ZORGINSPECTIE
Departement Zorg
T 02 553 34 34
contact.zorginspectie@vlaanderen.be
www.zorginspectie.be - www.departementzorg.be

INSPECTIEVERSLAG: PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS

INRICHTENDE MACHT

Naam	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	AV
Ondernemingsnummer	0249772327
Adres	Daalbroekstraat 106, 3621 Lanaken

INSPECTIEPUNT

Naam	Psychiatrisch Verzorgingstehuis Ter Bosch
HCO-nummer	20895
Adres	Daalbroekstraat 108, 3621 Lanaken
Dossiernummer	014

UITBATINGSPLAATS

Naam	Campus Lanaken-Rado
Adres	Koning Albertlaan 102, 3620 Lanaken

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	22/12/2025
Verslagnummer	ZI-2025-04572
Inspecteurs	Pieter Thijs, Lindsay Vissenaekens

INSPECTIEBEZOEK

Campus Lanaken-Rado

Onaangekondigde inspectie op	17/12/2025 (09:00-15:30)
Gespreksparners	1 directielid, 1 coördinator (clustermanager), 2 verpleegkundigen, 2 verpleegkundig-specialisten, 1 psycholoog, 1 teamverantwoordelijke en 3 zorggebruikers

Vlaanderen
is zorgzaam en gezond samenleven

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding 4
1.1 Toezicht door Zorginspectie 4
1.2 Inspectiemethodiek 5
1.3 Inspectieverslag 8
2. Organisatie, zorgaanbod en beleid 9
2.1 Organisatie en zorgaanbod 9
2.2 Beleid 10
2.2.1 Instroombeleid 10
2.2.2 Uitstroombeleid 11
2.2.3 Vertegenwoordiging zorggebruikers 12
2.3 Samenvatting resultaten organisatie, zorgaanbod en beleid 13
2.3.1 Zoals verwacht 13
2.3.2 Inbreuken 13
3. Personeel 14
3.1 Multidisciplinair team 14
3.2 Leidinggevenden 15
3.3 Psychiater 16
3.4 Permanentie 17
3.5 Samenvatting resultaten personeel 19
3.5.1 Zoals verwacht 19
3.5.2 Inbreuken 19
4. Herstelondersteunende zorg en begeleiding 20
4.1 Beschikbaarheid zorggegevens 20
4.2 Zorgplan 21
4.3 Signaleringsplan 23
4.4 Individuele gesprekken 24
4.5 Toegankelijkheid dossier 26
4.6 Lokale integratie en activering 27
4.7 Afsluitbrief 28
4.8 Samenvatting resultaten herstelondersteunende zorg en begeleiding 30
4.8.1 Zoals verwacht 30
4.8.2 Inbreuken 30
5. Medicatie 31
5.1 Meldsysteem medicatie-incidenten 31
5.2 Volledigheid gegevens 32

5.3 Veilige bewaring medicatie 33
5.4 Verdovende middelen 34
5.5 Hoogrisicomedicatie 35
5.6 Samenvatting resultaten medicatie 36
5.6.1 Zoals verwacht 36
5.6.2 Inbreuken 36
6. Rechten 37
6.1 Inzage en afschrift dossier 37
6.1.1 Inzage in het dossier 37
6.1.2 Afschrift van het dossier 38
6.2 Klachtrecht 38
6.3 Zelfbeschikking 39
6.4 Vermogensbeheer 40
6.5 Rolstoeltoegankelijkheid 41
6.6 Samenvatting resultaten rechten 43
6.6.1 Zoals verwacht 43
6.6.2 Inbreuken 43
7. Besluit 44
7.1 Samenvatting 44
7.1.1 Aantal vaststellingen “zoals verwacht” en aantal “inbreuken” 44
7.1.2 Aantal prioritaire inbreuken 45
7.2 Beoordeling 45
7.3 Advies 45

1. INLEIDING

1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

Situering Zorginspectie

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.

De Vlaamse overheid heeft ervoor gekozen om de inspectiefunctie te scheiden van de vergunnings-, erkennings- en subsidiëringsfunctie. De functiescheiding tussen inspecteren en rapporteren enerzijds en beslissen over de gevolgen anderzijds, maakt dat Zorginspectie haar opdracht zo objectief, onpartijdig en onafhankelijk mogelijk kan vervullen.

Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

- toezicht houden op de naleving van gestelde eisen;
- concrete beleidsadvisering op basis van de inspectievaststellingen;
- een beeld schetsen van een hele sector op basis van inspectievaststellingen.

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- het verbeteren van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van de voorzieningen;
- het rechtmatig besteden van overheidsmiddelen;
- een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

Hoe werkt Zorginspectie?

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. Meer informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de Gegevensbeschermingsautoriteit: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

Binnen 30 dagen na de laatste vaststelling in het kader van het toezicht ontvangt het inspectiepunt en (in voorkomend geval) de klachtindiener het ontwerpverslag. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden om – gedurende een periode van 14 kalenderdagen – schriftelijk te reageren op onjuistheden in het ontwerp van het inspectieverslag. De datum van de laatste vaststelling, die wordt gedefinieerd in artikel 13 van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, is te vinden op het voorblad van dit inspectieverslag.

De definitieve inspectieverslagen worden actief ter beschikking gesteld en zijn te vinden via https://www.departementzorg.be/nl/inspectieverslagen-opzoeken-enof-opvragen-bij-zorginspectie. Meer informatie is te vinden op de website van Zorginspectie: www.zorginspectie.be.

1.2 INSPECTIEMETHODIEK

Situering

In de voorbije periode heeft Zorginspectie meerdere inspectierondes uitgevoerd binnen de sector van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), meer specifiek in de:

- residentiële en ambulante revalidatievoorzieningen (2021-2024);
- centra voor geestelijke gezondheidszorg (eerste helft 2023);
- psychiatrische ziekenhuizen (2023-2024).

Vanaf 2025 wordt een inspectieronde gepland in psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en in de initiatieven voor beschut wonen (IBW).

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.

Inspectieonderwerpen

Tijdens deze inspectieronde worden vijf thema's gecontroleerd die een nauwe band hebben met de kwaliteit van de zorg en/of de patiëntveiligheid, 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 die 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-voorzieningen. In het kader hiervan wordt een wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd, gericht op de ontwikkeling van een geïntegreerde richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie met bijzondere aandacht voor specifieke noden voor ouderen en volwassen personen met een handicap.

Inspectieproces

- Alle campussen van alle PVT met een erkende definitieve opnamecapaciteit worden geïnspecteerd met uitzondering van de middelhoog- en hoogbeveiligde forensische afdelingen en de uitdovende opnamecapaciteit.
  - De forensische afdelingen werden geïncludeerd in de sectoroverschrijdende inspectieronde forensische zorg (voorjaar 2025).
  - Er is verhoudingsgewijs erg weinig uitdovende opnamecapaciteit, die bovendien op termijn zal verdwijnen.
- De inspectie gebeurt onaangekondigd.
- Bij deze inspectie wordt een campus gedurende één werkdag bezocht door twee inspecteurs.
- Ter voorbereiding van de inspectie werd aan het PVT gevraagd om een aantal documenten vooraf ter beschikking te stellen.
- Voor het toezicht op de kwaliteit van de zorg baseert Zorginspectie zich zo veel mogelijk op objectief aantoonbare vaststellingen. Daarom vormen het zoeken van elementen in dossiers van zorggebruikers

en het nagaan van geëxpliciteerde verwachtingen een belangrijk onderdeel van de inspectie. Uit respect voor de bescherming van de privacy van de zorggebruiker engageert Zorginspectie zich uitdrukkelijk tot het **zorgvuldig omgaan met persoons- en gezondheidsgegevens**.

