verschaftte gegevens voor dit verslag.

Voor een beschrijving van de structuur en organisatie van het centrum verwijzen we naar de verslagen van de Federale Ombudsdienst. Wat volgt is een neerslag van verkregen informatie en persoonlijke bedenkingen omtrent de medische aspecten van het centrum. In de tekst wordt in ‘vet’ de bron van de informatie vermeld. De passages die persoonlijke bedenkingen of conclusies van de evaluator beschrijven zijn gemarkeerd in het grijs. Letterlijke uitspraken van ondervraagden staan in het cursief en tussen aanhalingstekens.

1. Medisch personeel

1.1. Samenstelling medisch dienst (vanaf 1 juni 2008)

(informatiebronnen: directielid, verpleegkundigen, arts, jaarverslag 2007)

1.1.1. Artsen

- 2 Huisartsen uit de regio
- Takenpakket
 - Verantwoordelijk voor de inhoudelijke invulling van medische zorgverlening in het centrum in overleg met medisch personeel
 - Verantwoordelijk voor medisch dossier van bewoners
 - Verantwoordelijk voor preventieve en curatieve zorg aan bewoners
 - Medische intake van binnenkomende bewoners. De arts bekijkt het intake dossier dat werd opgemaakt door verpleegkundige en onderzoekt de bewoners op consultatie als nodig.
 - Tekent een document voor reisgeschiktheid van uitgewezenen (“fit to fly”).
 - Verzekeren van de wachtdienst
- Professionele kwalificatie: geaccrediteerde huisartsen
- Andere beroepsactiviteiten:
 - privé praktijk als huisarts in een Brugse groepspraktijk
 - urgentiearts en arts Federale Politie
- Statuut: zelfstandig statuut. Aangeworven op basis van een aannemingsovereenkomst van strafinstellingen met een in principe volledige autonomie voor de arts.
 - De betaling van artsen verandert binnenkort:
 - volgens aanwezigheid in centrum (prikkllok, voordien werd 2 uur per dag betaald)
 - wachtdienst:
 - beschikbaarheidhonorarium
 - per consult
 - per technische prestatie

- Aanwezigheid centrum:
 - weekdag: 1 tot 2 uur per dag
 - De artsen verzekeren de wachtdienst onder hen beide. In geval van nood kunnen zij beroep doen op collega artsen. Dit gebeurt zelden.
- Samenwerking artsen:
 - Er is een vlotte samenwerking gebaseerd op respect voor elkaars beslissingen en werkwijze.
 - Er is een zekere taakverdeling:
 - Gynaecologische consultaties worden vooral door de vrouwelijke arts uitgevoerd
 - Verslavingsproblematiek komt eerder bij de mannelijke arts

1.1.2. Verpleegkundigen

- Vier verpleegkundigen met ervaring: 3 voltijds, 1 verpleegkundige werkt deeltijds (4/5)
- Takenpakket:
 - Medische intake van binnenkomende bewoners en opmaak van intake dossier.
 - Eerste contactpunt voor bewoners die een medisch advies vragen. (filterfunctie)
 - Organisatie doorverwijzingen
 - EHBO
 - Verdelen en opvolgen van medicatie
 - Verlenen van medische informatie aan bewoners
 - Bijstaan van arts in zijn taken
 - Verzorgen van EHBO opleiding aan personeel (vanaf september 2008)
 - Medische begeleiding van bewoners in isolatie
- Statuut: 2 statutair, 1 contractueel, 1 stagedoend
- Aanwezigheid in centrum:
 - maandag tot vrijdag vanaf 9 uur tot 18 uur
 - weekend: voormiddag

1.1.3. Eén voltijdse bewonerspsycholoog

- Sinds september
- Maakt deel uit van het sociaal team (niet het medisch team)
- Takenpakket:
 - Psychologische begeleiding van bewoners
 - Op vraag van bewoners (beperkte vraag)
 - Op vraag van personeel
 - Alle bewoners in isolatie (aangepast regime, medische isolatie, disciplinaire isolatie)
 - Alle binnenkomende bewoners krijgen een kort gesprek met de psycholoog bij het begin van hun verblijf
 - Psychologische begeleiding en omkadering van personeel
 - GEEN administratieve of directie functie (er is ook een psychologe met directiefunctie, in uitzonderlijke omstandigheden neemt zij taken op als bewonerspsychologe, bvb bij afwezigheid van psycholoog of op uitdrukkelijke vraag van bvb vrouwelijke bewoners)
- Professionele kwalificaties: Licentiaat in de psychologie
- Aanwezigheid in centrum:
 - Kantooruren

1.2. Relatie/Communicatie met directie en personeel

Het medisch team (verpleegkundigen en artsen) functioneert als een autonome entiteit binnen het centrum. Zij bouwden hun eigen takenpakket en werkverdeling uit. Het medisch team bewaakt sterk deze autonomie. De werking is geleidelijk gegroeid en gebaseerd op vertrouwen. De verpleegkundigen nemen een vrij grote verantwoordelijkheid op (zelfstandige consultaties, filteren van consulten voor arts, medische intake enz.). Een van de verpleegkundige neemt de leiding op zonder daartoe aangesteld te zijn. Dit wordt als positief ervaren.

De verpleegkundigen kunnen altijd telefonisch een arts bereiken. Zij voelen zich ook voldoende ondersteund door de artsen. De artsen zijn de eindverantwoordelijken. De arts geeft feedback wanneer nodig maar stelt groot vertrouwen in het team. Dit vertrouwen is gegroeid in de loop van de jaren. **(bron: verpleegkundige)**

Volgens de **arts** is er in het verleden veel tijd geïnvesteerd in de structurering en opleiding van het team (uitwerken van een “modus operandi”) en “*plukt men nu daarvan de vruchten*”. Zo lijkt de medische dienstverlening goed gestructureerd en efficiënt georganiseerd. Dankzij de goede taakverdeling is men erin geslaagd het werk van de artsen te beperken tot het essentiële. Artsen zien vier tot vijf bewoners per dag (3,5 % van de populatie). Dit is duidelijk veel minder dan in andere centra. De 1 tot 2 uur aanwezigheid van de arts volstaat ruimschoots. Er wordt geen nood gevoeld aan de uitbreiding van het artsenteam. Ook de artsen streven complementariteit na (bvb gynaecologie voor vrouwelijke arts, verslavingsproblematiek voor mannelijke arts).

Voor zover het bezoek van één dag het toelaat om dit te evalueren, lijkt het medisch team behoorlijk te werken. Dit wordt ook bevestigd door de **directie**.

Toch is er tussen directie en medisch team een zekere spanning voelbaar die veroorzaakt wordt door het streven naar autonomie van het medisch team enerzijds en het streven naar controleerbaarheid en beheersbaarheid van de directie anderzijds. De rekbaarheid van “medisch beroepsgeheim” is daarbij vaak een discussiepunt. Volgens beide partijen is die situatie werkbaar en beheersbaar en is er een zeker evenwicht bereikt. Toch blijft de indruk dat er een zekere dissociatie bestaat tussen de medische dienst en de rest van de werking. De medische dienst wordt “het medisch eiland” genoemd. Het feit dat de medische dienst in een aparte vleugel van het gebouw gelokaliseerd is draagt daar toe bij. Er is een zeker wantrouwen voelbaar tussen de partijen. Het medisch personeel klaagt over de bureaucratische stappen die moeten genomen worden om materiaal te bestellen. Zo heeft de dienst nog steeds geen fax toestel en is er slechts 1 computer beschikbaar voor het team.

Zo lijken ook de activiteiten van de psycholoog vooral te articuleren met de werking van de sociale dienst en opvoeders en minder met de medische ploeg. Er is wel wekelijks overleg tussen psycholoog, sociale dienst en verpleegkundige waarbij alle bewoners worden overlopen. De directe communicatie met psycholoog lijkt wat stroever.

Een vlotte informatie doorstroming tussen medische dienst en andere diensten is nochtans noodzakelijk voor een goede werking van het centrum. Dit is een werkpunt voor de toekomst.

Medische beslissingen worden niet gecontesteerd door directie of DVZ. Dit zou voor de **arts** ook onaanvaardbaar zijn. Er is wel een zekere druk vanuit directie en DVZ om snel duidelijkheid te verschaffen over de implicaties van bepaalde medische aspecten (duur van opnames, behandelingen, gevolgen voor fit to fly enz.). Er is binnen de medisch dienst begrip voor deze verzuchting van directie en DVZ. Er wordt geprobeerd om aan die verwachting te voldoen maar dat is niet altijd mogelijk gezien de complexiteit en onzekerheden eigen aan het “medisch bedrijf”.

