



Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

Managementsamenvatting

BELEIDSRAPPORT RESIDENTIËLE FORENSISCHE ZORG

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

Dit document vormt de managementsamenvatting van het Beleidsrapport residentiële forensische zorg in forensische VAPH-units en in hoog- en middelhoog beveiligde PZ- en PVT-afdelingen (depotnummer D/2025/3241/490, uitgave januari 2026).

Het volledige rapport is raadpleegbaar via <https://www.departementzorg.be/nl/beleidsrapporten-van-zorginspectie>.

1 SITUERING

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 BELANGRIJKSTE CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

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

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

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

2.1 THEMA INFRASTRUCTUUR

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 THEMA MEDEWERKERS

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

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

De regelgeving rond minimumbestaffing verschilt sterk tussen de verschillende sectoren.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 THEMA ZORGTRAJECT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4 THEMA VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

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

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

Duidelijke richtlijnen omtrent controles kunnen zorgen voor meer uniformiteit tussen voorzieningen, rechtszekerheid voor medewerkers en vooral een betere bescherming van de rechten van de zorggebruikers.

Bij uitstrek rond lichaamscontrole is er nood aan een gemeenschappelijk juridisch onderbouwd kader.

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

Afspraken over **afzondering** sluiten vaak niet volledig aan bij de geldende richtlijnen (bv. nog niet overal garantie op zo kort mogelijke afzonderingen, soms nog gebruik van pijnprikkel). Het toezicht tijdens afzondering is op sommige afdelingen onvoldoende, wat – zeker in combinatie met de infrastructurele veiligheidsrisico's in afzonderingsruimtes – de veiligheid van zorggebruikers in gevaar kan brengen. Gegevens over afzondering worden niet eenduidig verzameld, waardoor de vergelijking tussen afdelingen en voorzieningen onvolledig is en het zicht op de feitelijke toepassing beperkt blijft.

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

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

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

2.5 THEMA VERBETERBELEID

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