- Tijdens de inspecties is er aandacht voor de eigenheid en specificiteit van de voorzieningen. Naast de methodiek van een gestandaardiseerde bevraging worden daarom ook een aantal open vragen gehanteerd. Deze standaardisering kadert binnen het streven van Zorginspectie naar een uniforme inspectiemethodiek voor alle voorzieningen.
- Voor elk onderwerp wordt ook in dialoog gegaan met medewerkers van de voorziening, enerzijds om de vaststellingen te valideren, anderzijds om aanvullende informatie te bekomen die de specifieke dagelijkse werking van deze voorziening beter in beeld kan brengen.
- Na alle inspecties wordt, op basis van de individuele verslagen, een beleidsrapport opgesteld dat een gedifferentieerd en zo volledig mogelijk beeld geeft van de (kwaliteit van de) zorg in de PVT-sector.

Concrete aanpak

- De vaststellingen in dit inspectieverslag zijn gebaseerd op inzage in documenten (bv. dossiers van zorggebruikers, afsluitbrieven, procedures, registratiegegevens), op informatie verkregen tijdens gesprekken met medewerkers en zorggebruikers en op observaties tijdens de rondgang. De bevraging van zorggebruikers richt zich op hun beleving van de ontvangen zorg en niet op een kwantitatieve meting.
- Volgende leefgroepen werden tijdens deze inspectie bezocht:
  - Naam leefgroep 1: Rado 1
  - Naam leefgroep 2: Rado 2A

- Inspectieplan

	Inspecteur 1	Inspecteur 2
9u - 9u30	Kennismaking en afspraken rond het verloop van de dag	
9u30 - 11u00	**Medicatiebeleid** **Organisatie, zorgaanbod en beleid**	**Lopende dossiers en medicatie leefgroep 1**
11u00 - 12u30	**Personeel**	**Lopende dossiers en medicatie leefgroep 2**
12u30 - 13u30	Lunch en onderling overleg	
13u30 - 14u30	**Rechten**	**Zorggebruikersbevraging**
14u30 - 15u00	**Afgesloten dossiers**	**Rolstoeltoegankelijkheid**
15u00 - 15u30	Overleg tussen inspecteurs	
15u30 - 16u00	Terugkoppeling, vragen en toelichting bij de vaststellingen	

- Hoewel niet noodzakelijk elk onderwerp op elke leefgroep werd nagegaan, kunnen bepaalde inspectievaststellingen relevant zijn voor andere leefgroepen.
- Voor een PVT bestaande uit meerdere campussen gebeurde de bevraging van (delen van) onderstaande onderwerpen enkel op de grootste campus. Deze vaststellingen gelden voor het gehele PVT. Om deze reden wordt in het inspectieverslag van de kleinere campus, voor elk van de desbetreffende onderwerpen, verwezen naar de respectieve vaststellingen die beschreven zijn in het inspectieverslag van de grootste campus. De vaststellingen worden niet herhaald in het inspectieverslag van een kleinere campus.

  - beleid;
  - multidisciplinair team;
  - leidinggevenden;
  - psychiater;
  - meldsysteem medicatie-incidenten;
  - vermogensbeheer.
- De steekproefselectie van de dossiers van zorggebruikers gebeurt op gestandaardiseerde wijze. De dossiercontrole gebeurt in aanwezigheid van een zorgmedewerker, die desgewenst toelichting kan verschaffen.

Verwachtingskader

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

- 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**;
- Referentiekader voor psychiatrische verzorgingstehuizen: **Referentiekader voor psychiatrische verzorgingstehuizen**;
- 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 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 betreffende het statuut van bewindvoerder over een beschermde persoon: **Wet van 8 november 2023 betreffende het statuut van bewindvoerder over een beschermde persoon**;
- Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg: **De "Kwaliteitswet" voor gezondheidszorgbeoefenaars**.

Als een voorziening voor een bepaald onderwerp niet aan de verwachting voldoet, wordt dit als inbreuk benoemd. Zorginspectie handelt conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, waarbij de term inbreuk wordt gebruikt voor het niet naleven van regelgeving of geformaliseerde afspraken (zoals een referentiekader).

Gezien een aantal factoren in de realiteit er kunnen voor zorgen dat een score van 100% niet steeds haalbaar is, wordt een inbreuk pas toegekend als een verwachting in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers of gecontroleerde geneesmiddelen kan aangetoond worden. Als de steekproef minder dan 5 items omvat, leiden de resultaten niet tot een beoordeling.

Het is de bedoeling dat het PVT concreet aan de slag gaat met alle inspectievaststellingen. De afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg (ELGEZ) van het Departement Zorg staat in voor de opvolging van deze vaststellingen.

Uit alle mogelijke inbreuken werd een aantal inbreuken geselecteerd omwille van de rechtstreekse link met patiëntveiligheid of essentiële kwaliteit van zorg. Deze inbreuken worden verder “prioritaire inbreuken” genoemd. Bepaalde inbreuken worden pas prioritair als een hoger aantal vaststellingen niet volgens de verwachting is (zie hoofdstuk 7). Deze prioritaire inbreuken vereisen onmiddellijke remediëring door de voorziening en worden strikt opgevolgd door de afdeling ELGEZ.

1.3 INSPECTIEVERSLAG

Dit verslag bestaat uit zeven hoofdstukken. Na dit eerste inleidend hoofdstuk volgen vijf thematische hoofdstukken met inhoudelijke vaststellingen. In elk hoofdstuk worden de vaststellingen voorafgegaan door de betreffende verwachtingen (uit het referentiekader PVT, richtlijnen en regelgeving) en door een beschrijving van de gevolgde werkwijze om tot de vaststellingen te komen. Elk hoofdstuk eindigt met een samenvatting van de resultaten waarbij de vaststellingen worden gecatalogeerd als "zoals verwacht" of als "inbreuken".

Het verslag wordt afgesloten met een algemeen besluit. Hierin wordt een samenvatting gegeven van het aantal vaststellingen “zoals verwacht” en van het aantal “inbreuken”. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de vastgestelde prioritaire inbreuken. Tenslotte volgt een beoordeling en een advies van Zorginspectie aan zowel de voorziening als de afdeling ELGEZ.

2. ORGANISATIE, ZORGAANBOD EN BELEID

2.1 ORGANISATIE EN ZORGAANBOD

Werkwijze
Vóór en tijdens het inspectiebezoek werd op het centrale niveau informatie opgevraagd over de organisatie en het zorgaanbod van het PVT.

Vaststellingen
PVT Ter Bosch heeft een zorgaanbod op 2 campussen binnen de erkende definitieve opnamecapaciteit:
- campus Lanaken-Rado;
- campus Rekem.

De inspectie vond plaats op campus Lanaken-Rado.

Op deze campus is er een zorgaanbod voor volgende doelgroep binnen de erkende definitieve opnamecapaciteit: volwassenen met een psychische kwetsbaarheid. Voor de indeling in een leefgroep wordt, indien mogelijk, rekening gehouden met enkele criteria: de mate van zelfstandigheid, de nood aan psychische ondersteuning en de somatische zorgnood.

Overzicht van de erkende opnamecapaciteit voor zorggebruikers, aantal werkelijk in te nemen plaatsen en aantal opgenomen zorggebruikers op moment van inspectie voor deze campus.

Aantal zorggebruikers voorzien binnen de erkende definitieve opnamecapaciteit	Aantal zorggebruikers voorzien binnen de erkende uitdovende opnamecapaciteit	Aantal werkelijk in te nemen plaatsen	Aantal zorggebruikers opgenomen op moment van inspectie
60	0	62	61

De twee extra bedden worden gebruikt om de vereiste bezettingsgraad binnen de PVT-afdelingen te kunnen realiseren. Deze extra capaciteit is nodig om een aantal afwezigheden (familiebezoeken, verloven, ziekenhuisopnames, enz.) op te kunnen vangen.

2.2 BELEID

2.2.1 Instroombeleid

Overzicht van het totaal aantal opnames in elke campus van het PVT van 2022 tot en met 2024 met onderverdeling qua herkomst.

