



TOEZICHT IN DE PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSTEHUIZEN 2025-2026

Beleidsrapport 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 hierna weergegeven.

¹ Dit document vormt de managementsamenvatting van het beleidsrapport Toezicht in de psychiatrische verzorgingstehuizen 2025-2026 (depotnummer D/2026/3241/490, uitgave oktober 2026).

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

2 ALGEMENE CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

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 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 instroomgesprek 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 uitstroombmogelijkheid, 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 vervolgoorzieningen.

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.

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 leidinggevendenden 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.

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.

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.

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.