



Vlaanderen

is zorgzaam en
gezond samenleven

TOEZICHT IN DE PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN

Beleidsrapport 2023-2024

COLOFON

Verantwoordelijke uitgever

Karine Moykens
Secretaris-generaal
Departement Zorg
Simon Bolivarlaan 17
1000 Brussel

Samenstelling

Departement Zorg
Zorginspectie

Productcoördinatie en vormgeving

Afdeling Communicatie en IT - Team Communicatie

Depotnummer

D/2025/3241/065

Uitgave

Maart 2025

INHOUD

1	LIJST MET AFKORTINGEN	5
2	MANAGEMENTSAMENVATTING	6
2.1	Context	6
2.2	Algemene conclusie en aanbevelingen	7
2.2.1	Behandeling	7
2.2.2	Medicatie	8
2.2.3	Patiëntenrechten en ombudsfunctie	8
3	INLEIDING	9
4	CONTEXT	10
4.1	Toezicht in de psychiatrische ziekenhuizen	10
4.1.1	Eerdere inspecties	10
4.1.2	Inspectieronde 2023-2024	10
5	METHODIEK EN RAPPORTAGE	12
5.1	Vorbereiding	12
5.2	Inspecties in de psychiatrische ziekenhuizen	12
5.2.1	Werkwijze	12
5.2.2	Overzicht bezochte psychiatrische ziekenhuizen	14
5.3	Individuele inspectieverslagen	15
5.4	Beleidsrapport	15
6	BEHANDELING	16
6.1	Bezochte afdelingen	16
6.2	Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens	17
6.2.1	Achtergrond	17
6.2.2	Werkwijze	17
6.2.3	Vaststellingen	17
6.3	Multidisciplinaire patiëntenbesprekingen	19
6.3.1	Achtergrond	19
6.3.2	Werkwijze	19
6.3.3	Vaststellingen	20
6.4	Gesprekken met zorgverleners	21
6.4.1	Achtergrond	21
6.4.2	Werkwijze	21
6.4.3	Vaststellingen	22
6.5	Communicatie met de huisarts	23
6.5.1	Achtergrond	23
6.5.2	Werkwijze	23
6.5.3	Vaststellingen	24

6.6	Betrokkenheid context	25
6.6.1	Achtergrond	25
6.6.2	Werkwijze	25
6.6.3	Vaststellingen	25
6.7	Conclusie en reflectie	26
7	MEDICATIE	29
7.1	Bezochte afdelingen	29
7.2	Medisch order/voorschrift	30
7.2.1	Achtergrond	30
7.2.2	Werkwijze	30
7.2.3	Vaststellingen	31
7.3	Volledigheid gegevens	31
7.3.1	Achtergrond	31
7.3.2	Werkwijze	32
7.3.3	Vaststellingen	32
7.4	Bewaring medicatie	33
7.4.1	Achtergrond	33
7.4.2	Werkwijze	33
7.4.3	Vaststellingen	33
7.5	Verdovende middelen	34
7.5.1	Achtergrond	34
7.5.2	Werkwijze	34
7.5.3	Vaststellingen	34
7.6	Meldsysteem medicatie-incidenten	35
7.6.1	Achtergrond	35
7.6.2	Werkwijze	36
7.6.3	Vaststellingen	36
7.7	Conclusie en reflectie	38
8	PATIËNTENRECHTEN EN OMBUDSFUNCTIE	39
8.1	Inzage en afschrift van het dossier	39
8.1.1	Achtergrond	39
8.1.2	Werkwijze	39
8.1.3	Vaststellingen	40
8.2	Klachtrecht	41
8.2.1	Achtergrond	41
8.2.2	Werkwijze	41
8.2.3	Vaststellingen	41
8.3	Toegankelijkheid ombudsfunctie	42
8.3.1	Achtergrond	42
8.3.2	Werkwijze	42
8.3.3	Vaststellingen	43
8.4	Conclusie en reflectie	44
9	OVERZICHT INBREUKEN	45