	Campus Lanaken-Rado	Campus Rekem
Eigen PZ	15	12
Ander PZ	0	0
Ander PVT of andere campus eigen PVT	0	0
Thuis	3	0
Algemeen ziekenhuis	0	0
Woonzorgcentrum	0	0
Initiatief beschut wonen	3	0
Andere	0	0
Totaal aantal opnames	**21**	**12**

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;

[…]

Werkwijze

Er werd nagegaan of het PVT beschikt over een instroomprocedure waarin 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.

Vaststellingen

Er is een instroomprocedure en deze bevat in- en exclusiecriteria.

Er zijn binnen het PVT Ter Bosch schriftelijke afspraken over volgende elementen:
- Als de kandidaat-zorggebruiker niet wordt opgenomen, wordt een alternatief voorgesteld.
- De psychiater heeft een instroomgesprek met elke zorggebruiker voor de start van de opname.

Het PVT maakt gebruik van een wachtlijst voor opname, opgedeeld per campus, waarbij er op de dag van de inspectie:
- 12 personen op de wachtlijst staan van campus Lanaken-Rado;
- 5 personen op de wachtlijst staan van campus Rekem.

2.2.2 Uitstroombeleid

Overzicht van het totaal aantal definitieve ontslagen voor elke campus van het PVT van 2022 tot en met 2024 met onderverdeling qua bestemming en het aantal overlijdens in dezelfde periode.

	Campus Lanaken-Rado	Campus Rekem
Eigen PZ	4	1
Ander PZ	1	0
Ander PVT of andere campus eigen PVT	0	0
Thuis	2	1
Algemeen ziekenhuis	3	1
Woonzorgcentrum	1	2
Initiatief beschut wonen	1	0
Voorziening VAPH	0	1
Andere	2	0
Totaal aantal ontslagen	**14**	**6**
Overlijden	1	7
Totale uitstroom	**15**	**13**

Op het moment van inspectie verblijven er 16 zorggebruikers in het PVT terwijl zij wachten op beschikbaarheid van een andere zorgvorm die beter is aangepast aan de zorgnood.

Overzicht van het aantal zorggebruikers per campus dat op moment van inspectie wacht op een beschikbaar alternatief, met onderverdeling per gewenste zorgvorm.

	Campus Lanaken-Rado	Campus Rekem
Woonzorgcentrum	6	6
Initiatief beschut wonen	1	0
Voorziening VAPH	1	1

Ander PVT	1	0
PZ	0	0
Andere	0	0
Totaal	**9**	**7**

2.2.3 Vertegenwoordiging zorggebruikers

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.

Werkwijze

Er werd gevraagd om de 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. Elk structureel overleg waarbij zowel de zorggebruikers vertegenwoordigd zijn als minstens 1 directielid, 1 bestuurder, de PVT-coördinator of de beleidspsychiater van het PVT kwam hiervoor in aanmerking.

In verslagen van vergaderingen van een beheersorgaan van het PVT (maximum 1 jaar oud) werd bekeken of de vertegenwoordiger inbreng had.

Vaststellingen

Er werd aangetoond dat zorggebruikers vertegenwoordigd waren in minstens één beheersorgaan van het PVT.
Wijze van vertegenwoordiging:
- vertegenwoordiger van de zorggebruikers;
- vertegenwoordiger van de context van de zorggebruikers;
- ervaringsdeskundige van een representatieve gebruikers- of familievereniging.

Zorggebruikers waren vertegenwoordigd in:
- het beheerscomité (zorggebruikers en context van de zorggebruikers);
- het stakeholdersoverleg (context van de zorggebruikers en een ervaringsdeskundige).

De inbreng van de vertegenwoordiger van zorggebruikers tijdens een vergadering van een beheersorgaan van het PVT in het voorbije jaar kon worden aangetoond.

2.3 SAMENVATTING RESULTATEN ORGANISATIE, ZORGAANBOD EN BELEID

2.3.1 Zoals verwacht

Instroombeleid

- De instroomprocedure van het PVT bevat in- en exclusiecriteria.

Vertegenwoordiging zorggebruikers

- Zorggebruikers zijn vertegenwoordigd in een beheersorgaan van het PVT en de inbreng van de vertegenwoordiger in een vergadering van een beheersorgaan kon worden aangetoond.

2.3.2 Inbreuken

Voor de gecontroleerde onderwerpen werden geen inbreuken vastgesteld.

3. PERSONEEL

3.1 MULTIDISCIPLINAIR TEAM

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 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.

Werkwijze

Er werd in kaart gebracht wat de erkende (definitieve + uitdovende) opnamecapaciteit van het gehele PVT is. 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).

Vaststellingen

Erkende opnamecapaciteit PVT	102
Totaal aantal VTE multidisciplinair team	74,50
Totaal aantal VTE zorgverleners met kwalificatie volgens lijst referentiekader	59
Totaal aantal VTE zorgverleners met kwalificatie volgens lijst referentiekader en minstens bachelordiploma	28,10

Totaal aantal VTE multidisciplinair team / erkende opnamecapaciteit	in orde
Totaal aantal VTE zorgverleners met kwalificatie volgens lijst referentiekader / erkende opnamecapaciteit	in orde
Totaal aantal VTE zorgverleners met kwalificatie volgens lijst referentiekader en minstens bachelordiploma / erkende opnamecapaciteit	in orde

3.2 LEIDINGGEVENDEN

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 bezit.

Er is een teamverantwoordelijke per 30 zorggebruikers (binnen de personeelsnorm van 13 VTE).
Er dient een bijkomende teamverantwoordelijke aanwezig te zijn indien 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 worden niet door één en dezelfde persoon waargenomen.

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.

Vaststellingen

Erkende opnamecapaciteit PVT	102
Aantal VTE teamverantwoordelijke PVT	3,80
Aantal VTE teamverantwoordelijke / erkende opnamecapaciteit	in orde

Er is nominatief een coördinator aangeduid binnen het PVT.
De rol van coördinator en teamverantwoordelijke wordt door verschillende personen waargenomen.

3.3 PSYCHIATER

Verwachtingen uit referentiekader PVT

Het psychiatrisch verzorgingstehuis beschikt over minimaal zes uur per week coördinerende en behandelende psychiatertijd waarin de hieronder vermelde opdrachten vervuld worden en kan aantonen dat deze opdrachten gerealiseerd worden. 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.

Werkwijze

De samenwerkingsovereenkomst tussen het PVT en de psychiater(s) werd opgevraagd om zicht te krijgen op hoeveel uren coördinerende en behandelende psychiatertijd 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 deze uren voldoende zijn om alle taken op alle campussen uit te voeren.

Er werden een aantal zorggebruikers bevraagd over de informatie die ze kregen over hun medicatie.

Vaststellingen

In de samenwerkingsovereenkomsten tussen het PVT en de 3 psychiaters is het aantal uren psychiatertijd per week niet bepaald.

Het PVT heeft een erkende opnamecapaciteit voor 102 zorggebruikers.
Aangezien de psychiatertijd niet is vastgelegd in samenwerkingsovereenkomsten kon de psychiatertijd per zorggebruiker niet berekend worden.

De bevraagde psychiater besteedt in de praktijk volgens raming 9 uur per week aan taken binnen het PVT.
Het aantal uren dat de overige psychiaters in de praktijk volgens raming besteden aan taken binnen het PVT kon niet bevraagd worden tijdens deze inspectie.

Volgens de bevraagde psychiater is het aantal effectief beschikbare uren onvoldoende om alle taken te vervullen.
De beschikbare uren zijn voldoende voor de gesprekken met en opvolging van zorggebruikers zowel als voor beleidstaken. Met meer uren zou deelnemen aan teamvergaderingen en familiegesprekken ook mogelijk zijn.

Volgens de centrale verantwoordelijke is het aantal effectief beschikbare uren voldoende om alle taken te vervullen.

Zorggebruikersbevraging

Er werden 3 zorggebruikers, die medicatie namen, bevraagd over de informatie die ze kregen over hun medicatie.
Alle 3 de zorggebruikers verklaarden hierover voldoende geïnformeerd te zijn.

