



Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

TOEZICHT IN DE PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSTEHUIZEN

2025-2026

COLOFON

Verantwoordelijke uitgever

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

Samenstelling

Departement Zorg
Zorginspectie

Productcoördinatie en vormgeving

Afdeling Communicatie en IT - Team Communicatie

Depotnummer

D/2026/3241/343

Uitgave

Oktober 2026

WOORD VAN DANK

Zorginspectie wenst de psychiatrische verzorgingstehuizen te bedanken om inzage te geven in hun werking.

INHOUD

LIJST MET AFKORTINGEN		4
1	MANAGEMENTSAMENVATTING	5
1.1	Situering	5
1.2	Algemene conclusie en aanbevelingen	5
2	INLEIDING	10
3	CONTEXT	11
3.1	Toezicht in de psychiatrische verzorgingstehuizen	11
4	METHODIEK EN RAPPORTAGE	13
4.1	Vorbereiding	13
4.2	Inspecties in de psychiatrische verzorgingstehuizen	13
4.3	Individuele inspectieverslagen	16
4.4	Beleidsrapport	16
5	ORGANISATIE, ZORGAANBOD EN BELEID	18
5.1	Organisatie en zorgaanbod	18
5.2	Beleid	18
5.3	Conclusie en reflecties	21
6	PERSONEEL	23
6.1	Multidisciplinair team	23
6.2	Leidinggevenden	24
6.3	Psychiater	25
6.4	Permanentie	26
6.5	Conclusie en reflecties	28
7	HERSTELONDERSTEUNENDE ZORG EN BEGELEIDING	30
7.1	Beschikbaarheid zorggegevens	30
7.2	Zorgplan	31
7.3	Signaleringsplan	34
7.4	Individuele gesprekken	35
7.5	Toegankelijkheid dossier	37
7.6	Lokale integratie en activering	37
7.7	Afsluitbrief	38
7.8	Conclusie en reflecties	40

8	MEDICATIE	42
8.1	Meldsysteem medicatie-incidenten	42
8.2	Volledigheid gegevens	43
8.3	Veilige bewaring medicatie	45
8.4	Verdovende middelen	46
8.5	Hoogrisicomedicatie	47
8.6	Conclusie en reflecties	48
9	RECHTEN	49
9.1	Inzage en afschrift dossier	49
9.2	Klachtrecht	51
9.3	Zelfbeschikking	52
9.4	Vermogensbeheer	54
9.5	Rolstoeltoegankelijkheid	55
9.6	Conclusie en reflecties	57
10	OVERZICHT INBREUKEN	58

LIJST MET AFKORTINGEN

AZ	algemeen ziekenhuis
CoBRHA	Common Base Registry for HealthCare Actor (centrale interbestuurlijke databank van erkende zorgaanbieders en zorgvoorzieningen in België)
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
HRM	hoogrisicomedicatie
IBW	initiatief van beschut wonen
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
PVT	psychiatrisch verzorgingstehuis
PZ	psychiatrisch ziekenhuis
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
VAPH	Vlaams agentschap voor personen met een handicap
VTE	voltijds equivalent (= rekeneenheid voor de omvang van de beschikbare arbeidstijd die overeenkomt met de volledige werkweek van één werknemer)
WZC	woonzorgcentrum
ZG	zorggebruiker

1 MANAGEMENTSAMENVATTING

1.1 SITUERING

Tussen eind september 2025 en begin februari 2026 inspecteerde Zorginspectie alle campussen van de Vlaamse psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's) met een definitieve opnamecapaciteit (met uitzondering van de middelhoog- en hoogbeveiligde forensische PVT-afdelingen, die in 2025 geïnspecteerd werden). In totaal werden 32 campussen van de 23 erkende PVT's in Vlaanderen bezocht.

Tijdens deze inspectieronde werd gefocust op vijf thema's: 'organisatie, zorgaanbod en beleid', 'personeel', 'herstelondersteunende zorg en begeleiding', 'medicatie' en 'rechten'. Zorginspectie baseerde zich daarbij op regelgeving en op het [Referentiekader voor psychiatrische verzorgingstehuizen](#) dat door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg werd opgemaakt. Daarnaast werden ook een aantal elementen bekeken die niet expliciet aan bod komen in de regelgeving of in het referentiekader, maar die mogelijk van belang zijn voor de kwaliteit van de zorg (bv. signaleringsplannen).

Voor elk van de vijf thema's werden een aantal elementen getoetst aan de hand van dossiercontroles, documenten (bv. procedures of vergaderverslagen), observaties tijdens de rondgang op de afdelingen en gesprekken met medewerkers en zorggebruikers.

Er werd onaangekondigd ter plaatse gegaan om een zo goed mogelijk zicht te krijgen op de kwaliteit van de dagelijkse zorg. De inspecties gebeurden aan de hand van een gestandaardiseerde bevraging, waardoor het mogelijk was om de resultaten op een hoger niveau te aggregeren.

Per campus werd een inspectieverslag opgemaakt. De verslagen zijn beschikbaar via de [CoBRHA-viewer](#). Voor een PVT bestaande uit meerdere campussen gebeurde de bevraging van sommige onderwerpen alleen op de grootste campus. In het inspectieverslag van de tweede of derde campus wordt bij elk van deze onderwerpen verwezen naar de vaststellingen in het inspectieverslag van de bijhorende grootste campus.

Dit beleidsrapport werd samengesteld op basis van de geaggregeerde gegevens uit de individuele campus-verslagen. De belangrijkste bevindingen worden hieronder weergegeven.

1.2 ALGEMENE CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

1.2.1 Organisatie, zorgaanbod en beleid

Een opvallende vaststelling is dat door vrijwel alle PVT's extra **opnamecapaciteit** wordt voorzien bovenop de erkende capaciteit (73 extra plaatsen over alle bezochte campussen heen). De voornaamste reden die hiervoor werd aangehaald, is de wijze van financiering in relatie tot de bezettingsgraad. PVT's hebben er financieel alle belang bij om een bezettingsgraad van 100% te behalen, wat door de meeste PVT's enkel alleen haalbaar geacht wordt als er een aantal plaatsen bovenop de erkende capaciteit worden voorzien.

Wat de **instroom** betreft, beschikken alle PVT's over een uitgewerkte procedure. In de meeste gevallen zijn ook duidelijke in- en exclusiecriteria vastgelegd, en bestaan er afspraken over alternatieven wanneer een kandidaat niet kan worden opgenomen. Opvallend is dat in veel PVT's (18) geen formele afspraak bestaat rond de verwachting (uit het referentiekader) dat een psychiater altijd aanwezig moet zijn bij elk instroom-gesprek met een zorggebruiker.

In de periode 2022-2024 werden 643 zorggebruikers opgenomen. Dit betekent dat in drie jaar tijd in bijna 40% van het totaal aantal beschikbare definitief erkende plaatsen op de bezochte campussen (1686) een nieuwe zorggebruiker werd opgenomen. De meerderheid (60%) van de opnames gebeurde vanuit het

psychiatrisch ziekenhuis (PZ) waarmee wordt samengewerkt. Opnames vanuit de thuissituatie of een initiatief van beschut wonen (IBW) waren elk beperkt tot ongeveer 10%.

Elk PVT hanteert wachtlijsten, met in totaal 589 wachtende zorggebruikers. Dit cijfer moet met enige omzichtigheid geïnterpreteerd worden, aangezien sommige voorzieningen werken met meerdere lijsten (actief en passief) en soms een wachtlijststop invoeren (wegens gebrek aan perspectief voor opname binnen een redelijke termijn). Daardoor kan de werkelijke zorgvraag onderschat worden. Anderzijds kan ook niet uitgesloten worden dat sommige zorggebruikers op meer dan één wachtlijst staan en dus dubbel geteld worden.

Wat de **uitstroom** betreft, eindigde in de periode 2022-2024 het verblijf van 648 zorggebruikers. In bijna één op de vijf gevallen betrof het een overlijden. Van de overige ontslagen ging het merendeel van de zorggebruikers naar een woonzorgcentrum (40%). De andere belangrijkste bestemmingen waren een PZ (21%), een algemeen ziekenhuis (14%) en de thuissituatie (12%). Slechts een klein percentage stroomde door naar andere woonvormen zoals IBW, andere PVT's of VAPH-voorzieningen.

Tegenover het gemiddeld aantal ontslagen van 216 per jaar waren er op het moment van inspectie ook 177 zorggebruikers die wachtten op een gepaste uitstroombemogelijkheid, vaak naar een woonzorgcentrum (94). Ook voor VAPH-voorzieningen was de vraag aanzienlijk (37) hoger dan het aanbod. Dit wijst op knelpunten in de doorstroom naar aangepaste vervolgvormen.

Wat betreft de **vertegenwoordiging van zorggebruikers** blijkt dat ze in de meeste PVT's vertegenwoordigd zijn in een beheersorgaan. In veel gevallen kunnen zij effectief bijdragen aan het beleid, vooral wanneer dat gebeurt op een toegankelijk niveau. Op formele bestuursniveaus blijft die impact vaak beperkt door de drempels die zorggebruikers ervaren.

1.2.2 Personeel

Over het algemeen voldoen de PVT's aan de **geldende personeelsnormen** en de **kwalificatievereisten**.

In 4 van de 23 PVT's was er formeel gezien een tekort aan VTE **teamverantwoordelijken**, meestal doordat sommige teamverantwoordelijken niet voltijds werkten.

Alle PVT's hadden een samenwerkingsovereenkomst met een **psychiater**. Bij een kwart van de PVT's waren de minimaal vereiste 6 psychiateruren per week daarin niet formeel gegarandeerd (omdat geen specifiek aantal uren werd vermeld; één keer omdat het aantal vastgestelde uren voor het PVT kleiner was dan 6). Waar de minimaal vereiste psychiatertijd duidelijk was vastgelegd, varieerde die sterk (tussen de 4 en de 24 uur per week). In ruim de helft van alle PVT's gaven zowel leidinggevend als psychiaters aan dat de werkelijk beschikbare psychiatertijd voor het PVT onvoldoende was om alle nodige (patiëntgerelateerde of beleidsmatige) taken uit te voeren.

Het referentiekader vermeldt enkel de minimale vereiste van 6 psychiateruren per week, ongeacht de capaciteit van het PVT. De vraag kan gesteld worden of het niet aangewezen is om deze minimale vereiste te relateren aan bepaalde factoren (bv. opnamecapaciteit, aantal campussen en/of zorgzwaarte van de doelgroepen). Op die manier kan mogelijk beter gegarandeerd worden dat voldoende psychiatertijd voorzien is om voor elke zorggebruiker kwaliteitsvolle zorg te voorzien.

Voor de **nachtelijke permanentie** zetten PVT's sterk in op medewerkers met hoge kwalificaties. Voor meer dan 82% van alle gecontroleerde nachten (448) was een verpleegkundige ingeroosterd. Anderzijds waren 17% van de nachten niet in orde met de eisen inzake permanentie, maar dit verdient de nodige nuancering:

- > Op twee kleine PVT-campussen was 's nachts structureel geen medewerker aanwezig. In beide gevallen bevindt het betreffende PVT-gebouw zich op of net naast een campus van een psychiatrisch ziekenhuis. De PVT-bewoners konden 's nachts een oproepbare PZ-medewerker contacteren.
- > Op 5 campussen met een erkende opnamecapaciteit van 60 (waarvoor één medewerker volstaat) waren op sommige gecontroleerde nachten een beperkt aantal zorggebruikers extra opgenomen terwijl er geen tweede nachtmedewerker (vereist vanaf 61 overnachtende zorggebruikers) aanwezig was.

1.2.3 Herstelondersteunende zorg en begeleiding

De beschikbaarheid van **basiszorggegevens** in dossiers vertoonde een wisselend beeld. Informatie over context en huisarts was vrijwel altijd aanwezig. Gegevens over allergieën waren iets minder consistent aanwezig (maar werden toch nog gevonden in 87% van de dossiers). Informatie over middelengebruik ontbrak relatief vaak: in 30% van alle gecontroleerde dossiers werd hierover geen informatie gevonden, en bijna de helft van de campussen scoorde een inbreuk omdat minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers informatie bevatte over middelengebruik.

In veruit de meeste dossiers werd een **zorgplan** gevonden; toch was dat in 5 (van de 320) dossiers (gespreid over vier campussen) niet het geval.

In 4 op de 5 dossiers met een zorgplan was er in de laatste 12 maanden een **multidisciplinaire evaluatie** aantoonbaar, en in 90% daarvan kon betrokkenheid van de zorggebruiker worden aangetoond. Er werden grote verschillen vastgesteld inzake de systematiek waarmee zorggebruikers al dan niet aanwezig waren bij de evaluatie (gaande van nooit aanwezig in sommige PVT tot quasi altijd aanwezig in andere).

Betrokkenheid van de context bij de evaluatie kon in minder dan de helft van de dossiers aangetoond worden (met uitsluiting van dossiers waar dit geweigerd werd door de zorggebruiker of tegenaangewezen was). De meerderheid van de bevraagde zorggebruikers gaf wel aan dat de context betrokken werd bij het ruimere begeleidingstraject.

Voor ongeveer een vierde van de campussen kon de aanwezigheid van de psychiater bij de multidisciplinaire evaluatie onvoldoende aangetoond worden in het dossier.

Hoewel het gebruik van een **signaleringsplan** niet vereist is volgens het referentiekader, werd tijdens de dossiersteekproef in ongeveer 2/3 van de dossiers toch een signaleringsplan gevonden. Er werden in de praktijk echter grote verschillen vastgesteld tussen de campussen: soms werd quasi systematisch met signaleringsplannen gewerkt, elders werd er helemaal niet mee gewerkt.

Het referentiekader bevat geen specifieke verwachtingen over **individuele gesprekken tussen psychiater en zorggebruiker**. Over alle PVT's heen werden er in ongeveer de helft van de gecontroleerde dossiers notities gevonden van een individueel gesprek van maximaal drie maanden oud. In een kwart van de dossiers werd geen enkele notitie over een individueel gesprek met de psychiater gevonden (10%) of alleen een notitie van meer dan een jaar oud (16%).

Alle PVT's verklaarden inspanningen te doen in het kader van **activering en vermaatschappelijking van de zorg** en konden concrete voorbeelden benoemen om dit te onderbouwen. Anderzijds gaf bijna één derde van de zorggebruikers aan dat er tijdens activiteiten geen contact is met buurtbewoners. Zorggebruikers blijken wel tevreden over het activiteitenaanbod.

Er is aandacht voor de **continuïteit van de zorg** bij het ontslag uit het PVT.

In 85% van de gecontroleerde afgesloten dossiers kon minstens één afsluitbrief gevonden worden.

De drie gecontroleerde inhoudelijke elementen (informatie over zorg en ondersteuning tijdens het verblijf, informatie over medicatie en nazorg) werden telkens in ongeveer 90% van de afsluitbrieven gevonden.

In quasi alle dossiers kon de betrokkenheid van de zorggebruiker (of vertegenwoordiger) m.b.t. het ontslag worden aangetoond.

1.2.4 Medicatie

De PVT's scoorden over het algemeen goed op het vlak van medicatie. Niettemin werden een aantal risico's vastgesteld die zich voornamelijk situeren zich op het vlak van de toegankelijkheid tot verdovende middelen en op het vlak van veilig werken met hoogrisicomedicatie (HRM).

Elk PVT beschikte over een **meldsysteem voor medicatie-incidenten** en een beleid voor analyse ervan. Dat beleid werd meestal ondersteund vanuit het psychiatrisch ziekenhuis waarmee werd samengewerkt. Bij het relatief lage aantal geregistreerde medicatie-incidenten (in 2/3 van de campussen werden 10 of minder medicatie-incidenten geregistreerd in 2024) kan de vraag rijzen of medicatie-incidenten wel in voldoende mate geregistreerd worden.

De **eenduidige identificatie** van zorggebruikers op de medicatievoorraden en de **volledigheid van gegevens** (naam, sterkte en vervaldatum) op medicatie waren meestal in orde.

Ook de **veilige bewaring van medicatie** was goed georganiseerd. Bij geen enkel PVT werd hiervoor een inbreuk vastgesteld.

Wat **verdovende middelen** betreft, is er een belangrijk aandachtspunt. Er werd gekeken naar de toegankelijkheid van verdovende middelen voor andere zorgverleners dan artsen en verpleegkundigen en naar de afzonderlijke en afgesloten bewaring. De bewaring van verdovende middelen was bijna altijd in orde, maar bij ruim de helft van de leefgroepen en campussen bleek dat deze middelen ook toegankelijk waren voor andere zorgverleners dan artsen en verpleegkundigen.

Voor **hoogrisicomedicatie** werd een risico gedetecteerd voor een deel van de PVT's. Hoewel alle campussen beschikten over een beleid voor HRM met instructies voor labeling, werd op een derde van de campussen vastgesteld dat HRM niet altijd voorzien was van een visuele trigger. Het ontbreken van zo'n directe waarschuwing is een veiligheidsrisico en kan zware medicatiefouten tot gevolg hebben.

1.2.5 Rechten

Hoewel alle PVT's procedures hebben rond het recht op **inzage en afschrift** van dossiers, waren deze niet altijd in lijn met de wetgeving. Op 7 campussen was dat het geval voor het recht op inzage en op 4 campussen voor het recht op afschrift.

Ook de informatieverstrekking aan zorggebruikers over deze rechten kan beter. Vaak ontbraken elementen uit de wetgeving in de informatie (25 maal voor inzage, 19 maal voor afschrift), was de informatie niet in lijn met de wetgeving (6 maal voor inzage, 3 maal voor afschrift) of werd geen informatie gegeven over het recht op afschrift (6 campussen).

Voor het onderwerp **klachtrecht** scoorden de PVT's zeer goed. Alle bezochte campussen beschikten over een klachtenprocedure. Uitgezonderd op twee campussen (van twee verschillende PVT's) werden in de klachtenprocedure ook telkens de twee gezochte elementen vermeld (nl. zowel mondeling als schriftelijk een klacht kunnen indienen en rechtstreekse toegang tot de externe ombudspersoon). Op alle campussen kon systematische en schriftelijke communicatie over de klachtenprocedure aan nieuwe zorggebruikers aangetoond worden.

Uit de bevraging van zorggebruikers bleek dat de effectiviteit van de communicatie over de klachtenprocedure nog verhoogd kan worden. 11% van de zorggebruikers gaf aan geen informatie te hebben gekregen en 21% van de zorggebruikers gaf aan niet te weten hoe de ombudspersoon te contacteren.

Voor het onderwerp **zelfbeschikking** werd naar het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar gekeken. In bijna 9 op 10 dossiers was de kennisgeving over dit recht aantoonbaar aan de hand van een ondertekend huishoudelijk reglement ofwel in een ander formeel ondertekend document. Ruim drie vierde van de zorggebruikers gaf aan akkoord te zijn gegaan met de huisarts die het PVT aanbood; 16% van de zorggebruikers koos de huisarts zelf.

PVT's staan niet in voor het **vermogensbeheer** van zorggebruikers, wat in overeenstemming is met de regelgeving. Voor ruim twee derde van de zorggebruikers werd het vermogen beheerd door bewindvoerders, gevolgd door eigen beheer of beheer via derden.

Op het vlak van **rolstoeltoegankelijkheid** kunnen nog grote stappen gezet worden door de PVT's.

Op ruim 80% van de campussen werd voor dit onderwerp een inbreuk vastgesteld. Op 3 campussen was het gebouw zelf niet toegankelijk voor alle doelgroepen. 2 PVT's (met een rolstoeltoegankelijk gebouw) beschikten niet voor al hun doelgroepen over een rolstoeltoegankelijke kamer.

Het meest voorkomende probleem (voor bijna de helft van de doelgroepen) betrof het niet volledig aangepast zijn van de kamer en/of het ontbreken van een rolstoeltoegankelijk toilet op dezelfde verdieping als de kamer.

2 INLEIDING

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Zorg van de Vlaamse overheid en is bevoegd voor het toezicht op:

- > organisaties die door het departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund, geattesteerd of gesubsidieerd worden;
- > persoonlijke budgetten en hulpmiddelen toegekend aan personen met een handicap;
- > personen of organisaties waarvan redelijkerwijze kan worden vermoed dat ze als zorgverlener, hulpverlener of voorziening optreden.

