

**Zorginspectie**

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

////////////////////////////////////  
**INSPECTIEVERSLAG: PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS**  
////////////////////////////////////

**INSPECTIEPUNT**

Naam	PVT Het Tempelhof
Adres	Tulpenlaan 19, 8900 Ieper
Telefoon	057/23.91.99
E-mail	info@pzheilighart.be
Erkenningsnummer	033

**INRICHTENDE MACHT**

Naam	Gezondheidszorg "Bermhertigheid Jesu"
Juridische vorm	vzw
Adres	Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

**UITBATINGSPLAATS**

Naam	PVT Het Tempelhof
Adres	Tulpenlaan 19, 8900 Ieper

**OPDRACHT**

Nummer	O-2019-XNRO-0005
Datum	1/4/2019
Inspecteurs	Tania Vandommele Kurt Lievens

**VERSLAG**

Nummer	V-2019-TAVA-0005
Datum	19/12/2019
Datum laatste vaststelling	06/01/2020

**INSPECTIEBEZOEK**

Soort	Aangekondigd bezoek op 17/12/2019 (09.00-16.00)
Gesprekspartners	Zie 2.2

# INHOUD

<b>1</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>3</b>
1.1	Toepassingsgebieden.....	3
1.2	Leeswijzer .....	3
<b>2</b>	<b>Situering.....</b>	<b>5</b>
2.1	Erkenningsgegevens .....	5
2.2	Inspectie-opdracht.....	5
<b>3</b>	<b>Beleid .....</b>	<b>6</b>
3.1	Doelgroep .....	6
3.2	Opnamebeleid .....	8
3.3	Doorstroming / ontslagbeleid.....	10
3.4	Beleid i.v.m. omgaan met grensoverschrijdend gedrag .....	11
<b>4</b>	<b>Dienstverlening .....</b>	<b>12</b>
4.1	Aanbod activatie en vrijetijdsbesteding .....	12
4.2	zorgplan en signaleringsplan .....	13
4.3	Continuïteit van de zorg .....	14
4.4	Medische opvolging.....	15
4.5	Medicatie.....	16
4.6	Suicidepreventie .....	18
<b>5</b>	<b>Betrokkenheid zorggebruiker / familie .....</b>	<b>19</b>
5.1	Informatieverstrekking aan zorggebruiker .....	19
5.2	Empowerment zorggebruiker.....	19
5.3	Klachten .....	21
5.4	Vermogensbeheer .....	22
5.5	Inzagerecht in dossier (wet op de rechten van de patiënt).....	23
<b>6</b>	<b>Communicatie tussen de zorgverstrekkers .....</b>	<b>24</b>
6.1	Dossier .....	24
6.2	Overleg.....	25
<b>7</b>	<b>Personeel .....</b>	<b>26</b>
7.1	Permanentie personeel .....	26
7.2	Aantal medewerkers.....	27
7.3	Kwalificatie personeel.....	28
7.4	Taken volgens functie .....	29
<b>8</b>	<b>Infrastructuur .....</b>	<b>30</b>
8.1	Ligging en capaciteit .....	30
8.2	Gemeenschappelijke ruimtes .....	30
8.3	Kamers .....	31
8.4	Sanitair.....	32
8.5	Afzonderingskamer.....	33
8.6	Rolstoeltoegankelijkheid .....	33
<b>9</b>	<b>Brandveiligheid .....</b>	<b>33</b>

# 1 INLEIDING

## 1.1 TOEPASSINGSGBIEDEN

Kwaliteit van zorg.

Toetsing van de erkenningsnormen.

## 1.2 LEESWIJZER

De opdracht van Zorginspectie bestaat erin om ten behoeve van het Agentschap Zorg en Gezondheid een objectief beeld te geven over de mate waarin de voorziening zich conformeert aan de gestelde voorwaarden. Het Agentschap Zorg en Gezondheid is immers bevoegd voor de erkenning van de psychiatrische verzorgings-tehuizen.

Daartoe geeft het verslag een overzicht van alle geïnspecteerde items waarbij per vraag wordt aangegeven welke de verbeterpunten zijn en welke elementen positief scoren.

Afhankelijk van de opdracht is het mogelijk dat niet alle elementen uit de regelgeving aan bod komen tijdens deze inspectie. Dit betekent niet dat aan die elementen uit de regelgeving niet moet worden voldaan; ze komen mogelijk bij een volgende inspectie aan bod.

Specifiek wordt per vraag volgende structuur aangehouden:

### **Algemene vaststellingen (AV)**

Deze elementen scoren niet negatief en niet positief. Het is neutrale informatie, bv. om de context te schetsen.

### **Non-conformiteiten (NC) en tekortkomingen (TK)**

Non-conformiteiten en tekortkomingen zijn knelpunten in de kwaliteit van zorg of risico's op het vlak van patiëntveiligheid, die door de voorziening moeten aangepakt worden en waarop vooruitgang moet geboekt worden.

Non-conformiteiten hebben steeds een juridische basis. Het zijn elementen die niet aan normen voldoen zoals geformuleerd in o.a. wetten, decreten, uitvoeringsbesluiten en ministeriële omzendbrieven.

Tekortkomingen zijn niet gebaseerd op een juridisch vastgelegde norm, maar bv. op (evidence based) richtlijnen, standaarden en internationaal aanvaarde kwaliteitsnormen. Redenen om een element als een tekortkoming te classificeren kunnen bv. ook zijn:

- opvallend zwakker scoren dan het sectorgemiddelde zonder voldoende objectiveerbare verklaring
- weliswaar enigszins maar in onvoldoende mate voldoen aan een norm met een juridische basis; strikt gezien is er in dergelijk geval geen sprake van een non-conformiteit, anderzijds haalt het ziekenhuis niet de nodige kwaliteit m.b.t. de betreffende norm (men voldoet bv. vormelijk aan een juridische norm, maar de inhoud voldoet niet).

### **Sterke Punten (SP)**

Dit zijn punten die worden beoordeeld als opvallend beter dan het gemiddelde van de sector of dan de rest van de voorziening.

Het minimaal voldoen aan de normen of verwachtingen wordt niet als een sterk punt aanzien.

### **Aanbevelingen (Aanb)**

Een aanbeveling is een vrijblijvend advies ter verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Een aanbeveling wordt enkel geformuleerd als ze ook een kwaliteitsverbetering kan betekenen voor de betreffende voorziening.

Vanaf 1/1/2019 verlopen onze inspecties en bijhorende inspectieverslagen conform de bepalingen uit het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid (B.S. 21 februari 2018). De niet-naleving van de regelgeving door actoren in de zorg of zorggebruikers wordt gedefinieerd als een "inbreuk"; hieronder is ook te verstaan: non-conformiteit en tekortkoming.

Het Agentschap Zorg en Gezondheid zal op basis van deze informatie de definitieve kwalificatie van de vaststellingen alsook, met betrekking tot sommige non-conformiteiten, de uiterlijke termijnen bepalen tegen wanneer de voorziening gevolg moet gegeven hebben aan de opmerkingen. Indien er geen termijn aan gekoppeld werd, dient de non-conformiteit weggewerkt te worden tegen het volgende inspectiebezoek.

Non-conformiteiten en tekortkomingen zullen steeds het voorwerp uitmaken van een opvolging.

## 2 SITUERING

### 2.1 ERKENNINGSGEGEVENS

Op het moment van de inspectie gelden voor het PVT volgende erkenningsgegevens:

	definitieve bedden		uitdovende bedden		totaal aantal bedden	
	gewoon	statuut mentale handicap	gewoon	statuut mentale handicap	gewoon	statuut mentale handicap
<b>campus leper</b>						
	30	30	0	0	30	30
	<b>totaal: 60 bedden</b>		<b>totaal: 0 bedden</b>		<b>totaal: 60 bedden</b>	

#### Erkenningsaanvraag

In 2019 diende de voorziening een aanvraag in tot het bekomen van een verlenging van erkenning voor:

- Op PVT-niveau: 60 bedden, waarvan 30 met statuut mentale handicap.