3.4 PERMANENTIE

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 (vb. 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.

Werkwijze

Het uurrooster van de nachtpermanentie voor de voorbije 2 weken werd ingekeken.

- Per nacht werd(en) de kwalificatie(s) van de medewerker(s) van de nachtpermanentie nagegaan.
- Er werd gecontroleerd of er voldoende personeel (minstens 1 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 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 i.f.v. de specifieke verpleegkundige handeling en de dringendheid.

Vaststellingen

Aantal nachten gecontroleerd	14

Aantal nachten waarbij de nachtpermanentie **in orde** is	14
Voldoende medewerkers[1] en een verpleegkundige aanwezig	14

Er was minstens één nachtshift waarbij beroep werd gedaan op een verpleegkundige van een andere voorziening ter ondersteuning van de medewerker(s)[1]	**neen**

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

3.5 SAMENVATTING RESULTATEN PERSONEEL

3.5.1 Zoals verwacht

Multidisciplinair team

- Het PVT beschikt over een multidisciplinair team a rato van minstens 13 VTE per erkende opnamecapaciteit van 30 zorggebruikers.
- Per erkende opnamecapaciteit van 30 zorggebruikers beschikt het PVT over minimaal 8 VTE personeelsleden met de juiste kwalificatie.
- Per erkende opnamecapaciteit van 30 zorggebruikers beschikt het PVT over minimaal 4 VTE gekwalificeerde personeelsleden die minstens houder zijn van een bachelordiploma.

Leidinggevenden

- Het PVT beschikt over voldoende VTE teamverantwoordelijke in verhouding tot de erkende opnamecapaciteit.
- Er is nominatief een coördinator aangeduid binnen het PVT.
- De rol van coördinator en teamverantwoordelijke wordt niet door dezelfde persoon waargenomen.

Permanentie

- Op alle gecontroleerde nachten was de permanentie in orde.

3.5.2 Inbreuken

Psychiater

- In de samenwerkingsovereenkomsten tussen het PVT en de psychiaters is niet bepaald hoeveel uur psychiatertijd per week is voorzien.

4. HERSTELONDERSTEUNENDE ZORG EN BEGELEIDING

4.1 BESCHIKBAARHEID ZORGGEGEVENS

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;
[…]

Werkwijze

Dossiers van zorggebruikers die minstens 1 maand waren opgenomen, werden gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over volgende onderwerpen:

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

Vaststellingen

Leefgroep 1: Rado 1

Er werden 5 dossiers gecontroleerd van zorggebruikers op aanwezigheid van informatie over de hierboven weergegeven onderwerpen.

Volgende vaststellingen werden gedaan in deze dossiersteekproef:

- In alle 5 de gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de huisarts gevonden.
- In alle 5 de gecontroleerde dossiers werden basisgegevens van de context gevonden.
- In alle 5 de gecontroleerde dossiers werd informatie over middelengebruik gevonden.
- In alle 5 de gecontroleerde dossiers werd informatie over allergie gevonden.

Leefgroep 2: Rado 2A

Er werden 5 dossiers gecontroleerd van zorggebruikers op aanwezigheid van informatie over de hierboven weergegeven onderwerpen.

Volgende vaststellingen werden gedaan in deze dossiersteekproef:

- In alle 5 de gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de huisarts gevonden.
- In alle 5 de gecontroleerde dossiers werden basisgegevens van de context gevonden.
- In alle 5 de gecontroleerde dossiers werd informatie over middelengebruik gevonden.
- In alle 5 de gecontroleerde dossiers werd informatie over allergie gevonden.

4.2 ZORGPLAN

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 bijgestuurd. 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 1 keer per maand vindt een teamoverleg plaats waarin alle disciplines zijn vertegenwoordigd, inclusief de psychiater.

De psychiater is minstens 1 keer per maand aanwezig op het teamoverleg en altijd bij de bespreking van de zorgplannen van de zorggebruikers.

Werkwijze

In dossiers van zorggebruikers die minstens 1 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.

Op de bezochte leefgroepen werden een aantal zorggebruikers bevraagd over de evaluatie van hun zorgplan.

Vaststellingen

Leefgroep 1: Rado 1

Er werden 5 dossiers van zorggebruikers gecontroleerd.

- In alle 5 de dossiers werd een zorgplan gevonden.
- In alle 5 de dossiers met een zorgplan kon worden aangetoond dat er minstens een multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met besluit was in de voorbije 12 maanden.
  - In alle 5 de dossiers kon de betrokkenheid van de zorggebruiker (of vertegenwoordiger) bij deze multidisciplinaire evaluatie aangetoond worden.
    - In alle 5 de dossiers kon worden aangetoond dat de zorggebruiker (of vertegenwoordiger) aanwezig was bij de bespreking.
    - In alle 5 de dossiers kon worden aangetoond dat de zorggebruiker (of vertegenwoordiger) betrokken was bij de voorbereiding/terugkoppeling van de bespreking.
  - In 1 van de 5 dossiers kon de betrokkenheid van de context van de zorggebruiker bij deze multidisciplinaire evaluatie aangetoond worden.
    In 3 van de 5 dossiers kon aangetoond worden dat het betrekken van de context van de zorggebruiker niet mogelijk was (contra-indicatie, geen context of weigering).
    In 1 van de 5 dossiers kon de betrokkenheid van de context van de zorggebruiker niet aangetoond worden.
  - In alle 5 de dossiers kon worden aangetoond dat de psychiater aanwezig was bij deze multidisciplinaire evaluatie.

Leefgroep 2: Rado 2A

Er werden 5 dossiers van zorggebruikers gecontroleerd.

- In alle 5 de dossiers werd een zorgplan gevonden.
- In alle 5 de dossiers met een zorgplan kon worden aangetoond dat er minstens een multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met besluit was in de voorbije 12 maanden.
  - In alle 5 de dossiers kon de betrokkenheid van de zorggebruiker (of vertegenwoordiger) bij deze multidisciplinaire evaluatie aangetoond worden.
    - In 2 dossiers kon worden aangetoond dat de zorggebruiker (of vertegenwoordiger) aanwezig was bij de bespreking.
    - In alle 5 de dossiers kon worden aangetoond dat de zorggebruiker (of vertegenwoordiger) betrokken was bij de voorbereiding/terugkoppeling van de bespreking.

  - In 3 van de 5 dossiers kon de betrokkenheid van de context van de zorggebruiker bij deze multidisciplinaire evaluatie aangetoond worden.
    In 1 van de 5 dossiers kon aangetoond worden dat een poging werd gedaan om de context te betrekken, maar dat hierop niet werd ingegaan.
    In 1 van de 5 dossiers kon de betrokkenheid van de context van de zorggebruiker niet aangetoond worden.
  - In alle 5 de dossiers kon worden aangetoond dat de psychiater aanwezig was bij deze multidisciplinaire evaluatie.

Zorggebruikersbevraging

Er werden 3 zorggebruikers bevraagd over hun betrokkenheid bij de evaluatie van het zorgplan.
2 van de 3 zorggebruikers gaven aan dat ze betrokken waren bij de evaluatie of bespreking van hun zorgplan.

- Alle 2 de zorggebruikers gaven aan dat ze betrokken waren bij de voorbereiding/terugkoppeling van de bespreking.
- Alle 2 de zorggebruikers gaven aan dat ze aanwezig waren op de bespreking zelf.

1 van de 3 zorggebruikers gaf aan nog geen evaluatie van het zorgplan gehad te hebben.

4.3 SIGNALERINGSPLAN

Verwachtingen

Er zijn voor de PVT 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 verwerven op de actuele toepassingsgraad van een signaleringsplan in de praktijk.

Werkwijze

In dossiers van zorggebruikers die minstens 6 maanden waren opgenomen, werd gezocht naar een signaleringsplan.
Een signaleringsplan werd aanvaard van zodra minstens 1 van volgende 4 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.