Hiertoe behoren onder andere de psychiatrische verzorgingstehuizen, die worden erkend door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg.

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

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

Zo wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

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

Zorginspectie voert haar inspectiebezoeken uit en stelt haar inspectieverslagen op conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen houdt Zorginspectie rekening met de privacy van alle betrokken partijen. Informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de [Gegevensbeschermingsautoriteit](#).

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

3 CONTEXT

3.1 TOEZICHT IN DE PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSTEHUIZEN

3.1.1 Situering

Voor het toezicht op de sector van de psychiatrische verzorgingstehuizen werd sinds 2008 gewerkt met een auditmethodiek, op basis van een sectorspecifiek referentiekader. Tussen 2008 en 2014 werd zo'n organisatiebrede doorlichting in alle psychiatrische verzorgingstehuizen uitgevoerd. Vanaf 2015 tot 2020 werden inspecties uitgevoerd in een groot deel van de PVT's (maar stopgezet omwille van de Covid-epidemie).

In de voorbije periode voerde Zorginspectie verschillende inspectierondes uit in de sector van de geestelijke gezondheidszorg.

De GGZ-revalidatievoorzieningen, waarvoor de bevoegdheid bij de laatste staatshervorming naar de Vlaamse overheid werd overgeheveld, werden bezocht tussen 2021 en 2024.

De centra voor geestelijke gezondheidszorg werden geïnspecteerd in de eerste helft van 2023.

De psychiatrische ziekenhuizen kregen een inspectiebezoek in 2023-2024.

Daarnaast liepen er ook thematische inspecties met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen in alle afdelingen kinder- en jeugdpsychiatrie van december 2016 tot maart 2017, en met betrekking tot suïcidepreventie in voorzieningen met GGZ-aanbod voor meerderjarigen van juli 2021 tot eind 2023.

In 2025-2026 tenslotte liep deze inspectieronde in de psychiatrische verzorgingstehuizen. Aansluitend werd een inspectieronde in initiatieven van beschut wonen gepland.

3.1.2 Inspectieronde 2025-2026

Tussen eind september 2025 en begin februari 2026 werden alle campussen van de Vlaamse psychiatrische verzorgingstehuizen met een definitieve opnamecapaciteit geïnspecteerd, met uitzondering van de (middelhoog- en hoogbeveiligde) forensische afdelingen en de uitdovende opnamecapaciteit.

De forensische afdelingen waren namelijk al inbegrepen in een sectoroverschrijdende inspectieronde rond forensische zorg in het voorjaar van 2025. De uitdovende opnamecapaciteit is verhoudingsgewijs erg beperkt en zal bovendien op termijn verdwijnen.

Voor deze inspectieronde kunnen twee bijzondere situaties vermeld worden:

- > Bij het bezoek op campus Den Heuvel van PVT Multiversum werd (de administratief afzonderlijke uitbatingsplaats) PZ Campus Alexianen aan de inspectie van campus Den Heuvel toegevoegd. In de praktijk bleken beide uitbatingsplaatsen gezamenlijk als één campus met twee doelgroepen op dezelfde locatie georganiseerd te zijn.
- > Voor PVT Dr. Guislain gaf de voorziening aan dat de opnamecapaciteit van campus Dokter Guislain in mei 2026 zal geïntegreerd worden in de werking van campus Lorkenstraat. Daarom gebeurde tijdens deze inspectieronde geen aparte inspectie van campus Dokter Guislain.

Tijdens deze PVT-inspectieronde werden vijf thema's gecontroleerd die een beeld geven van de kwaliteit van de zorg en/of de veiligheid van de zorggebruikers, met name:

- > organisatie, zorgaanbod en beleid
- > personeel
- > herstelondersteunende zorg en begeleiding
- > medicatie
- > rechten.

Suïcidepreventie en vrijheidsbeperking zijn eveneens belangrijke en actuele thema's binnen de setting van een PVT, maar werden niet weerhouden voor deze inspectieronde omwille van volgende redenen:

- > Van juli 2021 tot eind 2023 liepen thematische inspecties m.b.t. suïcidepreventie in voorzieningen met een GGZ-aanbod voor meerderjarigen.
- > Sinds midden 2022 wordt een geheel van acties en engagementen opgezet die zijn gericht op het blijvend verbeteren van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid op het vlak van vrijheidsbeperkende maatregelen in de GGZ. Tijdens de voorbereidingen van deze inspectieronde liep een wetenschappelijk onderzoek m.b.t. een nieuw intersectoraal richtlijnenkader voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie, met bijzondere aandacht voor specifieke noden van ouderen en volwassen personen met een handicap. Het nieuw intersectoraal richtlijnenkader is inmiddels gepubliceerd (zie [Wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen en onderzoek](#)).

Bij deze inspectieronde baseerde Zorginspectie zich op algemene regelgeving, referentiekaders en richtlijnen die gelden voor de PVT's.

De meeste gecontroleerde onderwerpen binnen die thema's komen expliciet aan bod in het [referentiekader voor de PVT](#) dat werd opgemaakt door het vroegere agentschap Zorg en Gezondheid (nu de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg).

Daarnaast werd ook gebruik gemaakt van algemene regelgeving en richtlijnen die gelden voor de PVT's:

- > Wet betreffende de rechten van de patiënt: [Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt gewijzigd door de wet van 6 februari 2024](#)
- > Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg: De '[Kwaliteitswet](#)' voor gezondheidszorgbeoefenaars
- > [Overnamedecreet PVT 2018](#): Decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging
- > [Overnamebesluit PVT 2018](#): Besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging
- > [Verdrag van de Verenigde Naties voor de rechten van personen met een handicap](#): Verdrag van 13 december 2006 voor de rechten van personen met een handicap.
- > [Wet betreffende het statuut van bewindvoerder over een beschermde persoon](#): Wet van 8 november 2023 betreffende het statuut van bewindvoerder over een beschermde persoon

4 METHODIEK EN RAPPORTAGE

4.1 VOORBEREIDING

Op 24 oktober 2024 werd de sector een eerste keer, via mail, geïnformeerd over het plan om inspecties uit te voeren in de PVT's vanaf 2025. Op 7 januari 2025 werd aan het Vlaams Patiëntenplatform en aan het Familieplatform gevraagd input aan te leveren voor deze inspectieronde om de stem van de zorggebruiker een zinvolle plaats te kunnen geven.

Er volgde een communicatie met koepelorganisaties en voorzieningen op 14 maart 2025 met informatie over de inspectieronde. Een gestandaardiseerde bevraging over actuele basisgegevens van de PVT's werd meegestuurd.

Op 25 april 2025 ontvingen alle PVT's een oproep om zich kandidaat te stellen voor proefinspecties en werd een algemeen communicatiemoment aangekondigd. Op 19 mei 2025 werden de PVT's aangeschreven met een toelichting rond het praktische verloop en de methodologie voor de proefinspecties in de vier geselecteerde voorzieningen. De resultaten van de proefinspecties werden online besproken met de betrokken PVT's op 8 juli 2025.

Op 11 september 2025 organiseerde Zorginspectie een online communicatiemoment voor alle psychiatrische verzorgingstehuizen. In die uiteenzetting werden de methodiek, de inhoud en de concrete aanpak van de inspecties toegelicht.

4.2 INSPECTIES IN DE PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSTEHUIZEN

4.2.1 Werkwijze

Tijdens deze inspectieronde werd onaangekondigd ter plaatse gegaan om een zo goed mogelijk zicht te krijgen op de kwaliteit van de dagelijkse zorg.

Als voorbereiding van de inspectie werd aan elk PVT gevraagd om de volgende documenten en gegevens in elke campus ter beschikking te stellen op de dag van inspectie:

- > Chronologische lijst van alle ontslagen zorggebruikers (periode 2022 tot de dag van inspectie) die minstens een week voordien (datum inspectie min 7 dagen) definitief op ontslag gingen
- > Uitgeschreven beleid hoogrisicomedicatie
- > Procedure en schriftelijke informatie voor zorggebruikers m.b.t. inzage en afschrift dossier
- > Klachtenprocedure en schriftelijke informatie aan zorggebruikers over de klachtenregeling.

Bijkomend werd, voor een PVT bestaande uit één campus én voor de grootste campus van een PVT dat uit meerdere campussen bestaat, gevraagd om ook de volgende informatie te voorzien op deze campus:

- > Instroomprocedure
- > Overzicht van het aantal zorggebruikers per campus dat, op moment van inspectie, wacht op een beschikbaar alternatief met onderverdeling per gewenste zorgvorm
- > Formeel document dat de wijze van vertegenwoordiging van zorggebruikers in een beheersorgaan aantoon
- > Verslag van een beheersorgaan (maximum één jaar oud) waaruit de inbreng van de vertegenwoordiger van zorggebruikers blijkt
- > Overzicht van de vaste multidisciplinaire personeelsequipe van het volledige PVT. Het overzicht moest per personeelslid de volgende informatie bevatten: naam of nummer personeelslid, kwalificatie, al dan niet met bachelordiploma en jobtime in voltijdse equivalenten (VTE)

- > Samenwerkingsovereenkomst(en) tussen het PVT en de psychiater(s)
- > Uitgeschreven beleid betreffende incidentbeheer (bv. methodiek analyse)
- > Cijfergegevens incidenten met inbegrip van cijfers m.b.t. medicatie-incidenten
- > Document(en) die aantonen op welk niveau cijfergegevens van het laatste jaar betreffende medicatie-incidenten besproken werden: bestuursorgaan, directie en leefgroepen
- > Overzicht van wie instaat voor het beheer van het vermogen van zorggebruikers.

Tijdens de inspectie ter plaatse koos Zorginspectie voor een gestandaardiseerde bevraging waardoor het mogelijk was om de bekomen resultaten op een overkoepelend niveau te aggregeren. Daarnaast werden er ook enkele open vragen gesteld om meer contextuele informatie te bekomen.

De vaststellingen in ieder inspectieverslag zijn gebaseerd op:

- > controle van zorggebruikerdossiers
- > controle van medicatievoorraden
- > beoordeling van documenten (bv. procedures, folders, huishoudelijk reglement, verblijfsovereenkomst, cijfermateriaal, verslaggeving van overleg)
- > observaties tijdens de rondgang op de leefgroepen
- > gesprekken met medewerkers en zorggebruikers.

Voor het toezicht op de kwaliteit van de zorg baseert Zorginspectie zich maximaal op objectief aantoonbare vaststellingen.

Tijdens de dossiercontrole en bij het nazicht van de medicatie was er altijd minstens één medewerker aanwezig om het antwoord op de inspectievragen bij deze steekproeven aan te tonen. Er werd telkens in dialoog gegaan met de medewerker(s) van het PVT om de vaststellingen te valideren en om extra duiding te krijgen als dat nodig was.

Bij de dossierinzage engageert Zorginspectie zich, in overeenstemming met de bepalingen in het Toezicht-decreet, tot het [zorgvuldig omgaan met persoons- en gezondheidsgegevens](#).

Volgende methodologische aspecten waren van toepassing voor de concrete aanpak tijdens de inspecties, zoals die ook naar de sector werd gecommuniceerd.

- > Elk onaangekondigd inspectiebezoek werd door twee inspecteurs uitgevoerd tijdens één volledige werkdag.
- > Elke leefgroep kon geselecteerd worden voor inspectie, behalve degene die uitsluitend zorggebruikers opnemen binnen de forensische doelgroep of uitdovende opnamecapaciteit.
- > Voor PVT's met meerdere campussen werden een aantal, vooral beleidsmatige, onderwerpen PVT-breed bevestigd in de grootste campus. Die onderwerpen werden niet opnieuw gecontroleerd in de tweede of derde campus van dat PVT.
- > De bevraging van de zorggebruikers gebeurde campusbreed en richtte zich op hun beleving van de ontvangen zorg.
- > Er werden, waar mogelijk, telkens twee leefgroepen bezocht voor de controle van dossiers en medicatie. In enkele kleinere PVT-campussen werd de enige leefgroep bezocht.
- > De infrastructuur werd per doelgroep geïnspecteerd op rolstoeltoegankelijkheid.

4.2.2 Overzicht bezochte psychiatrische verzorgingstehuizen

In totaal werden 32 campussen van de 23 Vlaamse erkende PVT's bezocht tussen 30 september 2025 en 2 februari 2026.

Naam PVT	Naam bezochte campus / gemeente	Erkende opnamecapaciteit definitief (+ uitdovend) op de bezochte campus	Inspectiedatum
PVT Andreas	Campus Andreas / Lubbeek	78	26/11/2025
	Campus Kortenbergh / Kortenbergh	14	2/12/2025
ZAS PVT Antwerpen	PVT ZAS Antwerpen Berchem / Antwerpen	30	18/11/2025
PVT Ariadne	Campus Nieuwemeers / Lede	60	20/11/2025
	Campus Leilinde / Dendermonde	42	2/2/2026
PVT Casa Neri	Campus PVT Casa Neri / Sint-Niklaas	60	13/11/2025
PVT De Brugghe	PVT De Brugghe / Brugge	60	19/1/2026
PVT De Landhuizen	Campus Bethaniënlei / Zoersel	80	25/11/2025
	Campus Achterstraat / Zoersel	40	16/12/2025
PVT de Wadi	Campus De Wadi / Merelbeke-Melle	56	10/12/2025
PVT Dr. Guislain	Campus Lorkenstraat / Gent	60	6/1/2026
PVT Het Tempelhof	PVT Het Tempelhof / Ieper	60	16/12/2025
PVT Hortus	PVT Hortus / Gent	31	27/1/2026
PVT Kraaienberg	Campus PVT Kraaienberg / Grimbergen	29	17/10/2025
PVT Multiversum	Campus Waesdonck / Mortsel	90	2/12/2025
	Campus De Liereman / Oud-Turnhout	60	5/12/2025
	Campus Den Heuvel / Boechout	60	12/1/2026
Zorggroep Myna PVT Sint-Truiden	Zorggroep Myna PVT Sint-Truiden / Sint-Truiden	90 (+ 5)	6/10/2025
Zorggroep Myna PVT Tongeren-Borgloon	Campus Tongeren / Tongeren-Borgloon	45	4/12/2025
PVT Salto	PVT Salto / Geel	75	14/10/2025
PVT Schorshaegen	Campus Duffel / Duffel	60	30/9/2025
	Campus Heist-op-den-Berg / Heist-op-den-Berg	30	20/1/2026
PVT Sint-Amandus	Campus Aanwijs / Beernem	60	4/12/2025
	Campus De Ent / Torhout	60	23/1/2026
PVT Sint-Hiëronymus	Campus 't Hooghuis / Sint-Niklaas	35	29/1/2026
PVT Sint-Jan	PVT Sint-Jan / Eeklo	40	27/1/2026
PVT Sint-Jan-Baptist	Campus Krekelmuyter / Zelzate	60	15/12/2025
	Campus De Villa / Zelzate	11	26/1/2026
PVT Sint-Kamillus	Campus Salvenbos / Bierbeek	60	21/11/2025
PVT Ter Bosch	Campus Lanaken-Rado / Lanaken	60	17/12/2025
	Campus Rekem / Rekem	30 (+ 11)	19/1/2026
PVT Valckeburg	PVT Valckeburg Rumbeke / Roeselare	60	25/11/2025

4.3 INDIVIDUELE INSPECTIEVERSLAGEN

Per bezochte PVT-campus werd een gestandaardiseerd inspectieverslag opgemaakt dat opgebouwd is uit vijf thematische hoofdstukken (organisatie, zorgaanbod en beleid; personeel; herstelondersteunende zorg en begeleiding; medicatie; rechten).

Er wordt onderscheid gemaakt tussen twee types campusverslag: enerzijds een verslagsjabloon voor een enige campus of een hoofdcampus van een PVT en anderzijds een verslagsjabloon voor een bijkomende campus die hoort bij een hoofdcampus. In dat laatste verslagtype wordt voor een aantal onderwerpen verwezen naar de informatie in het verslag van de hoofdcampus omdat de betreffende vaststellingen alleen daar (PVT-breed) werden bekeken.

Op het einde van elk thema staat een samenvatting van de vaststellingen die worden onderverdeeld in de volgende twee categorieën:

- > 'zoals verwacht' (de vaststelling is in lijn met de regelgeving of andere geformaliseerde afspraken)
- > 'inbreuk' (de vaststelling is niet in lijn met de regelgeving of geformaliseerde afspraken).

De inspecteurs bekeken daarnaast ook een aantal elementen die niet expliciet vermeld zijn in algemene regelgeving, referentiekaders en richtlijnen, maar die mogelijk wel een impact hebben op de kwaliteit van de zorg (bv. aanwezigheid van een individueel signaleringsplan). Die vaststellingen geven een zicht op de huidige situatie zowel voor het individueel PVT als voor de sector.

Binnen een psychiatrisch verzorgingstehuis zijn er variabelen die ervoor kunnen zorgen dat een compliance van 100% niet altijd haalbaar is. Daarom werd de keuze gemaakt om, indien er een steekproef gebeurde, een kwalificatie 'inbreuk' pas toe te kennen wanneer een verwachting in minder dan 80% van de vaststellingen kon aangetoond worden. De steekproef moest minstens vijf dossiers/geneesmiddelen omvatten om een element te beoordelen als 'zoals verwacht' of als 'inbreuk'.

In overeenstemming met de termijnen bepaald in het Toezichtdecreet ontving het PVT eerst een ontwerpverslag. Daarna had de voorziening een reactietermijn van 14 kalenderdagen om feitelijke onjuistheden te signaleren. Op basis van die reactienota kon het verslag al dan niet worden aangepast.

Na de verwerking van de eventuele reactienota of na het verstrijken van de reactietermijn werd het verslag omgezet in een (al dan niet aangepast) definitief verslag.

Het inspectieverslag fungeert in de eerste plaats als verbeterinstrument voor het geïnspecteerde PVT.

De afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg (ELGEZ) staat in voor de opvolging van de inspectievaststellingen en ontving elk definitief inspectieverslag. De definitieve verslagen werden eveneens gepubliceerd via de [CoBRHA-viewer](#) (actieve openbaarheid).

4.4 BELEIDSRAPPORT

Dit beleidsrapport werd opgemaakt op basis van de geaggregeerde gegevens uit de individuele inspectieverslagen. Daardoor is het mogelijk de vaststellingen van elk individueel PVT te vergelijken met de resultaten op sectorniveau.

De volgende hoofdstukken gaan dieper in op de onderwerpen die binnen elk thema (organisatie, zorgaanbod en beleid; personeel, herstelondersteunende zorg en begeleiding; medicatie; rechten) werden geïnspecteerd. Elk thematisch hoofdstuk start met een luik 'Achtergrond' dat de verwachtingen weergeeft vanuit regelgeving of vanuit andere geformaliseerde afspraken. Onder 'Werkwijze' wordt vervolgens uitgelegd op welke manier Zorginspectie tot de vaststelling(en) kwam. De rubriek 'Vaststellingen' bevat de geaggregeerde gegevens per onderwerp en een samenvattende tabel van de betreffende inbreuken op sectorniveau. Elk hoofdstuk wordt afgerond met 'Conclusie en reflecties'.

In de tabellen wordt telkens aangegeven op hoeveel geïnspecteerde campussen de vaststellingen tot een beoordeling leidden: dit aantal (noemer) kan variëren van inbreuk tot inbreuk. Voor de vaststellingen op basis van een steekproef (van dossiers of medicatie) koos Zorginspectie ervoor pas een beoordeling toe te kennen wanneer de steekproefgrootte minstens vijf was (zie 4.3).

5 ORGANISATIE, ZORGAANBOD EN BELEID

5.1 ORGANISATIE EN ZORGAANBOD

5.1.1 Werkwijze

Vóór en tijdens het inspectiebezoek werd informatie opgevraagd over de organisatie en het zorgaanbod van het PVT.

5.1.2 Vaststellingen

Over de verschillende campussen heen werd een grote variatie vastgesteld op vlak van de invulling van de doelgroepen waarvoor een zorgaanbod aanwezig was. De indeling in doelgroepen gebeurt in de praktijk niet zozeer op basis van diagnostiek (of van 'pathologie'), maar vooral op basis van de mate waarin een zorggebruiker autonoom kan functioneren en/of van diens cognitieve vermogens.