### 2.2 INSPECTIE-OPDRACHT

Op 17/12/2019 werd een aangekondigd inspectiebezoek gebracht.

Op basis van voorgaand inspectiebezoek en de administratieve opvolging door het agentschap Zorg en Gezondheid hebben alle opgevolgde knelpunten<sup>1</sup> een oplossing gevonden.

In het kader van deze inspectie werd gesproken met:

naam	functie
Mevr. Lieza Verhalle	Coördinator PVT
Mevr. Silverine Poissonnier	Hoofdverpleegkundige
Mevr. Greet Nuiten	Hoofdverpleegkundige
Dr. Herlinde Lamote	Psychiater
Mevr. Cathy Room	Algemeen directeur
Dhr. Ignace Noyez	Directeur patiëntenzorg
	3 zorggebruikers

<sup>1</sup> knelpunten met een link naar organisatie, infrastructuur, hulp- en dienstverlening, personeel/permanentie, informatieverstrekking, klachten en inspraak

### 3 BELEID

#### 3.1 DOELGROEP

hoofddiagnose DSM IV As I	aantal zorggebruikers	percentage
Schizofrenie	25	40.3%
Psychotische stoornis NAO	1	1.6%
Affectieve stoornis	12	19.4%
Alcoholverslaving	14	22.6%
Onbekend / andere	10	16.1%
<b>Totaal</b>		<b>100%</b>

Het PVT heeft 60 erkende bedden. Er staan 62 bedden opgesteld (gebruiksklare posities).	AV
Er zijn op het moment van de inspectie 62 zorggebruikers opgenomen.	AV
Er zijn 30 bedden erkend voor de opname van zorggebruikers met een mentale handicap. Er zijn 30 zorggebruikers opgenomen met een mentale handicap.	AV
De gemiddelde leeftijd van de zorggebruikers is 63 jaar. De oudste is 86 jaar. De jongste is 31 jaar.	AV
Er zijn in totaal 13 bewoners, ouder dan 75 jaar in het PVT. Dit komt overeen met 21 %.	AV
Het PVT is kleinschalig georganiseerd en is onderverdeeld in 6 woningen: – Woningen 1-2-3 tellen samen 18 zorggebruikers die het meest zelfstandig zijn. – Woning 4 telt 14 zorggebruikers met een mentale handicap. – Woning 5 telt 15 minder zelfstandige zorggebruikers. – Woning 6 telt 15 zorggebruikers met een verhoogde zorgbehoefte.	AV
Leefgroepen binnen de woningen worden samengesteld op basis van het functioneringsniveau.	AV
Als begeleidingsconcept wordt de herstelvisie gehanteerd.	AV
Er is een specifieke benadering voor de zorggebruikers met een mentale handicap: – Er is een fulltime orthopedagoge die mee het beleid rond deze doelgroep helpt vormgeven. Ook de psychologe is hier nauw bij betrokken. – Men werkt voor deze doelgroep binnen het SEO-kader (Sociaal-Emotionele Ontwikkeling). – Men werkt nauw samen met MPI De Lovie in Poperinge voor opleiding rond SEO, casusbesprekingen, uitwerken van thema's (bv. seksualiteit, terugkoppelen van de resultaten van de tevredenheidsbevraging) en uitwerken van instrumenten, .... – Er is een aparte leefgroep voor de zorggebruikers met een mentale handicap. Daarnaast zijn er ook zorggebruikers met een mentale handicap die verspreid zijn over de andere woningen. Zij worden op basis van hun functioneringsniveau ingedeeld bij de andere leefgroepen.	AV



## 3.2 OPNAMEBELEID

Tabel: aantal opnames in de vijf kalenderjaren voor de vervaldatum van de huidige erkenning

Kalenderjaar	aantal opnames
2014	4
2015	1
2016	7
2017	2
2018	2

Tabel: aantal opnames per doorverwijzer in het kalenderjaar voorafgaand aan de vervaldatum van de huidige erkenning

doorverwijzer	aantal opnames in 2018
Eigen PZ	2
Ander PZ	0
Huisartsen	0
Andere	0

De opnamecapaciteit in het PVT overschrijdt 60 zorggebruikers. De bezettingsgraad (op jaarbasis) van het PVT bedraagt meer dan 100%. De bezettingsgraad sinds 2014 tot 2018 was: 101.74%, 101.92%, 100.23%, 102.59%, 102.67%. De bezettingsgraad wordt overschreven door de confrontatie met de dringendheid van de mutatie-aanvragen uit het Psychiatrisch Ziekenhuis Heilig Hart en de langdurige wachtlijsten van de woon- en zorgcentra in de regio.	NC
Het PVT maakt gebruik van een wachtlijst per soort woning (woning 1-2-3, woning 4, woning 5, woning 6). Momenteel staan er 14 personen op de wachtlijst. De match binnen de woningen waar een plaats vrijkomt, dus de groepsdynamiek, is bepalend voor de volgorde.	AV
<p>Het opnamebeleid is duidelijk uitgeschreven.</p> <p>Het aanvraagformulier is standaard en omvat een beoordelingsschaal over de mogelijkheden en het functioneringsniveau van de kandidaat-zorggebruiker. Het formulier is beschikbaar in Obasi in het eigen ziekenhuis en kan opgevraagd worden door andere instanties die een kandidaat-zorggebruiker willen aanmelden.</p> <p>De opnameaanvraag wordt in het kernteam (psychiater, psycholoog, hoofdverpleegkundigen, coördinator), samen met de maatschappelijk werkster, onderzocht en besproken. Er zijn gesprekken met de hoofdverpleegkundige (in aanwezigheid van de individuele verpleegkundige begeleider van het ziekenhuis), de maatschappelijk werkster en de psychiater.</p> <p>De beslissing tot opname wordt genomen in de “artsen coördinatie vergadering” (ACV) van het PZ Heilig Hart.</p> <p>In de week voor opname maakt de nieuwe bewoner kennis met de andere bewoners, de begeleiding en de woning. Er is een rondleiding en de mogelijkheid tot deelname aan een maaltijd en een activiteit.</p> <p>Tijdens het onthaalgesprek worden de gewenste attitudes overlopen en krijgt men de onthaalbrochure. De eerste 30 dagen gelden als proefperiode.</p>	AV



<p>Tijdens de vorige inspectie bleek dat alle opnames via het PZ gebeurden en dat zorggebruikers eerst daar moesten opgenomen worden vooraleer doorverwezen te kunnen worden naar het PVT. In de vernieuwde opnameprocedure staat dat “op basis van individuele elementen kan geselecteerd worden om een kandidaat-bewoner eerst ter observatie te laten opnemen in het eigen psychiatrisch ziekenhuis”.</p> <p>Op de website staat te lezen: “Het PVT kan ook rechtstreeks bewoners opnemen die vanuit een andere voorziening werden doorverwezen. De doorverwijzer moet een opname-aanvraag met bijhorende beoordelingsschaal invullen. Deze kunnen opgevraagd worden bij de maatschappelijk werker”.</p> <p>In praktijk gebeuren alle opnames vanuit het eigen PZ (2 opnames in 2018 en 4 in 2019). Er was 1 verwijzing vanuit een andere setting, maar die kandidaat-bewoner werd niet weerhouden.</p>	AV
<p>Indien men beslist om een kandidaat-zorggebruiker niet op te nemen in het PVT, wordt dit gemotiveerd en wordt er een alternatieve woonvorm voorgesteld aan de verwijzende afdeling.</p>	AV
<p>De psychiater is betrokken bij de opnameprocedure en ziet alle kandidaten. De beslissing tot opname wordt besproken in team, waarbij de psychiater aanwezig is.</p>	AV
<p>Er kunnen rolstoelgebruikers/minder mobiele mensen (bv. rollator, krukken, loopstok, ...) worden opgenomen in het PVT. De infrastructuur is deels aangepast aan deze doelgroep (liften, rolstoeltoegankelijke kamers en toiletten, klapstoeltjes en kantelbare spiegels).</p>	AV