1.3. Relatie met externen

Bij bezoeken van NGO's (vb. AZG) in het verleden verleende het team haar medewerking. Het team stoort zich sterk aan de politieke agenda die volgens hen de verslaggeving over de centra door de NGO's kleurt. De NGO's nemen een aanvallende/uitdagende houding aan die een evenwichtige verstandhouding moeilijk maakt. (**verpleegkundige**)

Volgens de **arts** kan de aanwezigheid van NGO's nuttig zijn op voorwaarde dat er geen "politiek spel" wordt gespeeld en er een rationele houding wordt aangenomen.

Ook collega artsen voeren soms druk uit in het voordeel van bepaalde individuen. De argumentatie is niet altijd rationeel of objectief. Dit wordt als heel storend en zelfs 'onethisch' ervaren door de **arts**.

De negatieve berichtgeving over de gesloten centra wordt door alle personeelsleden vermeld. Volgens hen wordt een vertekend beeld geschetst dat niet overeenkomt met de werkelijkheid binnen de centra.

2. Toegang tot medische zorgverlening

De bewoners dienen een aanvraag in als ze een raadpleging wensen bij de veiligheidsbeambten van hun sectie. Zij krijgen dan in de voormiddag een gesprek en/of onderzoek bij de verpleegkundige. De verpleegkundige evalueert de hulpvraag. Indien hij/zij het nodig acht, verwijst de verpleegkundige de bewoner naar de artsenraadpleging 's namiddags. Als de verpleegkundige zich bevoegd acht informeert hij/zij zelf de bewoner of stelt een behandeling voor. Dit wordt in het dossier genoteerd en aan de arts voorgelegd die daarover feedback geeft en voorsnog kan vragen om de bewoner te zien. Als de bewoner erop aanstuurt om een arts te zien wordt dit (bijna) altijd toegestaan.

In 2007 verrichtten de verpleegkundigen 12535 consultaties (intakes inbegrepen). 613 consultaties werden doorverwezen naar de arts (5% van de verpleegconsultaties).

Dit lijkt een heel efficiënt systeem op voorwaarde dat de verpleging voldoende kennis en vaardigheden heeft om die taken uit te voeren. Een groot voordeel van dergelijke taakverdeling is dat de omstandigheden (tijd) gecreëerd worden om grondig in te gaan op de zorgvraag van de bewoner (door verpleegkundige en arts).

Dit wordt ook bevestigd bij navraag bij de **bewoners**. De ondervraagde bewoners beklagden zich ook niet over de toegang tot de medische dienst. Als de bewoners aandringen om een arts te zien wordt dit steeds toegestaan.

Het **jaarverslag bevat** statistische gegevens over de medische zorgverlening. Het aantal contacten met de medische dienst per bewoner stijgt jaarlijks. Dit wordt vooral opgevangen door het verpleegkundig team. Het aantal consulten door verpleegkundigen stijgt duidelijk. Het aantal doktersconsultaties blijft stabiel.

3. Enkele aspecten in verband met kwaliteit van medische zorgverlening

3.1. Aanbod van zorg

Volgens de **arts** kan ongeveer hetzelfde aanbod aan medische zorg verleend worden als in een courante huisartspraktijk.

De aard van de pathologie gelijklopend met een huisartspraktijk met toch een aantal verschillen:

- Frequenter voorkomen psychiatrische pathologie (15 in 2007, 23 in 2006)
 - o Er is enerzijds de psychiatrische pathologie die inherent is aan de trauma's en de situaties die de bewoners hebben meegemaakt.
 - o Anderzijds zijn er zware psychiatrische patiënten (schizofrenen, psychoten enz.) die verstoten door hun samenleving in Europa terecht komen.

- Verslavingen (heroïne, methadon) (62 in 2007, 37 in 2006)
- Infecties:
 - o HIV (7 in 2007)
 - o hepatitis C (2 in 2007, 8 in 2006)
 - o TBC (7 in 2007, 9 in 2006)
- Oorlogspathologie (schotwonden, snijwonden, letsels van foltering en z.)

Andere:

- Insuline afhankelijke diabetes (17 in 2007, 15 in 2006)
- Zwangerschappen (13 in 2007, 11 in 2006)

1.1. Infrastructuur voor medische dienst

De infrastructuur is goed maar er zijn een aantal beperkingen:

- Er is voldoende medisch materiaal beschikbaar maar de administratie voor de aanvraag van nieuw (duurder) materiaal wordt door het **verpleegkundig team** als bureaucratisch ervaren. Er moeten offertes gevraagd worden.

Zo is er nood aan een faxtoestel en meer computers.

- Er is nood aan een grotere vergaderruimte voor het medisch team.
- De medische dienst bevindt zich op het eerste verdiep. Dit schept soms moeilijkheden voor minder mobiele bewoners en voor het transport van patiënten door de urgentiediensten.
- Bewoners van één dagzaal moeten voorbij de gang van de medische dienst te lopen om de creatheek te bereiken. Dit is storend.

Suggestie: Een verhuis naar het gelijkvloers lijkt wenselijk. (bijvoorbeeld in de personeelsgang). Dit zou ook ten goede kunnen komen aan de informele communicatie tussen gezondheidsdienst, het overige personeel en directie. Dan kan het medisch team ook gebruik maken van de vergaderruimte voor hun interne vergaderingen.

1.2. Medische dossiers

De intake wordt op een papieren dossier gemaakt. Ook de consultaties worden op dit dossier geschreven.

Het dossier is overzichtelijk maar iets te summier. Zo is er geen plaats voorzien voor het noteren van persoonlijke voorgeschiedenis en vroeger medicatiegebruik.

Positief is dat de consultaties van de verpleegkundigen in het dossier worden genoteerd.

Het **medisch team** vermeldt een dringende nood aan een goed elektronisch medisch dossiersysteem.

Ook hier is er een vraag naar één centraal medisch dossier voor alle gesloten (en open?) centra. Dit zou de overdracht van gegevens tussen centra veel vereenvoudigen en de kwaliteit van de medische zorg ten goede komen. Vaak worden mensen na vrijlating opnieuw opgepakt en in een gesloten centrum geplaatst. Als de medische gegevens centraal zouden worden opgeslagen zou dit de continuïteit van zorg ten goede komen.

1.3. Continuïteit van zorg

3.4.1. Aansluitend op vroegere zorg

- Bij de intake worden antecedenten en medicatie nagevraagd. Er is geen standaard formulier voorzien om dit systematisch na te vragen
- Men probeert vroegere verslagen en dossiers op te vragen. Het is vooral problematisch om de medische dossiers van de gevangenen te krijgen. De administratieve weg is nogal omslachtig.

3.4.2. Opvolging van behandeling

- De verpleging controleert dagelijks of de bewoners de medicatie heeft gekregen.

3.4.3. Integrale zorg

Er is mogelijkheid tot verwijzing tussen verschillende niveaus van gezondheidszorg en andere gezondheidsdiensten.

Er is een goede en vlotte samenwerking met AZ Sint Jan die verloopt via een vaste procedure. Uit het **jaarverslag** blijkt dat er vanaf 2003 een sterke daling was van het aantal verwijzingen. Sinds 2005 is het aantal verwijzingen gestabiliseerd.

Bewoners van het gesloten centrum krijgen een voorkeursbehandeling (o.a. voorinschrijving) zodat de wachttijd met een minimum wordt beperkt. De communicatie tussen centrumartsen en specialisten verloopt vlot.

Bij elke verwijzing wordt een verwijsbrief opgemaakt.

Volgens de **arts** zijn de lange wachttijden voor niet dringende consultaties (bvb NKO, oftalmo enz.) een negatief punt in de samenwerking met AZ Sint Jan. Zeker de wachttijden voor een tandarts consult zijn lang (2- 3 weken).

Voor het transport naar externe gezondheidscentra wordt beroep gedaan op de diensten van Bureau T. Het gebeurt dat een afspraak op de dag zelf dient geannuleerd te worden wegens een tekort aan chauffeurs. Dit is heel vervelend voor alle partijen. (**arts**)

De opvang van bewoners met een psychiatrische problematiek is ook hier extreem problematisch. Dergelijke patiënten worden soms vrijgelaten maar komen hier meestal direct in de marginaliteit terecht. (**arts**)

3.4.4. Continuïteit van zorg na verlaten van het centrum (**verpleegkundige**)

Bij het verlaten van het centrum in geval van uitwijzing of invrijheidstelling krijgen de bewoners onder een gesloten omslag:

- Kopies van medische verslagen.
- Medisch verslag als nodig

De bewoner krijgt medicatie mee voor één tot twee weken. Hierbij stopt de opvolging van de medische zorg.

Als de bewoner overgebracht wordt naar een ander centrum worden de medische gegevens overgemaakt aan de medische dienst van het nieuwe centrum.