Op 16 bezochte campussen werd met slechts één doelgroep gewerkt waarbinnen personen met een breed spectrum aan zorgprofielen konden opgenomen worden. Op andere campussen werd een zorgaanbod onderscheiden voor 2 (10 campussen), 3 (4 campussen) of 4 (2 campussen) doelgroepen.

Op 29 van de 32 bezochte campussen werd vastgesteld dat extra capaciteit bovenop de erkende opnamecapaciteit was opgesteld, met een totaal van 73 extra plaatsen over alle bezochte campussen heen. Het aantal bijkomende plaatsen varieerde per campus tussen 0 en 5, met een gemiddelde van 2,28 en een mediaan van 2.

Op 22 van de 29 campussen met extra plaatsen gaf het PVT als enige reden aan dat extra capaciteit werd opgesteld om een bezettingsgraad van 100% te kunnen bereiken: een bezettingsgraad van minder dan 100% heeft volgens de PVT's een negatieve impact op de financiering. Op 3 van de 29 campussen werd zowel een financiële als een andere reden aangegeven voor de extra plaatsen. Op de 4 overige campussen met extra plaatsen werd uitsluitend een andere reden vermeld (bv. het tijdelijk opvangen van zorggebruikers met een acute nood of vrijhouden van een plaats voor zorggebruikers die op intermediair ontslag gaan).

5.2 BELEID

5.2.1 Instroombeleid

5.2.1.1 Achtergrond

Verwachtingen uit referentiekader PVT

Het psychiatrisch verzorgingstehuis werkt criteria uit voor de start van verblijf van zorggebruikers op basis van de algemene werkingsnormen en het non-discriminatiebeginsel.

Het psychiatrisch verzorgingstehuis hanteert een instroomprocedure die beschrijft hoe kandidaat-zorggebruikers zich aanmelden bij het psychiatrisch verzorgingstehuis, hoe de zorgbehoeften van de kandidaat-zorggebruiker op een gestandaardiseerde en gestructureerde wijze in kaart worden gebracht, en hoe de instroomcriteria getoetst worden.

Het PVT stelt zich actief open voor zorggebruikers uit andere voorzieningen (PZ, IBW ...) dan deze waarmee het PVT een samenwerkingsovereenkomst afgesloten heeft.

Indien de kandidaat-zorggebruiker niet opgenomen wordt in het PVT, wordt een alternatief voorgesteld.

De coördinerend en behandelende artsen-specialisten in de psychiatrie of neuropsychiatrie, zijn verantwoordelijk voor:

[...]

2° de medisch-psychiatrische coördinatie van het PVT. Die taak omvat:

a) beslissen over de opname en de beëindiging van het verblijf van zorggebruikers in het PVT door minstens instroomgesprekken bij te wonen;

[...]

5.2.1.2 Werkwijze

Er werd nagegaan of het PVT beschikt over een instroomprocedure.

Er werd nagegaan of er in- en exclusiecriteria beschreven zijn.

Daarnaast werd gevraagd naar schriftelijke afspraken over het voorstellen van een alternatief als de kandidaat-zorggebruiker niet wordt opgenomen én of de psychiater een instroomgesprek heeft met elke kandidaat voor de start van de opname.

Vóór het inspectiebezoek werd aan elk PVT cijfermateriaal opgevraagd over de geregistreerde opnames per campus en over de eventuele wachtlijsten. Deze gegevens werden op PVT-niveau besproken en geactualiseerd tijdens de inspectie.

5.2.1.3 Vaststellingen

De vaststellingen over de instroomprocedure werden verzameld op het niveau van het PVT en gelden voor alle campussen van het betreffende PVT.

Alle 23 bezochte PVT's beschikten over een uitgeschreven instroomprocedure.

In 22 van de 23 PVT's waren in- en exclusiecriteria beschreven.

In 17 van de 23 PVT's waren er schriftelijke afspraken over het voorstellen van een alternatief wanneer de kandidaat-zorggebruiker niet in het PVT kan worden opgenomen.

In 5 van de 23 PVT's waren er schriftelijke afspraken over de verwachting dat de psychiater een instroomgesprek heeft met elke zorggebruiker voor de start van de opname.

Instroombeleid	
Aantal PVT's met een inbreuk voor instroombeleid	1/23
De reden voor de inbreuk was:	
- het PVT beschikt niet over een instroomprocedure	0/23
- de instroomprocedure van het PVT bevat geen in- en exclusiecriteria.	1/23

Onderstaande tabel biedt een overzicht van de herkomst van de zorggebruikers bij opname in de periode 2022-2024, voor alle campussen samen.

Herkomst	Aantal opnames	%
Eigen PZ	378	58,8
Ander PZ	51	7,9
Ander PVT of andere campus eigen PVT	28	4,4
Thuis	66	10,3
Algemeen ziekenhuis	23	3,6
Woonzorgcentrum	19	2,9
Initiatief beschut wonen	67	10,4
Andere	11	1,7
Totaal aantal opnames	643	100

Alle PVT's werken met een wachtlijst voor opname.

Voor alle PVT's samengeteld stonden 589 zorggebruikers op een wachtlijst. Het aantal personen op de wachtlijst verschilt van PVT tot PVT, met een minimum van 2 en een maximum van 87. Gemiddeld waren er 26 wachtenden per PVT, terwijl de mediaan 20 bedroeg. Deze cijfers moeten wel met de nodige omzichtigheid geïnterpreteerd worden (zie 5.3 Conclusie en reflecties).

5.2.2 Uitstroombeleid

Vóór het inspectiebezoek werd aan elk PVT cijfermateriaal opgevraagd over de geregistreerde uitstroom per campus en over de eventuele wachtlijsten. Deze gegevens werden op PVT-niveau besproken tijdens de inspectie.

Er werd ook gevraagd hoeveel opgenomen zorggebruikers wachten op beschikbaarheid van een andere zorgvorm die beter is aangepast aan hun zorgnood.

5.2.2.1 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de bestemming van de zorggebruikers na ontslag in de periode 2022-2024 voor alle campussen samen.

Bestemming bij ontslag	Aantal zorggebruikers	%
Eigen PZ	110	17,0
Ander PZ	12	1,9
Ander PVT of andere campus eigen PVT	13	2,0
Thuis	66	10,2
Algemeen ziekenhuis	73	11,3
Woonzorgcentrum	211	32,6
Initiatief beschut wonen	18	2,8
Voorziening VAPH	7	1,1
Andere	22	3,4
Totaal aantal ontslagen	532	82,1
Overlijden	116	17,9
Totale uitstroom	648	100

De volgende tabel biedt een overzicht van het aantal opgenomen zorggebruikers dat (op het moment van inspectie) volgens de betrokken PVT's wachtte op een aangepaste uitstroombmogelijkheid, en dit voor alle campussen samen.

Beoogd type zorgvoorziening	Aantal wachtende zorggebruikers	%
Woonzorgcentrum	94	53,1
Initiatief beschut wonen	18	10,2
Voorziening VAPH	37	20,9
Ander PVT	10	5,6
PZ	0	0,0
Andere	18	10,2
Totaal	177	100

5.2.3 Vertegenwoordiging zorggebruikers

5.2.3.1 Achtergrond

Verwachtingen uit referentiekader PVT

In de beheersorganen van het psychiatrisch verzorgingstehuis zit een vertegenwoordiger van de zorggebruikers of hun context of ervaringsdeskundigen van een representatieve gebruikers- of familievereniging. De vertegenwoordiger is het klankbord van een representatief deel van de zorggebruikers. Er is contact van de vertegenwoordiger met zorggebruikers en/of hun context.

De zorggebruikers worden in kennis gesteld over een vertegenwoordiging in het beheersorgaan.

In het verslag van de vergadering van het beheersorgaan komt de inbreng van de vertegenwoordiger van de zorggebruikers aan bod.

5.2.3.2 Werkwijze

Er werd gevraagd om de structurele aanwezigheid van een vertegenwoordiger van de zorggebruikers of hun context of ervaringsdeskundigen van een representatieve gebruikers- of familievereniging in een beheersorgaan aan te tonen a.d.h.v. een formeel document. Hiervoor kwam elk structureel overleg in aanmerking waarbij zowel de zorggebruikers vertegenwoordigd waren als minstens 1 directielid, 1 bestuurder, de PVT-coördinator of de beleidspsychiater van het PVT.

In verslagen (maximum één jaar oud) van vergaderingen van een beheersorgaan van het PVT werd bekeken of de vertegenwoordiger inbreng had.

5.2.3.3 Vaststellingen

In 21 van de 23 PVT's kon de vertegenwoordiging van zorggebruikers in een beheersorgaan aangetoond worden. 16 keer betrof het de vertegenwoordiging van de zorggebruikers zelf, 11 keer een vertegenwoordiging van de context van de zorggebruikers en 7 keer de betrokkenheid van een ervaringsdeskundige (een combinatie van manieren van vertegenwoordiging was mogelijk).

De inbreng van de vertegenwoordiging van zorggebruikers kon aangetoond worden met verslagen in 18 van de 23 PVT's.

Vertegenwoordiging zorggebruikers	
Aantal PVT's met een inbreuk voor vertegenwoordiging zorggebruikers	5/23
De reden voor de inbreuk was:	
- zorggebruikers zijn niet vertegenwoordigd in een beheersorgaan van het PVT	2/23
- de inbreng van de vertegenwoordiger in een vergadering van een beheersorgaan kon niet worden aangetoond aan de hand van een verslag	5/23

5.3 CONCLUSIE EN REFLECTIES

Opnamecapaciteit

Een opvallende vaststelling is dat op 29 van de 32 campussen extra opnamecapaciteit wordt voorzien bovenop de erkende capaciteit (73 extra plaatsen over alle bezochte campussen heen). 25 van deze 29 campussen gaven daarvoor de wijze van financiering in relatie tot de bezettingsgraad van het PVT als reden.

Instroom

Alle PVT's beschikten over een uitgeschreven instroomprocedure. Bij een meerderheid waren de in- en exclusiecriteria beschreven (22/23) en waren er ook schriftelijke afspraken over het voorstellen van een alternatief als een kandidaat niet in aanmerking kwam voor een opname (17/23).

Bij ongeveer 4 op 5 PVT's ontbraken schriftelijke afspraken rond de verwachting dat een psychiater een instroomgesprek met elke zorggebruiker moet hebben voor de opname.

Voor alle PVT's samen werden 643 zorggebruikers opgenomen in de periode 2022-2024. Dit betekent dat op 3 jaar tijd in bijna 40% van het totaal aantal beschikbare definitief erkende plaatsen op de bezochte campussen (1686) een nieuwe zorggebruiker werd opgenomen.

- > In meer dan de helft van de gevallen betrof het een opname vanuit het eigen psychiatrisch ziekenhuis naar het PVT.
- > De thuissituatie of een IBW was elk voor ongeveer 10% van nieuwe PVT-zorggebruikers de vorige verblijfplaats.
- > De herkomst vanuit andere zorgvoorzieningen (ander PVT, ander PZ, WZC, AZ) schommelde telkens rond 3%.

Elk PVT heeft een wachtlijst voor opname; voor alle PVT's samen stonden 589 zorggebruikers op een wachtlijst. Dit cijfer moet met enige omzichtigheid geïnterpreteerd worden.

- > Een aantal PVT's houdt meer dan één wachtlijst bij. Bijvoorbeeld: een actieve wachtlijst en daarnaast een passieve wachtlijst met zorggebruikers waarvoor ook andere pistes verkend worden en die wellicht niet op korte termijn in het PVT zullen worden opgenomen. Deze zorggebruikers worden meestal niet geregistreerd op de PVT-wachtlijst hoewel ze soms lang op die passieve lijst blijven staan.
- > In een aantal PVT's werd aangegeven dat er een wachtlijststop van toepassing was omwille van het gebrek aan perspectief voor opname binnen een redelijke termijn.

Deze elementen zouden erop kunnen wijzen dat het geregistreerde aantal wachtende zorggebruikers een onderschatting is van de werkelijke zorgnood voor mensen met een PVT-zorgprofiel. Anderzijds kan ook niet uitgesloten worden dat sommige zorggebruikers op meer dan één wachtlijst staan en dus dubbel geteld worden.

Uitstroom

In de periode 2022-2024 eindigde de PVT-opname van 648 zorggebruikers.

In bijna 1 van de 5 gevallen (116) betrof het een overlijden, naast 532 definitieve ontslagen (intermediaire ontslagen, zoals een tijdelijke opname in een algemeen ziekenhuis, werden niet meegeteld in deze cijfers).

- > De meeste ontslagen zorggebruikers (39,66%) kwamen in een WZC terecht.
- > Het eigen PZ vormde de tweede meest frequente (20,68%) bestemming voor de ontslagen zorggebruikers.
- > 13,72% werd ontslagen naar een AZ (en kwam niet terug binnen de drie maanden zodat het ontslag definitief werd).
- > 12,41% van de zorggebruikers kon naar een thuissituatie ontslagen worden.
- > Voor telkens 2 à 3% was er bij het ontslag een plaats in respectievelijk een IBW, een ander PVT of een andere campus van het eigen PVT of een ander PZ.
- > VAPH-voorzieningen vingen iets meer dan 1% van de ontslagen zorggebruikers op.

Tegenover het gemiddeld aantal ontslagen van 216 per jaar waren er op het moment van inspectie ook 177 zorggebruikers die wachtten op een aangepaste uitstroombemogelijkheid. Van die 177 zorggebruikers wachtte meer dan de helft volgens de PVT's op een plaats in een WZC (grosso modo de helft van het aantal mensen dat in 3 jaar tijd effectief van een PVT naar een WZC verhuisde). Op het moment van inspectie waren er 37 wachtenden voor een plaats in een VAPH-voorziening. Dat is meer dan 5 keer zoveel als er in 3 jaar effectief naar zulke voorziening konden verhuizen.

Vertegenwoordiging van zorggebruikers

In quasi alle (> 90%) PVT's waren zorggebruikers structureel vertegenwoordigd in een beheersorgaan.

In bijna 80% van de PVT's kon aan de hand van verslaggeving van vergaderingen van de beheersorganen ook aangetoond worden dat effectief een bijdrage aan het beleid geleverd werd door de vertegenwoordiger van de zorggebruikers.

De definitie van 'beheersorgaan' was voor deze inspectieronde niet beperkt tot het formele bestuursorgaan (inrichtende macht) maar kon betrekking hebben op elk systematisch overleg met impact op het dagelijks beleid. In een minderheid van PVT's was er vertegenwoordiging van de zorggebruikers op het niveau van de inrichtende macht. In enkele PVT's werd aangegeven dat een vertegenwoordiging in het bestuursorgaan zelden leidde tot een werkelijke bijdrage omdat dit niveau door de zorggebruikers als te hoogdrempelig werd ervaren. In andere beheersorganen, op een lager echelon, bleek de bijdrage meestal wel effectief een impact te hebben op het beleid van het PVT.

6 PERSONEEL

6.1 MULTIDISCIPLINAIR TEAM

6.1.1 Achtergrond

Verwachtingen uit referentiekader PVT

Het PVT beschikt voor de herstelondersteunende zorg van de zorggebruiker over een multidisciplinair team onder leiding van een coördinator die de nodige competenties voor leidinggeven en management bezit.

Over het geheel van de voorziening is er een personeelsinzet à rato van 13 VTE per erkende capaciteit van 30 zorggebruikers (de coördinator niet meegerekend).

Van deze 13 VTE personeelsleden zijn er maximaal 5 VTE zorgkundigen.

Van deze 13 VTE personeelsleden zijn er minimaal 8 VTE personeelsleden die een kwalificatie hebben van 1° verpleegkundige, bij voorkeur psychiatrische verpleegkundige

2° maatschappelijk werker

3° maatschappelijk assistent

4° orthopedagoog

5° ergotherapeut

6° psycholoog

7° kinesitherapeut

8° opvoeder.

Minstens vier van de acht gekwalificeerde personeelsleden zijn in het bezit van een graad van bachelor of master.

Het team van begeleiders is in staat om een multidisciplinaire aanpak te garanderen voor elke zorggebruiker in herstelondersteunende zorg, met onder meer psycho-educatie en psychosociale interventies.

6.1.2 Werkwijze

Op niveau van het PVT werd de vaste personeelsequipe in kaart gebracht en werd nagegaan of het PVT beschikt over:

- > voldoende VTE (volledige multidisciplinaire personeelsequipe) ten opzichte van de erkende opnamecapaciteit (min. 13 VTE / erkende opnamecapaciteit van 30 zorggebruikers, excl. coördinator);
- > voldoende VTE zorgverleners (kwalificatie volgens de lijst van het referentiekader) ten opzichte van de erkende opnamecapaciteit (min. 8 VTE / erkende opnamecapaciteit van 30 zorggebruikers);
- > voldoende VTE gekwalificeerde zorgverleners met minstens een bachelordiploma ten opzichte van de erkende opnamecapaciteit (min. 4 van de 8 VTE / erkende opnamecapaciteit van 30 zorggebruikers).

6.1.3 Vaststellingen

In 3 van de 23 PVT's werden in totaal 4 inbreuken vastgesteld m.b.t. de personeelsbezetting.

Multidisciplinair team	Aantal PVT's met inbreuk
Per erkende opnamecapaciteit van 30 zorggebruikers beschikt het PVT niet over een multidisciplinair team van minstens 13 VTE.	2/23
Per erkende opnamecapaciteit van 30 zorggebruikers beschikt het PVT niet over 8 VTE personeelsleden met de juiste kwalificatie.	1/23
Per erkende opnamecapaciteit van 30 zorggebruikers beschikt het PVT niet over 4 VTE gekwalificeerde personeelsleden die minstens houder zijn van een bachelordiploma.	1/23

6.2 LEIDINGGEVENDEN

6.2.1 Achtergrond

Verwachtingen uit referentiekader PVT

Het PVT beschikt voor de herstelondersteunende zorg van de zorggebruiker over een multidisciplinair team onder leiding van een coördinator die over de nodige competenties voor leidinggeven en management beschikt. Er is een teamverantwoordelijke per 30 zorggebruikers (binnen de personeelsnorm van 13 VTE). Er moet een bijkomende teamverantwoordelijke aanwezig zijn als de helft van elke nieuwe schijf van 30 zorggebruikers wordt overschreden. Dit betekent concreet:

- > van 0 tot 45 zorggebruikers: 1 VTE teamverantwoordelijke
- > van 46 tot 75 zorggebruikers: 2 VTE teamverantwoordelijke
- > van 76 tot 105 zorggebruikers: 3 VTE teamverantwoordelijke

De coördinator en de teamverantwoordelijke mogen niet één en dezelfde persoon zijn.

6.2.2 Werkwijze

Er werd nagegaan of het PVT over voldoende VTE teamverantwoordelijke beschikt ten opzichte van de erkende (definitieve + uitdovende) opnamecapaciteit. Daarnaast werd gecontroleerd of er nominatief een coördinator is aangeduid binnen het PVT en of de rol van coördinator en teamverantwoordelijke niet door dezelfde persoon wordt opgenomen.

6.2.3 Vaststellingen

In 19 van de 23 PVT's waren er voldoende VTE teamverantwoordelijke in verhouding tot de totale erkende opnamecapaciteit. In 4 PVT's was er een tekort van respectievelijk 0,2 VTE, 0,3 VTE, 0,6 VTE en 1 VTE. Voor alle PVT's was een coördinator nominatief aangeduid en nam die niet tegelijk een rol als teamverantwoordelijke op.

Leidinggevend	Aantal PVT's met inbreuk
Het PVT beschikt over onvoldoende VTE teamverantwoordelijke in verhouding tot de erkende opnamecapaciteit.	4/23
Er is geen coördinator nominatief aangeduid binnen het PVT.	0/23
De rol van coördinator en teamverantwoordelijke wordt door dezelfde persoon waargenomen.	0/23

6.3 PSYCHIATER

6.3.1 Achtergrond

Verwachtingen uit referentiekader PVT

Het psychiatrisch verzorgingstehuis beschikt over minimaal zes uur per week coördinerende en behandelende psychiatertijd [...]. Het precies aantal te vervullen uren is afhankelijk van het aantal zorggebruikers en wordt vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst tussen het psychiatrisch verzorgingstehuis en de psychiater.

Het aantal uren tewerkstelling van de personeelsleden (psychiater, coördinator, verpleegkundige ...) is vastgelegd in een overeenkomst.