1 LIJST MET AFKORTINGEN

KPC	Kinderpsychiatrisch Centrum
MC	Medisch Centrum
OPZ/OPZC	Openbaar Psychiatrisch ZorgCentrum
PC	Psychiatrisch Centrum
PK	Psychiatrische Kliniek
PTC	Psychotherapeutisch Centrum
PZ	Psychiatrisch Ziekenhuis
UC	Universitair Centrum
UPC	Universitair Psychiatrisch Centrum

2 MANAGEMENTSAMENVATTING

2.1 CONTEXT

Tussen begin september 2023 en begin oktober 2024 voerde Zorginspectie inspectiebezoeken uit in alle campussen van de Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen. In totaal werden 42 campussen van 31 ziekenhuizen bezocht.

Bij de inspecties baseerde Zorginspectie zich op regelgeving en op het [Referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen](#) dat door het toenmalige agentschap Zorg en Gezondheid (nu de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg) werd opgemaakt. Verder bekeek Zorginspectie ook een aantal elementen die niet expliciet aan bod komen in het referentiekader of in regelgeving (bv. een individueel gesprek met een psycholoog en een gesprek met de context in de voorbije vier weken), maar die mogelijk van belang zijn voor de kwaliteit van de zorg.

Tijdens deze inspectieronde werd gefocust op drie thema's: "behandeling", "medicatie" en "patiëntenrechten en ombudsfunctie". Er werd onaangekondigd ter plaatse gegaan om een zo goed mogelijk zicht te krijgen op de kwaliteit van de dagelijkse zorg.

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

Tijdens de inspectieronde werd voor elk van de drie thema's een aantal elementen getoetst aan de hand van dossiercontroles, beoordeling van interne procedures, observaties tijdens de rondgang op de afdelingen en gesprekken met medewerkers en patiënten. Zo werd nagegaan of de concrete praktijk voldeed aan de vooropgestelde verwachtingen over de kwaliteit van de zorg.

Als er een steekproef gebeurde, werd een inbreuk genoteerd wanneer een verwachting in minder dan 80% van de vaststellingen kon aangetoond worden, op voorwaarde dat de steekproef minstens vijf dossiers/geneesmiddelen omvatte.

Gezien het directe verband met patiëntveiligheid werd, ongeacht de steekproefgrootte, een inbreuk toegekend bij het vinden van minstens één vervallen geneesmiddel of van minstens één geneesmiddel zonder enige aanduiding van naam, sterkte en vervaldatum.

Per campus werd een inspectieverslag opgemaakt. De verslagen zijn via de [CoBRHA-viewer](#) beschikbaar. Op basis van de geaggregeerde gegevens uit de individuele verslagen werd dit beleidsrapport samengesteld.

De belangrijkste vaststellingen van deze inspectiebezoeken worden in dit beleidsrapport samengevat.

2.2 ALGEMENE CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

2.2.1 Behandeling

Op nagenoeg alle campussen waren onderstaande punten in orde:

- > Op 98% van alle afdelingen waren de gecontroleerde dossieronderdelen toegankelijk voor alle zorgverleners.
- > Bijna alle dossiers bevatten informatie over de huisarts (96% in orde), informatie over de verwijzer (97% in orde) en de hulpvraag van de patiënt (99% in orde).

Voor verschillende onderdelen werd een goede score behaald:

- > In de dossiers werd informatie gevonden over medicatiegebruik vóór opname (88% in orde), over middelengebruik (87% in orde) en over allergieën (85% in orde).
- > Bij gebrek aan een concrete verwachting in het referentiekader over de minimale frequentie van een multidisciplinaire bespreking werd de verwachting door Zorginspectie geoperationaliseerd als zijnde minstens één bespreking met minstens drie disciplines per patiënt in een periode van acht weken. Dergelijke bespreking kon in 92% van de dossiers aangetoond worden.
- > Uit bevraging blijkt een grote variatie over de afspraken omtrent multidisciplinaire patiëntenbesprekingen. Het lijkt aangewezen om in het referentiekader de minimale verwachtingen rond frequentie van multidisciplinaire besprekingen te concretiseren, eventueel gedifferentieerd volgens doelgroep en soort zorg.
- > In 88% van de dossiers was de patiënt betrokken bij de meest recente multidisciplinaire bespreking van het behandelplan.
- > De huisarts werd in 88% van de dossiers op de hoogte gebracht van de opname.