### 3.3 DOORSTROMING / ONTSLAGBELEID

Tabel: aantal definitieve ontslagen in functie van de plaats van ontslag in de vijf kalenderjaren voorafgaand aan de vervaldatum van de huidige erkenning

ontslagen naar:	2014	2015	2016	2017	2018
Eigen PZ	1	1	0	0	0
AZ	0	2	5	0	1
Rust- en verzorgingstehuis / Woon-zorgcentrum	2	0	3	1	1

Tabel: aantal overlijdens gedurende de vijf jaren voorafgaand aan de vervaldatum van de huidige erkenning

overlijden door:	2014	2015	2016	2017	2018
Natuurlijke dood	0	0	0	1	0
Suïcide	0	0	0	0	0
Onbekende oorzaak	0	0	0	0	0

Er wordt aan nieuwe zorggebruikers in de onthaalbrochure niet meegedeeld dat het verblijf in een PVT tijdelijk is.	Aanb
Bij de jaarlijkse evaluatie van het zorgplan wordt er stilgestaan bij het verdere verblijf of doorstroming van de zorggebruiker maar is er niet steeds een gemotiveerd besluit over het verdere verblijf in het PVT of over doorstroming in het dossier genoteerd. Bij 1 van de 2 gecontroleerde dossiers ontbraken hierover notities in het dossier.	TK

### 3.4 BELEID I.V.M. OMGAAN MET GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

<p>Er is een adviestekst “ Relatievorming en seksualiteitsbeleving van patiënten/bewoners in een psychiatrisch ziekenhuis en het PVT” .</p> <p>Er is een protocol i.v.m. SGOG. Hierin is beschreven:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De procedure voor preventie, detectie en gepast reageren op seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen gebruikers en zorgpersoneel en tussen gebruikers onderling</li> <li>- De aanduiding van een meldingspersoon</li> <li>- De registratie van de klachten en acties die ondernomen</li> </ul> <p>Het protocol was tijdens het gesprek niet gekend door de gesprekspartners. We bevelen aan om de inhoud van het protocol voldoende bekend te maken bij alle medewerkers. Het melden van SGOG aan Zorg &amp; Gezondheid wordt in de procedure omschreven als een vrijblijvende mogelijkheid terwijl hier een meldingsplicht van toepassing is.</p>	<p>AV</p> <p>Aanb</p>
<p>Medewerkers hebben de laatste drie jaar vorming gekregen over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wat betekent (seksueel) grensoverschrijdend gedrag;</li> <li>– relatie zorggebruiker – zorggebruiker / relatie begeleider – zorggebruiker.</li> </ul>	<p>AV</p>
<p>Relatievorming / intimiteit / seksualiteit is een aspect binnen de begeleiding. Hierover waren er notities in de ingekeken dossiers. Wanneer zorggebruikers een relatie krijgen binnen het PVT, wordt dit met de IVB besproken (gesprekken over gevoelens, lichaamsbesef, seks, ...). Men gebruikt hiervoor materiaal van SENSOA om dit bespreekbaar te maken. Er worden afspraken gemaakt over wat wel en niet kan.</p> <p>We bevelen aan om relatievorming, intimiteit en seksualiteit breder (voor alle zorggebruikers) aan te pakken dan enkel op casusniveau en dit ook systematisch te includeren in de bespreking van de levensdomeinen. Het PVT voelt zelf ook de noodzaak hiertoe aan.</p>	<p>AV</p> <p>Aanb</p>
<p>Tijdens de intake is er weinig aandacht voor de bevraging van grenzen van de zorggebruiker (hoe aangesproken worden, al of niet aangeraakt worden, omgaan met privébezit, ...)</p>	<p>Aanb</p>
<p>In het kader van omgaan met agressie (GOG) kregen alle medewerkers opleiding over verweer-technieken, deëscalerend reageren en herstel na agressie.</p>	<p>SP</p>

## 4 DIENSTVERLENING

### 4.1 AANBOD ACTIVATIE EN VRIJETIJSBESTEDING

<p>Er is een aanbod inzake activatie en vrijetijdsbesteding van de zorggebruikers.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Er is een gevarieerd aanbod van activiteiten (krant, houtbewerking, crea, darts, administratief werk, optredens, film, zwemmen, fietsen, voetbal, ....).</li><li>– Een deel van de activiteiten zijn gelinkt aan de doelstelling(en) in het begeleidingsplan.</li><li>– Bestaande weekschema's zijn op maat van de populatie.</li><li>– Bestaande weekschema's zijn op maat van de betrokken personen.</li></ul>	AV
<p>Er wordt actief gewerkt aan activering en zelfzorgvermogen. Er is een voldoende uitgebreid aanbod. Dit kon worden vastgesteld in de gecontroleerde dossiers. Doelstellingen en/of acties over zelfzorgvermogen zijn opgenomen in begeleidingsplannen (zelf wassen, externe tijdsbesteding, openbaar vervoer gebruiken, .....).</p>	AV
<p>Zorggebruikers worden betrokken in dagdagelijkse taken (tafelgebeuren, wasgebeuren, poetsen kamer, zelfzorg, frisdrank aanvullen, brood verdelen, ...).</p>	AV
<p>Er worden inspanningen gedaan om zorggebruikers naar het reguliere vrijetijdsaanbod te laten doorstromen (vrijwilligerswerk door 2 bewoners, culturele uitstappen met de UIT-pas, reizen met Samana, Engelse les, ...). Voor het vrijwilligerswerk doet men voor de begeleiding beroep op Mobius (mobiel project) van MPI De Lovie.</p>	AV
<p>Er worden inspanningen geleverd om de aanvaardbaarheid van de zorggebruikers in de omgeving te vergroten (herfstfeest, lentefeest, seniorenmiddag, Kerstfeest, PVT verwent ...).</p>	AV

## 4.2 ZORGPLAN EN SIGNALERINGSPLAN

De zorgnoden van de zorggebruiker zijn op de verschillende levensdomeinen in kaart gebracht.	AV
In alle gecontroleerde dossiers (3) werden de probleemgebieden binnen de verschillende levensdomeinen beschreven.	AV
In alle gecontroleerde dossiers was er een zorgplan.	AV
In alle gecontroleerde dossiers waren er duidelijke doelstellingen genoteerd. De doelstellingen waren niet steeds SMART <sup>3</sup> geformuleerd.	AV Aanb
Tussentijdse evaluaties van het zorgplan werden gecontroleerd in 2 dossiers van zorggebruikers. Er werd gekeken naar de laatste twee besprekingen.	AV
In beide gecontroleerde dossiers werden voldoende tussentijdse evaluaties (minstens jaarlijks) gevonden.	AV
De evaluatie van het zorgplan gebeurt samen met de zorggebruiker. De evaluatie wordt samen met de zorggebruiker besproken voor en na het overleg. De zorggebruiker is niet aanwezig op het overleg waar het zorgplan besproken wordt.	AV
In een bevraging werd nagegaan of zorggebruikers wilden aanwezig zijn op de bespreking van hun zorgplan. 70% antwoordde hier negatief op. In het kader van de herstelvisie, bevelen we aan om de mogelijkheid te voorzien voor de overige 30% van de zorggebruikers die wel aanwezig willen zijn op de bespreking.	Aanb
Op indicatie wordt er een signaleringsplan opgemaakt voor een zorggebruiker (bv. bij suïciderisico, bij risico op agressie, ...). De zorggebruiker heeft hiervan een kopie. Er konden twee signaleringsplannen voorgelegd worden van zorggebruikers in woning 1-2-3. Uit gesprek blijkt dat deze waren opgemaakt samen met de zorggebruiker maar dat was niet zichtbaar in de formuleringen of door een ondertekenen van de zorggebruiker. We bevelen aan om dit vanuit de zorggebruiker zelf te schrijven en ook acties / interventies te includeren die de zorggebruiker zelf kan doen. Bij de voorgelegde plannen waren enkel interventies vanuit het team benoemd.	AV Aanb