6.3.2 Werkwijze

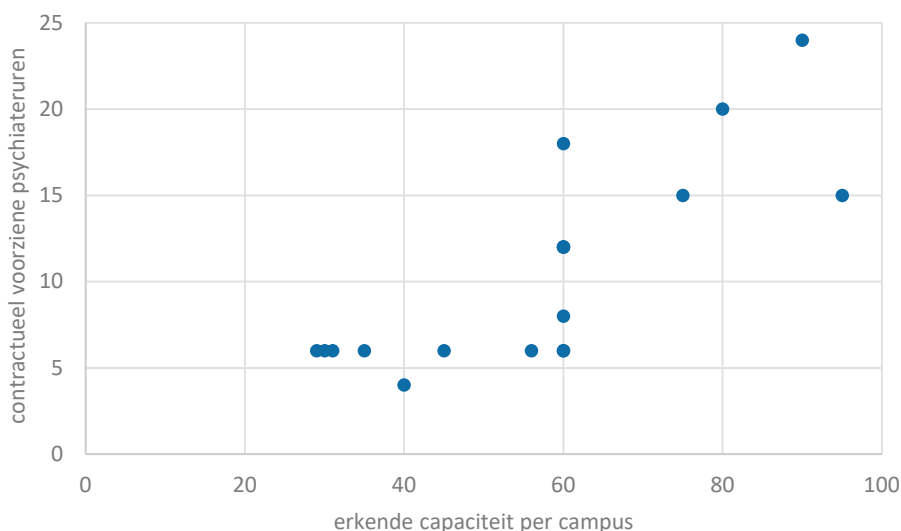
De samenwerkingsovereenkomst(en) tussen het PVT en de psychiater(s) werd(en) opgevraagd om zicht te krijgen op het aantal uren coördinerende en behandelende psychiatertijd waarover het PVT per week beschikt. Er werd gecontroleerd of er minstens 6 uur psychiatertijd per week is voorzien.

Er werd zowel aan de psychiater als aan een centrale verantwoordelijke (bv. directie, coördinator) gevraagd of de uren volstaan om alle taken op alle campussen uit te voeren.

6.3.3 Vaststellingen

Voor de 23 PVT's waren er één of meerdere samenwerkingsovereenkomsten tussen de psychiater(s) en het PVT. Voor 18 PVT's was het aantal uren psychiatertijd per week bepaald in de samenwerkingsovereenkomst(en). In 17 van de 18 PVT's was er contractueel minstens 6 uur psychiatertijd per week voorzien.

In de 18 PVT's waar het aantal uren contractueel was vastgelegd, varieerde het aantal voorziene uren tussen de 4 en de 24 uren per week, met een gemiddelde van 10,47 uren en een mediaan van 7 uren.



Van de 18 PVT's met contractueel vastgelegde uren voor de psychiater waren er 8 die 6 uur voorzien. Die 8 PVT's hebben 60 erkende definitieve plaatsen of minder. Er zijn ook 5 PVT's met 60 erkende definitieve plaatsen die meer tijd voorzien (8, 12 of 18 uur). PVT's met meer dan 60 erkende definitieve plaatsen voorzien allemaal meer tijd (tussen 15 en 24 uur).

De theoretische beschikbaarheid van een psychiater per zorggebruiker per week, berekend a.d.h.v. de vastgelegde uren in de samenwerkingsovereenkomsten (in de 18 PVT's waar dit van toepassing is), varieert van PVT tot PVT. Het minimum was 6 minuten per zorggebruiker per week terwijl het maximum 18 minuten per zorggebruiker per week bedroeg.

In deze 18 PVT's was er gemiddeld 10,73 minuten per zorggebruiker per week beschikbaar (mediaan 11,81 minuten). Gecorrigeerd voor het aantal erkende plaatsen per PVT kwam het (gewogen) gemiddelde uit op 10,99 minuten per zorggebruiker per week.

Voor de 5 PVT's waar de psychiatertijd niet formeel was vastgelegd, kon dit niet berekend worden.

In 12 van de 23 PVT's gaven de bevroegde leidinggevenden aan dat de beschikbare psychiatertijd onvoldoende was om alle taken te vervullen.

In 21 van de 23 PVT's kon minstens één psychiater bevroegd worden. In 13 van deze 21 PVT's gaf minstens één van de bevroegde psychiaters aan dat de psychiatertijd onvoldoende was om alle taken te vervullen. De taken die de psychiater niet kon vervullen door tijdsgebrek verschillen. In sommige PVT's ontbrak vooral tijd voor beleidsmatige aspecten (11 keer vermeld, 6 maal door leidinggevende en 5 maal door psychiater). In andere PVT's ontbrak vooral tijd voor contacten en gesprekken met zorggebruikers (13 keer vermeld, 8 maal door leidinggevende en 5 maal door psychiater).

Psychiater	Aantal PVT's met inbreuk
Aantal PVT's met een inbreuk voor beschikbaarheid psychiater	6/23
De reden voor de inbreuk was:	
- Er is geen samenwerkingsovereenkomst tussen het PVT en de psychiater.	0/23
- In de samenwerkingsovereenkomst tussen het PVT en de psychiater is niet bepaald hoeveel uur psychiatertijd per week is voorzien.	5/23
- In de samenwerkingsovereenkomst tussen het PVT en de psychiater is bepaald dat er minder dan 6 uur psychiatertijd per week is voorzien.	1/23

6.4 PERMANENTIE

6.4.1 Achtergrond

Verwachtingen uit referentiekader PVT

Het psychiatrisch verzorgingstehuis voorziet in herstelondersteunende zorg met een permanent toezicht op de zorggebruikers die er verblijven, zowel overdag als 's nachts.

Er is overdag steeds een verpleegkundige aanwezig.

Per 60 zorggebruikers is er 1 fysiek persoon aanwezig tijdens de nacht. Indien deze 60 zorggebruikers zich in verschillende gebouwen bevinden, dient de verplaatsingstijd tussen de verschillende gebouwen beperkt te zijn tot maximaal 10 minuten.

Indien nachtpermanentie wordt voorzien door een zorgkundige waarborgt het PVT dat steeds beroep kan worden gedaan op een verpleegkundige voor verpleegkundige handelingen. Indien het PVT niet beschikt over een verpleegkundige tijdens de nacht maar beroep doet op een verpleegkundige van een andere voorziening dan moet daarvoor een samenwerkingsovereenkomst worden gesloten met de nodige afspraken, o.m. in verband met de verplaatsingstijd in functie van de specifieke verpleegkundige handeling en de dringendheid en in verband met de financiële vergoeding.

De afspraken m.b.t. de taken van de nachtdienst en permanentie worden geformaliseerd (bv. procedure noodoproep, taakomschrijving, toeren tijdens de nacht, registratie, overdracht ...).

Over het geheel van de voorziening is er een personeelsinzet à rato van 13 VTE per erkende capaciteit van 30 zorggebruikers (de coördinator niet meegerekend).

Van deze 13 VTE personeelsleden zijn er maximaal 5 VTE zorgkundigen.

Van deze 13 VTE personeelsleden zijn er minimaal 8 VTE personeelsleden die een kwalificatie hebben van
1° verpleegkundige, bij voorkeur psychiatrische verpleegkundige

2° maatschappelijk werker

3° maatschappelijk assistent

4° orthopedagoog

5° ergotherapeut

6° psycholoog

7° kinesitherapeut

8° opvoeder.

6.4.2 Werkwijze

Op elke campus werd het uurrooster van de nachtpermanentie voor de voorbije twee weken (= de 14 nachten voorafgaand aan de inspectiedatum) ingekeken.

- > Per nacht werd(en) de kwalificatie(s) van de medewerker(s) van de nachtpermanentie nagegaan.
- > Er werd gecontroleerd of er voldoende personeel (minstens één medewerker per begonnen schijf van 60 zorggebruikers) aanwezig was voor de nachtdienst.
- > Er werd gecontroleerd of er elke nacht een medewerker, zoals vermeld in het referentiekader, aanwezig was.
 - Voor de nachten waarbij geen verpleegkundige aanwezig was, moest aangetoond worden dat er een verpleegkundige oproepbaar was.
 - Als er tijdens één of meerdere nachten in de gecontroleerde periode een beroep werd gedaan op een verpleegkundige van een andere voorziening (m.i.v. het PZ waarmee het PVT verbonden is), werd nagegaan of er met die voorziening een samenwerkingsovereenkomst was.
 - In deze overeenkomst moesten afspraken zijn opgenomen i.v.m. de verplaatsingstijd in functie van de specifieke verpleegkundige handeling en de dringendheid.

6.4.3 Vaststellingen

Op de 32 campussen samen werden 448 nachten gecontroleerd (14 nachten per campus).

	Aantal	%
Aantal nachten gecontroleerd	448	100
Aantal nachten waarbij de nachtpermanentie in orde was	373	83,26
Voldoende medewerkers* en een verpleegkundige aanwezig	335	74,78
Voldoende medewerkers* en geen verpleegkundige aanwezig, maar men kon wel beroep doen op een verpleegkundige	38	8,48
Aantal nachten waarbij de nachtpermanentie niet in orde was	75	16,74
Aantal nachten met onvoldoende medewerkers*	75	16,74
Aantal nachten zonder medewerker*	28	6,25
Aantal nachten met 1 i.p.v. 2 medewerkers * (indien 61-120 zorggebruikers)	47	10,49
Aantal nachten zonder verpleegkundige waarbij er geen beroep kon worden gedaan op een verpleegkundige	0	0
Aantal nachten met een medewerker, niet vermeld in het referentiekader, die deel uitmaakte van de minimum bestaffing	0	0

* Behorend tot de disciplines vermeld in het referentiekader voor PVT: zorgkundige, maatschappelijk werker/assistent, orthopedagoog, ergotherapeut, psycholoog, kinesitherapeut en opvoeder.

Op campusniveau resulteert dat in onderstaande cijfers.

	Aantal	%
Aantal nachten gecontroleerd	32	100
Aantal nachten waarbij de nachtpermanentie in orde was	25	78,13
Voldoende medewerkers* en een verpleegkundige aanwezig	20	62,50
Voldoende medewerkers* en geen verpleegkundige aanwezig, maar men kon wel beroep doen op een verpleegkundige	5	15,63
Aantal nachten waarbij de nachtpermanentie niet in orde was	7	21,88
Aantal nachten met onvoldoende medewerkers*	7	21,88
Aantal nachten zonder medewerker*	2	6,25
Aantal nachten met 1 i.p.v. 2 medewerkers * (indien 61-120 zorggebruikers)	5	15,63
Aantal nachten zonder verpleegkundige waarbij er geen beroep kon worden gedaan op een verpleegkundige	0	0
Aantal nachten met een medewerker, niet vermeld in het referentiekader, die deel uitmaakte van de minimum bestaffing	0	0

* Behorend tot de disciplines vermeld in het referentiekader voor PVT: zorgkundige, maatschappelijk werker/assistent, orthopedagoog, ergotherapeut, psycholoog, kinesitherapeut en opvoeder.

Voor 6 van de 32 campussen was er minstens één nachtshift waarbij een beroep werd gedaan op een verpleegkundige van een andere voorziening ter ondersteuning van de medewerker(s).

- > Voor 4 van deze 6 campussen was er een samenwerkingsovereenkomst gesloten met de andere voorziening.
 - Voor 3 van deze 4 campussen waren er in de samenwerkingsovereenkomst afspraken opgenomen i.v.m. de verplaatsingstijd van de verpleegkundige.

Permanentie	Aantal campussen met inbreuk
De permanentie was niet in alle gecontroleerde nachten in orde.	7/32

6.5 CONCLUSIE EN REFLECTIES

Multidisciplinair team en leidinggevenden

In bijna alle PVT's (21/23) waren, zowel kwantitatief als kwalitatief, voldoende medewerkers beschikbaar zoals vereist is in het referentiekader.

Alle campussen hadden ook een coördinator die niet tegelijkertijd de rol van teamverantwoordelijke opnam. In 4 van de 23 PVT's was er een tekort aan VTE teamverantwoordelijken. Dit tekort vond meestal zijn oorsprong bij teamverantwoordelijken die niet voltijds werkten.

Psychiater

Alle PVT's konden een samenwerkingsovereenkomst met een psychiater voorleggen.

Bij een kwart van de PVT's waren de minimaal vereiste 6 psychiateruren per week niet formeel gegarandeerd, meestal omdat in de overeenkomst niet was bepaald hoeveel uren psychiatertijd voor het PVT moest voorzien worden en één keer omdat het aantal vastgestelde uren voor het PVT kleiner dan 6 was.

Bij de PVT's waar de minimaal vereiste psychiatertijd duidelijk was vastgelegd, varieerde die tussen de 4 en de 24 uur per week, met een gemiddelde van 10,5 uur en een mediaan van 7 uur.

In het referentiekader is momenteel alleen de minimale vereiste van 6 psychiateruren per week opgenomen, ongeacht de capaciteit van het PVT. De vraag kan gesteld worden of het niet aangewezen is om de minimale vereiste te relateren aan de opnamecapaciteit, aan het aantal campussen en/of aan de zorgwaarde van de doelgroepen.

Vanuit de bevraging naar ervaringen in de praktijk bleek dat, voor ruim de helft van alle PVT's, zowel leidinggevend als psychiaters aangaven dat de werkelijk beschikbare psychiatertijd voor het PVT onvoldoende was om alle nodige taken uit te voeren, zodat keuzes moesten gemaakt worden. Die keuzes varieerden nogal tussen de verschillende PVT's. In PVT's waar de focus van de psychiater eerder lag op directe zorg werd vooral aangegeven dat er tijd voor beleidsmatige aspecten ontbrak; in PVT's waar de focus eerder lag op beleidsmatige aspecten was het net omgekeerd.

Permanentie

Van het totale aantal (448) gecontroleerde nachten over alle campussen heen bleken er bijna 17% niet in orde te zijn met de eisen inzake permanentie. Dit werd in ongeveer 1/3 van de gevallen veroorzaakt door de afwezigheid van een medewerker (geen medewerker voorzien in het werkrooster) op de betreffende campus. Bij de overige 2/3 was dat door een tekort aan medewerkers (één i.p.v. de vereiste twee vanaf 60 inslapende zorggebruikers).

Opvallend was dat de PVT's sterk inzetten op medewerkers met hoge kwalificaties. Voor meer dan 82% van alle nachten was een verpleegkundige ingeschakeld in de permanentie.

Dezelfde vaststellingen m.b.t. de permanentie weergegeven op niveau van de campussen laten zien dat het aantal vereiste medewerkers op bijna 4/5 van de campussen voor alle gecontroleerde nachten voldeed aan het referentiekader.

Op sommige campussen werd bewust geen (tweede) medewerker ingeroosterd voor de nachtpermanentie. Hierbij werden onderstaande verklaringen opgetekend tijdens de gesprekken:

- > Op de 2 campussen zonder nachtpermanentie werd aangegeven dat de betreffende doelgroep bestond uit stabiele zorggebruikers die autonoom genoeg konden functioneren zonder fysieke aanwezigheid van een medewerker. Er was wel mogelijkheid om een oproepbare medewerker te contacteren. Telkens ging het over PVT-campussen die zich op of naast een PZ-campus bevonden.
- > De 5 campussen met slechts één i.p.v. de vereiste twee medewerkers voor de nachtpermanentie waren campussen met een erkende opnamecapaciteit van 60 (waarvoor één medewerker volstaat) waar tijdens één of meerdere nachten enkele zorggebruikers extra waren opgenomen. Op enkele van die campussen was het structureel geregeld dat een medewerker van een nabijgelegen afdeling van het PZ, gelegen op dezelfde campus en binnen de 10 minuten loopafstand, ter ondersteuning kon opgeroepen worden door de nachtmedewerker van het PVT.

7 HERSTELONDERSTEUNENDE ZORG EN BEGELEIDING

7.1 BESCHIKBAARHEID ZORGGEGEVENS

7.1.1 Achtergrond

Verwachtingen uit referentiekader PVT

Van iedere zorggebruiker wordt een individueel multidisciplinair dossier bijgehouden dat minimaal de volgende elementen en gegevens bevat:

- 1° de identiteitsgegevens
- 2° de voorgeschiedenis
- 3° de medische, sociale en juridische basisinformatie
- 4° de verblijfsovereenkomst
- 5° het zorgplan van de zorggebruiker
- 6° bij beëindiging van het verblijf, de afsluitbrief.

Het individueel dossier ondersteunt de multidisciplinaire werking. Dit betekent onder meer dat elke betrokken hulpverlener minimaal de informatie in het dossier noteert die van belang is voor de multidisciplinaire bespreking, dat de conclusies van de multidisciplinaire bespreking in het dossier worden genoteerd en dat alle betrokken hulpverleners toegang hebben tot deze informatie.

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

De gezondheidszorgbeoefenaar neemt in voorkomend geval en binnen zijn bevoegdheid minstens volgende gegevens op in het patiëntendossier:

- [...]
- 2° de identificatie van de huisarts van de patiënt;
- [...]
- 5° persoonlijke en familiale antecedenten;
- [...]

7.1.2 Werkwijze

Dossiers van zorggebruikers die minstens één maand waren opgenomen, werden gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over de volgende onderwerpen:

- > identificatiegegevens van de huisarts
- > basisgegevens van de (niet-professionele) context
- > middelengebruik
- > allergie.

7.1.3 Vaststellingen

De mate waarin de gezochte informatie al dan niet in de gecontroleerde dossiers werd gevonden, varieerde vrij sterk naargelang het gecontroleerde onderwerp.

	Aantal	%
Dossiers met informatie over de (identificatiegegevens van) de huisarts (enkel berekend op de dossiers met huisarts en zonder weigering om informatie te delen)	317/319	99,37
Dossiers met informatie over basisgegevens betreffende de context (enkel berekend op dossiers waar betrekken van de context van toepassing was)	308/308	100
Dossiers met informatie over middelengebruik	227/320	70,94
Dossiers met informatie over allergie	279/320	87,19

Logischerwijze reflecteert deze variatie zich ook in het aantal vastgestelde inbreuken voor de verschillende onderwerpen.

Beschikbaarheid zorggegevens	Aantal campussen met inbreuk
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over (de identificatiegegevens van) de huisarts. (enkel berekend op de dossiers met huisarts en zonder weigering om informatie te delen)	0/32
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over basisgegevens betreffende de context. (enkel berekend op de dossiers waar betrekken van de context van toepassing was)	0/32
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over middelengebruik.	14/32
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over allergie.	6/32

7.2 ZORGPLAN

7.2.1 Achtergrond

Verwachtingen uit referentiekader PVT

De herstelondersteunende zorg is gericht op het behoud van de resterende vaardigheden, de versterking van het zelfzorgvermogen en de zelfregie van de zorggebruiker, inclusief het leren omgaan met de gevolgen van de ziekte en de psychische kwetsbaarheid, en de ondersteuning van de ontwikkeling van het persoonlijk en maatschappelijk functioneren.

Afhankelijk van de zorgbehoeften, wensen, competenties en mogelijkheden van de zorggebruiker, bestaat de herstelondersteunende zorg uit:

- 1° vaardigheden helpen behouden en aanleren;
- 2° de zorggebruiker tijdens de uitvoering van zijn activiteiten ondersteunen of begeleiden;
- 3° activiteiten overnemen als de zorggebruiker die niet zelf kan uitvoeren.

De herstelondersteunende zorg is gericht op de volgende domeinen:

- 1° zelfzorg zoals wassen, aankleden, koken, huishoudelijke taken, geldbeheer en administratie;
- 2° lichamelijke en psychische gezondheid vanuit medisch en krachtgericht perspectief;
- 3° dagbesteding en vrije tijd;
- 4° sociale contacten;
- 5° zingeving.

De zorg door het psychiatrisch verzorgingstehuis vertrekt van een zorgvuldige en gestructureerde verkenning van de zorgbehoeften van de zorggebruiker en zijn context op de diverse levensdomeinen.

Dit heeft zijn weerslag in het zorg- en ondersteuningsplan.