Rond een aantal verwachtingen is er nog verbeterpotentieel:

- > Het item “informatie of de patiënt al dan niet minderjarige kinderen heeft of zorg draagt voor minderjarige kinderen” leverde voor 43% van de campussen een inbreuk op.
- > Voor 45% van de campussen werd een inbreuk geformuleerd betreffende de notities over individuele gesprekken met een psychiater in de voorbije vier weken. Gesprekken met de psychiater moeten, volgens het referentiekader, deel uitmaken van het behandelplan.
In het referentiekader zijn er geen concrete verwachtingen rond minimale frequentie van individuele gesprekken met zorgverleners (psychiater/psycholoog/...) beschreven. Het lijkt aangewezen dat deze verwachtingen in het referentiekader geconcretiseerd worden.
- > Voor een derde van de campussen werd een inbreuk vastgesteld in verband met de aanwezigheid van een (voorlopige) ontslagbrief. In bijna alle (voorlopige) ontslagbrieven werd er wel informatie gevonden over medicatie.
Daarnaast zocht Zorginspectie nog naar andere elementen in de (voorlopige) ontslagbrief die niet beschreven zijn in het referentiekader, namelijk: periode van begeleiding, probleemomschrijving, beschrijving van de evolutie van het traject en informatie over de nodige nazorg. Het valt hierbij op dat zowel een beschrijving van de evolutie van het traject als informatie over de nodige nazorg niet gevonden werden in meer dan 20% van de ontslagbrieven. Aangezien deze elementen relevant zijn voor de huisarts, is het aangewezen om de minimale inhoud van een (voorlopige) ontslagbrief te concretiseren in het referentiekader.

2.2.2 Medicatie

Alle campussen behaalden een zeer goed resultaat voor volgende items:

- > Een ondertekend en volledig medisch order werd voor bijna alle gecontroleerde geneesmiddelen gevonden (99,5% in orde).
- > De vervaldatum op de gecontroleerde geneesmiddelen was slechts éénmaal overschreden.
- > Op alle bezochte afdelingen was de medicatievoorraad veilig bewaard voor patiënten.
- > Er was steeds een meldsysteem voor medicatie-incidenten en elke campus had zicht op het aantal geregistreerde medicatie-incidenten.

Voor volgend aspect was er een goede score:

- > De klaargezette medicatie en de patiëntenvoorraden werden gecontroleerd op een eenduidige identificatie van de patiënt (83% in orde).

Er is ruimte voor verbetering wat volgende verwachtingen betreft:

- > De volledigheid van gegevens op medicatie (naam, sterkte en vervaldatum) scoorde in een kwart van de campussen niet zoals verwacht, voornamelijk omdat er één of meerdere geneesmiddelen gevonden werden zonder enige aanduiding van naam, sterkte en vervaldatum.
- > Voor 45% van de campussen werd een inbreuk vastgesteld wat de (faciliteiten voor) afzonderlijke en afgesloten bewaring van verdovende middelen betreft.
- > Bij een derde van de campussen was de stockregistratie van verdovende middelen niet altijd correct.

2.2.3 Patiëntenrechten en ombudsfunctie

Bijna alle campussen scoorden zoals verwacht voor volgend item:

- > Slechts één klachtenprocedure vermeldde niet hoe een klacht kan worden ingediend.

Voor onderstaand aspect was er een goede score:

- > 14% van de procedures betreffende inzage in het dossier waren niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de regelgeving. Hierin ontbrak voornamelijk de vermelding dat de patiënt zowel mondeling als schriftelijk inzage in het dossier kan vragen.

Er is ruimte voor verbetering wat volgende verwachtingen betreft:

- > Bijna een derde van de campussen behaalde een inbreuk voor de procedure "afschrift van het dossier". Het grootste knelpunt daarbij was het ontbreken van de vermelding dat een patiënt zowel mondeling als schriftelijk een afschrift kan vragen.