Vaststellingen

Leefgroep 1: Rado 1

Er werden 5 dossiers gecontroleerd.

In 3 van de 5 dossiers was een signaleringsplan aanwezig. In 2 dossiers was geen signaleringsplan aanwezig.

Leefgroep 2: Rado 2A

Er werden 5 dossiers gecontroleerd.

In 3 van de 5 dossiers was een signaleringsplan aanwezig. In 2 dossiers was geen signaleringsplan aanwezig.

4.4 INDIVIDUELE GESPREKKEN

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;
[...]

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 1 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 en de betrokkenheid van de context bij het verblijf.

Vaststellingen

Leefgroep 1: Rado 1

Er zijn geen afspraken over de minimale frequentie waarmee de psychiater een individueel gesprek heeft met zorggebruikers. Een gesprek kan aangevraagd worden door de zorggebruiker of door het team. De psychiater is aanwezig op maandag en donderdag. Kort na de opname is er steeds een kennismakingsgesprek tussen psychiater en zorggebruiker.

Er werd in 5 dossiers van zorggebruikers gezocht naar de meest recente notitie van een individueel gesprek met een psychiater.

	Aantal dossiers
Aantal dossiers met de meest recente notitie van een individueel gesprek in de laatste maand	2
Aantal dossiers waarvan de meest recente notitie van een individueel gesprek meer dan 1 maand en minder dan 3 maanden geleden is	1
Aantal dossiers waarvan de meest recente notitie van een individueel gesprek meer dan 3 maanden en minder dan 6 maanden geleden is	1
Aantal dossiers waarvan de meest recente notitie van een individueel gesprek meer dan 6 maanden en minder dan 12 maanden geleden is	0
Aantal dossiers waarvan de meest recente notitie van een individueel gesprek meer dan 12 maanden geleden is	0
Aantal dossiers zonder notitie van een individueel gesprek	1

De psychiater voorziet op volgende wijze tijd voor gesprekken met de context van de zorggebruiker: Een gesprek kan aangevraagd worden door de zorggebruiker, diens context of het team.

Leefgroep 2: Rado 2A

Er zijn geen afspraken over de minimale frequentie waarmee de psychiater een individueel gesprek heeft met zorggebruikers. Een gesprek kan aangevraagd worden door de zorggebruiker of door het team. De psychiater is aanwezig op maandag, donderdag en vrijdag. Kort na de opname is er steeds een kennismakingsgesprek tussen psychiater en zorggebruiker.

Er werd in 5 dossiers van zorggebruikers gezocht naar de meest recente notitie van een individueel gesprek met een psychiater.

	Aantal dossiers
Aantal dossiers met de meest recente notitie van een individueel gesprek in de laatste maand	1
Aantal dossiers waarvan de meest recente notitie van een individueel gesprek meer dan 1 maand en minder dan 3 maanden geleden is	3
Aantal dossiers waarvan de meest recente notitie van een individueel gesprek meer dan 3 maanden en minder dan 6 maanden geleden is	0

Aantal dossiers waarvan de meest recente notitie van een individueel gesprek meer dan 6 maanden en minder dan 12 maanden geleden is	1
Aantal dossiers waarvan de meest recente notitie van een individueel gesprek meer dan 12 maanden geleden is	0
Aantal dossiers zonder notitie van een individueel gesprek	0

De psychiater voorziet op volgende wijze tijd voor gesprekken met de context van de zorggebruiker: Een gesprek kan aangevraagd worden door de zorggebruiker, diens context of het team.

Zorggebruikersbevraging

Er werden 3 zorggebruikers bevraagd over de mogelijkheid tot een individueel gesprek met een psychiater.
Alle 3 de zorggebruikers gaven aan telkens een gesprek te kunnen hebben met een psychiater indien gewenst.
1 van de 3 zorggebruikers gaf aan snel een gesprek te kunnen hebben met een psychiater.
2 van de 3 zorggebruikers gaven aan lang te moeten wachten op een gesprek met een psychiater.

Er werden 3 zorggebruikers bevraagd over de betrokkenheid van de context tijdens het verblijf.
2 van de 3 zorggebruikers gaven aan dat de context (familie/naasten) betrokken werd tijdens het verblijf.
1 van de 3 zorggebruikers gaf aan dat het betrekken van de context (familie/naasten) niet aangewezen/mogelijk was.

4.5 TOEGANKELIJKHEID DOSSIER

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.

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 die zorggebruiker, steeds en zonder tussenkomst van anderen (bv. het niet moeten vragen) toegang hebben tot alle gecontroleerde onderdelen van het dossier.

Vaststellingen

Leefgroep 1: Rado 1

De gecontroleerde onderdelen van het dossier waren toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners.

Leefgroep 2: Rado 2A

De gecontroleerde onderdelen van het dossier waren toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners.

4.6 LOKALE INTEGRATIE EN ACTIVERING

Verwachtingen uit referentiekader PVT

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

Werkwijze

Op het centrale 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.

Vaststellingen

De campus van het PVT werkt samen met plaatselijke organisaties voor activiteiten en invulling van de vrije tijd van de zorggebruikers:

- activiteitencentrum Locomotief;
- alpacaboerderij;
- vzw Bagage voor vakanties op maat;
- dienstencentrum De Bron.

De campus van het PVT leverde in de voorbije 24 maanden inspanningen om de lokale integratie (vermaatschappelijking van de zorg) te vergroten:

- Zorggebruikers gaan wekelijks naar de markt waar ze buurtbewoners ontmoeten.
- Zorggebruikers gaan langs in de bibliotheek en lezen daar de krant of drinken koffie met buurtbewoners.
- Zorggebruikers gaan zwemmen in het plaatselijke zwembad.
- Er werd een opendeurdag georganiseerd in het PVT voor de buurtbewoners.
- Zorggebruikers nemen deel aan activiteiten die georganiseerd worden in de gemeente.

De campus van het PVT geeft invulling aan interne activering:

- huishoudelijke taken (tafels dekken, afruimen, vaatwas,…);
- eigen was doen;
- eigen kamer poetsen.

Zorggebruikersbevraging

Er werden 3 zorggebruikers bevraagd over het activiteitenaanbod.
Alle 3 de zorggebruikers verklaarden dat er een weekschema met verschillende activiteiten is.
Alle 3 de zorggebruikers gaven aan tevreden te zijn over het activiteitenaanbod.
1 van de 3 zorggebruikers gaf aan niet te weten of er activiteiten zijn waarbij men in contact komt met buurtbewoners.
2 van de 3 zorggebruikers verklaarden dat er geen activiteiten waren waarbij men in contact komt met buurtbewoners.

4.7 AFSLUITBRIEF

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 artikel 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.

Werkwijze

Er werd in kaart gebracht hoe informatie wordt overgedragen aan andere zorgverleners, voorzieningen, … bij ontslag uit het PVT.

In dossiers van zorggebruikers waarvan de begeleiding minstens 1 week was afgerond, werd gezocht naar afsluitbrieven. Dossiers van overleden zorggebruikers en dossiers van zorggebruikers die tegen medisch advies op ontslag gingen, werden niet beoordeeld.

Deze afsluitbrieven werden gecontroleerd op de aanwezigheid van informatie over volgende onderwerpen:

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

In elk dossier werd nagegaan of de zorggebruiker (of vertegenwoordiger) aantoonbaar betrokken was bij het ontslag.

Vaststellingen

Bij ontslag wordt op volgende wijze informatie met andere zorgverleners gedeeld: bij ontslag wordt er een “zorgoverdrachtsformulier” opgemaakt door de begeleiding dat samen met de medicatiefiche wordt meegegeven aan de zorggebruiker. Daarnaast wordt een medische ontslagbrief opgemaakt die, mits toestemming van de zorggebruiker, wordt verstuurd naar de huisarts en de vervolgzorg.