Op basis van de zorgbehoeften werken de zorggebruiker en de begeleiders een zorgplan uit. Als dat mogelijk is en als de zorggebruiker dat wenst, worden ook personen uit de context betrokken bij de uitwerking van het zorgplan. Het zorgplan omvat een overzicht van de zorgbehoeften, de voorkeuren van de zorggebruiker, de doelstellingen die men door middel van de begeleiding wil bereiken, een prioritering van de doelstellingen en een plan van aanpak van de prioritaire doelstellingen in de vorm van acties en zorgactiviteiten.

De uitgevoerde acties en het zorgplan worden bij voorkeur continu geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Minstens om de twaalf maanden wordt het volledig zorgplan geëvalueerd samen met de zorggebruiker en, als de zorggebruiker dat wenst, zijn context. Na elke evaluatie wordt een besluit genomen tot staving van de verdere zorg op de verschillende levensdomeinen en over de beëindiging of voortzetting van het verblijf.

Het besluit tot beëindiging of voortzetting van het verblijf wordt zo veel als mogelijk in samenspraak met de zorggebruiker genomen.

Het individueel dossier ondersteunt de multidisciplinaire werking. Dit betekent onder meer dat elke betrokken hulpverlener minimaal de informatie in het dossier noteert die van belang is voor de multidisciplinaire bespreking, dat de conclusies van de multidisciplinaire bespreking in het dossier worden genoteerd en dat alle betrokken hulpverleners toegang hebben tot deze informatie.

Op geregelde tijdstippen en minstens één keer per maand vindt een teamoverleg plaats waarin alle disciplines zijn vertegenwoordigd, inclusief de psychiater.

De psychiater is minstens één keer per maand aanwezig op het teamoverleg en altijd bij de bespreking van de zorgplannen van de zorggebruikers.

7.2.2 Werkwijze

In dossiers van zorggebruikers, die minstens één jaar waren opgenomen, werd gekeken of een zorgplan aanwezig was.

In de dossiers waar een zorgplan aanwezig was, werd gezocht naar:

- > een multidisciplinaire evaluatie (= minstens 3 verschillende disciplines) van het zorgplan met besluit over de verdere zorg en over de beëindiging of voortzetting van het verblijf in de voorbije 12 maanden;
- > de betrokkenheid van de zorggebruiker (of vertegenwoordiger) bij deze evaluatie;
- > de betrokkenheid van de context bij deze evaluatie;
- > de aanwezigheid van de psychiater bij deze evaluatie.

In de bezochte leefgroepen werden een aantal zorggebruikers bevraagd over de evaluatie van hun zorgplan. Zorggebruikers werden ook bevraagd over de betrokkenheid van de context bij het verblijf.

7.2.3 Vaststellingen

Op de 32 campussen samen werden telkens 10 dossiers gecontroleerd op de aanwezigheid en de evaluatie van zorgplannen.

	Aantal	%
Aantal dossiers gecontroleerd	320	100
Dossiers met een zorgplan	315	98,44
Dossiers met een zorgplan waarbij in de voorbije 12 maanden een multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met besluit kon aangetoond worden	257/315	81,59
Dossiers waarbij de betrokkenheid van de zorggebruiker bij de multidisciplinaire evaluatie kon aangetoond worden (enkel berekend op de 256 dossiers waar betrekken van de zorggebruiker mogelijk was)	235/256	91,80
Dossiers waarbij de betrokkenheid van de context bij de multidisciplinaire evaluatie kon aangetoond worden (enkel berekend op de 156 dossiers waar betrekken van de context van toepassing was)	66/156	42,31
Dossiers waarbij de aanwezigheid van de psychiater bij de multidisciplinaire evaluatie kon aangetoond worden	222/257	86,38

Op 4 campussen werd in minder dan de helft van de gecontroleerde dossiers een multidisciplinaire evaluatie in de voorbije 12 maanden gevonden.

In de 235 dossiers waarin de betrokkenheid van de zorggebruiker bij de multidisciplinaire evaluatie kon aangetoond worden, werd nagegaan op welke manier(en) die betrokkenheid vorm kreeg.

	Aantal	%
Dossiers met zorggebruiker betrokken bij de multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan	235	100
Aanwezig bij de bespreking	126	53,62
Betrokken bij de voorbereiding/terugkoppeling	209	88,94

Er werden grote verschillen vastgesteld inzake de systematiek waarmee zorggebruikers al dan niet aanwezig zijn bij de multidisciplinaire evaluatie. Op 5 campussen kon de aanwezigheid van de zorggebruiker aangetoond worden in alle dossiers met een multidisciplinaire evaluatie in de voorbije 12 maanden. Op 15 campussen was dat in minder dan de helft van de dossiers het geval (waarvan 5 keer in geen enkel dossier).

Zorgplan	Aantal campussen met inbreuk
Niet in alle gecontroleerde dossiers was een zorgplan aanwezig.	4/32
In < 80% van de gecontroleerde dossiers met een zorgplan kon in de voorbije 12 maanden een multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met besluit aangetoond worden. (enkel berekend op dossiers met een zorgplan)	9/32
In < 80% van de gecontroleerde dossiers met een multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met besluit in de voorbije 12 maanden, kon de betrokkenheid van de zorggebruiker bij de meest recente multidisciplinaire evaluatie aangetoond worden. (enkel berekend op dossiers waar betrekken van zorggebruikers mogelijk was)	3/27*
In < 80% van de gecontroleerde dossiers met een multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met besluit in de voorbije 12 maanden, kon de aanwezigheid van de psychiater bij de meest recente multidisciplinaire evaluatie aangetoond worden. (enkel berekend op dossiers met een multidisciplinaire evaluatie in de voorbije 12 maanden)	7/27*

* Wanneer er in de gecontroleerde dossiers geen 80% werd gehaald, werd een inbreuk geformuleerd. Deze beoordeling gebeurde alleen als er in de gecontroleerde dossiers minimum 5 dossiers met een multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met besluit in de voorbije 12 maanden werden gevonden. Op vijf campussen was dat niet het geval, waardoor de noemer lager ligt dan het aantal bezochte campussen.

Zorggebruikersbevraging

131 van de 146 zorggebruikers (89,73%) die al een bespreking van hun zorgplan hebben gehad, gaven aan dat ze betrokken waren bij de evaluatie of bespreking van hun zorgplan. Dit kon door betrokkenheid bij de voorbereiding/terugkoppeling van de bespreking en/of door aanwezigheid op de bespreking.

- > 92 van de 146 zorggebruikers (63,01%) gaven aan dat ze betrokken waren bij de voorbereiding/terugkoppeling van de bespreking.
- > 103 van de 146 zorggebruikers (70,55%) gaven aan dat ze aanwezig waren op de bespreking.
- > 8 van de 146 zorggebruikers (5,48%) gaven aan dat ze zich niet meer herinnerden of ze betrokken werden bij de bespreking van hun zorgplan.

Er werden 151 zorggebruikers bevraagd over de betrokkenheid van de context tijdens het verblijf.

- > 88 (58%) zorggebruikers gaven aan dat de context (familie/naasten) betrokken werd tijdens het verblijf.
- > 16 (11%) zorggebruikers gaven aan dat de context (familie/naasten) niet betrokken werd tijdens het verblijf.
- > 46 (30%) zorggebruikers gaven aan dat het betrekken van de context (familie/naasten) niet aangewezen/mogelijk was.
- > 1 zorggebruiker gaf aan niet meer te weten of de context (familie/naasten) betrokken werd tijdens het verblijf.

7.3 SIGNALERINGSPLAN

7.3.1 Achtergrond

Er zijn voor de PVT's geen specifieke verwachtingen vanuit regelgeving over het gebruik van een signaleringsplan.

Gezien het belang van deze evidence-based methode voor het doelpubliek van residentiële GGZ-voorzieningen, wil Zorginspectie zicht krijgen op de actuele toepassingsgraad van een signaleringsplan in de praktijk van de PVT's.

7.3.2 Werkwijze

In dossiers van zorggebruikers die minstens 6 maanden waren opgenomen, werd gezocht naar een signaleringsplan.

Een signaleringsplan werd aanvaard van zodra minstens één van volgende vier elementen werd gevonden:

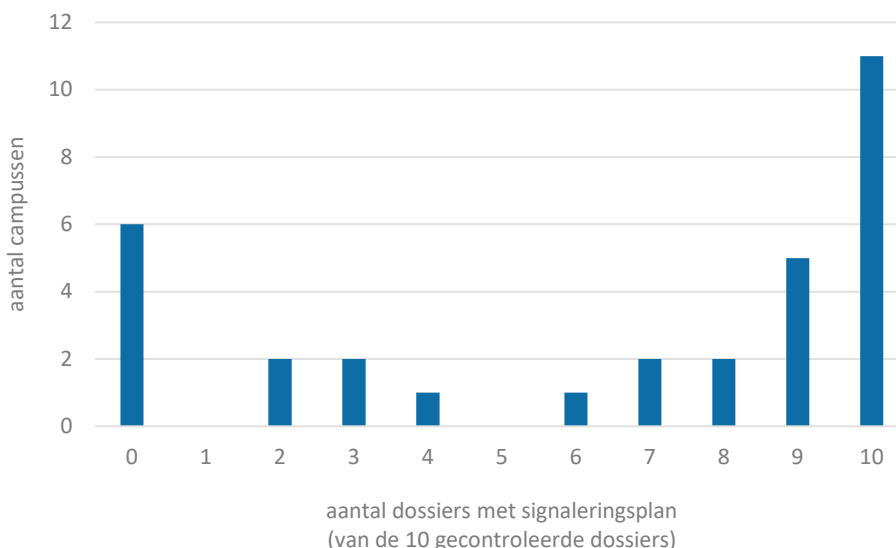
- > uitlokkende factoren, persoonlijke triggers;
- > vroege signalen van toegenomen spanning;
- > wat de zorggebruiker zelf kan doen om de spanning te verminderen;
- > wat de omgeving kan doen om de spanning te verminderen.

7.3.3 Vaststellingen

Er werden in totaal 320 dossiers gecontroleerd (10 op elke campus) op de aanwezigheid van een signaleringsplan. In 205 van de 320 dossiers werd een signaleringsplan aangetroffen.

Zoals blijkt uit de onderstaande grafiek werd op 18 van de 32 campussen in 80% of meer van de gecontroleerde dossiers een signaleringsplan gevonden.

Er waren ook 6 campussen waar in geen enkel dossier een signaleringsplan gevonden werd.



7.4 INDIVIDUELE GESPREKKEN

7.4.1 Achtergrond

Verwachtingen uit referentiekader PVT

De coördinerend en behandelende artsen-specialisten in de psychiatrie of neuropsychiatrie, zijn verantwoordelijk voor:

1° de medisch-psychiatrische behandeling van de opgenomen zorggebruikers. Die taak omvat:

- a) de medisch-psychiatrische behandeling tijdens het verblijf in het psychiatrisch verzorgingstehuis instellen, periodiek opvolgen en eventueel bijsturen;
- b) aanvragen en opvolgen van de eventuele onderzoeken ter evaluatie van de medisch-psychiatrische behandeling;
- c) overleg plegen met de behandelende huisarts en eventuele andere behandelaars van de zorggebruikers over somatische en psychische problematieken;
- d) de medicatie voor de psychiatrische problematiek voorschrijven en opvolgen met inbegrip van controle van interacties;
- e) beschikbaar zijn voor overleg en contact met de opgenomen zorggebruikers en hun naasten;
- f) medisch-administratieve documenten opmaken;
- g) de opvolging van ethische thematieken;

2° de medisch-psychiatrische coördinatie van het PVT. Die taak omvat:

- a) beslissen over de opname en de beëindiging van het verblijf van zorggebruikers in het PVT door minstens instroomgesprekken bij te wonen;
- b) het opname- en ontslagbeleid evalueren en bekrachtigen;
- c) overleg plegen en contacten onderhouden met verwijzers en netwerkpartners;
- d) de interventiescenario's in geval van crisissituaties ontwerpen en toepassen;
- e) de herstelondersteunende zorgprocessen superviseren door minstens teamvergaderingen bij te wonen;
- f) het vormingsbeleid voor het ondersteunend en begeleidend personeel mee aansturen;
- g) het strategische en operationele beleid, in samenwerking met de coördinator mee uitwerken.

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

De gezondheidszorgbeoefenaar neemt in voorkomend geval en binnen zijn bevoegdheid minstens volgende gegevens op in het patiëntendossier:

[...]

7° de weergave van overleggesprekken met de patiënt, andere gezondheidszorgbeoefenaars of derden;

[...]

7.4.2 Werkwijze

Er werd gevraagd of er afspraken zijn over de minimale frequentie waarmee de psychiater een individueel gesprek heeft met zorggebruikers.

In dossiers van zorggebruikers die minstens één jaar waren opgenomen, werd gezocht naar de meest recente notitie van een individueel gesprek met een psychiater.

Er werd in kaart gebracht op welke wijze de psychiater tijd voorziet voor gesprekken met de context van de zorggebruiker.

Een aantal zorggebruikers werden bevraagd over de mogelijkheid tot een individueel gesprek met een psychiater.

7.4.3 Vaststellingen

Op 9 van de 32 campussen waren er voor alle gecontroleerde leefgroepen afspraken over de minimale frequentie waarmee de psychiater een gesprek heeft met zorggebruikers. 7 maal was de afspraak dat er minimaal jaarlijks een gesprek is, 2 maal was dit halfjaarlijks. Daarnaast was er één campus waar in één van beide gecontroleerde leefgroepen een afspraak over de minimale gespreksfrequentie bestond (zeswekelijks).

Onderstaande tabel biedt een overzicht van de vaststellingen over de notities van individuele gesprekken tussen de zorggebruiker en een psychiater.

	Aantal	%
Aantal gecontroleerde dossiers	320	100
Aantal dossiers met de meest recente notitie van een individueel gesprek in de laatste maand	85	26,56
Aantal dossiers waarvan de meest recente notitie van een individueel gesprek meer dan 1 maand en minder dan 3 maanden geleden is	80	25
Aantal dossiers waarvan de meest recente notitie van een individueel gesprek meer dan 3 maanden en minder dan 6 maanden geleden is	39	12,19
Aantal dossiers waarvan de meest recente notitie van een individueel gesprek meer dan 6 maanden en minder dan 12 maanden geleden is	33	10,31
Aantal dossiers waarvan de meest recente notitie van een individueel gesprek meer dan 12 maanden geleden is	51	15,94
Aantal dossiers zonder notitie van een individueel gesprek	32	10

In een kwart van de 320 dossiers werd dus geen notitie gevonden van een individueel gesprek met de psychiater in het laatste jaar.

Op 8 van de 32 campussen was er in elk gecontroleerd dossier een notitie van minder dan een jaar oud, maar er waren ook 5 campussen waar in meer dan de helft van de dossiers geen notitie (van minder dan een jaar oud) over een individueel gesprek gevonden werd.

Zorggebruikersbevraging

Er werden 151 zorggebruikers bevestigd over de mogelijkheid tot een individueel gesprek met een psychiater.

- > 145 (96%) zorggebruikers gaven aan telkens een gesprek te kunnen hebben met een psychiater indien gewenst.
- > 5 (3%) zorggebruikers gaven aan niet altijd op gesprek te kunnen gaan bij een psychiater indien gewenst.
- > 1 (< 1%) zorggebruiker gaf aan niet te weten of een gesprek met een psychiater mogelijk is indien gewenst.
- > 120 (79%) zorggebruikers gaven aan snel een gesprek te kunnen hebben met een psychiater.
- > 12 (8%) zorggebruikers gaven aan lang te moeten wachten op een gesprek met een psychiater.
- > 19 (13%) zorggebruikers gaven aan niet te weten of ze lang moeten wachten op een gesprek met een psychiater.

Er werden 151 zorggebruikers bevestigd over de betrokkenheid van de context tijdens het verblijf.

- > 88 (58%) zorggebruikers gaven aan dat de context (familie/naasten) betrokken werd tijdens het verblijf.
- > 16 (11%) zorggebruikers gaven aan dat de context (familie/naasten) niet betrokken werd tijdens het verblijf.
- > 46 (30%) zorggebruikers gaven aan dat het betrekken van de context (familie/naasten) niet aangewezen/mogelijk was.
- > 1 zorggebruiker gaf aan niet meer te weten of de context (familie/naasten) betrokken werd tijdens het verblijf.

7.5 TOEGANKELIJKHEID DOSSIER

7.5.1 Achtergrond

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

De gezondheidszorgbeoefenaar heeft toegang tot persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de patiënt die worden bijgehouden en bewaard door andere gezondheidszorgbeoefenaars op voorwaarde dat de patiënt voorafgaand zijn geïnformeerde toestemming tot deze toegang gaf. De patiënt kan bij het verlenen van de in het eerste lid bedoelde toestemming bepaalde gezondheidszorgbeoefenaars uitsluiten. De Koning kan nadere regels bepalen voor de in het eerste lid bedoelde toestemming.

7.5.2 Werkwijze

De toegankelijkheid van de dossiers werd beoordeeld tijdens de steekproef van de lopende dossiers. Een dossier werd als toegankelijk beschouwd als alle zorgmedewerkers, betrokken bij de zorg voor een bepaalde zorggebruiker, altijd en zonder tussenkomst van anderen (bv. het niet moeten vragen) toegang hebben tot alle dossieronderdelen die Zorginspectie controleerde.

7.5.3 Vaststellingen

Er werd nergens een probleem vastgesteld inzake toegankelijkheid van het dossier.

Toegankelijkheid dossier	Aantal campussen met inbreuk
Niet alle gecontroleerde dossieronderdelen waren toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners.	0/32

7.6 LOKALE INTEGRATIE EN ACTIVERING

7.6.1 Achtergrond

Verwachtingen uit referentiekader PVT

Het PVT werkt samen met plaatselijke organisaties voor bv. organisatie van vrije tijd.

7.6.2 Werkwijze

Op PVT-niveau werd de samenwerking met plaatselijke organisaties alsook de interne werking besproken in functie van de activering van de zorggebruikers.

Er werden een aantal zorggebruikers bevraagd over het activiteitenaanbod.

7.6.3 Vaststellingen

Alle 32 campussen werkten samen met plaatselijke organisaties voor activiteiten en invulling van de vrije tijd van de zorggebruikers.

Alle 32 campussen leverden in de voorbije 24 maanden inspanningen om de lokale integratie (vermaatschappelijking van de zorg) te vergroten.

Alle 32 campussen gaven invulling aan interne activering, zoals zorggebruikers inschakelen bij huishoudelijke taken.

Zorggebruikersbevraging

Er werden 150 zorggebruikers bevraagd over het activiteitsaanbod.

- > 131 (87%) zorggebruikers verklaarden dat er een weekschema met verschillende activiteiten is.
- > 1 zorggebruiker gaf aan niet te weten of er een weekschema met verschillende activiteiten is.
- > 138 (92%) zorggebruikers gaven aan tevreden te zijn over het activiteitsaanbod.
- > 93 (62%) zorggebruikers verklaarden dat er activiteiten waren waarbij men in contact komt met buurtbewoners.
- > 10 (7%) zorggebruikers gaven aan niet te weten of er activiteiten zijn waarbij men in contact komt met buurtbewoners.
- > 47 (31%) zorggebruikers verklaarden dat er geen activiteiten waren waarbij men in contact komt met buurtbewoners.

7.7 AFSLUITBRIEF**7.7.1 Achtergrond****Verwachtingen uit referentiekader PVT**

Het besluit tot beëindiging of voortzetting van het verblijf wordt zo veel als mogelijk in samenspraak met de zorggebruiker genomen.

Van iedere zorggebruiker wordt een individueel multidisciplinair dossier bijgehouden dat minimaal de volgende elementen en gegevens bevat:

[...]

6° bij beëindiging van het verblijf, de afsluitbrief.

Bij elke beëindiging van verblijf van een zorggebruiker wordt een afsluitbrief opgemaakt met een verslag over de zorg en de ondersteuning tijdens het verblijf.

Bij beëindiging van verblijf van de zorggebruiker wordt de afsluitbrief bezorgd aan minimaal de huisarts, indien de zorggebruiker beschikt over een huisarts, en de behandelend psychiater die zorgt voor de verdere opvolging van de zorggebruiker. Indien de zorggebruiker hiervoor geen toestemming verleent, wordt dit genoteerd in het individueel dossier. De zorggebruiker ontvangt een afschrift van de afsluitbrief.