3.5. Confidentialiteit en medisch beroepsgeheim

In de medische dienst van Brugge is men heel strikt betreffende medisch beroepsgeheim. Dit vormt soms een punt van discussie met de directie. Uiteindelijk respecteert de directie dit beroepsgeheim. **(arts)**

3.6. Enkele bedenkingen in verband met de kwaliteit van medische zorgverlening

De beperkingen in duur en mandaat van de bezoeken laten niet toe om een volledig en objectief oordeel te vellen over de kwaliteit van de zorgverlening.

De belangrijkste randvoorwaarden voor een kwalitatieve zorgverlening lijken aanwezig namelijk:

- voldoende geschoold en ervaren personeel
- gemotiveerde en geëngageerde medische ploeg
- Gestructureerde en logische organisatie van de zorgverlening
- open communicatie met patiënten
- vlotte toegang tot de medische dienst
- het noodzakelijk materiaal voor courante medische dienstverlening is aanwezig
- diagnostische middelen zijn beschikbaar (bloedanalyse, radiologie enz.)
- vlotte doorverwijzing naar de tweede lijn
- beschikbaarheid van alle medicatie die op de Belgische markt is
- autonomie en beslissingvrijheid voor de arts

De taalbarrière is meestal overbrugbaar met tolkend personeel of medebewoners. Zeldzaam wordt gebruik gemaakt van tolken (fysiek aanwezig of telefonisch).

4. Medicatie

De belangrijkste medicatie is voorradig en lijkt nauwkeurig bijgehouden.

Per bewoner wordt een medicatie blad opgemaakt. Dit blad steekt in het dossier en een kopie bevindt zich bij het veiligheidspersoneel van de groepen. Alle verstrekte medicatie (ook niet voorschrijfplichtige) wordt genoteerd op dit blad. De bewoners dienen af te tekenen als ze de medicatie ontvangen. Sommige bewakers kijken toe en noteren of de medicatie genomen wordt. Anderen doen dit niet. Volgens het medisch team is de verplichting om te tekenen voor medicatie (opgelegd door DVZ) te omslachtig en overbodig. Die formulieren worden “verticaal geklasseerd”. Zij kunnen perfect zien aan de medicatie doosjes wie medicatie kreeg en wie niet. De verpleging controleert dagelijks de inhoud van de medicatiedoosjes. Bij slechte compliance wordt de bewoner aangesproken.

De medicatie is opgeborgen in een afgesloten kast. Alleen het medisch personeel heeft toegang tot de medicatie. De bestelling gebeurt via een naburige apotheek. Dit is altijd heel vlot gegaan. Nu wordt gevraagd vanuit de directie dat er een officiële aanbesteding gebeurt. Het verplegend personeel beschouwt dit als een onnodige administratieve maatregel. **(informatie bron: verpleegkundige)**

De gemiddelde kostprijs van medicatie per bewoners bedraagt 13,49 euro (15,62 euro in 2006). **(jaarverslag)**

5. Relatie/communicatie tussen zorgverleners en bewoners

Enkele uitspraken van bewoners over de medische zorgverlening in het centrum:

“De mensen van de medische dienst zijn vriendelijk en luisteren goed maar ze geven wel altijd dezelfde medicatie die niet helpt.”

“We krijgen medicatie alleen maar crèmes en paracetamol”

“Men is vriendelijk maar neemt onze gezondheidsproblemen niet au sérieux”

“Als we het vragen kunnen we bij de dokter terecht”

De ontevredenheid over de aard van medische zorg is een constante bij bewoners in (gesloten) opvangcentra. Dit heeft vermoedelijk te maken met de irreële verwachtingen die men stelt in de zorgverleners van de centra. Bewoners vinden snel dat er te minimalistisch met klachten wordt omgegaan.

Mogelijke verklaringen zijn:

- Veel bewoners hopen om vooralsnog hun asielpcedure te beïnvloeden met een “medisch attest”.
- Vaak beleven bewoners hun lichamelijke symptomen als dramatisch. Dit kan deels cultureel bepaald zijn. Anderzijds is door de onzekere toestand de beleving vaak niet in proportie met de realiteit. Zo worden ook courante lichamelijke klachten (hoofdpijn, buiklast) als beangstigend en bedreigend ervaren.
- In de thuislanden is de ‘geneeskundige cultuur’ vaak verschillend met de rationele “evidence based” aanpak in België. Vitamine kuren, perfusies en andere worden er vaker toegepast en toegediend op vraag van patiënten.
- De bewoners voelen zich afgewezen omdat hun asielaanvraag geweigerd wordt. Kwaadheid en een negatieve houding tegenover het land, de diensten en inwoners is begrijpelijk.

Er is wel tevredenheid over de vriendelijkheid van het medisch personeel. Ook over de toegankelijkheid van de medische dienst wordt niet geklaagd.

Het **team** bevestigt dat soms wordt getracht (onder invloed van advocaten?) de gezondheidstoestand te gebruiken als voorwendsel om de procedure te beïnvloeden. De arts meldt dat hij probeert op een objectieve manier de toestand van de patiënt te beoordelen en regelmatig het consult vraagt van een specialist om dat oordeel te vormen.

6. Medische intake

De medische intake gebeurt door de verpleegkundige bij aankomst. Er wordt een medisch dossier opgemaakt. Bij de **simulatie intake** lijkt de anamnese grondig te gebeuren wordt er op de medisch problematiek ingegaan. De arts overloopt de nota's van de verpleegkundige en beslist samen met de verpleegkundige of een consult of verdere opvolging door de arts aangewezen zijn. Volgens het **team** verloopt dit vlot en zijn er geen problemen. Zij beschouwen de wens van de directie dat alle inkomende bewoners door een arts worden gezien als niet noodzakelijk.

Er is geen gestandaardiseerde format voor de medische intake opgemaakt. Dergelijk format zou nuttig zijn om belangrijke medische vragen of gegevens niet over het hoofd te zien.

7. Attest voor reisgeschiktheid (fit to fly)

Dit attest vormt zelden een probleem omdat medische problemen meestal op voorhand worden vastgesteld en gemeld zodat de nodige stappen kunnen ondernomen worden. De ‘fit to fly’ wordt in het medisch dossier genoteerd.

Daarnaast zijn er de beslissingen die de artsen dienen te nemen over de noodzaak van verdere medische begeleiding van illegalen in België. Deze beslissingen hebben belangrijke implicaties voor het al dan niet uitwijzen. De artsen van het CIB doen vaak beroep op het advies van een collega specialist om dergelijke beslissingen te nemen. (**arts**)

Het oordeel of bepaalde zorgen beschikbaar zijn in het thuisland blijft vrij subjectief. Er zijn weinig objectieve maatstaven voor handen.

8. Psychologische begeleiding

8.1. Stressoren

Zoals in alle centra is er een groot aantal stressoren die bepalend zijn voor de gemoedstoestand van de bewoners: onzekerheid over de toekomst, traumatisch verleden, detentie, isolatie van familie, leven in groep met verschillende culturen enz.

In het centrum van Brugge is een vrij strikt groepsregime: toegang slaapzalen, verplichte wandelingen, uren van maaltijden. Dit wordt door de bewoners als belastend ervaren. Ex-gedetineerden verkiezen daarom het regime in de gevangnissen. Volgens de **psycholoog** doen de meeste problemen, incidenten zich ook voor tijdens de “bewegingen” (als de groepen zich moeten te verplaatsen Volgens de **directie** is dit regime noodzakelijk omwille van infrastructurele redenen.

Volgens de **arts** is de aanwezigheid van ex-gedetineerden samen met illegalen zonder juridisch verleden een groot probleem. Veel incidenten (agressie, problemen met verslaving) doen zich voor bij deze populatie van bewoners. De meeste ex-gedetineerden beoordelen hun situatie in de gevangenis als beter dan in het gesloten centrum. In de gevangenis hadden ze meer privacy en vrijheid. Ze sliepen in cellen in plaats van slaapzalen en hadden hun eigen TV. Er was meer duidelijkheid over de duur en de reden van hun verblijf. Nu is de onzekerheid groter. Dit leidt tot frustratie en onvrede met alle gevolgen van dien. De arts vraagt zich af of de uitwijzing niet direct kan gebeuren vanuit de gevangenis in plaats van een passage via de gesloten centra.

Volgens de **psycholoog** is de detentie van die groep in een apart (strenger) centrum niet gerechtvaardigd gezien de ex-gedetineerden hun straf hebben uitgezeten en niet mogen gestigmatiseerd worden omwille van hun verleden. Zij hebben recht op re-integratie.

De vraag kan gesteld worden of een gesloten centrum een goede plek is om die re-integratie te bewerkstelligen.