---

<sup>3</sup> SMART staat voor: Specifiek - Meetbaar - Acceptabel - Realistisch - Tijdgebonden

### 4.3 CONTINUÏTEIT VAN DE ZORG

Bij (her)opname in PZ / AZ van minder dan 3 maanden wordt er contact gehouden met de zorggebruiker.	AV
<p>Bij doorverwijzing van de zorggebruiker naar een andere woonvorm is er steeds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Een mutatieverslag: verpleegkundige afsluitbrief met verslag over de zorg en de ondersteuning</li> <li>– Een afsluitbrief van de psychiater</li> <li>– Een afsluitbrief van de huisarts van het PVT.</li> </ul> <p>De afsluitbrief van de huisarts wordt met de hand geschreven en maakt geen deel uit van het dossier. Bij de controle van 2 dossiers kon deze niet getoond worden. Wel was er in de notities van de huisarts de melding “verwijsbrief geschreven” en in de brief van de psychiater een verwijzing naar die brief.</p> <p>De ontslagbrief of een kopie daarvan dient deel uit te maken van het dossier.</p>	<p>AV</p> <p>TK</p>
Bij ontslag wordt een medicatieschema meegegeven met de zorggebruiker en maakt dit deel uit van de afsluitbrief.	AV
Bij ontslag van de zorggebruiker naar een WZC wordt het ontslag samen met de zorggebruiker voorbereid. Er zijn steeds gesprekken met de zorggebruiker en de familie. Dit kon worden vastgesteld in 2 dossiers. Bij 1 dossier was men ook vooraf in het WZC op bezoek geweest met de bewoner.	AV
Na het ontslag naar een WZC is er nog telefonisch contact met de bewoner en de begeleider. De medewerkers van het WZC mogen altijd opbellen voor advies over het omgaan met het gedrag van die bewoner. Na 6 weken gaat de individueel verpleegkundig begeleider (IVB) samen met andere zorggebruikers uit het PVT op bezoek. Deze contacten worden enkel in het dossier genoteerd wanneer er problemen zijn. Enkel de eerste 30 dagen na ontslag is het dossier nog toegankelijk.	AV

#### 4.4 MEDISCHE OPVOLGING

Zorggebruikers kunnen beroep doen op somatische zorg (huisarts, specialist, tandarts, opname AZ).	AV
Het PVT volgt op of periodieke onderzoeken plaatsvinden (controle bij tandarts, opvolging cardio, opvolging diabetes...) en biedt hierbij de nodige ondersteuning (afspraken maken, meegaan indien gewenst, ...) en documenteert dit in het dossier. Somatische problematiek wordt door het team gesignaleerd en opgevolgd (bv. herhaaldelijk geuite medische klachten vanuit de zorggebruiker, griepvaccin, medicatietrouw, oogarts, ...). Ook somatische parameters, gewicht, BMI, glycemie, .... worden opgevolgd.	AV
Het PVT werkt met een vaste huisarts die in het PVT consulteert. Alle bevraagde zorggebruikers hadden de vaste arts als huisarts. Zorggebruikers worden geïnformeerd over hun vrije keuze om ook een andere huisarts te kiezen.	AV
Financiële overwegingen zijn nooit de reden zijn om onderzoeken of consulten te weigeren.	AV
Psychofarmaca worden voorgeschreven door de psychiater. Het jaarlijkse (bloed)onderzoek wordt opgevolgd door de huisarts.	AV

## 4.5 MEDICATIE

### 4.5.1 Medicatieschema

Medicatieschema's maken deel uit van het dossier. Er werden 10 medicatieschema's gecontroleerd.	AV
10/10 gecontroleerde medicatieorders waren gevalideerd door de arts.	AV
Op alle gecontroleerde medicatieschema's was alle medicatie na toediening afgetekend per toedieningsmoment.	AV
Het is traceerbaar wie de medicatie heeft toegediend.	AV
De voorgeschreven medicatie werd gecontroleerd op de naam, de vorm, de dosis, de toedieningswijze en de frequentie. Er werden 5 medicatieorders nagekeken. De gecontroleerde voorgeschreven medicatie is volledig.	AV
De voorgeschreven "zo nodig"-medicatie werd gecontroleerd op de naam, vorm, de dosis per toediening, minimum aantal uren tussen twee toedieningen, de maximale dosis per 24u en de indicatie. In totaal werden er 5 "zo nodig"-medicatieorders gecontroleerd. Alle gecontroleerde voorgeschreven "zo nodig"-medicatie was volledig.	AV
De medicatieschema's werden gecontroleerd op aanwezigheid van een reden waarom medicatie niet werd toegediend. In totaal werd er 2 maal niet-toegediende medicatie gecontroleerd. De reden waarom de medicatie niet toegediend werd, was steeds te achterhalen.	AV
De medicatieschema's werden voor de antibiotica gecontroleerd op de aanwezigheid van een start- en stopdatum. De start- en stopdatum voor antibiotica was ingevuld voor het gecontroleerde medicatieschema.	AV

### 4.5.2 Bewaring van medicatie

De medicatie wordt afgesloten bewaard voor onbevoegden.	AV
De temperatuur van de koelkast voor bewaring van medicatie wordt dagelijks opgevolgd.	AV
Bij afwijkende temperaturen worden acties ondernomen i.v.m. de medicatie (check met apotheker over wat mag behouden blijven en wat niet) en om de temperatuur te normaliseren.	AV
Medicatie in vloeibare vorm die stopgezet is voor een zorggebruiker wordt niet hergebruikt.	AV
Er werd geen medicatie zonder vervaldatum aangetroffen.	AV
Van alle gecontroleerde medicatie in de voorraad was de vervaldatum niet overschreden.	AV
De vervaldatum en de identificatie van de medicatie is controleerbaar tot net voor toediening. Bij medicatie die enkel in blister bestaat waarbij er niet op elke pil een datum genoteerd is, wordt bij het klaarzetten afgeknipt aan de andere kant van de blister waar de datum zich bevindt. De rest van de blister blijft in de voorraad van de zorggebruikers. Op deze manier blijft de controle van de vervaldatum mogelijk tot bij klaarzetten.	AV
Op alle gecontroleerde geopende vloeistoffen stond de datum van opening vermeld.	AV
Bij het klaarzetten van medicatie wordt gebruik gemaakt van medicatiepotjes. Deze bevatten de naam, voornaam en de geboortedatum van de zorggebruiker.	AV



### 4.5.3 Toediening van medicatie

Medicatie wordt per week klaargezet.	AV
Medicatie wordt steeds klaargezet door de patiënt onder toezicht van een verpleegkundige of door een verpleegkundige of een zorgkundige die de toelating heeft voor deze verpleegkundige handeling.	AV
Medicatie wordt toegediend door een verpleegkundige of een zorgkundige onder supervisie van een verpleegkundige.	AV
Er zijn richtlijnen voor het pletten van medicatie.	AV