Als een zorggebruiker wordt doorverwezen naar een andere residentiële zorg- of welzijnsvoorziening, zorgt het psychiatrisch verzorgingstehuis voor een vlotte overgang.

Bij beëindiging van het verblijf wordt een medicatieschema beschikbaar gesteld om de continuïteit van zorg te waarborgen. Dit medicatieschema wordt meegegeven met de zorggebruiker en/of wordt opgenomen in de ontslagbrief naar de huisarts en/of wordt naar iedere betrokken zorgverlener gestuurd.

Bij beëindiging van het verblijf wordt het medicatieschema opgeladen in overkoepelende databanken (bv. Vitalink).

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

De gezondheidszorgbeoefenaar deelt, mits toestemming van de patiënt als bedoeld in art. 36, aan een ander behandelend gezondheidszorgbeoefenaar door de patiënt aangewezen om hetzij de diagnose, hetzij de behandeling voort te zetten of te vervolledigen, alle daaromtrent nuttige of noodzakelijke informatie mee.

7.7.2 Werkwijze

Er werd gevraagd hoe informatie wordt overgedragen aan andere zorgverleners, voorzieningen ... bij ontslag uit het PVT.

In dossiers van zorggebruikers waarvan de begeleiding minstens één week (vanaf 2022) was afgerond, werd gezocht naar afsluitbrieven. Dossiers van overleden zorggebruikers en dossiers van zorggebruikers die tegen medisch advies op ontslag gingen, werden niet meegenomen in de steekproef.

De afsluitbrieven werden gecontroleerd op de aanwezigheid van informatie over:

- > zorg en ondersteuning tijdens het verblijf
- > medicatielijst of informatie over medicatiebeleid
- > nazorg of verdere verwijzing.

In elk dossier van deze steekproef werd nagegaan of de zorggebruiker (of vertegenwoordiger) aantoonbaar betrokken was bij het ontslag, onafhankelijk van het al dan niet voorkomen van een afsluitbrief.

7.7.3 Vaststellingen

Op 11 campussen werd het maximaal aantal vooropgestelde dossiers gecontroleerd (10). Op de 21 andere campussen was er slechts een kleiner aantal dossiers dat voldeed aan de voorwaarden voor controle.

	Aantal	%
Dossiers met minstens één afsluitbrief	231/271	85,24
Met informatie over zorg en ondersteuning tijdens het verblijf	209/231	90,48
Met een medicatielijst of informatie over medicatiebeleid	212/231	91,77
Met informatie over nazorg of verdere verwijzing	210/231	90,91

In 270 van de 271 dossiers kon de betrokkenheid van de zorggebruiker (of vertegenwoordiger) m.b.t. het ontslag worden aangetoond.

Op 4 van de 32 campussen was het aantal ontslagen zorggebruikers in de gecontroleerde periode onvoldoende groot (< 5) om het opmaken van afsluitbrieven te beoordelen. Op nog eens 4 campussen werden in de gecontroleerde dossiers onvoldoende afsluitbrieven gevonden (< 5) om de inhoud van de afsluitbrieven te beoordelen.

Afsluitbrief	Aantal campussen met inbreuk
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd een afsluitbrief gevonden.	5/28
In < 80% van de gecontroleerde dossiers met afsluitbrief was er informatie over zorg en ondersteuning tijdens het verblijf. (enkel berekend op dossiers waar een afsluitbrief gevonden werd)	5/24

7.8 CONCLUSIE EN REFLECTIES

Beschikbaarheid zorggegevens

Bij de controle van dossiers op de aanwezigheid van basiszorggegevens werd een wisselend beeld aangetroffen, afhankelijk van het gezochte onderwerp.

- > In alle dossiers werd informatie over de context gevonden en in quasi alle dossiers was er informatie over de huisarts.
Voor deze beide onderwerpen werd op geen enkele campus een inbreuk vastgesteld omdat overal de vastgelegde streefwaarde (80% aanwezigheid van het onderwerp in de dossiersteekproef) overschreden werd.
- > Informatie over allergieën was in bijna 90% van de dossiers (alle campussen samen) te vinden.
Voor dit onderwerp scoorde bijna een vijfde van de campussen een inbreuk omdat onvoldoende dossiers (< 80%) in de steekproef informatie bevatten over dit onderwerp.
- > Middelengebruik was het minst goed gedocumenteerd. Voor dit element ontbrak de informatie in bijna 30% van alle gecontroleerde dossiers samen.
Bijna de helft van de campussen scoorde een inbreuk voor dit onderwerp, omdat minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers informatie bevatte over dit onderwerp.

Zorgplan

In bijna alle gecontroleerde dossiers werd een zorgplan gevonden. Toch waren er 4 campussen met een inbreuk voor dit aspect. Gezien het belang van een zorgplan voor de kwaliteit van de herstelondersteunende zorg werd al bij het ontbreken van één zorgplan in de steekproef een inbreuk geformuleerd voor de betreffende campus.

In 4 op de 5 dossiers met een zorgplan was er in de voorbije 12 maanden een multidisciplinaire evaluatie aantoonbaar, met een besluit over het verdere verblijf in het PVT. Op 28% van de campussen was er een inbreuk voor de aantoonbaarheid van een multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan in het laatste jaar.

Terwijl de zorggebruiker zelf betrokken was bij de eigen evaluatie in meer dan 90% van de dossiers (met evaluatie), was dat voor de betrokkenheid van de context slechts aantoonbaar in 40% van de dossiers (met uitsluiting van dossiers waar dit geweigerd werd door de zorggebruiker of tegenaangewezen was). Wel werden grote verschillen vastgesteld inzake de systematiek waarmee zorggebruikers al dan niet aanwezig waren bij de multidisciplinaire evaluatie. Op 5 campussen kon de aanwezigheid van de zorggebruiker aangetoond worden in alle dossiers met een multidisciplinaire evaluatie in de voorbije 12 maanden. Op 15 campussen was dat in minder dan de helft van de dossiers het geval (waaronder 5 keer in geen enkel dossier). Op ongeveer 10% van de campussen kon de betrokkenheid van de zorggebruiker bij de evaluatie onvoldoende aangetoond worden.

De aanwezigheid van de psychiater bij de multidisciplinaire evaluatie kon in 86% van de dossiers (met evaluatie) aangetoond worden. Voor 26% van de campussen kon de aanwezigheid van de psychiater bij die evaluatie onvoldoende aangetoond worden in het dossier.

Signaleringsplan

Hoewel het gebruik van een signaleringsplan niet vereist is volgens het referentiekader, werd tijdens de dossiersteekproef in ongeveer 2/3 van de dossiers (voor alle campussen samen) toch een signaleringsplan gevonden. Er werden in de praktijk echter grote verschillen vastgesteld tussen de campussen:

- > In iets meer dan de helft van de campussen kon in minstens 80% van de dossiers het gebruik van een signaleringsplan aangetoond worden. Op 11 campussen bevatte elk gecontroleerd dossier een signaleringsplan.
- > Op een derde van de campussen bevatte minder dan de helft van de dossiers een signaleringsplan. Op 6 van deze campussen werd in geen enkel dossier een signaleringsplan gevonden.

Individuele gesprekken

In het referentiekader bestaan geen expliciete verwachtingen over de (afspraken betreffende) periodieke individuele gesprekken tussen psychiater en zorggebruiker. Om op dit aspect zicht te krijgen, werd de situatie in de dagelijkse praktijk in kaart gebracht via een bevraging en een dossiercontrole van de individuele gesprekken.

Op bijna driekwart van de campussen waren er geen afspraken over de minimale frequentie waarmee de psychiater een individueel gesprek heeft met de zorggebruiker.

Over alle PVT's heen waren er in ongeveer de helft van de gecontroleerde dossiers notities te vinden van een individueel gesprek (maximaal drie maanden oud) met de psychiater. Bij een kwart was de meest recente notitie minder dan een maand oud. In 16% van de dossiers was de meest recente notitie over een individueel gesprek met de psychiater dan weer ouder dan een jaar en in 10% van de dossiers werd geen enkele notitie hierover gevonden.

De bevroegde zorggebruikers gaven in grote mate aan dat ze een individueel gesprek met de psychiater konden krijgen op vraag; slechts 3% gaf aan dat dit niet mogelijk was. Volgens een groot deel (79%) van de zorggebruikers was zo'n gesprek ook snel realiseerbaar.

Toegankelijkheid dossier

Op alle campussen waren de gecontroleerde delen van de actieve dossiers toegankelijk voor de betrokken zorgverleners.

Lokale integratie en activering

Afgaand op de antwoorden van de zorggebruikers tijdens de bevraging, lijkt er veel aandacht te zijn binnen de PVT's om relevante personen uit de context van de zorggebruiker te betrekken bij de opname.

Bijna 60% van de zorggebruikers verklaarde dat hun context werkelijk betrokken was. Voor ongeveer 30% was het betrekken van de context tegenaangewezen of niet mogelijk. Iets meer dan 10% van de zorggebruikers gaf aan dat niemand uit hun context bij de opname betrokken werd, terwijl er geen tegenaanwijzingen waren.

Alle PVT's verklaarden inspanningen te doen in het kader van activering en vermaatschappelijking van de zorg en konden concrete voorbeelden benoemen om dit te onderbouwen.

Uit de zorggebruikersbevragingen bleek een duidelijke algemene tevredenheid over het activiteitenaanbod. Ondanks het feit dat alle PVT's verklaarden inspanningen te doen in het kader van vermaatschappelijking van de zorg gaf bijna één derde van de zorggebruikers aan dat er geen contact is met buurtbewoners tijdens activiteiten.

Afsluitbrief

Er is aandacht voor de continuïteit van de zorg bij het ontslag uit het PVT.

In 85% van de gecontroleerde dossiers, over alle PVT's heen, kon minstens één afsluitbrief gevonden worden.

De drie gecontroleerde inhoudelijke elementen (informatie over zorg en ondersteuning tijdens het verblijf, informatie over medicatie en nazorg) werden telkens in ongeveer 90% van de afsluitbrieven gevonden.

Een grote meerderheid (82%) van de campussen deed beter dan de door Zorginspectie bepaalde streefwaarde (minstens 80% van de gecontroleerde dossiers met afsluitbrief).

In quasi alle dossiers kon de betrokkenheid van de zorggebruiker (of vertegenwoordiger) m.b.t. het ontslag worden aangetoond.

8 MEDICATIE

8.1 MELDSYSTEEM MEDICATIE-INCIDENTEN

8.1.1 Achtergrond

Verwachtingen uit referentiekader PVT

De registratie van medicatiefouten gebeurt binnen het algemene veiligheidsincidentenmeldingssysteem. Naast de registratie van de medicatiefouten (bv. toediening van de verkeerde medicatie of de verkeerde dosis) gebeurt er ook een analyse van deze fouten. De afleverende apotheker wordt hierbij nauw betrokken. De resultaten van deze analyse worden teruggekoppeld (via jaarverslag, dienstvergaderingen ...).

Er worden, indien nodig, verbeteracties opgezet t.g.v. de registratie van medicatiefouten. De verbeteracties leiden ook tot objectieveerbare verbeteringen.

Het aantal medicatie-incidenten (bv. prikincident) wordt opgevolgd, geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd.

8.1.2 Werkwijze

Er werd in alle PVT's nagegaan of er een meldsysteem voor medicatie-incidenten was en of dit geïntegreerd was in het algemene incidentmeldsysteem, en of al dan niet anoniem gemeld kan worden.

Het beleid van het PVT betreffende de analyse van medicatie-incidenten werd in kaart gebracht.

Het aantal geregistreerde (medicatie-)incidenten en geanalyseerde medicatie-incidenten werd op campusniveau opgevraagd.

Voor alle campussen werd gevraagd of de cijfergegevens aantoonbaar besproken werden op het niveau van het bestuursorgaan, de directie en de leefgroepen.

8.1.3 Vaststellingen

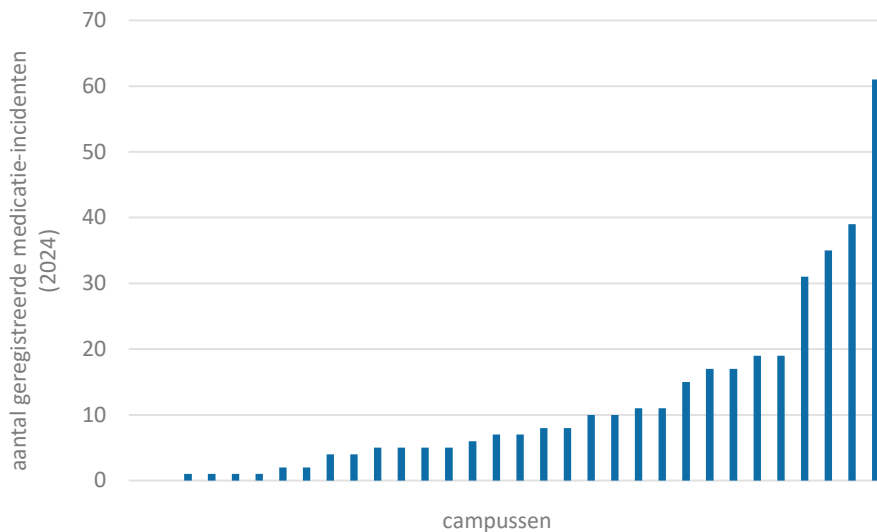
In de 23 PVT's werden de volgende vaststellingen gedaan m.b.t. het incidentmeldsysteem voor medicatie.

	Aantal	%
PVT's met een (elektronisch) meldsysteem voor medicatie-incidenten	23	100
Geïntegreerd in het algemene incidentmeldsysteem	23	100
Met mogelijkheid om anoniem te melden	20	86,96
Met zicht op het aantal geregistreerde medicatie-incidenten	22	95,65

Eén PVT had geen zicht op het aantal medicatie-incidenten op één van de campussen omdat de werking van die campus volledig geïntegreerd was in een PZ-afdeling en het aantal incidenten enkel beschikbaar was op het niveau van die afdeling.

Voor alle PVT's samen werden 367 medicatie-incidenten geregistreerd in 2024. De medicatie-incidenten die in het meldsysteem terechtkomen, worden in meer dan 92% van de gevallen geanalyseerd.

Er werd een grote variatie vastgesteld in het aantal geregistreerde medicatie-incidenten per campus, gaande van 0 tot 61 meldingen. Op 2/3 van de campussen waren er 10 of minder geregistreerde medicatie-incidenten in 2024.



Meldsysteem medicatie-incidenten	Aantal PVT's met inbreuk
Er is geen meldsysteem voor medicatie-incidenten.	0/23
Het PVT had geen zicht op het aantal geregistreerde medicatie-incidenten op campusniveau.	1/23

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over de bespreking van medicatie-incidenten op drie verschillende niveaus in de 23 PVT's (een combinatie van verschillende niveaus is mogelijk).

	Aantal	%
PVT's met bespreking op het niveau van het bestuursorgaan	10	43,48
PVT's met bespreking op het niveau van de directie	20	86,96
PVT's met bespreking op het niveau van de leefgroepen	14	60,87
PVT's met bespreking op de drie niveaus	6	26,09

8.2 VOLLEDIGHEID GEGEVENS

8.2.1 Achtergrond

Verwachtingen uit referentiekader PVT

Indien de beschikbare ruimte op de afdeling het toelaat, wordt er op drie plaatsen bewaard:

1. Voorraad 1: een voorraad per zorggebruiker met de ongeopende blisters, flacons, flesjes: aan deze voorraad wordt de levering vanuit de apotheek toegevoegd.
2. Voorraad 2: een voorraad per zorggebruiker waarin de geopende blisters, flacons en flesjes worden bewaard: in deze voorraad bevindt zich slechts 1 blister/flacon/flesje per voorgeschreven geneesmiddel. Indien een blister/flacon/flesje opgebruikt is, wordt er 1 verpakking aangevuld vanuit voorraad 1. In deze voorraad bevindt zich ook de 'indien nodig'-medicatie.
3. De klaargezette medicatie voor de volgende dag: vanuit voorraad 2 wordt de medicatie klaargezet voor de volgende dag.

Bij gebrek aan voldoende beveiligde plaatsen op de afdeling, worden de voorraden 1 en 2 samengevoegd.

Per afdeling bewaart men de medicatie op naam en geboortedatum van de zorggebruiker.

De zorggebruikersvoorraad op de afdeling bevat een eenduidige identificatie van de zorggebruiker (naam, voornaam en geboortedatum/dossiernummer).

Een nieuwe verpakking wordt slechts geopend wanneer de vorige volledig is opgebruikt (tegelijk van voorraad 1 naar voorraad 2). Bovenstaande werkwijze garandeert dat er per geneesmiddel slechts één verpakking tegelijk is geopend. De vervaldatum van de klaargezette medicatie is terug te vinden in voorraad 2. Bij het klaarzetten van medicatie, waarvan geen unidoseverpakking bestaat, maar wel een blisterverpakking, wordt bij het klaarzetten van de medicatie, de nodige pillen afgeknipt langs de kant waar geen vervaldatum staat. De kant van de blister met de vervaldatum blijft behouden in voorraad 2. Ingeval de vervaldatum zich op het ene uiteinde van de blister bevindt en het lotnummer aan de andere kant van de blister, wordt de zijde met de vervaldatum behouden in voorraad 2 (meer kans op vervallen medicatie dan op terugroeping van medicatie). Wanneer deze procedure wordt gehanteerd en dit geneesmiddel ooit wordt teruggeroepen, wordt de hele voorraad uit het distributiesysteem verwijderd. In afwachting van de invoering van systemen van herverpakking, wordt medicatie uit bulkverpakking klaargezet in een verpakking met een duidelijke vermelding van de productnaam en dosis, of niet op voorhand klaargezet en rechtstreeks uit de verpakking gehaald op het moment van toediening. In afwachting van de invoering van systemen van herverpakking, wordt medicatie in blister zonder eenheidsafleveringsverpakking klaargezet in een verpakking met een duidelijke vermelding van de productnaam en dosis. De vervaldatum van de medicatie is controleerbaar op de zorggebruikersvoorraad op de afdeling. Het opnieuw opbergen van onvolledige pil in de originele verpakking is enkel toegelaten wanneer men de sluiting van de resterende pil kan garanderen. In dit scenario wordt de te gebruiken partiële pil klaargelegd in de medicatiebakjes voor het volgende toedieningsmoment. De resterende onvolledige pil wordt bewaard in de blister of apart recipiënt waarop de productnaam, -dosis en vervaldatum zichtbaar zijn. Indien dit niet mogelijk is, wordt de resterende onvolledige pil na het klaarzetten verwijderd onder de geldende regels van medisch afval (gelet op het mogelijke misbruik).

8.2.2 Werkwijze

De klaargezette medicatie en de zorggebruikersvoorraad werden gecontroleerd op de aanwezigheid van een eenduidige identificatie van de zorggebruiker (naam + voornaam + geboortedatum/dossiernummer/recente gelaatsfoto).

In de klaargezette medicatie en/of in de zorggebruikersvoorraad werden geneesmiddelen gecontroleerd op de aanwezigheid van naam, sterkte en vervaldatum.

8.2.3 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de identificatiegegevens op klaargezette medicatie en medicatie in de zorggebruikersvoorraad voor alle campussen samen. Op elke campus werd de voorraad van 10 zorggebruikers gecontroleerd.

	Aantal	%
Aantal gecontroleerde identificaties van zorggebruikers	320	100
Eenduidige identificatie van de zorggebruiker in de klaargezette medicatie en in de zorggebruikersvoorraad	297	92,81
Eenduidige identificatie van de zorggebruiker in de klaargezette medicatie	302	94,38
Eenduidige identificatie van de zorggebruiker in de zorggebruikersvoorraad	299	93,44

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen i.v.m. de volledigheid van gegevens op geneesmiddelen voor alle campussen samen. Op elke campus werden de gegevens op 20 geneesmiddelen gecontroleerd.

	Aantal in orde	%
Geneesmiddelen met vermelding van naam	628/640	98,13
Geneesmiddelen met vermelding van sterkte	626/640	97,81
Geneesmiddelen met vermelding van vervaldatum	625/640	97,66
Met overschreden vervaldatum	0/625	0
Geneesmiddelen met de drie gegevens	618/640	96,56

Voor 4 campussen werd een inbreuk vastgesteld. In elk van deze 4 campussen werd medicatie zonder enige aanduiding van naam, sterkte en vervaldatum gevonden (driemaal betrof het één geneesmiddel, eenmaal ging het om 5 geneesmiddelen). Op één campus werd daarnaast ook bij minder dan 80% van de gecontroleerde geneesmiddelen alle gezochte informatie gevonden.