Naar het aanvoelen van de **arts** zijn er nog teveel onterechte opsluitingen van mensen waarvan men weet dat ze toch in vrijheid zullen moeten gesteld worden (vb zwangere vrouwen in laatste trimester van de zwangerschap, mensen met Marokkaanse en Chinese nationaliteit waarvoor heel moeilijk een laissez-passer wordt verkregen.

8.2. Stress reductie

Alle ondervraagden bevestigen dat er in het CIB een grote zorg is om pro-actief te werken om de aanwezige spanning en stress (ten gevolge van de onzekerheid, de detentie, groepsregime enz.) te counteren. Er worden inspanningen gedaan om verveling te vermijden en de capaciteiten van de bewoners te valoriseren. Volgens de arts is er duidelijk minder agressie dan vroeger.

Er wordt aandacht besteed aan de tijdsinvulling van de bewoners. Er is een goed functionerend en dynamisch team van opvoeders. Dit aspect van opvang is tastbaar bij een bezoek aan het centrum:

- opvoeders zijn alom tegenwoordig
- Het centrum is opgesmukt met kunstwerken van bewoners. Dit versterkt de creativiteit en zelfestimatie van de bewoners.
- Er worden uiteenlopende activiteiten voor de bewoners georganiseerd
- Er is een sportruimte die intensief wordt benut
- Naast de dagzalen is er ook een creatieek voor elke bewonersgroep. Het is er rustiger dan in de dagzaal. Nadeel is wel de sigarettenrook in die ruimtes. Een rookafzuigstelsel zou in aankoop zijn.
- Er is een leerkracht aanwezig.
- De rol van pastor is prominent en wordt sterk gewaardeerd door de bewoners. Er is een gebedsruimte (voor christenen en moslims).
- De contacten tussen bewoners en personeel (ook veiligheidspersoneel) lijkt vrij informeel en gemoedelijk. Zij sporten mee of doen mee aan activiteiten.
- Personeel en directie zijn gemakkelijk aanspreekbaar.
- Personeel en bewoners eten samen in de refter

Bij incidenten probeert men dit via communicatie op te lossen. Tijdens het bezoek was er een conflict met fysieke agressie. Dit werd uitgepraat zonder dat er tuchtmaatregelen nodig waren. Beide betrokken gaven elkaar uiteindelijk de hand. Conflictbeheersing is een item in het beleid. (**directielid**)

Communicatievaardigheden, interesse voor vreemde culturen, openheid zijn belangrijke aspecten van het verwachte personeelsprofiel.

Het personeel wordt gestimuleerd om te communiceren met en te luisteren naar de bewoners. Dit kan 'ontladend' werken.

Gegevens die kunnen wijzen op een positief effect van deze aanpak:

- Het aantal arbeidsongevallen als gevolg van bewonersagressie is systematisch gedaald volgens de statistieken (10 in 2002 en 2003, 4 in 2006 en 3 in 2007)
- Minder gevallen van auto agressie ten opzichte van 2006 (te vergelijken met gegevens van vroegere jaren en met gegevens van andere centra):
 - 2 zelfmoordpogingen (4 in 2006)
 - 13 automutilaties (18 in 2006)
 - 6 hongerstakingen (14 in 2006)

Deze cijfers zijn relatief en multifactorieel bepaald (aandacht in de media, aard van populatie, aanwezigheid van aanstokers enz.)

- Het aantal overplaatsingen naar andere centra daalt systematisch (136 in 2001, 58 in 2007)
- Het percentage overbrengingen naar gevangenis daalt jaarlijks (1,9% in 2001, 1,16% in 2002, 0,77% in 2003, 0,4% in 2006, 0,31% in 2007).

- Volgens een **bewaker** leeft er een algemene indruk bij het personeel dat de sfeer minder gespannen is dan vroegere jaren. Een bewaker die vroeger in CIM werkte vindt het algemeen werkklimaat CIB veel aangenamer.

8.3. Begeleiding door psycholoog

Er is een bewonerspsycholoog sinds september. Er is een tweede psychologe die een directiefunctie uitoefent.

De psycholoog probeert elke bewoner te spreken in het begin van zijn/haar verblijf waarbij hij zijn diensten voorstelt.

Ondersteunende gesprekken met bewoners gebeuren op vraag van de bewoners zelf en op vraag van het personeel.

Er is weinig vraag van de bewoners naar psychologische begeleiding.

Dit heeft vermoedelijk te maken met de negatieve connotatie over “psychologie” die bij veel bewoners leeft.

De voornaamste factoren die psychologische nood veroorzaken zijn extern aan de persoon en zijn niet “modificeerbaar”.

De verwachtingen van de bewoners naar de psycholoog zijn vaak ook in de aard van ‘wat kan hij voor mij en mijn procedure doen’. Dit dient de psycholoog ook duidelijk te stellen bij zijn gesprekken. (**psycholoog**)

Bij het gesprek met de **bewoners** formuleren zij zelf dat “*een gesprek met de psycholoog hun situatie niet zal veranderen.*”

Dit wordt ook door de psycholoog onderkend. De enige begeleiding die kan voorzien worden zijn empathische gesprekken. De tijd en de omstandigheden zijn er niet om therapeutisch te werken. Deze vorm van begeleiding ervaart hij als zinvol en hij krijgt ook positieve feedback.

Er is een wekelijks overleg tussen psycholoog, verpleging en sociaal assistent waarbij alle bewoners worden besproken.

De psycholoog ziet voor zichzelf ook een functie in de begeleiding van het personeel betreffende de omgang met de bewoners. De “best practices” die de centra psychologen momenteel aan het uitwerken zijn kunnen een eerste aanzet zijn.

De ondersteuning die geboden wordt door de psycholoog van het Commissariaat Generaal voor de Vluchtelingen wordt ook door de psycholoog als belangrijk ervaren.

De psycholoog vindt het werkvolume beheersbaar is en ziet een tweede bewonerspsycholoog als een directe noodzaak.

9. Geweld bij uitwijzing

Er gebeurt een medisch onderzoek door de verpleging bij alle personen bij wie geweld is gebruikt bij een poging tot uitwijzing. Indien nodig wordt de arts erbij gevraagd om een attest te schrijven over eventuele letsels.

10. Isolatie

Er zijn drie isolatie cellen in het centrum die gebruikt worden om disciplinaire redenen. Er is een toilet aanwezig in elke cel.

Er waren in 2007 148 isolaties omwille van disciplinaire redenen (te vergelijken met vorige jaren en andere centra).

Bij elke isolatie komt de verpleging minstens één maal per dag op bezoek. Als gewenst is er een gesprek met de psycholoog mogelijk.

Er zijn kamers in het centrum voor aangepast regime en voor zieken. De kamers zijn uitgerust met sanitaire voorzieningen. Er komt dagelijks een psycholoog en verpleger langs. Er is ook een ziekenboek. In 2007 verbleven 55 bewoners in de ziekenkamer.

11. Verslavingen

In 2007 werden er 62 bewoners behandeld voor een drugsverslaving. (37 in 2006)

Het centrum in Brugge is het enige centrum waar geen methadon wordt verschaft. Dit is historisch gegroeid door een uitspraak van de Provinciale Orde van Geneesheren die stelde dat er geen methadon mocht worden voorgeschreven als er geen therapeutische context was.

De **arts** beschouwt het niet voorschrijven van methadon als een positieve keuze. Dit leidt tot een groter aantal verslaafden die erin slagen om af te kicken.

De drugsverslaafden die in het centrum aankomen worden op de medische dienst opgenomen en krijgen een medicatie cocktail die de dervingverschijnselen tempert (nozinan, tranxene en vitamines). Het nadeel van deze aanpak (versus substitutie met methadon) is dat er soms problemen kunnen zijn met bewoners die onrustig zijn door de afkick verschijnselen. Het voordeel is volgens de arts dat de mensen beter af zijn doordat ze door hun verslaving heen worden geholpen. Ook het AZ Sint Jan volgt deze strategie.

Er is soms kritiek van buitenaf op deze werkwijze.

Volgens de arts volgt de directie niet altijd de zienswijze van het medisch team en transfereert men soms bewoners naar een centrum waar wel methadon wordt verschaft.

In se kan geen oordeel geveld worden over welke strategie te verkiezen is (met of zonder methadon). Er zijn pro en contra's voor beide. Belangrijk is dat er een eenduidige lijn is in de behandelingswijze en dat deze consequent wordt gevolgd zodat er geen willekeur is. Die consequente houding lijkt aanwezig in het centrum.