## 4.6 SUÏCIDEPREVENTIE

Er is aandacht voor vorming inzake suïcidepreventie: <ul style="list-style-type: none"><li>– Alle personeelsleden zijn opgeleid rond suïcide. Binnen het vormingsplan is dit een terugkerende opleiding om de 3 jaar.</li><li>– Voor nieuwe medewerkers zit suïcidepreventie vervat in het inscholingstraject.</li></ul>	AV
Er is aandacht voor suïcidepreventie binnen het PVT: <ul style="list-style-type: none"><li>– Suïciderisico is een item bij elke intake (voorgeschiedenis, verhoogd risico, pogingen). Dit wordt bevraagd door de psychiater. Deze geeft een score van 0-3.</li><li>– Voor elke zorggebruiker is er in het overzichtscherf een score inzake suïciderisico te vinden. Vanaf score 2 wordt een heropname overwogen. Medewerkers kunnen een niveau verhogen maar niet verlagen. Dat kan alleen de psychiater. Momenteel is het niet te achterhalen van wanneer de inschatting dateert. We bevelen aan om die informatie ook op te slaan.</li><li>– Er zijn richtlijnen en afspraken omtrent het thema suïcide (preventie, verhoogd toezicht, opvang na poging, ...). Deze zijn niet vertaald naar de PVT-setting.</li></ul>	AV  Aanb  Aanb
Er is aandacht voor de zorg voor zorgenden. Na een incident kunnen medewerkers beroep doen op het team “zorg voor zorgenden”. De opvang houdt een viertal gesprekken in.	SP

## 5 BETROKKENHEID ZORGGEBRUIKER / FAMILIE

### 5.1 INFORMATIEVERSTREKKING AAN ZORGGEBRUIKER

Het PVT beschikt over een huishoudelijk reglement en een onthaalbrochure.	AV
De zorggebruikers worden in kennis gesteld over een vertegenwoordiging in het beheersorgaan. Deze info staat in de onthaalbrochure. In de leefruimtes hangt ook steeds een foto van de vertegenwoordigster, met vermelding van de naam en de contactgegevens. Via de aanwezigheid op het initiatief "koffietafel" wil men de bewoners meer in contact brengen met de vertegenwoordiger.	AV
Zorggebruikers hebben weet van een loper. Het gebruik van de loper staat vermeld in de onthaalbrochure. Zorggebruikers weten wanneer het personeel de loper kan gebruiken.	AV

### 5.2 EMPOWERMENT ZORGGEBRUIKER

Er worden in het PVT wekelijks zorggebruikersvergaderingen georganiseerd in woningen 1-2-3. De verslagen zijn ter beschikking van de zorggebruikers. In woning 4 worden geen zorggebruikersvergaderingen georganiseerd. In woning 5 en 6 werkt men met een dagelijkse dagopener op weekdays i.p.v. zorggebruikersvergaderingen. De verslagen zijn ter beschikking van de zorggebruikers.	AV
Zorggebruikers hebben inspraak/keuzemogelijkheden op het vlak van het dagelijks leven; – inrichting kamer, keuze kledij, menu – invulling vrije tijd, dagindeling – bezoek (uren, weggaan met bezoek, bezoek op kamer mogelijk, cafetaria, ...).	AV
Sommige zorggebruikers kunnen hun eigen kamer afsluiten. In woning 1-2-3 hebben 17/18 zorggebruikers een sleutel van hun eigen kamer. In woning 4-5-6 ligt dat aantal lager en wordt er gekeken naar de mogelijkheden van de zorggebruiker.	AV
Zorggebruikers hebben geen sleutel van de voordeur. Deze gaat op slot tijdens de nacht. Als bewoners na 20u00 terugkomen, moeten ze dit vooraf aanvragen.	AV
Zorggebruikers hebben de mogelijkheid een relatie aan te gaan met medezorggebruikers of anderen. Er staat niet in de onthaalbrochure / huishoudelijk reglement dat relaties verboden zijn.	AV
Een relatie wordt gerespecteerd en gefaciliteerd vanuit de begeleiding (samen weggaan of tijd mogen doorbrengen op de kamer, bordje "niet storen", ...).	AV
Er is een protocol "vrijheden en vrijheidsbeperking" maar dit is vooral van toepassing op het psychiatrisch ziekenhuis en is niet vertaald naar de PVT setting (men spreekt constant over "deelname aan therapieën"). Binnen het PVT wordt evenwel gewerkt met de 3 codes (groen, oranje en rood) die de vrijheden bepalen.	AV
De regel van het algemene alcoholverbod (zowel in het PVT als daarbuiten), beschreven in een protocol, die ingaat tegen het zelfbeschikkingsrecht, wordt in het PVT veralgemeend en geldt voor iedereen. Uit gesprek blijkt dat de regel er kwam om de combinatie van psychofarmaca en alcohol te vermijden maar ook voor bewoners die geen psychofarmaca nemen, geldt momenteel de regel. Uitzonderlijk wordt er een afwijking toegestaan (bv. bij een familiefeest mag 1 consumptie). Dit staat gedocumenteerd in het dossier.	TK

<p>Vrijheidbeperkende maatregelen moet individueel bepaald en gemotiveerd worden. Ze dienen vooraf besproken te zijn met de zorggebruiker en de gevolgen van het niet naleven van de afspraken moeten vooraf gekend zijn.</p> <p>Andere vrijheidsbeperkende maatregelen staan genoteerd in het dossier (gespreid krijgen van sigaretten, verspreid krijgen van zakgeld, ...) maar ook hier is niet duidelijk of ze vooraf besproken zijn met de zorggebruiker.</p>	
<p>Zorggebruikers worden soms onderworpen aan een blaastest voor alcoholcontrole of een urine-test voor drugcontrole. Uit het dossier blijkt niet dat de afspraken hierrond vooraf besproken werden met de zorggebruiker (gevolgen van een positieve test, wat bij weigering?, antabuse, ...). Bij een positieve test of een weigering (die als positief wordt beschouwd), worden vrijheden soms ingeperkt (bv geen uitgang gedurende een week). De beslissing hangt af van het klinisch oordeel van de arts.</p>	TK
<p>Kamercontroles gebeuren steeds in bijzijn van de bewoner.</p>	AV
<p>Er is een vertegenwoordiger van zorggebruikers.</p>	AV
<p>De vertegenwoordiger van de zorggebruikers zetelt in de beheersorganen van het PVT. Uit de verslagen van het beheersorgaan blijkt dat de inbreng van de vertegenwoordiger aan bod komt.</p>	AV
<p>Er is een beleid uitgewerkt ter responsabilisering van de zorggebruiker voor wat betreft het medicatiebeheer: zorggebruikers die hiertoe in staat zijn, staan in voor een deel van het beheer over hun medicatie (klaarzetten).</p>	AV
<p>In 2017 vond er een tevredenheidsbevraging plaats bij de zorggebruikers en bij de familie. Deze resultaten werden per woning teruggekoppeld.</p> <p>Op basis van deze resultaten werden een aantal verbeteracties gedaan: andere verdeling van personeel en IVB's, meer info over medicatie, meer info op de website met een beveiligde link voor de familie naar de foto's, een promotiefilmpje over het PVT, ...</p>	AV
<p>Er is aandacht voor welzijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Huisdieren (vissen en vogels) zijn toegelaten in het PVT.</li> <li>- De kapster en de schoonheidsspecialiste komen wekelijks langs in het PVT.</li> </ul>	AV



## 5.4 VERMOGENSBEHEER

Tabel: beschermingsmaatregelen m.b.t. de bescherming van goederen en welke persoon belast is met het beheer van goederen voor het kalenderjaar voorafgaand aan de vervaldatum van de huidige erkenning.