Volledigheid gegevens	Aantal campussen met inbreuk
Bij < 80% van de gecontroleerde medicatievoorraden van zorggebruikers (klaargezette medicatie en zorggebruikersvoorraad) werd een eenduidige identificatie van de zorggebruiker gevonden.	2/32
Aantal inbreuken betreffende gegevens op medicatie.	4/32
De reden voor de inbreuk was:	
- Er werd medicatie gevonden zonder enige aanduiding van naam, sterkte en vervaldatum (aantal) en bij < 80% van de gecontroleerde geneesmiddelen in de klaargezette medicatie of in de voorraad werd alle gecontroleerde informatie (naam, sterkte en vervaldatum) gevonden.	1/32
- Er werd medicatie gevonden zonder enige aanduiding van naam, sterkte en vervaldatum.	3/32
- Bij < 80% van de gecontroleerde geneesmiddelen in de klaargezette medicatie of in de voorraad werd alle gecontroleerde informatie (naam, sterkte en vervaldatum) gevonden.	0/32
In de klaargezette medicatie of in de voorraad werd vervallen medicatie gevonden.	0/32

8.3 VEILIGE BEWARING MEDICATIE

8.3.1 Achtergrond

Verwachtingen uit referentiekader PVT

De geneesmiddelen worden bewaard in een kast op slot in een lokaal dat voor zorggebruikers niet vrij toegankelijk is.

8.3.2 Werkwijze

Er werd op elke campus in maximaal twee leefgroepen nagegaan of de medicatievoorraad beveiligd was voor zorggebruikers.

8.3.3 Vaststellingen

Op alle campussen was de beveiliging van medicatie voor zorggebruikers in orde.

Bewaring medicatie	Aantal campussen met inbreuk
Niet in elke bezochte leefgroep werd de medicatievoorraad veilig bewaard voor zorggebruikers.	0/32

8.4 VERDOVENDE MIDDELEN

8.4.1 Achtergrond

Verwachtingen uit referentiekader PVT

De nodige faciliteiten zijn voorzien om eventuele speciaal gereguleerde geneesmiddelen afzonderlijk en afgesloten op de afdelingen te bewaren. Hiervoor is een stockregistratie op de afdelingen ingevoerd, zodat op ieder moment kan gecontroleerd worden hoeveel en welke geneesmiddelen in de stock aanwezig moeten zijn en voor welke zorggebruikers medicatie die in de stock zat, gebruikt werd.

Narcotica wordt afzonderlijk (= gescheiden van andere medicatie) bewaard.

8.4.2 Werkwijze

In elke bezochte leefgroep werd gecontroleerd of de voorraad verdovende middelen afzonderlijk en afgesloten bewaard werd. Als er op het moment van de inspectie geen verdovende middelen aanwezig waren, werd nagegaan of de nodige faciliteiten voorzien waren om ze afzonderlijk en afgesloten te bewaren. Er werd bevraagd welke zorgverleners(functions) toegang hebben tot de verdovende middelen.

8.4.3 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over de bewaring van verdovende middelen in de 58 bezochte leefgroepen voor alle campussen samen.

	Aantal	%
Leefgroepen met (faciliteiten voor) afzonderlijke bewaring van verdovende middelen	57	98,28
Leefgroepen met (faciliteiten voor) afgesloten bewaring van verdovende middelen	58	100
Leefgroepen met verdovende middelen enkel toegankelijk voor artsen en verpleegkundigen	28	48,28
Leefgroepen met de drie vereiste criteria	27	46,55

Als in minstens één leefgroep op een campus de verdovende middelen niet veilig bewaard werden, dan resulteerde dit in een inbreuk op campusniveau.

Verdovende middelen	
Aantal campussen met een inbreuk voor verdovende middelen	18/32
De reden voor de inbreuk was:	
- Niet in elke bezochte leefgroep werden de gecontroleerde verdovende middelen afzonderlijk en afgesloten bewaard en/of waren er de nodige faciliteiten om verdovende middelen afzonderlijk en afgesloten te kunnen bewaren.	1/32
- Niet alleen verpleegkundigen en artsen hebben toegang tot de verdovende middelen.	17/32

8.5 HOOGRISICOMEDICATIE (HRM)

8.5.1 Achtergrond

Verwachtingen uit referentiekader PVT

Hoogrisicomedicatie wordt voorzien van een visuele trigger zodat ze gemakkelijk wordt herkend als dusdanig.

8.5.2 Werkwijze

Er werd nagegaan of de campus beschikt over een uitgeschreven beleid rond hoogrisicomedicatie. Er werd gekeken of dat beleid de volgende elementen bevat:

- > een lijst met namen HRM
- > lookalikes en soundalikes
- > instructies voor labeling (visuele trigger).

Uit de lijst met HRM werden twee geneesmiddelen(groepen) geselecteerd waarvan de aanwezigheid van een visuele trigger voor deze medicatie in de leefgroepen gecontroleerd werd. Enkel een trigger in het elektronisch medicatiesysteem was onvoldoende als label; de verwachting was een fysiek label op het geneesmiddel.

8.5.3 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over het uitgeschreven beleid voor HRM voor alle 32 campussen.

	Aantal	%
Campussen met een uitgeschreven beleid voor HRM	32	100
Campussen waarbij dit beleid een lijst met namen van HRM bevat	32	100
Campussen waarbij dit beleid informatie over lookalikes en soundalikes bevat	30	93,75
Campussen waarbij dit beleid informatie/instructies voor labeling bevat	32	100
Campussen met de drie vereiste criteria	30	93,75

In 44 van de 58 bezochte leefgroepen werden geen problemen vastgesteld inzake labeling van HRM, hetzij omdat er geen HRM aanwezig was (18 leefgroepen), hetzij omdat HRM aanwezig en steeds correct gelabeld was (26 leefgroepen).

Op campusniveau waren er 22 campussen waar geen problemen vastgesteld werden inzake labeling van HRM, hetzij omdat er geen HRM aanwezig was in de bezochte leefgroepen (7 campussen), hetzij omdat de aangetroffen HRM altijd visueel gelabeld was (15 campussen).

Op de 10 andere campussen werd er in minstens één leefgroep HRM aangetroffen die niet of niet altijd visueel gelabeld was.

Hoogrisicomedicatie	Aantal campussen met inbreuk
Niet in elke bezochte leefgroep werd de gecontroleerde HRM voorzien van een visuele trigger.	10/32

8.6 CONCLUSIE EN REFLECTIES

Voor het onderwerp medicatie scoorden de PVT's over het algemeen goed. Niettemin werden een aantal risico's vastgesteld die zich voornamelijk situeren zich op het vlak van de toegankelijkheid van verdovende middelen en op het vlak van veilig werken met HRM.

Meldsysteem medicatie-incidenten

In alle PVT's was er een elektronisch meldsysteem dat geïntegreerd was in het algemeen meldsysteem. Alle PVT's hadden een beleid betreffende de analyse van medicatie-incidenten. Dit beleid werd meestal ondersteund vanuit het psychiatrisch ziekenhuis waarmee werd samengewerkt.

Op één uitzondering na hadden alle PVT's zicht op het aantal medicatie-incidenten per campus.

Bij het relatief lage aantal geregistreerde medicatie-incidenten (in 2/3 van de campussen werden 10 of minder medicatie-incidenten geregistreerd in 2024) kan de vraag rijzen of medicatie-incidenten wel in voldoende mate geregistreerd worden.

Volledigheid gegevens

Voor zowel de eenduidige identificatie van de zorggebruiker op medicatie (klaargezette medicatie en zorggebruikersvoorraad) als voor de volledigheid van gegevens op medicatie (naam, sterkte en vervaldatum) scoorden de meeste PVT's zeer goed en was het aantal inbreuken beperkt (respectievelijk 2 en 4 campussen).

Veilige bewaring medicatie

De medicatievoorraad werd op alle campussen veilig bewaard voor zorggebruikers.

Voor wat betreft de veilige bewaring van verdovende middelen werd gekeken naar de toegankelijkheid van verdovende middelen voor andere zorgverleners dan artsen en verpleegkundigen, en naar de afzonderlijke en afgesloten bewaring. Die laatste twee aspecten waren bijna altijd in orde, maar bij ruim de helft van de leefgroepen en campussen bleek dat verdovende middelen ook toegankelijk waren voor andere zorgverleners dan artsen en verpleegkundigen.

Hoogrisicomedicatie

Op het vlak van veilig werken met HRM werd een risico gedetecteerd voor een deel van de PVT's.

Hoewel alle campussen beschikten over een beleid voor HRM met instructies voor labeling, werd op een derde van de campussen vastgesteld dat HRM niet altijd voorzien was van een visuele trigger.

Het ontbreken van zo'n directe waarschuwing is een veiligheidsrisico en kan zware medicatiefouten tot gevolg hebben.

9 RECHTEN

9.1 INZAGE EN AFSCHRIFT DOSSIER

9.1.1 Achtergrond

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

De patiënt heeft recht op inzage in het hem betreffend patiëntendossier. De patiënt heeft recht op toelichting over de inhoud van het hem betreffende patiëntendossier. Aan het verzoek van de patiënt tot inzage in het hem betreffend patiëntendossier wordt onverwijld en ten laatste binnen 15 dagen na ontvangst ervan gevolg gegeven. Gegevens die betrekking hebben op derden zijn van het recht op inzage uitgesloten.

De patiënt heeft recht op afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffend patiëntendossier, volgens dezelfde regels als hierboven vermeld bij recht tot inzage. Elk eerste afschrift is gratis.

NB: De wet betreffende de rechten van de patiënt werd gewijzigd op 6 februari 2024. In de nieuwe wet is de notie 'persoonlijke notities' geschrapt waardoor, naast de therapeutische exceptie, alleen nog gegevens die betrekking hebben op derden uitgesloten zijn van het recht op inzage/afschrift. Om aan deze verwachting te voldoen moet de uitsluiting van informatie die betrekking heeft op derden vermeld worden en mag er geen verwijzing meer zijn naar 'persoonlijke notities'.

9.1.2 Werkwijze

De procedures en de informatie aan de zorggebruiker rond inzage en afschrift van het dossier werden op alle campussen gecontroleerd. Er werd nagegaan of de procedures voor de campus volledig waren en in lijn zijn met de 'wet betreffende de rechten van de patiënt'.

Daarnaast werd gekeken of het PVT op elke campus schriftelijke informatie geeft aan de zorggebruikers betreffende inzage en afschrift van het dossier en of die informatie correct is.

9.1.3 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over de procedure en de informatie aan de zorggebruiker m.b.t. inzage in het dossier voor de 32 campussen.

	Aantal	%
Campussen met procedure over inzage in het dossier	32	100
Met vraag tot inzage zowel mondeling als schriftelijk mogelijk	29	90,63
Met termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het dossier niet langer dan 15 dagen	32	100
Met gegevens die betrekking hebben op derden uitgesloten van het recht op inzage	27	84,38
Met procedure in orde voor de drie gecontroleerde elementen	25	78,13
Campussen met informatie aan zorggebruiker over inzage in het dossier	32	100
Met info over vraag inzage zowel mondeling als schriftelijk mogelijk	11	34,38
Met info over termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het dossier niet langer dan 15 dagen	16	50
Met info over uitsluiten van gegevens die betrekking hebben op derden	10	31,52
Met info over de drie gecontroleerde elementen	7	21,88

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over de procedure en de informatie aan de zorggebruiker m.b.t. het recht op afschrift van het dossier voor de 32 campussen.

	Aantal	%
Campussen met procedure over afschrift van het dossier	32	100
Met vraag voor afschrift zowel mondeling als schriftelijk mogelijk	30	93,75
Met minstens het eerste afschrift gratis	32	100
Met termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het dossier niet langer dan 15 dagen	32	100
Met gegevens die betrekking hebben op derden uitgesloten van het recht op afschrift	29	90,63
Met procedure in orde voor de vier gecontroleerde elementen	28	87,50
Campussen met informatie aan zorggebruiker over afschrift van het dossier.	26	81,25
Met informatie over vraag afschrift zowel mondeling als schriftelijk mogelijk	11	34,38
Met informatie over het eerste afschrift gratis	12	37,50
Met informatie over termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het dossier niet langer dan 15 dagen	17	53,13
Met informatie over uitsluiten van gegevens die betrekking hebben op derden	11	34,38
Met informatie over de vier gecontroleerde elementen	7	21,88

Inzage en afschrift dossier

Aantal campussen met een inbreuk voor **inzage van het dossier** 13/32

De reden voor de inbreuk was:

- Er was geen procedure betreffende inzage in het dossier. 0/32
- De procedure betreffende inzage in het dossier was niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de regelgeving. 7/32
- Er wordt geen schriftelijke informatie aan de zorggebruiker gegeven betreffende inzage in het dossier. 0/32
- De informatie aan de zorggebruiker betreffende inzage in het dossier was niet voor alle aanwezige elementen in lijn met de regelgeving. 6/32

Aantal campussen met een inbreuk voor **afschrift van het dossier** 10/32

De reden voor de inbreuk was:

- Er was geen procedure betreffende afschrift van het dossier. 0/32
- De procedure betreffende afschrift van het dossier was niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de regelgeving. 4/32
- Er wordt geen schriftelijke informatie aan de zorggebruiker gegeven betreffende afschrift van het dossier. 6/32
- De informatie aan de zorggebruiker betreffende afschrift van het dossier was niet voor alle aanwezige elementen in lijn met de regelgeving. 3/32

9.2 KLACHTRECHT

9.2.1 Achtergrond

Verwachtingen uit referentiekader PVT

Het psychiatrisch verzorgingstehuis sluit met de zorggebruikers een verblijfsovereenkomst af waarin de volgende elementen zijn opgenomen:

[...]

8° de klachtenprocedure;

[...]

Het psychiatrisch verzorgingstehuis beschikt over een interne klachtenprocedure.

Het PVT voorziet een laagdrempelige interne klachtenregeling en communiceert dit aan de zorggebruikers via de gebruikelijke communicatiekanalen.

Het doel en de werking van de externe ombudspersoon wordt systematisch aan de nieuwe zorggebruikers meegedeeld (contactgegevens, bereikbaarheid ...).

In de klachtenprocedure van het PVT wordt vermeld dat zorggebruikers klachten altijd onmiddellijk kunnen melden bij de externe ombudspersoon.

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

Onverminderd artikel 45 van de kwaliteitswet, heeft de patiënt het recht een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie, zoals bedoeld in artikel 16/1.

9.2.2 Werkwijze

Er werd nagegaan of de campus van het PVT beschikt over een klachtenprocedure die dan inhoudelijk werd beoordeeld op twee elementen:

- > de klacht moet zowel mondeling als schriftelijk kunnen worden ingediend;
- > rechtstreekse toegang tot de externe ombudsfunctie moet mogelijk zijn.

Er werd in kaart gebracht of (informatie over) de klachtenprocedure systematisch en schriftelijk gecommuniceerd wordt aan elke nieuwe zorggebruiker, en zo ja op welke manier. Ook deze informatie werd beoordeeld op de twee inhoudelijke elementen.

Er werd aan een aantal zorggebruikers gevraagd of ze informatie kregen over de mogelijkheden tot het indienen van een klacht.

9.2.3 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over klachtrecht voor de 32 campussen.

	Aantal	%
Campussen met klachtenprocedure	32	100
Met vermelding dat een klacht zowel mondeling als schriftelijk kan worden ingediend	31	96,88
Met vermelding dat zorggebruikers met een klacht rechtstreeks bij de externe ombudspersoon terecht kunnen	31	96,88
Met procedure in orde voor de twee gecontroleerde elementen	30	93,75
Campussen met systematische en schriftelijke communicatie over de klachtenprocedure aan nieuwe zorggebruikers	32	100
Met vermelding dat een klacht zowel mondeling als schriftelijk kan worden ingediend	30	93,75
Met vermelding dat zorggebruikers met een klacht rechtstreeks bij de externe ombudspersoon terecht kunnen	30	93,75
Met vermelding van beide gecontroleerde elementen	30	93,75

Klachtrecht

Aantal campussen met een inbreuk voor de **klachtenprocedure** 2/32

De reden voor de inbreuk was:

- Er was geen klachtenprocedure. 0/32
- De klachtenprocedure was niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de regelgeving. 2/32

Aantal campussen met een inbreuk voor **informatie over de klachtenprocedure** aan de zorggebruiker 1/32

De reden voor de inbreuk was:

- Informatie over de klachtenprocedure wordt niet systematisch en schriftelijk gecommuniceerd aan elke nieuwe zorggebruiker. 0/32
- Informatie over de klachtenprocedure wordt systematisch en schriftelijk gecommuniceerd aan elke nieuwe zorggebruiker maar was niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de regelgeving. 1/32

Zorggebruikersbevraging

Er werden 151 zorggebruikers bevraagd over de mogelijkheden om een klacht in te dienen.

- > 127 (84%) zorggebruikers gaven aan informatie te hebben gekregen over de mogelijkheden om een klacht in te dienen.
- > 16 (11%) zorggebruikers gaven aan geen informatie te hebben gekregen over de mogelijkheden om een klacht in te dienen.
- > 8 (5%) zorggebruikers gaven aan zich niet meer te herinneren hierover geïnformeerd te zijn.
- > 119 (79%) zorggebruikers gaven aan te weten hoe de ombudspersoon gecontacteerd kan worden.
- > 32 (21%) zorggebruikers gaven aan niet te weten hoe de ombudspersoon gecontacteerd kan worden.

9.3 ZELFBESCHIKKING

9.3.1 Achtergrond

Verwachtingen uit referentiekader PVT

Het psychiatrisch verzorgingstehuis sluit met de zorggebruikers een verblijfsovereenkomst af waarin de volgende elementen zijn opgenomen:

[...]

2° de belangrijkste verblijfsvoorwaarden;

[...]

Bij de verblijfsovereenkomst worden volgende bijlagen toegevoegd:

[...]

het huishoudelijk reglement. Dit reglement omvat alle andere relevante verblijfsvoorwaarden en regels die nog niet opgenomen zijn in de verblijfsovereenkomst. Het huishoudelijk reglement wordt ondertekend door de zorggebruiker.

De zorggebruiker heeft recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar, met uitzondering van de begeleiders en de psychiater in het PVT. Deze keuzevrijheid wordt vermeld in het huishoudelijk reglement.

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

De patiënt heeft recht op vrije keuze van de gezondheidszorgbeoefenaar en recht op wijziging van deze keuze behoudens, in beide gevallen, beperkingen opgelegd krachtens de wet.

9.3.2 Werkwijze

In dossiers van zorggebruikers die minstens één week waren opgenomen, werd gecontroleerd of er een huishoudelijk reglement aanwezig was dat de zorggebruiker of diens vertegenwoordiger ondertekende. Er werd gezocht of in het huishoudelijk reglement of in een ander formeel bindend document vermeld was dat de zorggebruiker recht heeft op vrije keuze van beroepsbeoefenaar (met uitzondering van de begeleiders en de psychiater).

Er werd aan een aantal zorggebruikers gevraagd of ze hun huisarts zelf hadden kunnen kiezen.

9.3.3 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen voor de 2 gecontroleerde aspecten m.b.t. zelfbeschikking in 318 dossiers voor alle campussen samen.

	Aantal	%
Dossiers met een ondertekend huishoudelijk reglement	282	88,68
Dossiers met een formeel ondertekend document waarin het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar is vastgelegd	277	87,11

Op 27 van de 32 campussen werden beide gezochte aspecten (huishoudelijk reglement en recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar) gevonden in minstens 80% van de gecontroleerde dossiers. Eén campus haalde deze streefwaarde wel voor het huishoudelijk reglement, maar niet voor het document waarin het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar is vastgelegd. Op 4 campussen werden allebei de aspecten in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers gevonden.

Zelfbeschikking	Aantal campussen met inbreuk
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd een ondertekend huishoudelijk reglement gevonden.	4/32
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd een formeel ondertekend document gevonden waarin het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar is vastgelegd.	5/32

Zorggebruikersbevraging

Er werden 151 zorggebruikers bevraagd over de mogelijkheid tot vrije keuze van huisarts.