Er werden 10 dossiers gecontroleerd op aanwezigheid van een afsluitbrief (of afsluitbrieven).
In 8 van de 10 dossiers werd minstens één afsluitbrief gevonden. In 2 van de 10 dossiers werd geen afsluitbrief gevonden.

Van deze 8 dossiers met afsluitbrief waren er:

- 6 met informatie over zorg en ondersteuning tijdens het verblijf;
- 7 met een medicatielijst of informatie over medicatiebeleid;
- 7 met informatie over nazorg of verdere verwijzing.

In alle 10 de dossiers kon de betrokkenheid van de zorggebruiker (of vertegenwoordiger) m.b.t. het ontslag worden aangetoond.

4.8 SAMENVATTING RESULTATEN HERSTELONDERSTEUNENDE ZORG EN BEGELEIDING

4.8.1 Zoals verwacht

Beschikbaarheid zorggegevens

- Aan de hand van de 10 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat er systematisch gewerkt werd m.b.t. de aanwezigheid van informatie over de volgende onderwerpen (≥ 80%):
  - identificatiegegevens van of informatie over de huisarts;
  - basisgegevens betreffende de context;
  - informatie over middelengebruik;
  - informatie over allergie.

Zorgplan

- In alle gecontroleerde dossiers was een zorgplan aanwezig.
- 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.
- 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.
- 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.

Toegankelijkheid dossier

- Alle gecontroleerde onderdelen van het dossier waren toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners.

Lokale integratie en activering

- De voorziening werkt samen met plaatselijke organisaties.

Afsluitbrief

- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers werd een afsluitbrief gevonden.

4.8.2 Inbreuken

Afsluitbrief

- In < 80% van de gecontroleerde dossiers met afsluitbrief was er informatie over zorg en ondersteuning tijdens het verblijf (6/8 in orde).

5. MEDICATIE

5.1 MELDSYSTEEM MEDICATIE-INCIDENTEN

Verwachtingen uit referentiekader PVT

De registratie van medicatiefouten gebeurt binnen het algemene veiligheidsincidentenmeldingssysteem.

Naast de registratie van de medicatiefouten (bijv. 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 objectiveerbare verbeteringen.

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

Werkwijze

Er werd nagegaan of er een meldsysteem voor medicatie-incidenten was en of dit geïntegreerd was in het algemeen incidentmeldsysteem. Het beleid van het PVT betreffende de analyse van medicatie-incidenten werd in kaart gebracht.

Het aantal geregistreerde (medicatie-)incidenten van 2024 werd opgevraagd. Er werd nagegaan of deze gegevens besproken werden op verschillende niveaus en of medicatie-incidenten geanalyseerd werden.

Vaststellingen

Het PVT beschikt over een elektronisch meldsysteem voor medicatie-incidenten. Dit is geïntegreerd in het algemeen incidentmeldsysteem (= 1 centraal systeem voor alle incidenten).

Anonieme meldingen zijn niet mogelijk.

Het PVT hanteert volgend beleid betreffende de analyse van medicatie-incidenten: meldingen gebeuren in het veiligheidsmeldsysteem (VMS). Elke afdeling heeft een VMS-team (leidinggevende en een aantal medewerkers van de afdeling). Dit VMS-team bekijkt elke incidentmelding en gaat na of er verdere acties nodig zijn. Er wordt steeds feedback gegeven aan de melder. Om deze reden is anoniem melden niet mogelijk. Alle incidenten worden besproken in de “stuurgroep kwaliteit” (clustermanagers, kwaliteitscoördinator, verpleegkundig-specialisten).

Medicatie-incidenten worden ook besproken in het “comité geneesmiddelen en medisch materiaal” (apotheek en kwaliteitsmedewerkers).

Bij (mogelijk) ernstige of herhalende incidenten gebeurt een PRISMA-analyse.

Het PVT heeft zicht op het aantal geregistreerde medicatie-incidenten op campusniveau.

	Aantal geregistreerde incidenten (periode: 2024)	Aantal geregistreerde medicatie-incidenten (periode: 2024)	Totaal aantal geanalyseerde medicatie-incidenten van 2024
Campus Lanaken-Rado	187	35	35
Campus Rekem	340	39	39

Er kon aangetoond worden dat de beschikbare cijfergegevens van 2024 besproken werden op het niveau van het bestuursorgaan, op het niveau van de directie en op het niveau van de leefgroepen.

Er kon aangetoond worden dat medicatie-incidenten werden geanalyseerd voor de gecontroleerde periode. Alle medicatie-incidenten werden multidisciplinair geanalyseerd.

5.2 VOLLEDIGHEID GEGEVENS

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 1 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 duidelijk 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 duidelijk 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).

Werkwijze

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

Daarnaast werd in de klaargezette medicatie en/of in de zorggebruikersvoorraad een aantal geneesmiddelen gecontroleerd op de aanwezigheid van naam, sterkte en vervaldatum.

Vaststellingen

Leefgroep 1: Rado 1

De medicatievoorraad van 5 zorggebruikers werd gecontroleerd.

- 5 keer was de eenduidige identificatie van de zorggebruiker aanwezig in de klaargezette medicatie en in de zorggebruikersvoorraad.

Er werden 10 geneesmiddelen gecontroleerd in de klaargezette medicatie of in de voorraad.

- 10 keer was de naam van de medicatie aanwezig.
- 10 keer was de sterkte vermeld.
- 10 keer was de vervaldatum vermeld.

Er waren 10/10 geneesmiddelen met alle 3 de gecontroleerde gegevens.

Er werd geen medicatie gevonden zonder enige aanduiding van naam, sterkte en vervaldatum.

Voor geen enkel geneesmiddel met vervaldatum was deze overschreden.

Leefgroep 2: Rado 2A

De medicatievoorraad van 5 zorggebruikers werd gecontroleerd.

- 5 keer was de eenduidige identificatie van de zorggebruiker aanwezig in de klaargezette medicatie en in de zorggebruikersvoorraad.

Er werden 10 geneesmiddelen gecontroleerd in de klaargezette medicatie of in de voorraad.

- 9 keer was de naam van de medicatie aanwezig.
- 10 keer was de sterkte vermeld.
- 9 keer was de vervaldatum vermeld.

Er waren 9/10 geneesmiddelen met alle 3 de gecontroleerde gegevens.

Er werd geen medicatie gevonden zonder enige aanduiding van naam, sterkte en vervaldatum.

Voor geen enkel geneesmiddel met vervaldatum was deze overschreden.

5.3 VEILIGE BEWARING MEDICATIE

Verwachtingen uit referentiekader PVT

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

Werkwijze

Er werd tijdens de inspectie in enkele leefgroepen nagegaan of de medicatievoorraad beveiligd was voor zorggebruikers.

Vaststellingen

Leefgroep 1: Rado 1

De medicatie is niet vrij toegankelijk voor zorggebruikers.

Leefgroep 2: Rado 2A

De medicatie is niet vrij toegankelijk voor zorggebruikers.

5.4 VERDOVENDE MIDDELEN

Verwachtingen uit referentiekader PVT

De nodige faciliteiten zijn voorzien om eventuele speciaal gereglementeerde 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.

Werkwijze

In enkele leefgroepen werd bevraagd welke zorgverleners toegang hebben tot de verdovende middelen. Daarnaast 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 deze afzonderlijk en afgesloten te bewaren.

Vaststellingen

Leefgroep 1: Rado 1

Er waren op het moment van de inspectie geen verdovende middelen aanwezig.
De nodige faciliteiten waren aanwezig om verdovende middelen afzonderlijk te kunnen bewaren.
De nodige faciliteiten waren aanwezig om verdovende middelen afgesloten te kunnen bewaren.

Uit bevraging blijkt dat enkel verpleegkundigen en artsen toegang hebben tot de verdovende middelen.

Leefgroep 2: Rado 2A

Er waren op het moment van de inspectie geen verdovende middelen aanwezig.
De nodige faciliteiten waren aanwezig om verdovende middelen afzonderlijk te kunnen bewaren.
De nodige faciliteiten waren aanwezig om verdovende middelen afgesloten te kunnen bewaren.