12. Zwangerschappen

Zwangere vrouwen worden in hoofdzaak door de vrouwelijke centrumarts opgevolgd. Er is in het centrum een doppler apparaat voor het opvolgen van foetale harttonen in het centrum. Elke zwangere wordt minstens 1 x door een gynaecoloog gezien.

e. Het repatriëringcentrum 127bis (Steenokkerzeel)

Het repatriëringcentrum 127bis werd bezocht op 16 juni 2008. Na een voorstelling van het centrum door de directie met mogelijkheid tot vragen werden individuele gesprekken gevoerd met verpleegkundige, attaché personeel, arts en psychologe. Er was een groeps gesprek met een aantal bewoners op de gezinsvleugel en een kort gesprek met een bewaker. De attaché personeel verzorgde de rondleiding door het centrum.

Voor een beschrijving van de structuur en organisatie van het centrum verwijzen we naar de verslagen van de Federale Ombudsdienst. Wat volgt is een neerslag van verkregen informatie en persoonlijke bedenkingen over de medische aspecten van het centrum. In de tekst wordt in ‘vet’ de bron van de informatie vermeld. De passages die persoonlijke bedenkingen of conclusies van de evaluator beschrijven zijn gemarkeerd in het grijs. Letterlijke uitspraken van ondervraagden staan in cursief en tussen aanhalingstekens.

1. Medisch personeel

1.1. Samenstelling medisch dienst

1.1.1. Artsen

- 2 basisartsen
- Takenpakket
 - Verantwoordelijk voor de inhoudelijke invulling van medische zorgverlening in het centrum in overleg met medisch personeel
 - Verantwoordelijk voor medisch dossier van bewoners
 - Verantwoordelijk voor preventieve en curatieve zorg aan bewoners
 - Tekent een document voor reisgeschiktheid van uitgewezenen (“fit to fly”).
- Andere beroepsactiviteiten: huisarts in Brussel, basisarts in Gent
- Statuut: zelfstandig statuut. Aangeworven op basis van een aannemingsovereenkomst van strafinstellingen met een in principe volledige autonomie voor de arts.
- Aanwezigheid centrum:
 - 25 uur per week
 - Maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag
 - Artsen verzekeren geen wachtdienst of telefonische beschikbaarheidVoor de wachtdienst wordt beroep gedaan op de wachtdienst van de lokale wachtkring of de dienst 100. Er is weinig enthousiasme bij de wachtkring om die wachtdienst verder te verzekeren. De directie is vragende partij opdat de artsen een wachtdienst zouden verzekeren. Dit is verder nog in onderhandeling tussen artsen en directie. Het feit dat één arts in Gent woont is een beperkende factor.

Volgens de **arts** zijn te weinig uren voorzien om dit takenpakket naar behoren te kunnen uitvoeren. Er is een grote vraag naar medische consultaties en er zijn frequente medische intakes. Gemiddeld zijn er meer dan 20 patiënten contacten per dag met uitschieters boven de 30 patiënten.

1.1.2. Verpleegkundigen

- Vijf verpleegkundigen:
 - Drie A1 verpleegkundigen: 1 statutair, 1 statutair in nabije toekomst, 1 contractueel
 - Twee A2 verpleegkundigen: contractueel

➤ Takenpakket:

- Medische intake van binnenkomende bewoners en opmaak van intake dossier.
- Eerste contactpunt voor bewoners die een medisch advies vragen.
- Verdelen en opvolgen van medicatie
- Verdelen subitex (substitutie) aan toxicomanen
- Consultaties op woensdag wanneer geen arts aanwezig is
- Bijstaan van arts in zijn taken
- Bloednames en wondzorg
- Opvolging VRGT en Kind en Gezin
- Opvolging diëten
- Bijstaan overig personeel als medische vragen
- Dagelijks bijwonen van multidisciplinaire vergadering
- Administratie:
 - Klassement medische dossiers en dossierbeheer
 - Maken van afspraken, vervoer
 - Verzorgen medische correspondentie
 - Opvragen medische dossiers
 - Statistieken

➤ Aanwezigheid in centrum:

- Dagelijks, zaterdag en zondagvoormiddag

Volgens de directie is het moeilijk om verpleegkundigen te vinden.

De verpleging besteedt een groot deel van hun tijd aan administratief werk. De verpleging heeft weinig contact met de bewoners en personeel. Ze komen zelden op de vleugels. De verpleging speelt geen rol in de psychosociale begeleiding. **(info bron: verpleegkundige)**

1.1.3. Eén voltijdse psycholoog

➤ Maakt niet echt deel uit van het medisch team

➤ Takenpakket:

- Psychologische begeleiding van bewoners voor wie dit nodig wordt geacht (op vraag van personeel, verpleegkundigen en arts).
- Opvolging van bewoners in isolatie (niet van bewoners in disciplinaire isolatie).
- GEEN administratieve of directie functie

➤ Aanwezigheid in centrum:

- Kantooruren

Het medische team komt uit een moeilijke periode. Er was frequente wisseling van artsen en verpleegkundigen. De artsen werken nu in het centrum sinds 9 maanden. **(attaché personeel)**

Mogelijke pijnpunten en zwaktes wat betreft organisatie van de medische dienst:

- De medische dienst lijkt weinig efficiënt georganiseerd. Er is geen optimale taakverdeling en complementariteit tussen artsen en verpleging. Per dag wordt een groot aantal bewoners (20 – 30) door de arts gezien. Het aantal uren aanwezigheid van een arts in het centrum is beperkt tot ongeveer 25 uur per week. Aangezien dat enkel de arts de zorgvragen van de bewoners evalueert is de toegemeten tijd onvoldoende om dit grondig te kunnen doen.
- Als 20 bewoners dagelijks een consultatie bij de arts krijgen betekent dat 20% van de bewoners dagelijks een arts ziet. Het is onwaarschijnlijk dat zo een hoog aantal artsencontacten noodzakelijk is. Dit duidt op een inefficiënte werkorganisatie. Vermoedelijk kan een groot aantal van die contacten door de verpleegkundigen ingevuld worden. Het gevaar is reëel dat een ernstig medisch probleem onvoldoende aandacht krijgt door de grote patiëntenvloed. De filterfunctie dient beter uitgewerkt worden door de verpleging.

1.2. Relatie/Communicatie binnen centrum

Tijdens het bezoek aan het centrum groeit de indruk dat de verschillende actoren van het medisch team vrij los van elkaar werken. De verantwoordelijkheden zijn goed afgelijnd maar articuleren te weinig. Er lijkt niet echt veel interactie te zijn. Dit heeft voor gevolg dat er weinig overleg en feedback is. Illustratief daarvoor is de beslissing die door de artsen is genomen om het ganse centrum te sluiten als gevolg van een varicella epidemie in de maand mei. Die beslissing werd unilateraal door de arts genomen. Er is weinig gecommuniceerd rond die beslissing wat tot nogal misverstanden en verkeerde interpretaties leidde. Zo is de arts verbolgen over het feit dat vanuit Brussel beslist werd om het centrum te herbevolken zonder de volgens hem noodzakelijke quarantaine termijn te respecteren.

De artsen nemen dus vrij autonoom de verantwoordelijkheid voor de medische beslissingen en er is weinig overleg met verpleegkundigen of psycholoog. De artsen verkiezen dat verpleegkundigen niet aanwezig zijn tijdens consultaties.

De verpleegkundigen organiseren de administratieve taken en voeren enkel strikt verpleegkundige taken (bloednames, medicatie bedeling enz.) uit. De arts zegt dat “*zijn tijd te beperkt is om zich daar mee te bemoeien*”. Er lijkt een gebrek aan leiding van het team. De coördinatie van het team en de werkorganisatie is een belangrijk werkpunt in de toekomst om de werking van de medische dienst te verbeteren.

Er is wel dagelijks contact tussen artsen en verpleegkundigen waarbij de arts vooral instructies geeft aan verpleegkundigen over verpleegkundige taken.

Positief zijn de “standing orders” die door de coördinerende verpleegkundige zijn opgemaakt over courante gezondheidsklachten (vb hoofdpijn, maagklachten enz.). Dit instrument kan heel bruikbaar zijn maar wordt momenteel weinig gebruikt.

De psychologe werkt geïsoleerd van de medische dienst. De arts vraagt soms het diagnostisch advies van de psychologe maar is daar vaak niet tevreden over. De taken en de verwachtingen schijnen niet goed op elkaar afgestemd. De arts verwacht van de psycholoog hulp bij de diagnosestelling. Diagnosestelling hoort meer bij de expertise van een psychiater dan van een psycholoog. Therapie is dan wel weer het terrein van de psycholoog maar daarover gebeurt blijkbaar weinig overleg tussen arts en psychologe.

Binnen het team neemt één A1 verpleegkundige een coördinerende rol op. Door omstandigheden was er slechts mogelijkheid om met de twee pas aangeworven verpleegkundigen te spreken. Dit was onvoldoende om een idee te krijgen over de werking van het verpleegteam.