In ongeveer 7 op de 10 campussen werd er een inbreuk vastgesteld voor de toegankelijkheid tot de ombudsfunctie. Dit kan deels verklaard worden door het feit dat er aan meerdere verwachtingen voldaan moest worden. Meer dan de helft van de campussen voldeed niet aan de verwachting dat er op alle gesloten afdelingen een brievenbus moest zijn. Op exact de helft van de campussen was er geen gesprekslokaal of was het gesprekslokaal voor de ombudspersoon niet gemakkelijk te vinden. Tijdens het inspectietraject werd Zorginspectie meermaals geconfronteerd met vragen over het belang van brievenbussen voor de ombudspersoon. Het lijkt aangewezen dat de overheid samen met de sector en andere betrokken partijen nadenkt over hoe de toegankelijkheid tot de ombudsfunctie in de toekomst gegarandeerd kan blijven.

3 INLEIDING

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

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

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

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

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

Zo wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

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

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

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

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

4 CONTEXT

4.1 TOEZICHT IN DE PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN

4.1.1 Eerdere inspecties

Voor het toezicht op de sector van de psychiatrische ziekenhuizen werd sinds 2008 gewerkt met een audit-methodiek, op basis van het sectorspecifieke referentiekader. Tussen 2008 en 2014 werd in alle psychiatrische ziekenhuizen zo'n organisatiebrede doorlichting uitgevoerd.

De meeste psychiatrische ziekenhuizen kregen tussen 2014 en 2018 een tweede audit van Zorginspectie. Ziekenhuizen die inspanningen leverden om vrijwillig een certificering te behalen, werden vanaf 2016 niet opgenomen in deze auditplanning. Ook in functie van risicogestuurd toezicht wilde Zorginspectie zich eerder richten naar ziekenhuizen die niet (onmiddellijk) zulke externe organisatiebrede doorlichting ambiëerden. In 2018 en 2019 werd in de 11 ziekenhuizen met (plannen tot) certificering een inspectie uitgevoerd met als doel een ziekenhuisbreed zicht te krijgen op de kwaliteit van de effectief geleverde zorg op de werkvloer, en dat zonder het eventueel nog te lopen traject naar certificering te doorkruisen.

Na het aflopen van de PZ-auditcycli werd vanuit de Vlaamse overheid een nieuw toezichtmodel voor de sector geestelijke gezondheidszorg in het vooruitzicht gesteld. Die plannen werden nog niet verder geoperationaliseerd.

Daarnaast liepen er ook thematische inspecties met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen in alle afdelingen kinder- en jeugdpsychiatrie van december 2016 tot maart 2017 en met betrekking tot suïcidepreventie in voorzieningen binnen de sector geestelijke gezondheidszorg van juli 2021 tot eind 2023.

4.1.2 Inspectieronde 2023-2024

In een psychiatrisch ziekenhuis verblijven patiënten met een ernstige (soms acute) psychiatrische problematiek. Omwille van de potentiële risico's bij de behandeling van deze doelgroep koos Zorginspectie ervoor om in de PZ-sector een nieuwe inspectieronde uit te voeren.

Tussen begin september 2023 en begin oktober 2024 voerde Zorginspectie inspectiebezoeken uit in alle campussen van de Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen. In totaal werden 42 campussen van 31 ziekenhuizen bezocht.

Tijdens deze inspectieronde werd gefocust op drie thema's:

1. behandeling
2. medicatie
3. patiëntenrechten en ombudsfunctie.

De meeste onderwerpen binnen die thema's komen expliciet aan bod in het [Referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen](#) dat werd opgemaakt door het vroegere agentschap Zorg en Gezondheid (nu de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg), in samenspraak met het kabinet van de toenmalige minister bevoegd voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, met Zorginspectie en met betrokkenheid van de PZ-sector. Daarnaast werd ook gebruik gemaakt van algemene regelgeving en richtlijnen die gelden voor de psychiatrische ziekenhuizen:

- > 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](#)
- > Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen: [Koninklijk Besluit tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd](#)

- > Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg: [De "Kwaliteitswet" voor gezondheidszorgbeoefenaars](#)
- > Kindreflex: [Kindreflex](#).