Uit bevraging blijkt dat niet enkel verpleegkundigen en artsen toegang hebben tot de verdovende middelen. Er zijn 2 kastjes: het eerste kastje is beveiligd met een badgelezer en hierin ligt een sleutel waarmee het andere kastje kan geopend worden. Ook een zorgkundige bleek in staat om het eerste kastje te ontgrendelen met de badge. In het tweede kastje, dat ontgrendelt kan worden met de sleutel, bevond er zich op het moment van inspectie een sticker waarop de cijfercode stond waarmee men de kluis voor de verdovende middelen kan ontgrendelen.

5.5 HOOGRISICOMEDICATIE

Verwachtingen uit referentiekader PVT

Hoogrisico-medicatie wordt voorzien van een visuele trigger zodat ze gemakkelijk wordt herkend als dusdanig.

Werkwijze

Er werd nagegaan of de campus beschikt over een uitgeschreven beleid rond hoogrisicomedicatie (HRM). Er werd gekeken of dit beleid 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 gecontroleerd werd.

Vaststellingen

Procedures

Er is een uitgeschreven beleid voor HRM dat van toepassing is op deze campus.

Dit beleid bevat:

- een lijst met namen van HRM;
- informatie over lookalikes en soundalikes;
- instructies voor labeling .

Bewaring in leefgroepen
Leefgroep 1: Rado 1
Insuline was aanwezig en was niet steeds voorzien van een visuele trigger.
Vitamine K-antagonisten waren afwezig.

Leefgroep 2: Rado 2A
Insuline was aanwezig en was steeds voorzien van een visuele trigger.
Vitamine K-antagonisten waren afwezig.

5.6 SAMENVATTING RESULTATEN MEDICATIE

5.6.1 Zoals verwacht

Meldsysteem medicatie-incidenten

- Er is een meldsysteem voor medicatie-incidenten.
- Het PVT had zicht op het aantal geregistreerde medicatie-incidenten op campusniveau.

Volledigheid gegevens

- Bij ≥ 80% van de gecontroleerde medicatievoorraden van zorggebruikers (klaargezette medicatie en zorggebruikersvoorraad) werd een eenduidige identificatie van de zorggebruiker gevonden.
- Er werd geen 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 info (naam, sterkte en vervaldatum) gevonden.
- In de klaargezette medicatie of in de voorraad werd geen vervallen medicatie gevonden.

Veilige bewaring medicatie

- Op elke bezochte leefgroep werd de medicatievoorraad veilig bewaard voor zorggebruikers.

5.6.2 Inbreuken

Verdovende middelen

- Niet enkel verpleegkundigen en artsen hebben toegang tot de verdovende middelen (1/2 in orde).

Hoogrisicomedicatie

- Niet op elke bezochte leefgroep werd de gecontroleerde HRM voorzien van een visuele trigger (1/2 in orde).

6. RECHTEN

6.1 INZAGE EN AFSCHRIFT DOSSIER

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.

Werkwijze

Er werd zowel voor de aspecten "inzage in het dossier" als "afschrift van het dossier" nagegaan of de campus van het PVT beschikt over een procedure die volledig is en in lijn is met de wet betreffende de rechten van de patiënt. Daarnaast werd gekeken of de campus van het PVT de zorggebruiker schriftelijke informatie geeft betreffende beide aspecten en of deze informatie correct is.

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, behoudens de therapeutische exceptie, enkel nog gegevens die betrekking hebben op derden uitgesloten zijn van het recht op inzage/afschrift. Om aan deze verwachting te voldoen moet enerzijds de uitsluiting van informatie die betrekking heeft op derden vermeld worden en mag er geen verwijzing meer zijn naar "persoonlijke notities".

6.1.1 Inzage in het dossier

Vaststellingen

De campus van het PVT beschikt over een procedure betreffende inzage in het dossier.

De procedure betreffende inzage in het dossier bevat volgende elementen uit de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- De vraag tot inzage kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden.
- De termijn tussen ontvangst van het verzoek en voorleggen van het dossier is niet langer dan 15 dagen.
- Gegevens die betrekking hebben op derden zijn uitgesloten van het recht op inzage.

Er wordt informatie aan de zorggebruiker gegeven betreffende inzage in het dossier. Bij de start van de begeleiding ontvangen zorggebruikers een specifieke opnamebrochure van de afdeling en een algemene infobrochure waarin het recht op inzage van het dossier wordt beschreven.

De informatie aan de zorggebruiker betreffende inzage in het dossier bevat volgende elementen uit de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- De vraag tot inzage kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden.
- De termijn tussen ontvangst van het verzoek en voorleggen van het dossier is niet langer dan 15 dagen.

In de informatie aan de zorggebruiker betreffende inzage in het dossier werden volgende zaken vastgesteld die niet in lijn zijn met de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- Persoonlijke notities zijn uitgesloten van het recht op inzage.

In de informatie aan de zorggebruiker betreffende inzage in het dossier ontbreken volgende zaken die beschreven staan in de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- Gegevens die betrekking hebben op derden zijn uitgesloten van het recht op inzage.

6.1.2 Afschrift van het dossier

Vaststellingen

De campus van het PVT beschikt over een procedure betreffende afschrift van het dossier.

De procedure betreffende afschrift van het dossier bevat volgende elementen uit de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- De vraag tot afschrift kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden.
- Het afschrift is gratis (minstens het eerste).
- De termijn tussen ontvangst van het verzoek en voorleggen van het dossier is niet langer dan 15 dagen.
- Gegevens die betrekking hebben op derden zijn uitgesloten van het recht op afschrift.

Er wordt informatie aan de zorggebruiker gegeven betreffende afschrift van het dossier. Bij de start van de begeleiding ontvangen zorggebruikers een specifieke opnamebrochure van de afdeling en een algemene infobrochure waarin het recht op afschrift van het dossier wordt beschreven.

De informatie aan de zorggebruiker betreffende afschrift van het dossier bevat volgende elementen uit de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- De vraag tot afschrift kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden.
- De termijn tussen ontvangst van het verzoek en voorleggen van het dossier is niet langer dan 15 dagen.

In de informatie aan de zorggebruiker betreffende afschrift van het dossier werden volgende zaken vastgesteld die niet in lijn zijn met de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- Persoonlijke notities zijn uitgesloten van het recht op afschrift.

In de informatie aan de zorggebruiker betreffende afschrift van het dossier ontbreken volgende zaken die beschreven staan in de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- Het afschrift is gratis (minstens het eerste).
- Gegevens die betrekking hebben op derden zijn uitgesloten van het recht op afschrift.

6.2 KLACHTRECHT

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 steeds 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.

Werkwijze

Er werd nagegaan of de campus van het PVT beschikt over een klachtenprocedure die desgevallend inhoudelijk werd beoordeeld op een aantal elementen.

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 een aantal elementen.

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

Vaststellingen

De campus van het PVT beschikt over een klachtenprocedure.

De klachtenprocedure bevat volgende elementen uit de regelgeving:

- Een klacht kan zowel mondeling als schriftelijk worden ingediend.
- Zorggebruikers kunnen met klachten rechtstreeks terecht bij de externe ombudspersoon.

De campus van het PVT communiceert systematisch (informatie over) de klachtenprocedure aan elke nieuwe zorggebruiker. Bij de start van de begeleiding ontvangen zorggebruikers een specifieke opnamebrochure van de afdeling en een algemene infobrochure waarin informatie rond klachten staat vermeld.

De informatie aan de zorggebruiker betreffende de klachtenprocedure bevat volgende elementen uit de regelgeving:

- Een klacht kan zowel mondeling als schriftelijk worden ingediend.
- Zorggebruikers kunnen met klachten rechtstreeks terecht bij de externe ombudspersoon.

Zorggebruikersbevraging

Er werden 3 zorggebruikers bevraagd over de mogelijkheden om een klacht in te dienen.