De verpleging komt heel zelden op de bewonersvleugels en houdt ook geen consultaties. De **verpleging** erkent zelf dat de contacten met bewoners eerder formeel en afstandelijk zijn. Zij kennen de bewoners niet echt. De verpleging heeft geen taak in de psychosociale begeleiding van bewoners. Volgens de verpleging heeft dit het voordeel dat ze zich *“professioneler en afstandelijker tegenover de bewoners kunnen gedragen en de problemen minder mee naar huis nemen”*. Bij de gesprekken met de verpleging bleek dat er minder empathie was met de bewoners dan in andere centra.

Men spreekt hier ook van het *“medisch eiland”*. Er is weinig contact tussen het personeel en verpleging. Dit kwam bleek ook duidelijk uit een gesprek met een **personeelslid van de bewaking**: *“we kennen die van de medische dienst niet”*. Volgens hetzelfde personeelslid wordt geen tijd genomen voor de bewoners tijdens de

medisch consultaties. *“Het moet altijd snel gaan.”*

Er is sinds kort een dagelijkse multidisciplinaire vergadering met de directie, sociale dienst, psycholoog, bewakingspersoneel, opvoeders en verpleging. Dit duurt ongeveer 20 minuten. Mogelijks kan dergelijk overleg bijdragen tot de integratie van de medische dienst in globale werking van het centrum. Twintig minuten lijken wel kort. Daarnaast moet ook gewerkt worden aan de ingesteldheid en bereidheid tot communicatie en openheid. en openheid van het medisch team.

Voor een goede eerstelijns zorgverlening is aanvoelen van en invoelen in de leef- en denkwereld van patiënten een belangrijke troef. Door de taalbarrière verloopt de directe communicatie moeizaam. Om de zorgvragen van de bewoners goed te kunnen evalueren zijn de zorgverleners aangewezen op informatie van personeel en de indrukken die ze krijgen door observatie en contacten met bewoners. In het centrum 127bis heeft het gezondheidspersoneel weinig contacten met zowel overig personeel als met bewoners. Dit verarmt ongetwijfeld de kwaliteit van zorgverlening. Als de verpleging meer voeling zou krijgen met wat leeft op de bewonersvleugels zouden zij mogelijks ook een anticiperende en ondersteunende rol kunnen spelen bij onrust en psychologische stress bij de bewoners.

Volgens arts en directie is er vrij grote autonomie voor de medische dienst. Hij voelt zich niet beperkt wat betreft therapeutische vrijheid en hij ervaart geen druk op het gebied van medische beslissingen. Medische attesten worden niet in twijfel getrokken. De relatie arts en directie stelt geen problemen.

1.3. Relatie/Communicatie met DVZ en andere centra

De voorstellen en adviezen van de arts worden door DVZ altijd gevolgd. Er waren tot op heden geen opmerkingen vanuit DVZ over medisch handelen. Er is wel administratieve traagheid. Mensen worden soms te lang vastgehouden vooraleer een advies tot invrijheidstelling volgt. (informatiebron: **arts**)

Er was een eenmalige bijeenkomst met artsen van de verschillende gesloten centra. Dit wordt door de **arts** als positief ervaren en zou frequenter moeten georganiseerd worden.

1.4. Relatie met externen

Er zijn heel negatieve ervaringen van arts met NGO's. De arts is aangeklaagd bij de Orde van Geneesheren door de NGO Médecins du monde.

Een **arts en medewerkster van Médecins du monde** lichtten die aanklacht toe aan de evaluatie commissie op 24 juni 2008. Het betreft een Albanese familie waarvan de ouders in hongerstaking gingen. Volgens de NGO werd de familie onder druk gezet om de hongerstaking te beëindigen door medicatie te stoppen. Zo werd de methadon substitutie waaronder de vader stond stopgezet en zelfs de antibiotica behandeling voor een nieraandoening werd onderbroken. De centrum arts zou tegen de familie gezegd hebben dat er een

reglement bestaat dat stelt dat geen medicatie mag gegeven worden aan hongerstakers. Volgens de NGO zouden de centrumartsen handelen volgens de “dictaten van de directie” en niet in het belang van de patiënt. De arts van Médecins du monde bezocht de familie in het centrum en gaf hen ondersteunende medicatie.

Het bezoek aan het centrum door de evaluatie commissie gebeurde een week voor het gesprek met de NGO. De evaluator kon dus de arts niet rechtstreeks confronteren met de verklaringen van de NGO medewerkers. De **centrumarts** vermeldde kort dat er een klacht bij de orde liep. Volgens hem zijn de NGO's heel tendentius en wordt een ‘politiek spel’ gespeeld. Volgens hem betrof het een Albanese familie die heel eisend was en die niet voor rede vatbaar was.

De **arts** ergert zich aan het feit dat artsen van NGO's naar het centrum kwamen, patiënten zagen, de dossier consulteerden en behandelingen gaven zonder dit in het dossier te noteren. Er is een afspraak dat vreemde artsen toegang tot de dossiers krijgen maar hun bevindingen en eventuele behandelingen dienen te noteren in de dossiers.

De duiding door Médecins du monde aan de evaluatiecommissie werd gegeven na het bezoek aan het centrum. Bijgevolg werden de centrumartsen niet rechtstreeks geconfronteerd worden met de verklaringen van de NGO en het medische dossier van de familie werd niet ingekeken door de commissie. Het is voor de commissie dus moeilijk om een objectief oordeel over dit concreet medisch handelen te vormen. Het incident is wel typerend voor de moeilijke relatie tussen de gezondheidswerkers van de centra en de NGO's. Er is weinig constructieve communicatie. Eerder dan het gezamenlijk zoeken naar oplossingen in het belang van de patiënt gaan beide partijen in conflict.

2. Toegang tot medische zorgverlening

De bewoners kunnen intekenen op lijsten op de bewonersvleugels voor 10 uur. Alle bewoners die zich intekenen worden in principe door de arts gezien. Er is geen voorafgaandelijk gesprek met een verpleegkundige zoals in andere centra. Er is een hele grote vraag om door de arts te worden gezien (20 tot 30 per dag). Er is een belangrijke tijdsdruk voor de arts. Als er teveel mensen op de lijst voorkomen worden die de volgende dag gezien. Volgens de **arts** zijn er inderdaad te veel consultaties per dag voor de beperkte uren. Arts bevestigt dat de vraag naar medische consultaties groot is omdat:

- veel klachten niet reëel zijn
- mensen hopen om naar het ziekenhuis te kunnen gaan (procedurele redenen, ontsnappingen enz.)
- veel mensen met dezelfde klachten terugkomen “*omdat ze de ganse dag niets anders te doen hebben en naar de dokter komen een vorm van tijdsbesteding is*”.

Als oplossing voor het grote werkvolume stelt de arts voor om het aantal uren aanwezigheid van de artsen op te drijven.

In tegenstelling tot de visie van de arts ligt ons inziens de oplossing voor dit probleem eerder bij de reorganisatie van de medische dienst waarbij de verpleging een rol krijgt in de evaluatie van de zorgvraag en daarbij een filterfunctie vervult. De ervaringen van andere centra kan bruikbaar zijn. Er dient dringend gewerkt te worden aan een efficiënte organisatie en coördinatie van de medische dienst.

Op woensdag is geen arts aanwezig. Bewoners kunnen dan gezien worden door verpleegkundigen. De artsen zijn ook niet telefonisch bereikbaar. Er is daarover (nog) geen overeenkomst tussen centrumdirectie en artsen.

Er is geen medische wachtdienst verzekerd noch door de artsen, noch door de verpleging. Artsen noch verpleging zijn telefonisch bereikbaar. Bij afwezigheid van medisch personeel beslist het bewakingspersoneel

of beroep gedaan wordt op de lokale wachtdienst van huisartsen of op de urgentiediensten. In 2007 werd 104 keer beroep gedaan op de wachtdiensten van huisartsen. De regionale wachtdienst van huisartsen is ontevreden over de gang van zaken en toont weinig bereidheid om verder de wachtdienst te verzekeren voor het centrum. (informatiebron: **directie**)

3. Enkele aspecten in verband met kwaliteit van medische zorgverlening

3.1. Aanbod van zorg

Volgens de **arts** kan ongeveer hetzelfde aanbod aan medische zorg verleend worden als in een courante huisartspraktijk. De bewoners worden er behandeld in functie van hun pathologie.

3.2. Infrastructuur voor medische dienst

De infrastructuur is vrij goed. Er zijn grote consultatieruimtes en een wachtzaal. Het meest noodzakelijke medisch materiaal is voor handen. De **verpleging** klaagt over de administratieve stappen die moeten worden genomen om materiaal aan te kopen. Zo moet er een administratieve weg gevolgd worden om een defecte weegschaal te vervangen.