<b>persoonlijke bewindvoerder is</b>	<b>aantal zorggebruikers</b>
advocaat	36
familie	17 met aanstelling 4 zonder aanstelling
PVT	0
andere, nl.	3 volledig zelfstandig 1 met hulp van familie

3 zorggebruikers staan zelf in voor het beheer van hun geld.	AV
Vermogensbeheer van een zorggebruiker (in het kader van bewindvoering) gebeurt niet door het PVT.	AV
De zorggebruiker kan zijn zakgeld vrij gebruiken; zakgeld is niet aan banden gelegd (bv. gespreid krijgen van zakgeld) door het PVT zonder indicatie en motivatie in het dossier.	AV
Het minimumzakgeld van de zorggebruiker wordt niet gebruikt voor: <ul style="list-style-type: none"> <li>– aankoop, was, onderhoud en herstelling van kleding, schoenen, bril en prothesen;</li> <li>– de kosten betreffende het persoonlijk financieel aandeel in de zorg;</li> <li>– behandeling en medicatie;</li> <li>– incontinentiemateriaal of ander zorgmateriaal;</li> <li>– de franchise van de familiale verzekering en burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering;</li> <li>– de vergoeding van de voorlopige bewindvoering.</li> </ul>	AV

## 5.5 INZAGERECHT IN DOSSIER (WET OP DE RECHTEN VAN DE PATIËNT)

<p>Volgens de Wet op de Rechten van de Patiënt heeft de zorggebruiker inzage in zijn dossier. Ofwel oefent hij dit recht zelf uit, al dan niet met bijstand van een vertrouwenspersoon (wat hieronder als “direct inzagerecht” wordt benoemd), ofwel laat hij dit recht uitoefenen door een vertrouwenspersoon, die een beroepsbeoefenaar kan maar niet hoeft te zijn (wat hieronder als “indirect inzagerecht” wordt benoemd).</p>	
<p>Met “volledig dossier” bedoelen we hieronder alle verschillende luiken van het dossier (sociaal, administratief, juridisch, medisch, ... luik).</p>	
<p>De procedure ter inzage en afschrift van het dossier werd recent herwerkt (september 2019). Deze is volledig in orde.</p> <p>Er zijn twee documenten die de zorggebruiker informeren over dit recht, namelijk het huishoudelijk reglement en het reglement inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer bij de verwerking van persoonsgegevens van patiënten.</p> <p>In de documenten die tijdens de inspectie werden voorgelegd, stonden andere bepalingen dan in de procedure:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Voor de directe inzage in het dossier wordt volgens deze documenten een hoge drempel gehanteerd:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– De aanvraag dient schriftelijk te gebeuren.</li> <li>– Het inkijken van het medisch dossier kan enkel in het bijzijn van de arts.</li> </ul> </li> <li>– Voor het afschrift wordt eveneens een hoge drempel gehanteerd:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– In het reglement inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer bij de verwerking van persoonsgegevens van patiënten staat: “aan deze aanvraag moet slechts gevolg gegeven worden voor zover de patiënt de administratieve kosten heeft betaald ...</li> <li>– en de instelling nog geen gevolg heeft gegeven aan een gelijkaardige aanvraag van de patiënt in de voorgaande periode van 12 maanden.”</li> </ul> </li> </ul> <p>Deze twee documenten dienen aangepast te worden volgens de procedure (volgens de wettelijke bepalingen en zonder bovengenoemde drempels) zodat de gebruiker correct geïnformeerd wordt.</p>	<p>AV</p> <p>TK</p>
<p>Het recht op afschrift van het dossier wordt niet vermeld in de afdelingsbrochure of het huishoudelijk reglement.</p>	<p>TK</p>

## 6 COMMUNICATIE TUSSEN DE ZORGVERSTREKKERS

### 6.1 DOSSIER

<p>Er werden 2 dossiers ingekeken, waarvan:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– 1 recent opnamedossier (tot 1 jaar)</li><li>– 1 dossier met een opnameduur tussen de 3 en 5 jaar</li></ul> <p>Volgende aspecten met betrekking tot onthaal, behandeling, continuïteit van zorg werden bekeken in dossiers:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Ontslag als duidelijk item tijdens de evaluaties.</li><li>– Aspecten van werken aan zelfredzaamheid.</li><li>– Aanwezigheid psychiater bij intake.</li><li>– Verslagen van besprekingen van het zorgplan en de tussentijdse evaluaties.</li><li>– Medicatieschema's.</li><li>– De minimale aspecten om een goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren en een volledig dossier te hebben (identificatiegegevens, anamnese, contactgegevens, probleemgebieden in de levensdomeinen, doelstellingen, observaties van alle disciplines, ...).</li></ul> <p>Dossier-specifieke aspecten worden hieronder beschreven. Inhoudelijke aspecten met betrekking tot de zorg / begeleiding worden in het verslag beschreven onder de titels / zorgaspect waarop het item betrekking heeft.</p>	AV
Men maakt gebruik van elektronische dossiers.	AV
Er is voor elke zorggebruiker een dossier.	AV
Het dossier is multidisciplinair.	AV
De notities in het dossier zijn toegankelijk voor alle zorgverleners.	AV
De huisarts noteert haar follow-up in het dossier.	SP
In alle dossiers waren er identificatiegegevens van de zorggebruiker: naam, geboortedatum en datum van opname.	AV
In alle dossiers waren er gegevens van de contactpersonen: gegevens van de huisarts, van familie en belangrijke derden en de gegevens over de verwijzer.	AV
In alle gecontroleerde dossiers werden alle noodzakelijke anamnesegegevens gevonden (gegevens over de fysieke toestand, de psychologische toestand en over het sociaal en dagelijks functioneren).	AV
In alle gecontroleerde dossiers waren regelmatige observaties van alle betrokken zorgverleners genoteerd.	AV



## 6.2 OVERLEG

<p>In woning 1-2-3 is er een dagelijkse briefing met de aanwezige verpleegkundigen.  Wekelijks is er een afdelingsvergadering met de aanwezige woonbegeleiders en de hoofdverpleegkundige.  Zes maal per jaar is er een themavergadering met alle woonbegeleiders en de hoofdverpleegkundige.</p>	AV
<p>In woning 4-5-6 is er een dagelijkse briefing met alle aanwezige begeleiders en activiteitenbegeleiders.  Wekelijks is er een werkoverleg met de aanwezige woonbegeleiders, de hoofdverpleegkundige (en de orthopedagoge voor woning 4).  Maandelijks is er overleg van de orthopedagoge met de hoofdverpleegkundige waar thema-gerichte onderwerpen aan bod komen.  Tweemaal per jaar is er een vergadering met alle woonbegeleiders en de hoofdverpleegkundige met terugkoppeling over een aantal aspecten (tevredenheid, visie, vorming, ...).</p>	AV
<p>Er is een bespreking van zorggebruikers in team.  De bespreking vindt wekelijks plaats. Alle zorggebruikers met problemen worden kort overlopen.  Daarnaast worden ook alle nieuwe zorggebruikers besproken (eerste indrukteam) en van 2 zorggebruikers wordt het zorgplan uitgebreid besproken. Het verslag maakt deel uit van het dossier.  Hierbij zijn aanwezig: de IVB, de psychiater, de maatschappelijk werkster, de activiteitenbegeleidster, de hoofdverpleegkundige en indien van toepassing: de orthopedagoge en de psychologe.</p>	AV
<p>De psychiater is steeds aanwezig op de bespreking van de zorggebruikers.</p>	AV
<p>Het personeel in vast nachtverband sluit niet periodiek aan bij het teamoverleg maar heeft 3x/jaar een apart overleg. Hierop zijn alle nachtverpleegkundigen, de coördinator en de hoofdverpleegkundigen aanwezig.</p>	AV
<p>Wekelijks is er een overleg tussen de orthopedagoge en de psychologe over de uitwerking en de planning voor de screening SEOK.</p>	AV
<p>Tussen de activiteitenbegeleiders en de hoofdverpleegkundige is er wekelijks overleg.</p>	AV

## 7 PERSONEEL

De actuele personeelslijst en de effectief uitgevoerde uurroosters van december 2019 werden opgevraagd en ingekeken samen met de hoofdverpleegkundige.