- > 149 (99%) zorggebruikers verklaarden een huisarts te hebben.
- > 2 zorggebruikers zeiden geen huisarts te hebben.

Van de 149 zorggebruikers die een huisarts hadden, verklaarden

- > 24 (16%) zorggebruikers de huisarts zelf gekozen te hebben;
- > 115 (77%) zorggebruikers akkoord gegaan te zijn met de huisarts die het PVT aanbood;
- > 6 (4%) zorggebruikers dat de huisarts werd toegewezen door het PVT zonder akkoord;
- > 4 (3%) zorggebruikers niet te weten hoe de keuze voor de huisarts werd gemaakt.

9.4 VERMOGENSBEHEER

9.4.1 Achtergrond

Mogen geen bewindvoerders zijn:

1° personen ten aanzien van wie een rechterlijke of een buitengerechtelijke beschermingsmaatregel werd genomen;

2° rechtspersonen, met uitzondering van de private stichting die zich uitsluitend inzet voor de beschermde persoon [of een stichting van openbaar nut die voor de te beschermen personen over een statutair ingesteld comité belast met het opnemen van bewindvoeringen beschikt];

3° bestuurs- of personeelsleden van de instelling waar de beschermde persoon verblijft;

[...]

9.4.2 Werkwijze

Tijdens de inspecties werd gevraagd om voor elke campus van het PVT een overzicht te geven van wie instaat voor het beheer van het vermogen van de zorggebruikers.

9.4.3 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over het vermogensbeheer van de 1790 zorggebruikers die opgenomen waren op de dag van inspectie voor alle PVT's, met inbegrip van de 2 campussen die niet bezocht werden.

	Aantal	%
Eigen beheer (zorggebruiker zelf)	244	13,63
Bewindvoerder	1274	71,17
Persoon met volmacht die niet behoort tot het PVT	162	9,05
OCMW	34	1,90
PVT of personeel PVT	0	0
Andere	76	4,25

Geen enkel van de 23 PVT's stond zelf in voor het vermogensbeheer van zorggebruikers.

Vermogensbeheer	Aantal PVT's met inbreuk
Het PVT staat in voor het vermogensbeheer van minstens één zorggebruiker.	0/23

9.5 ROLSTOELTOEGANKELIJKHEID

9.5.1 Achtergrond

Verwachtingen uit referentiekader PVT

Rolstoelafhankelijkheid is geen exclusie criterium.

De lift(en) is/zijn gemakkelijk toegankelijk voor een rolstoelgebruiker en diens begeleider.

Het psychiatrisch verzorgingstehuis is aangepast aan de behoeften van mindervalide zorggebruikers.

Alle deuren naar lokalen die toegankelijk zijn voor zorggebruikers zijn breed genoeg om een rolstoel door te laten.

De wastafels/spiegels zijn aangepast aan rolstoelgebruikers en zorggebruikers die zich zittend verzorgen.

Er is op elke verdieping een rolstoeltoegankelijk toilet.

Er is een bad, aangepast aan specifieke behoeften van zorgbehoevende zorggebruikers en/of rolstoelpatiënten.

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

De grondbeginselen van het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap zijn:

- a. Respect voor de inherente waardigheid, persoonlijke autonomie, met inbegrip van de vrijheid zelf keuzes te maken en de onafhankelijkheid van personen;
- b. Non-discriminatie;
- c. Volledige en daadwerkelijke participatie in, en opname in de samenleving;
- d. Respect voor verschillen en aanvaarding dat personen met een handicap deel uitmaken van de mensheid en menselijke diversiteit;
- e. Gelijke kansen;
- f. Toegankelijkheid;
- g. Gelijkheid van man en vrouw;
- h. Respect voor de zich ontwikkelende mogelijkheden van kinderen met een handicap en eerbiediging van het recht van kinderen met een handicap op het behoud van hun eigen identiteit.

Toegankelijkheid: teneinde personen met een handicap in staat te stellen zelfstandig te leven en volledig deel te nemen aan alle facetten van het leven, nemen de Staten die Partij zijn passende maatregelen om personen met een handicap op voet van gelijkheid met anderen de toegang te garanderen tot de fysieke omgeving, tot vervoer, informatie en communicatie, met inbegrip van informatie- en communicatietechnologieën en -systemen, en tot andere voorzieningen en diensten die openstaan voor, of verleend worden aan het publiek, in zowel stedelijke als landelijke gebieden. Deze maatregelen, die mede de identificatie en bestrijding van obstakels en drempels voor de toegankelijkheid omvatten, zijn onder andere van toepassing op: gebouwen, wegen, vervoer en andere voorzieningen in gebouwen en daarbuiten, met inbegrip van scholen, huisvesting, medische voorzieningen en werkplekken.

9.5.2 Werkwijze

Er werden tijdens de inspectie een aantal elementen gecontroleerd betreffende de rolstoeltoegankelijkheid.

Dit werd per campus voor maximaal vier doelgroepen nagekeken, waarbij voor elke doelgroep minstens één rolstoelgebruiker moest kunnen worden opgenomen.

Er werd nagekeken of het gebouw van de doelgroep rolstoeltoegankelijk was en zo ja, of een kamer binnen het gebouw rolstoeltoegankelijk was.

In de rolstoeltoegankelijke kamer werden de volgende aspecten gecontroleerd:

- > een aangepaste lavabo
- > een aangepaste spiegel.

Als er een rolstoeltoegankelijke kamer was, werd gekeken of er een rolstoeltoegankelijk toilet is op dezelfde verdieping als de kamer en een rolstoeltoegankelijke bad-/doucheruimte in hetzelfde gebouw.

In het rolstoeltoegankelijk toilet, op dezelfde verdieping als de kamer, werden volgende aspecten gecontroleerd:

- > een aangepaste lavabo
- > een vaste handgreep/beugel
- > voldoende ruimte
- > een deur die naar buiten opendraait.

In de rolstoeltoegankelijke bad-/doucheruimte, in hetzelfde gebouw, werden volgende aspecten gecontroleerd:

- > voldoende ruimte
- > een deur die naar buiten opendraait
- > bad met tillift of aangepaste douche (drempelloos en handgreep).

9.5.3 Vaststellingen

Voor 53 van 56 gecontroleerde doelgroepen was de ingang van het gebouw rolstoeltoegankelijk.

Voor 51 van deze 53 doelgroepen waarvoor het gebouw rolstoeltoegankelijk was, was er een rolstoeltoegankelijke kamer.

De overige specifieke aspecten werden enkel bekeken voor de 51 doelgroepen waarvoor er een rolstoeltoegankelijke kamer was.

	Aantal	%
Doelgroepen waarvoor de ingang van het gebouw rolstoeltoegankelijk was	53/56	94,64
Doelgroepen waarvoor een rolstoeltoegankelijke kamer aanwezig was	51/53	96,23
Rolstoeltoegankelijke kamers aangepast voor alle gecontroleerde criteria	27/51	52,94
Doelgroepen met een toilet, op dezelfde verdieping als de rolstoeltoegankelijke kamer, dat aangepast was voor alle gecontroleerde criteria	28/51	54,90
Doelgroepen met een bad- of doucheruimte, in hetzelfde gebouw als de rolstoeltoegankelijke kamer, die aangepast was voor alle gecontroleerde criteria	38/51	74,51

Onderstaande tabel geeft weer op hoeveel campussen de verschillende gecontroleerde aspecten op het vlak van rolstoeltoegankelijkheid in orde waren voor alle doelgroepen op de betreffende campus.

	Aantal	%
Campussen waar de ingang van het gebouw voor alle doelgroepen rolstoeltoegankelijk was	29/32	90,63
Campussen waar voor alle doelgroepen een rolstoeltoegankelijke kamer aanwezig was	27/32	84,38
Campussen waar voor alle doelgroepen een rolstoeltoegankelijke kamer was, aangepast voor alle gecontroleerde criteria	11/27	40,74
Campussen met voor alle doelgroepen een toilet, op dezelfde verdieping als de rolstoeltoegankelijke kamer, dat aangepast was voor alle gecontroleerde criteria	14/27	51,85
Campussen met voor alle doelgroepen een bad- of doucheruimte, in hetzelfde gebouw als de rolstoeltoegankelijke kamer, die aangepast was voor alle gecontroleerde criteria	18/27	66,67

9.6 CONCLUSIE EN REFLECTIES

Inzage en afschrift dossier

Hoewel alle PVT's procedures hebben rond het recht op inzage en afschrift van dossiers, waren die niet altijd in lijn met de wetgeving. Op 7 campussen was dat het geval voor het recht op inzage en op 4 campussen voor het recht op afschrift.

Ook de informatieverstrekking over deze rechten aan zorggebruikers kan beter. Vaak ontbraken elementen uit de wetgeving in de informatie (25 maal voor inzage, 19 maal voor afschrift), was de informatie niet in lijn met de wetgeving (6 maal voor inzage, 3 maal voor afschrift) of werd geen informatie gegeven over het recht op afschrift (6 campussen).

Klachtrecht

Voor het onderwerp klachtenprocedure en de systematische en schriftelijke communicatie daarover aan nieuwe zorggebruikers scoorden de PVT's zeer goed. Alle bezochte campussen beschikten over een klachtenprocedure. Uitgezonderd op twee campussen (van twee verschillende PVT's) werden in de klachtenprocedure ook telkens de twee gezochte elementen vermeld (nl. zowel mondeling als schriftelijk een klacht kunnen indienen en rechtstreekse toegang tot de externe ombudspersoon). Op alle campussen kon systematische en schriftelijke communicatie over de klachtenprocedure aan nieuwe zorggebruikers aangetoond worden, maar op twee campussen (van twee verschillende PVT's) werd minstens één van beide gezochte elementen niet vermeld.

Uit de bevraging van zorggebruikers bleek dat er voor de communicatie over de klachtenprocedure nog groeimarge is. 11% van de zorggebruikers gaf aan geen informatie te hebben gekregen en 21% van de zorggebruikers gaf aan niet te weten hoe ze de ombudspersoon kunnen contacteren.

Zelfbeschikking

In bijna 9 op 10 dossiers werd vastgesteld dat het recht op vrije keuze van een beroepsbeoefenaar was vermeld in een ondertekend huishoudelijk reglement of in een ander formeel ondertekend document. Bijna alle bevroegde zorggebruikers gaven aan een huisarts te hebben. Ruim drie vierde van deze groep aanvaardde de huisarts die het PVT aanbood; 16% van de zorggebruikers koos de huisarts zelf.

Vermogensbeheer

Geen enkel van de 23 PVT's stond zelf in voor het vermogensbeheer van zorggebruikers.

Het vermogen van zorggebruikers die in een PVT verblijven, wordt in ruim twee derde van de gevallen beheerd door bewindvoerders. Eigen beheer door de zorggebruiker en beheer door een persoon met volmacht waren samen goed voor ongeveer één vijfde van het beheer. Beheer van het vermogen door een OCMW of een andere instantie kwam in beperkte mate voor.

Rolstoeltoegankelijkheid

Op het vlak van rolstoeltoegankelijkheid is er nog veel verbeterpotentieel in de PVT's. Op ruim 80% van de campussen werd voor dit onderwerp een inbreuk vastgesteld.

Op 3 campussen was het gebouw zelf niet toegankelijk voor alle doelgroepen.

2 PVT's (met een rolstoeltoegankelijk gebouw) beschikten niet over een rolstoeltoegankelijke kamer voor al hun doelgroepen.

Het meest voorkomende probleem (voor bijna de helft van de doelgroepen) betrof het niet aangepast zijn van de kamer en/of het ontbreken van een rolstoeltoegankelijk toilet op dezelfde verdieping als de kamer.

10 OVERZICHT INBREUKEN

Verspreid doorheen dit beleidsrapport werd al aangegeven op hoeveel PVT's/campussen van een PVT elk van de 38 inbreuken werd vastgesteld. In dit hoofdstuk wordt die informatie samengebracht in twee overzichtelijke tabellen.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van hoe vaak elke mogelijke inbreuk op PVT-niveau werd vastgesteld in elk van de 23 PVT's.

Inbreuk	PVT's met inbreuk	
	Aantal	%
Het PVT beschikt niet over een instroomprocedure of de instroomprocedure van het PVT bevat geen in- en exclusiecriteria.	1/23	4,35
Zorggebruikers zijn niet vertegenwoordigd in een beheersorgaan van het PVT of zorggebruikers zijn vertegenwoordigd in een beheersorgaan van het PVT maar de inbreng van de vertegenwoordiger in een vergadering van een beheersorgaan kon niet worden aangetoond.	5/23	21,74
Het PVT beschikt niet over een multidisciplinair team a rato van minstens 13 VTE per erkende opnamecapaciteit van 30 zorggebruikers.	2/23	8,70
Per erkende opnamecapaciteit van 30 zorggebruikers beschikt het PVT niet over 8 VTE personeelsleden met de juiste kwalificatie.	1/23	4,35
Per erkende opnamecapaciteit van 30 zorggebruikers beschikt het PVT niet over 4 VTE gekwalificeerde personeelsleden die minstens houder zijn van een bachelordiploma.	1/23	4,35
Het PVT beschikt over onvoldoende VTE teamverantwoordelijke in verhouding tot de erkende opnamecapaciteit.	4/23	17,39
Er is geen coördinator nominatief aangeduid binnen het PVT.	0/23	0
De rol van coördinator en teamverantwoordelijke wordt door dezelfde persoon waargenomen.	0/23	0
Er is geen samenwerkingsovereenkomst tussen het PVT en de psychiater. In de samenwerkingsovereenkomst tussen het PVT en de psychiater is niet bepaald hoeveel uur psychiatertijd per week is voorzien. In de samenwerkingsovereenkomst tussen het PVT en de psychiater is bepaald dat er minder dan 6 uur psychiatertijd per week is voorzien.	6/23	26,09
Er is geen meldsysteem voor medicatie-incidenten.	0/23	0
Het PVT had geen zicht op het aantal geregistreerde medicatie-incidenten op campusniveau.	1/23	4,35
Het PVT staat in voor het vermogensbeheer van minstens één zorggebruiker.	0/23	0

Onderstaande tabel geeft een overzicht van hoe vaak elke mogelijk inbreuk op campusniveau werd vastgesteld op elk van de 32 bezochte campussen. Op sommige campussen waren de gecontroleerde steekproeven voor sommige inbreuken te klein om tot een beoordeling te kunnen komen (zoals beschreven onder 4.4); daardoor is de noemer soms kleiner dan 32.

Inbreuk	Campussen met inbreuk	
	Aantal	%
Niet op alle gecontroleerde nachten was de permanentie in orde.	7/32	21,88
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over (de identificatiegegevens van) de huisarts. (enkel berekend op de dossiers met huisarts en zonder weigering om informatie te delen)	0/32	0
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over basisgegevens betreffende de context. (enkel berekend op de dossiers waar betrekken van de context van toepassing was)	0/32	0
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over middelen-gebruik.	14/32	43,75
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over allergie.	6/32	18,75
Niet in alle gecontroleerde dossiers was een zorgplan aanwezig.	4/32	12,50
In < 80% van de gecontroleerde dossiers met een zorgplan kon in de voorbije 12 maanden een multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met besluit aangetoond worden. (enkel berekend op dossiers met een zorgplan)	9/32	28,13
In < 80% van de gecontroleerde dossiers met een multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met besluit in de voorbije 12 maanden, kon de betrokkenheid van de zorggebruiker bij de meest recente multidisciplinaire evaluatie aangetoond worden. (enkel berekend op dossiers waar betrekken van de zorggebruiker mogelijk was)	3/27	11,11
In < 80% van de gecontroleerde dossiers met een multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met besluit in de voorbije 12 maanden, kon de aanwezigheid van de psychiater bij de meest recente multidisciplinaire evaluatie aangetoond worden. (enkel berekend op dossiers met een multidisciplinaire evaluatie in de voorbije 12 maanden)	7/27	25,93
Niet alle gecontroleerde dossieronderdelen waren toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners.	0/32	0
De voorziening werkt niet samen met plaatselijke organisaties.	0/32	0
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd een afsluitbrief gevonden.	5/28	17,86
In < 80% van de gecontroleerde dossiers met afsluitbrief was er informatie over zorg en ondersteuning tijdens het verblijf. (enkel berekend op dossiers waar een afsluitbrief gevonden werd)	5/24	20,83
Bij < 80% van de gecontroleerde medicatievoorraden van zorggebruikers (klaargezette medicatie en zorggebruikersvoorraad) werd een eenduidige identificatie van de zorggebruiker gevonden.	2/32	6,25
Er werd medicatie gevonden zonder enige aanduiding van naam, sterkte en vervaldatum (aantal). OF Indien geen medicatie zonder enige aanduiding en < 80% in orde: Bij < 80% van de gecontroleerde geneesmiddelen in de klaargezette medicatie of in de voorraad werd alle gecontroleerde informatie (naam, sterkte en vervaldatum) gevonden. OF Indien medicatie zonder enige aanduiding en < 80% in orde: Er werd medicatie gevonden zonder enige aanduiding van naam, sterkte en vervaldatum en bij < 80% van de gecontroleerde geneesmiddelen in de klaargezette medicatie of in de voorraad werd alle gecontroleerde informatie (naam, sterkte en vervaldatum) gevonden.	4/32	12,50

Inbreuk	Campussen met inbreuk	
	Aantal	%
In klaargezette medicatie of in de voorraad werd vervallen medicatie gevonden.	0/32	0
Niet op elke bezochte leefgroep werd de medicatievoorraad veilig bewaard voor zorggebruikers.	0/32	0
Niet op elke bezochte leefgroep werden de gecontroleerde verdovende middelen afzonderlijk en afgesloten bewaard en/of waren er niet de nodige faciliteiten om verdovende middelen afzonderlijk en afgesloten te kunnen bewaren en/of hadden niet enkel verpleegkundigen en artsen toegang tot de verdovende middelen.	18/32	56,25
Niet op elke bezochte leefgroep werd de gecontroleerde HRM voorzien van een visuele trigger.	10/32	31,25
Er was geen procedure betreffende inzage in het dossier. De procedure betreffende inzage in het dossier was niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de regelgeving. Er wordt geen schriftelijke informatie aan de zorggebruiker gegeven betreffende inzage in het dossier. De informatie aan de zorggebruiker betreffende inzage in het dossier was niet voor alle aanwezige elementen in lijn met de regelgeving.	13/32	40,63
Er was geen procedure betreffende afschrift van het dossier. De procedure betreffende afschrift van het dossier was niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de regelgeving. Er wordt geen schriftelijke informatie aan de zorggebruiker gegeven betreffende afschrift van het dossier. De informatie aan de zorggebruiker betreffende afschrift van het dossier was niet voor alle aanwezige elementen in lijn met de regelgeving.	10/32	31,25
Er was geen klachtenprocedure of de klachtenprocedure was niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de regelgeving.	2/32	6,25
Informatie over de klachtenprocedure wordt niet systematisch en schriftelijk gecommuniceerd aan elke nieuwe zorggebruiker. OF Informatie over de klachtenprocedure wordt systematisch en schriftelijk gecommuniceerd aan elke nieuwe zorggebruiker maar was niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de regelgeving.	1/32	3,13
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd een ondertekend huishoudelijk reglement gevonden.	4/32	12,50
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd een formeel ondertekend document gevonden waarin het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar is vastgelegd.	5/32	15,63
Er werd voor minstens één doelgroep een probleem vastgesteld op het vlak van rolstoeltoegankelijkheid.	26/32	81,25

In totaal werden tijdens deze inspectieronde 176 inbreuken vastgesteld. Onderstaande tabel biedt een zicht op het aantal inbreuken per campus. Omdat het maximum aantal vast te stellen inbreuken op de grootste of enige campus veel groter was dan op andere campussen, wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen beide.

Aantal vastgestelde inbreuken	Aantal campussen met dit aantal inbreuken		
	Grootste of enige campus	Andere campussen	Totaal
2	2	3	5
3	2	0	2
4	3	1	4
5	2	4	6
6	6	1	7
7	2	0	2
8	1	0	1
9	2	0	2
10	1	0	1
11	2	0	2
Totaal	23	9	32