Tot slot bekeek Zorginspectie ook een aantal elementen die niet expliciet vermeld zijn in één van bovenvermelde bronnen, maar die mogelijk wel een impact hebben op de kwaliteit van de zorg (bv. een individueel gesprek met een psycholoog en een gesprek met de context in de voorbije vier weken). Deze vaststellingen geven een zicht op de huidige situatie zowel voor het individueel ziekenhuis als voor de sector.

5 METHODIEK EN RAPPORTAGE

5.1 VOORBEREIDING

Op 3 maart 2023 ontvingen alle psychiatrische ziekenhuizen een e-mail waarin de inspectieronde werd aangekondigd.

In datzelfde e-mailbericht werd aan elk psychiatrisch ziekenhuis de mogelijkheid geboden om zich kandidaat te stellen voor een proefinspectie. In april en mei 2023 voerde Zorginspectie vier proefinspecties uit. Deze aanpak had o.m. als doel de inspectiemethodiek te testen, de tijdsinvestering nauwkeuriger in te schatten en eventuele onduidelijkheden in het inspectieverslag bloot te leggen.

Op basis van deze proefinspecties werden de wijze van inspecteren en het verslagsjabloon aangepast.

Op 6 juli 2023 organiseerde Zorginspectie een online communicatiemoment waarop alle psychiatrische ziekenhuizen werden uitgenodigd. In deze uiteenzetting werd onder andere de methodiek, de inhoud en de concrete aanpak van de inspecties toegelicht.

5.2 INSPECTIES IN DE PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN

5.2.1 Werkwijze

Tijdens deze inspectieronde werd onaangekondigd ter plaatse gegaan om een zo goed mogelijk zicht te krijgen op de kwaliteit van de dagelijkse zorg. Die aanpak leek Zorginspectie de beste manier om de geselecteerde verwachtingen af te toetsen. Onaangekondigde inspecties impliceren geenszins dat de sector onvoorbereid zou zijn. Vooraleer de inspectieronde van start ging, informeerde Zorginspectie de sector over de inspectiemethodieken en de inspectie-inhoud.

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

De vaststellingen in ieder inspectieverslag zijn gebaseerd op:

- > controle van patiëntendossiers;
- > beoordeling van interne procedures;
- > observaties tijdens de rondgang op de afdelingen;
- > gesprekken met medewerkers en patiënten.

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

Tijdens de dossiercontrole was er altijd minstens één medewerker aanwezig om het antwoord op de inspectievragen aan te tonen in een steekproef van lopende en afgesloten dossiers. Er werd eveneens in dialoog gegaan met de medewerker(s) van het PZ: enerzijds om de vaststellingen te valideren, anderzijds om extra duiding te verkrijgen waar dat nodig was.

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

Hieronder volgt een toelichting bij de praktische aanpak tijdens de inspecties, zoals die ook naar de sector werd gecommuniceerd.

- > Alle inspecties gebeurden onaangekondigd.
- > Elke afdeling kon geselecteerd worden voor inspectie.
- > Elk inspectiebezoek werd door minstens twee inspecteurs uitgevoerd; waar mogelijk werden minstens vier afdelingen bezocht. Bij een bezoek aan vier afdelingen werd op twee afdelingen het thema “behandeling” geïnspecteerd en op twee andere het thema “medicatie” (waar van toepassing). Als het een grotere campus betrof (> 12 afdelingen), waren er meer inspecteurs aanwezig en werden beide bovenvermelde thema’s elk op meer dan twee afdelingen getoetst.
- > Binnen een afdeling werd één leefgroep geselecteerd als deze afdeling uit meerdere leefgroepen met een verschillende werking bestond (bv. meerdere multidisciplinaire teams, verschil in frequentie multidisciplinaire bespreking, verschillende afspraken rond betrokkenheid van de patiënt bij het behandelplan, meerdere medicatielokalen).

De patiëntenbevraging werd uitgevoerd op de afdelingen waar het thema “behandeling” werd geïnspecteerd. Vanaf de leeftijd van 12 jaar, en na minstens een maand behandeling op de afdeling, konden patiënten bevroegd worden.