Alle 3 de zorggebruikers gaven aan informatie te hebben gekregen over de mogelijkheden om een klacht in te dienen.
Alle 3 de zorggebruikers gaven aan te weten hoe de ombudspersoon gecontacteerd kan worden.

6.3 ZELFBESCHIKKING

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.

Werkwijze

In dossiers van zorggebruikers die minstens 1 week waren opgenomen, werd gecontroleerd of er een, door de zorggebruiker of diens vertegenwoordiger, ondertekend huishoudelijk reglement was. 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 psychiater).

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

Vaststellingen

Er werden 10 dossiers van zorggebruikers gecontroleerd.

- In alle 10 de dossiers werd een ondertekend huishoudelijk reglement gevonden.
- In alle 10 de dossiers werd een formeel ondertekend document gevonden waarin het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar vermeld was.

Zorggebruikersbevraging

Er werden 3 zorggebruikers bevraagd over de mogelijkheid tot vrije keuze van huisarts.
Alle 3 de zorggebruikers verklaarden een huisarts te hebben.

Alle 3 de zorggebruikers die een huisarts hadden, verklaarden akkoord gegaan te zijn met de huisarts die het PVT aanbood.

6.4 VERMOGENSBEHEER

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

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;
[...]

Werkwijze

Tijdens de inspectie 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.

Vaststellingen

Overzicht van wie instaat voor het beheer van het vermogen voor alle zorggebruikers van het PVT, desgevallend opgedeeld per campus.

	Campus Lanaken-Rado	Campus Rekem
Eigen beheer	3	1
Bewindvoerder	39	38
Beheer door persoon met volmacht die niet behoort tot het PVT	16	4
OCMW	3	2
PVT zelf of personeel van PVT	0	0
Andere	0	0
Totaal	**61**	**45**

6.5 ROLSTOELTOEGANKELIJKHEID

Verwachtingen uit referentiekader PVT

Rolstoelafhankelijkheid is geen exclusiecriterium.

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.

Werkwijze

Er werden tijdens de inspectie een aantal elementen gecontroleerd betreffende de rolstoeltoegankelijkheid. Dit werd voor alle doelgroepen (maximaal 4) nagekeken.
In de rolstoeltoegankelijke kamer werden volgende aspecten gecontroleerd:
- een aangepaste lavabo;
- een aangepaste spiegel.

In het rolstoeltoegankelijk toilet werden volgende aspecten gecontroleerd:
- een aangepaste lavabo;
- een vaste handgreep/beugel;
- voldoende ruimte;
- een deur die naar buiten opendraait.

In de rolstoeltoegankelijke bad-/doucheruimte werden volgende aspecten gecontroleerd:
- voldoende ruimte;
- een deur die naar buiten opendraait;
- bad met tillift of aangepaste douche (drempelloos en handgreep).

Vaststellingen

Voor de enige doelgroep werden de toegankelijkheid en de aanpassingen voor rolstoelgebruikers gecontroleerd.
- Voor de enige doelgroep was de ingang van het gebouw rolstoeltoegankelijk.
- Voor de enige doelgroep was er een rolstoeltoegankelijke kamer, die niet aangepast was voor alle gecontroleerde criteria.
- Voor de enige doelgroep was er, op dezelfde verdieping als de rolstoeltoegankelijke kamer, een toilet dat aangepast was voor alle gecontroleerde criteria.
- Voor de enige doelgroep was er, in hetzelfde gebouw als de rolstoeltoegankelijke kamer, geen bad- of doucheruimte die aangepast was voor alle gecontroleerde criteria.

6.6 SAMENVATTING RESULTATEN RECHTEN

6.6.1 Zoals verwacht

Klachtrecht

- De procedure betreffende klachtrecht was voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de regelgeving.
- Informatie aan de zorggebruiker over de klachtenprocedure is in lijn met de regelgeving en wordt systematisch en schriftelijk gecommuniceerd aan elke nieuwe zorggebruiker.

Zelfbeschikking

- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers werd een ondertekend huishoudelijk reglement gevonden.
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers werd een formeel ondertekend document gevonden waarin het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar is vastgelegd.

Vermogensbeheer

- Het PVT staat niet in voor het vermogensbeheer van zorggebruikers.

6.6.2 Inbreuken

Inzage en afschrift dossier

- De informatie aan de zorggebruiker betreffende inzage in het dossier was niet voor alle aanwezige elementen in lijn met de regelgeving.
- De informatie aan de zorggebruiker betreffende afschrift van het dossier was niet voor alle aanwezige elementen in lijn met de regelgeving.

Rolstoeltoegankelijkheid

- Er werd voor minstens één doelgroep een probleem vastgesteld op het vlak van rolstoeltoegankelijkheid.

7. BESLUIT

7.1 SAMENVATTING

7.1.1 Aantal vaststellingen “zoals verwacht” en aantal “inbreuken”

Doorheen dit verslag werd per hoofdstuk een samenvatting gegeven van de resultaten, waarbij de vaststellingen werden gecatalogeerd als “zoals verwacht” of als “inbreuken”. Conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid wordt de term “inbreuk” gebruikt voor het niet naleven van regelgeving of geformaliseerde afspraken (zoals een referentiekader).

In deel 1.2 werd beschreven wanneer een vaststelling als inbreuk werd gecatalogeerd: gezien een aantal factoren in de realiteit er kunnen voor zorgen dat een score van 100% niet steeds haalbaar is, werd een inbreuk pas toegekend als een verwachting in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers of gecontroleerde geneesmiddelen kon aangetoond worden. Als de steekproef minder dan 5 items omvatte, leidden de resultaten niet tot een beoordeling.

Gecontroleerde onderwerpen	Aantal zoals verwacht	Aantal inbreuken
Beleid		
Instroombeleid	1/1	0/1
Vertegenwoordiging zorggebruikers	1/1	0/1
Personeel		
Multidisciplinair team	3/3	0/3
Leidinggevenden	3/3	0/3
Psychiater	0/1	1/1
Permanentie	1/1	0/1
Herstelondersteunende zorg en begeleiding		
Beschikbaarheid zorggegevens	4/4	0/4
Zorgplan	4/4	0/4
Toegankelijkheid dossier	1/1	0/1
Lokale integratie en activering	1/1	0/1
Afsluitbrief	1/2	1/2
Medicatie		
Meldsysteem medicatie-incidenten	2/2	0/2
Volledigheid gegevens	3/3	0/3
Veilige bewaring medicatie	1/1	0/1

Verdovende middelen	0/1	1/1
Hoogrisicomedicatie	0/1	1/1
Rechten		
Inzage en afschrift dossier	0/2	2/2
Klachtrecht	2/2	0/2
Zelfbeschikking	2/2	0/2
Vermogensbeheer	1/1	0/1
Rolstoeltoegankelijkheid	0/1	1/1
Totaal	**31/38**	**7/38**

7.1.2 Aantal prioritaire inbreuken

Zoals in hoofdstuk 1.2 werd beschreven, werden uit alle mogelijke inbreuken een aantal inbreuken geselecteerd omwille van hun rechtstreekse link met patiëntveiligheid of essentiële kwaliteit van zorg, met inbegrip van basisrechten. Deze inbreuken worden “prioritaire inbreuken” genoemd. Bepaalde inbreuken worden pas prioritair als een hoger aantal vaststellingen niet volgens de verwachting is (onderlijnd).

Er werden tijdens deze inspectie geen prioritaire inbreuken vastgesteld.

7.2 BEOORDELING

PVT Ter Bosch campus Lanaken-Rado behaalde voor de meeste onderwerpen (31/38) die geïnspecteerd werden een beoordeling "zoals verwacht".

Er werden geen prioritaire inbreuken vastgesteld.

7.3 ADVIES

Zorginspectie adviseert PVT Ter Bosch campus Lanaken-Rado om de vastgestelde inbreuken te remediëren en adviseert de gebruikelijke opvolging door de afdeling ELGEZ.