Te overwegen voor aankoop volgens **verpleging**:

- semi-automatische defibrillator
- ambu
- zuurstof
- aerosol toestel

3.3. Medische dossiers

Er wordt een papieren dossiersysteem gebruikt. Het is weinig overzichtelijk en scheurt gemakkelijk. Er is nood aan een elektronisch medisch dossier.

Alle handelingen van de verpleging worden genoteerd (bijvoorbeeld geven van medicatie als paracetamol, motilium e.d.) en afgetekend door de arts.

3.4. Continuïteit van zorg

3.4.1. Aansluitend op vroegere zorg

Men probeert vroegere verslagen en dossiers op te vragen. Het is niet altijd evident. Het doorfaxen van resultaten uit Brugge verloopt moeilijk omdat de medische dienst in Brugge niet over een fax beschikt. (informatiebron: **verpleging**)

3.4.2. Opvolging van behandeling

De arts schrijft de medicatie voor. De verpleging schrijft dit over van het dossier op een apart medicatieblad.

De medicatie wordt door de verpleging klaargemaakt en afgegeven aan de bewakersposten van de bewonersvleugels. De bewoners dienen de medicatie te komen halen bij de bewakingspost.

Dit systeem loopt heel moeizaam. Vaak wordt de medicatie niet genomen. De bewoners komen niet altijd opdagen voor hun medicatie. Het bewakingspersoneel weigert om daar verantwoordelijkheid in te nemen.

Er zijn problemen inzake continuïteit van behandeling. (informatiebron: **verpleegkundigen**)

De verantwoordelijkheid voor het nemen van medicatie kan niet bij het bewakingspersoneel gelegd worden. Zij zijn niet opgeleid om correcte inschattingen te maken. Het lijkt een goed principe dat patiënten zelf verantwoordelijkheid nemen voor de inname van medicatie. Voorwaarde is dat hen voldoende en duidelijke uitleg verschaft wordt over het waarom en hoe innemen van medicatie. Dit kan een taak zijn voor de verpleging. Verder kan het medisch team via een sluitend registratie systeem waarbij bewakers aankruisen wie medicatie haalt zicht krijgen op het correct gebruik van medicatie. Bij problemen van therapietrouw kan de verpleging de bewoner daarover aanspreken en maatregelen nemen (bijkomend uitleg, verwittigen van arts enz.) De organisatie van medicatietoediening van CIB en centrum 127 kan model staan.

3.4.3. Wachtdienst

Een grote tekortkoming is de beperkte beschikbaarheid van de artsen. Buiten hun werkuren zijn de artsen telefonisch niet bereikbaar voor verpleging of personeel. Hierbij komt de continuïteit van zorg in het gedrang. De arts stelt dat er geen telefonische beschikbaarheid kan verzekerd worden als er daar geen billijke vergoeding tegenover staat.

Zoals eerder vermeld is er weinig bereidheid van de lokale wachtdienst om tijdens weekends of avonden in het centrum bezoeken af te leggen. Nochtans wordt er heel frequent beroep gedaan op de wachtdiensten. In 2007 werd er 104 keer een dokter van wacht geroepen. In vergelijking met andere centra is dit een hoog cijfer. Ongetwijfeld heeft dit te maken met het feit dat de artsen telefonisch niet bereikbaar zijn voor advies en de bewakers geen risico's willen nemen.

De moeilijke bereikbaarheid van medische zorgverleners buiten de kantooruren is een belangrijke tekortkoming en kan mogelijks leiden tot gevaarlijke situaties. Het bewakingspersoneel beslist of de wachtdienst of ambulancediensten moeten worden opgeroepen. Het is niet verantwoord dat bewakingspersoneel dat daartoe niet is opgeleid de ernst van medische situaties dient in te schatten zonder beroep te kunnen doen op professionele zorgverleners. Dit probleem van continuïteit dient dringend aangepakt te worden.

3.4.4. Integrale zorg

Er is mogelijkheid tot verwijzing tussen verschillende niveaus van gezondheidszorg en andere gezondheidsdiensten.

Er is een goede samenwerking en communicatie met specialisten en ziekenhuizen. De meest frequente doorverwijzingen gebeuren naar het AZ Portaels Ziekenhuis.

Voor het transport naar externe gezondheidscentra wordt beroep gedaan op de diensten van Bureau T. Soms kunnen afspraken niet doorgaan omdat er geen transport kan worden voorzien door het bureau wat heel hinderlijk is.

Zoals in andere centra is de opname van psychiatrische patiënten en TB patiënten problematisch. (informatiebron: **arts**)

3.4.5. Continuïteit van zorg na vertrek uit het centrum

Mensen die vertrekken uit het centrum krijgen een kopie van de medische verslagen. Er wordt geen overzicht of samenvattend medisch verslag meegegeven. Zij krijgen medicatie voor een tweetal weken mee. (informatiebron: **arts**)

De **arts** stelt dat zijn verantwoordelijkheid stopt op het moment dat de bewoner het centrum verlaat. Er worden geen stappen ondernomen om een continuïteit van behandeling te voorzien voor patiënten met een belangrijke ziektegeschiedenis noch in het geval van uitwijzing, noch in het geval van vrijlating.

3.5. Confidentialiteit en medisch beroepsgeheim

Volgens de **arts** zijn er geen problemen met het medisch beroepsgeheim. De confidentialiteit kan soms onder druk staan als er moet vertaald worden door bvb een mede-bewoner.

4. Medicatie

De belangrijkste medicatie is voorradig. De medicatiekast is onoverzichtelijk. Er is teveel verschillende soorten medicatie aanwezig. Blijkbaar wordt er dikwijls medicatie voorgeschreven die al aanwezig is. Ook op dat gebied is er een tekort aan coördinatie.

Verder zijn er de problemen die we bespraken onder continuïteit van behandeling. Medicatie geraakt niet bij de bewoners.

In 2007 was er een bewoner die een overdosis opgespaarde medicatie innam.

5. Relatie/communicatie tussen zorgverleners en bewoners

Er werd gesproken met vijf **bewoners**. Ze bevestigden allemaal dat de ontvangst op de medische dienst vriendelijk en correct gebeurt.

Drie mensen zeiden dat hun medische problemen niet ernstig werden genomen. Het betrof een probleem van aanslepende hoest bij van een kind, een schouderprobleem en allergie.

Zoals boven vermeld komt het medische team zelden op de bewonersvleugels. Er zijn weinig informele contacten tussen bewoners en medisch team wat gevolgen heeft voor de zorgverlening.

6. Medische intake

De medische intake gebeurt door de verpleegkundige bij aankomst. Er wordt een medisch dossier opgemaakt. De verpleegkundige oordeelt of de bewoner door een arts dient gezien te worden. Op vraag van de bewoner kan hij/zij ook bij de arts op consultatie. (informatiebron: **verpleegkundige en simulatie intake lid evaluatie commissie**)

7. Attest voor reisgeschiktheid (fit to fly)

Volgens een **arts** zouden administratieve overwegingen ook kunnen meespelen in het schrijven van een “non fit to fly”. Verdere verduidelijking van die bewering werd niet gegeven. Dit zou kunnen wijzen dat niet alleen strikt medische elementen een rol spelen in het schrijven van een “non fit to fly”.

8. Psychologische begeleiding

Informatie van **directie**:

In het transitcentrum 127bis verblijven vooral illegalen die op korte termijn uitwijsbaar zijn. De gemiddelde verblijfsduur is korter. De mensen zijn meestal op het einde van hun mogelijkheden. In dat opzicht is de situatie voor deze mensen uitzichtlozer wat meer stress en spanning met zich meebrengt. Agressie en onrust zijn frequent.

In dit centrum worden geen ex-gedetineerden ondergebracht.

Infrastructureel is het centrum gelijkaardig aan dit van Vottem. Dit laat een soepeler systeem toe:

- Het regime is minder streng. Mensen kunnen in hun kamers blijven als ze dit wensen.
- Binnen een vleugel kan men vrij bewegen.
- De bewoners slapen met max 4 in één kamer
- Douches en refter zijn vrij toegankelijk
- Mensen zijn vrij te eten wanneer ze willen. Er is altijd brood beschikbaar;

Leerkrachten en opvoeders zorgen voor animatie en activiteiten om de verveling te doorbreken. Er is een sportzaal en een aparte ontspanningsruimte. Elke vleugel heeft een stille ruimte. De vrijdag is er een gebedsdienst (moslims) en een christelijke dienst.

Er is buiten felle verlichting. Dit kan hinderlijk zijn voor het slapen volgens de bewoners. Mensen hangen dekens voor de ramen. Er is lawaai van vliegtuigen maar dit lijkt niet prominent aanwezig. De aangesproken bewoners klagen er niet over.