Tabel totaal aantal medewerkers:

personeel	VTE
Bachelor en master <sup>4</sup>	7.57 VTE
Gegradueerde / A2 (verpleegkundigen en opvoeders)	16.58 VTE
Zorgkundigen	2.8 VTE
Verzorgenden	11.2 VTE
Totaal	38.15 VTE

### 7.1 PERMANENTIE PERSONEEL

Er is te allen tijde iemand aanwezig om toezicht te houden.	AV
Er is niet minstens 1 persoon per 60 zorggebruikers om toezicht te houden. 's Nachts is er 1 persoon per 62 zorggebruikers. Men kan beroep doen op een verpleegkundige van het psychiatrisch ziekenhuis maar de verplaatsingstijd is minimum 10 minuten.	TK
Er is overdag en 's nachts steeds een verpleegkundige aanwezig.	AV
De nachtwacht is niet inslapend.	AV
Het PVT stelt zelf een meer uitgebreide minimumpermanentie voorop:  Voor woningen 1-2-3: Tijdens de weekdays: – Vroege shift: 2 – Late shift: 1 Tijdens de weekenddagen: – Vroege shift: 1 – Late shift: 1  Voor woningen 4-5-6: Tijdens de weekdays: – Vroege shift: 6 – Late shift: 3 Tijdens de weekenddagen: – Vroege shift: 3 – Late shift: 3 De nachtshift wordt gezamenlijk georganiseerd. Er is steeds 1 verpleegkundige van wacht voor alle woningen.	AV

<sup>4</sup> Bachelor in de (ortho)pedagogie / opvoeder, orthopedagoog, ergotherapeut, kinesitherapeut, bachelor verpleging, sociaal assistent / maatschappelijk werker, psycholoog,

Deze minimumpermanentie werd op het uurrooster gecheckt tijdens alle shiften van 2 wekdagen en 2 weekenddagen. De eigen bepaalde minimumpermanentie wordt bereikt op alle gecheckte dagen.	
---	--

## 7.2 AANTAL MEDEWERKERS

Er zijn 13 VTE personeelsleden per 30 PVT-zorggebruikers vereist (inclusief de coördinator).  Voor 62 zorggebruikers, geregistreerd op het moment van de inspectie, dient dit PVT te beschikken over 26.9 VTE personeelsleden.  Het PVT beschikt over 37.2 VTE personeelsleden. Het PVT heeft voldoende VTE personeelsleden ter beschikking	AV
Het PVT dient te beschikken over een arts-specialist in de neuro-psychiatrie of een arts-specialist in de psychiatrie die minstens 6 uur per week beschikbaar is.  Het PVT beschikt over een psychiater. Zij werkt 12 uren per week voor het PVT en is dus voldoende beschikbaar in verhouding tot het aantal zorggebruikers.	AV
Het PVT dient te beschikken over een coördinator. Het aantal uren per week is vastgelegd in een overeenkomst.	AV
Per 30 psychiatrische zorgbehoevenden dient er een hoofdverpleegkundige te worden aangesteld. <sup>5</sup> Voor 62 zorggebruikers, geregistreerd op moment van de inspectie, dient het PVT te beschikken over 2 hoofdverpleegkundigen. Het PVT heeft 2 hoofdverpleegkundigen. Het PVT beschikt over voldoende hoofdverpleegkundigen.	AV
Vanaf 15 zorggebruikers met een statuut mentale handicap is er een orthopedagoog vereist die minstens 0,5 VTE werkt. Er zijn op het moment van de inspectie 30 zorggebruikers met een statuut mentale handicap en dus dient het PVT te beschikken over een orthopedagoog die 1 VTE werkt. Het PVT heeft een orthopedagoog die 1 VTE werkt.	AV

<sup>5</sup> De berekening gebeurt als volgt:

- 0-45 zorggebruikers: 1 hoofdverpleegkundige
- 46-75 zorggebruikers: 2 hoofdverpleegkundigen
- 76-105 zorggebruikers: 3 hoofdverpleegkundigen

### 7.3 KWALIFICATIE PERSONEEL

<p>Per 13 VTE personeelsleden mogen er maximum 5 VTE zorgkundigen zijn.</p> <p>Per 13 VTE personeelsleden moeten er minstens 8 VTE personeelsleden zijn (inclusief de coördinator) die een kwalificatie hebben van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– opvoeder,</li> <li>– maatschappelijk werker,</li> <li>– maatschappelijk assistent,</li> <li>– orthopedagoog,</li> <li>– ergotherapeut,</li> <li>– psycholoog,</li> <li>– kinesitherapeut of</li> <li>– verpleegkundige, bij voorkeur psychiatrisch verpleegkundige.</li> </ul>	
<p>Het PVT beschikt in totaal over 37.2 VTE personeelsleden.</p> <p>Men dient dus te beschikken over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– maximaal 10.3 VTE zorgkundigen</li> <li>– minimaal 16.5 VTE personeel met bovenstaande kwalificaties (inclusief de coördinator).</li> </ul> <p>Men beschikt over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 14 VTE zorgkundigen</li> <li>– 24.15 VTE personeelsleden met bovenstaande kwalificaties.</li> </ul>	AV
<p>Per 30 zorggebruikers dienen er 4 personeelsleden (van de bovenstaande gekwalificeerde personeelsleden) minimaal een bacheloropleiding (of vroegere graduaatsopleiding, gelijkgesteld aan een bacheloropleiding) te hebben.</p> <p>Voor 62 zorggebruikers dient het PVT dus 8 personeelsleden te hebben met minimaal een bacheloropleiding (inclusief de coördinator).</p> <p>Het PVT beschikt over 11 personeelsleden met minimaal een bacheloropleiding en voldoet aan de eis.</p>	AV

## 7.4 TAKEN VOLGENS FUNCTIE

### Coördinator

In het arbeidscontract staat vermeld dat de coördinator tewerkgesteld is in het PVT.	AV
De coördinator cumuleert deze functie niet met de functie van hoofdverpleegkundige.	AV
Er is een functieomschrijving voor de functie van coördinator.	AV
In de functieomschrijving is de aansturing van het PVT opgenomen in de taken.	AV

### Psychiater

In het contract met de psychiater staat de tewerkstelling in het PVT vermeld.	AV
Het takenpakket van de psychiater is uitgeschreven.	AV
De taak van de psychiater omvat de medisch-psychiatrische behandeling van de zorggebruikers en de coördinatie van het PVT: <ul style="list-style-type: none"><li>– De psychiater volgt de psychiatrische toestand van de zorggebruiker op.</li><li>– De psychiater is betrokken bij de intake.</li><li>– De psychiater woont altijd de bespreking van zorgplannen bij.</li><li>– De psychiater is ter beschikking van zorggebruikers (mogelijkheid tot consulteren).</li><li>– De psychiater is minstens eenmaal per maand aanwezig op het teamoverleg.</li></ul>	AV
De psychiater doet geen familiegesprekken maar heeft enkel telefonisch contact met familie, meestal in functie van een mutatie.	Aanb

### Hoofdverpleegkundige

Er is een functie- en competentieprofiel voor de functie van hoofdverpleegkundige.	AV
--	----

### Ervaringsdeskundigen

In het kader van herstel zal men in de toekomst werken met een ervaringsdeskundige. Er is 1 zorggebruiker van het PVT die zich voor 1 jaar geëngageerd heeft in het team van ervaringsdeskundigen. Het team is samengesteld uit personen van het PZ, IBW, PVT en het mobiel team en wordt aangestuurd vanuit de dienst herstel in het PZ Heilig hart. De taken liggen nog niet vast en zullen in overeenstemming zijn met vaardigheden en mogelijkheden.	AV
--	----

## 8 INFRASTRUCTUUR

### 8.1 LIGGING EN CAPACITEIT

Het PVT is gelegen aan het water, op wandelafstand van het centrum van Ieper. Het gebouw bestaat uit 6 woningen.	AV
Het PVT ligt buiten de campus van een psychiatrisch centrum en is een duidelijk te onderscheiden entiteit.	AV

### 8.2 GEMEENSCHAPPELIJKE RUIMTES

Door middel van een rondgang in het bijzijn van de hoofdverpleegkundigen werd de infrastructuur van het gebouw en de uitrusting gecontroleerd.