Informatie van **psychologe**:

Er is een voltijds bewonerspsychologe contractueel tewerkgesteld in het centrum sinds oktober 2007.

De psychologische begeleiding van bewoners gebeurt vooral door individuele gesprekken met bewoners.

Bewoners kunnen zelf een gesprek met psycholoog aanvragen (relatief zelden). De meeste worden verwezen door personeel.

De psychologe bewaart de nota's van gesprekken. Dit wordt niet bij het medisch dossier gevoegd. Op vraag van de arts schrijft zij een verslag over een bewoner.

De kamer waar de psychologe bewoners ontvangt is duister en beklemmend. Er zijn geen ramen aanwezig.

Zij probeert regelmatig in de bewoners vleugels aanwezig te zijn. Ook tijdens activiteiten is ze aanspreekbaar.

Door die informele contacten ontwikkelt zij vertrouwelijke relaties met bewoners en personeel.

Negatieve aspecten die de psychologe ondervindt zijn het gevoel van machteloosheid door de uitzichtloze situatie waarin de meeste bewoners zich bevinden en hoge verwachtingen die worden gesteld. Er zijn de verwachtingen van bewoners rond mogelijk procedureel profijt. Er zijn de verwachtingen van het personeel naar de psychologe toe in verband met bvb het gedrag van sommige bewoners. De psychologe ervaart dat bij het personeel de verwachting leeft dat zij oplossingen kan aanreiken om het niveau van onrust en stress bij de

bewoners te doen dalen. Volgens de psychologe zijn de spanningen binnen het centrum vooral te wijten aan de onzekerheid en uitzichtloosheid van de bewoners en het feit van opsluiting.

Stimulerend werkt de positieve feedback die zij ervaart van sommige bewoners. Haar aanwezigheid wekt vertrouwen. Ook de frequente communicatie met psychologen van de andere centra werkt positief.

Planning voor nabije toekomst:

- organisatie van groepsbijeenkomsten (voor bvb relaxatie, gesprekken e.d.)
- werkgroep agressie beheersing met personeel

De verpleegkundigen nemen geen taak op in de psychologische of informatieve ondersteuning van bewoners met gezondheidsklachten.

9. Zelfdoding en hongerstakingen

Zelfmoord pogingen zijn vrij frequent. In 2007 waren er twee incidenten (poging tot verhangings, overdosis medicatie). In 2008 tot juni waren er drie incidenten (poging tot verhangings, snijden van polsen, springen van trap).

Ook hongerstakingen komen regelmatig voor. (26 in 2007)

10. Geweld bij uitwijzing

De bewoner komt enkel bij de arts als dit nodig wordt geacht door het personeel of op vraag van de bewoner.

11. Isolatiecel

Volgens de **directie** waren er in de eerste vijf maanden van 2008 86 isolaties om disciplinaire redenen. Bewoners die om disciplinaire redenen in de isolatiecel verblijven worden door de arts gezien die oordeelt of de bewoner in isolatie kan blijven. Enkel op vraag van de bewoner komt de psycholoog.

Er zijn kamers voor aangepast regime. Dit wordt vooral gebruikt om mensen wat rust te geven en even te isoleren van de groep. Die mensen worden dagelijks door de medische dienst en een directielid gezien. Hier verblijven ook bewoners die afgezonderd worden omwille van medische redenen.

12. Verslavingen

Als nodig start de arts een substitutie therapie met subitex. De subitex wordt door de verpleging gegeven. (informatie: **arts**)

13. Kinderen en zuigelingen

Gezinnen met kinderen en vrouwen verblijven in een afzonderlijke vleugel. Momenteel verblijven er 20 kinderen. Er is een leraar en vier opvoeders specifiek voor de kinderen. De kinderen kunnen niet naar buiten als ze dit willen. Ze leven in een context waar er voortdurend onrust en nervositeit is. Overdag is er zelden rust in de vleugel.

14. Zwangerschappen

Zwangere vrouwen worden gedurende het eerste trimester voornamelijk door de centrumarts opgevolgd. Er zijn regelmatig gynaecologische controles. (informatie: **arts**)

15. Algemene bedenkingen inzake de medische dienst

Zoals blijkt uit bovenstaand zijn er een aantal bedenkingen te maken over de organisatie en werking van de medische dienst in het transitcentrum 127 bis.

15.1. Efficiëntie

De arts heeft dagelijks een te groot aantal consultaties. De meeste hulpvragen vragen geen complexe medische diagnostiek en behandeling en kunnen perfect en verantwoord door een verpleegkundige behandeld worden. De problemen die buiten de competentie van de verpleegkundige vallen kunnen verwezen worden naar de arts. Dit vraagt goede communicatie met de arts die ook feedback geeft op de beslissingen van de verpleegkundigen. Nauwkeurig noteren in het dossier is ook een vereiste. Er zijn “standing orders” opgemaakt die bruikbaar zouden kunnen zijn om de verpleegkundigen te ondersteunen in het nemen van beslissingen.

15.2. Teamwerk

De medische dienst werkt te weinig als een team. Iedereen lijkt er zijn verantwoordelijkheden op te nemen maar er is te weinig interactie tussen de verschillende actoren. Zo is de opsplitsing tussen medische en administratieve verantwoordelijkheid artificieel. Beide functies dienen in elkaar over te lopen. Medische beslissingen kunnen maar uitgevoerd worden als de administratie naar behoren werkt. Het meest logisch zou zijn dat een arts de finale verantwoordelijkheid opneemt voor de organisatie van de dienst. Het lijkt alsof de artsen hun consultatieuren vullen zonder zich te engageren voor de totale werking van de dienst. Die indruk wordt versterkt door de vaststelling dat de artsen zich niet telefonisch beschikbaar willen stellen voor de dienst na hun werkuren omwille van het ontbreken van een financiële tegemoetkoming. Een mogelijke oplossing voor de zware administratieve druk is de aanwerving van een medische secretariaat.

15.3. Structurele oplossingen

Teveel problemen blijven “hangende” door een falende coördinatie.

Men stelt bijvoorbeeld vast dat de medicatie niet bij de bewoners terecht komt maar er worden geen stappen ondernomen om dit structureel op te lossen.

Het gebrek aan continuïteit van zorg door de niet beschikbaarheid van artsen krijgt geen oplossing.

Men stelt vast dat medisch materiaal ontbreekt of dat er te veel medicatie die al aanwezig is wordt voorgeschreven maar er wordt niet gewerkt aan een oplossing.

15.4. Continuïteit van zorg

De beperkte bereikbaarheid van de artsen is een prangend probleem die de kwaliteit van de medische dienst zwaar hypothekeert.

15.5. Medisch eiland

De medische dienst functioneert geïsoleerd van bewoners en overig personeel. Dit is niet bevorderlijk voor de empathie en psychologische begeleiding van de bewoners. De frequente psychosomatische klachten vereisen een aanpak die het puur somatische overstijgt. Dit aspect van zorg zou ook deels door de medische dienst dienen opgenomen te worden.

Verpleging zou tijd moeten kunnen vrijmaken om naar de gezondheidsvragen van de bewoners te luisteren.

Een meer informele aanwezigheid op de bewonersvleugels zou kunnen bijdragen tot een betere aanspreekbaarheid van de verpleging.

Dit kan ook de problematische therapie trouw ten goede kunnen komen.

Die aanwezigheid zal ook de relatie en noodzakelijke communicatie met het overige personeel ten goede komen.

15.6. Communicatie

Communicatie binnen de dienst, met de bewoners en met externen (vb NGO's) lijkt een sleutelprobleem. Door goede en eerlijke communicatie kunnen problemen en misverstanden uitgeklaard worden en hoeven sluimerende conflicten niet te leiden tot drastische ontknopingen (cfr. klacht bij de orde van geneesheren).

Bijlage 1: Geraadpleegde documenten

1. “De menselijke kost van detentie, de gesloten centra voor vreemdelingen in België” AZG
2. “De situatie in de gesloten centra voor vreemdelingen” oktober 2006
3. De functieomschrijving van de bewonerspsycholoog in de gesloten centra.
4. “Visites de lieux de détention: quel rôle pour les médecins et autres professionnels de la santé » APT
5. Koninklijk Besluit houdende vaststelling van het regime en de werkingsmaatregelen, toepasbaar op de plaatsen gelegen op het Belgische grondgebied, beheerd door de Dienst Vreemdelingenzaken, waar een vreemdeling wordt opgesloten, ter beschikking gesteld van de regering of vastgehouden, overeenkomstig de bepalingen vermeld in artikel 74/8,&1, van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen. (2 augustus 2002)
6. “Voorstudie voor de audits van de open en gesloten centra door de Federale ombudsman”