Alle gemeenschappelijke ruimtes, liften, gangen, tuin en terras werden gecontroleerd.

De gebouwen van het PVT zijn voldoende licht en luchtig.	AV
Er is voldoende aandacht voor de algemene hygiëne en het herstel van de infrastructuur.	AV
Het PVT beschikt over alle vereiste gemeenschappelijke ruimtes: <ul style="list-style-type: none"><li>– eetkamer,</li><li>– zitkamer,</li><li>– een ruimte voor gemeenschappelijke activiteiten en dagbestedingsactiviteiten,</li><li>– een ruimte voor individuele hulp en begeleiding,</li><li>– een ruimte voor het personeel.</li></ul>	AV
De eetkamer en de zitkamer van de woningen 4-5-6 zijn onvoldoende ruim zodat alle zorggebruikers van de afdeling er gelijktijdig gebruik van kunnen maken. Zeker als er ook minder mobiele zorggebruikers gebruik moeten maken van een rollator of rolstoel, zijn de ruimtes te klein.	TK
De privacy van de zorggebruikers is voldoende gegarandeerd. Er is geen inkijk van buitenaf mogelijk in de kamers en de gemeenschappelijke lokalen van de afdeling.	AV
De infrastructuur is voorzien op indeling in kleinere leefgroepen. Elke afdeling vormt een entiteit op zich. Elke woning heeft een aparte inkom, hal, leef-en eetplaats en een keuken. Op de tweede en de derde verdieping bevinden zich de slaapkamers. Elke woning heeft een afgesloten tuin en terras.	SP
De gemeenschappelijke ruimtes laten voldoende zicht toe op de ruime omgeving van het tehuis.	AV
De terrassen en de tuinen zijn afgeschermd van inkijk en garanderen de privacy van de zorggebruikers.	AV
Het PVT beschikt over een rokersfaciliteit binnen en een overdekte rokersfaciliteit buiten.	AV

### 8.3 KAMERS

Er werden in totaal 4 kamers gecontroleerd:

- 2 eenpersoonskamers, waarvan 1 rolstoeltoegankelijke kamer
- 2 tweepersoonskamers

In totaal zijn er 50 eenpersoonskamers, waaronder 1 studio, en 6 tweepersoonskamers.	AV
Het maximaal toegestaan aantal bedden per kamer (2) wordt niet overschreden.	AV
De gecontroleerde tweepersoonskamers garanderen voldoende privacy.	AV
De rolstoeltoegankelijke kamer die werd omgebouwd tot een tweepersoonskamer is ruim genoeg volgens de wettelijke bepalingen (> 12 m <sup>2</sup> ) maar is onvoldoende ruim om bij een zorgafhankelijke zorggebruiker in het tweede bed gebruik te kunnen maken van ondersteunende materialen tijdens de verzorgingsmomenten (tillift, ...). Volgens de voorziening wordt er geen gebruik gemaakt van een tweepersoonskamer bij een zorgafhankelijke zorggebruiker en wanneer de fysieke zorgzwaarte toeneemt en de psychische kwetsbaarheid geen verdere ondersteuning vanuit het PVT vereist, wordt de zorggebruiker verwezen naar een woon-en zorgcentrum.	TK
Alle gecontroleerde kamers beschikken over een raam, waardoor zicht op de omgeving mogelijk is.	AV
Alle gecontroleerde kamers aan de zonnkant beschikken over zonnewering.	AV
Alle gecontroleerde kamers zijn uitgerust met een oproepsysteem.	AV
Er zijn aangepaste oproepsystemen (armbandje) aanwezig voor zorggebruikers die het gewone oproepsysteem niet kunnen gebruiken.	SP

## 8.4 SANITAIR

Alle zorggebruikers beschikken over een lavabo op de kamer.	AV
In de woningen 4-5-6 hebben de zorggebruikers ook een toilet op de kamer. In de woningen 1-2-3 moeten 3 zorggebruikers een toilet op de gang delen. Het PVT beschikt over voldoende toiletten.	AV
Grenzend aan de toiletten zijn er lavabo's die een doeltreffende handhygiëne toelaten. 1 toilet zonder papieren handdoekjes werd opgemerkt in woning 3.	AV
Elke verdieping met lokalen voor zorggebruikers beschikt over een toilet.	AV
Het PVT beschikt over 62 zorggebruikers. De norm vereist 1 bad of douche per 6 zorggebruikers. Het PVT beschikt over 12 badkamers met bad en/of douche. Het PVT beschikt over voldoende baden of douches.	AV
Alle sanitaire lokalen zijn uitgerust met een oproepsysteem.	AV
De deuren van de badkamers in woning 4-5-6 kunnen door de zorggebruiker zelf niet op slot gedaan worden. Hierdoor is de privacy onvoldoende gegarandeerd.	TK
De douches in de woningen 4-5-6 zijn te klein om assistentie te verlenen bij het douchen. Het aanpassen van de doucheruimtes staat in de begroting van 2020.	TK
De deuren van de andere sanitaire lokalen zijn uitgerust met veiligheidsslots die door het personeel van buitenaf bediend kunnen worden.	AV
De deuren van de sanitaire ruimtes draaien naar buiten toe en kunnen zo niet geblokkeerd worden door de zorggebruikers.	AV
Er is een apart toilet voor bezoekers en voor het personeel.	AV
Het PVT beschikt over een aangepast bad (Parkerbad).	AV
In de sanitaire ruimtes is een verluchtingsstelsel aanwezig.	AV



## 8.5 AFZONDERINGSKAMER

Het PVT beschikt niet over een afzonderingskamer.	AV
---	----

## 8.6 ROLSTOELTOEGANKELIJKHEID

<p>De infrastructuur van het PVT is aangepast aan rolstoelgebonden zorggebruikers:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Er zijn geen drempels.</li><li>– Er is een rolstoeltoegankelijke lift</li><li>– Er is een rolstoeltoegankelijke tuin / terras</li><li>– Er is een aangepast bad</li><li>– Er zijn rolstoeltoegankelijke kamers voorzien.</li><li>– Er is beneden een rolstoeltoegankelijk toilet in de omgeving van eet- en zitkamers en ruimtes voor gemeenschappelijke activiteiten.</li></ul>	AV
<p>De toegankelijkheid van het PVT is niet aangepast aan rolstoelgebonden zorggebruikers op volgende aspecten:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– De studio en het atelier voor houtbewerking zijn niet rolstoeltoegankelijk.</li><li>– Eén van de rolstoeltoegankelijke kamers werd omgebouwd tot tweepersoonskamer waardoor de kamer weinig ruimte biedt voor rolstoelgebruikers.</li><li>– Er is niet op elke verdieping een rolstoeltoegankelijk toilet.</li><li>– Er is geen inrijdouche. Het aanpassen van de doucheruimte staat in de begroting van 2020.</li></ul>	TK

## 9 BRANDVEILIGHEID

Het voorbije jaar was er voor de zorggebruikers geen vorming over risicogedrag, het correct gebruik van de verwarmingstoestellen, de plaats en de werking van de bestrijdingsmiddelen en de inhoud en de toepassing van het evacuatie- en interventieplan.	TK
Het voorbije jaar was er voor het personeel vorming over risicogedrag, het correct gebruik van de verwarmingstoestellen, de plaats en de werking van de bestrijdingsmiddelen en de inhoud en de toepassing van het evacuatie- en interventieplan en de hun toegewezen taken.	AV