Voor het thema “patiëntenrechten en ombudsfunctie” werden de meeste vaststellingen campusbreed gedaan.

Ter voorbereiding van de inspectie werd aan elk PZ gevraagd om de volgende documenten en gegevens ter beschikking te stellen op de dag van inspectie.

- > Overzicht van de 50 meest recent ontslagen patiënten op de campus die minstens een week geleden op ontslag gingen, met per patiënt vermelding van de ontslagdatum, de afdeling en de naam van de behandelende psychiater.
- > Het aantal geregistreerde incidenten en medicatie-incidenten zowel campusbreed als per afdeling. Voor inspecties vóór 1 april 2024 werden de cijfers van 2022 opgevraagd. Vanaf 1 april 2024 werden de cijfers van 2023 opgevraagd.
- > Het aantal medicatie-incidenten die geanalyseerd werden zowel campusbreed als per afdeling. Voor inspecties vóór 1 april 2024 werden de cijfers van 2022 opgevraagd. Vanaf 1 april 2024 werden de cijfers van 2023 opgevraagd.
- > Verslagen van terugkoppeling van de medicatie-incidenten op alle niveaus (afdeling, directie, bestuursorgaan). Voor inspecties vóór 1 april 2024 werden de verslagen van de periode 2022-2023 opgevraagd. Vanaf 1 april 2024 werden de verslagen van de periode 2023-2024 opgevraagd.
- > Procedure met betrekking tot incidentmeldingen (inclusief medicatie-incidenten).
- > Procedure met betrekking tot inzage en afschrift van dossier.
- > Procedure over het indienen van klachten.

5.2.2 Overzicht bezochte psychiatrische ziekenhuizen

Tabel 5.1: Inspecties per ziekenhuis(campus)

Naam PZ	Gemeente/campus	Aantal bezochte afdelingen	Inspectiedatum
KPC Genk	Genk	3	4/9/2024
MC Sint-Jozef	campus Bilzen	4	6/5/2024
	ZOL Maas en Kempen ¹	1	14/3/2024
OPZ Geel	Geel	6	3/4/2024
OPZC Rekem	Lanaken	4	19/10/2023
PC Gent-Sleidinge	campus Gent	4	9/10/2023
	campus Sleidinge (Evergem)	4	6/5/2024
PC Onze-Lieve-Vrouw van Vrede	Menen	4	25/6/2024
PC Sint-Amandus	Beernem	6	30/1/2024
PC Sint-Jan	Eeklo	4	23/5/2024
PC Sint-Jan Baptist	Zelzate	4	24/10/2023
PK Broeders Alexianen	campus Mechelsestraat (Leuven)	2	22/2/2024
	campus Liefdestraat (Tienen)	4	2/5/2024
PK Sint-Alexius	Grimbergen	4	19/9/2023
PK Sint-Annendael	Diest	4	9/1/2024
PSC Sint-Alexius	Elsene	2	24/9/2024
PTC Rustenburg	Brugge	4	4/9/2023
PZ Ariadne	Lede	4	7/11/2023
PZ Asster	campus Melveren (Sint-Truiden)	4	9/9/2024
	campus Stad (Sint-Truiden)	4	4/10/2024
PZ Bethanië	campus Bethaniënhuis (Zoersel)	8	17/6/2024
	campus Elim (Kapellen)	1	12/9/2024
PZ Dr. Guislain	campus Dokter Guislain (Gent)	4	28/3/2024
	campus Sint-Alfons (Gent)	2	17/9/2024
PZ Frapello	campus Zottegem	4	6/9/2023
	campus Oosterzele	2	2/7/2024
PZ H. Familie	Kortrijk	4	22/4/2024
PZ H. Hart	Ieper	4	16/4/2024
PZ Karus	campus Gent	4	9/1/2024
	campus Melle	4	6/6/2024
PZ Multiversum	campus Alexianen (Boechout)	4	12/12/2023
	campus Amedeus (Mortsel)	6	19/9/2024
PZ Onze-Lieve-Vrouw	Brugge	4	19/3/2024
PZ Sint-Hiëronymus	Sint-Niklaas	4	12/9/2023
PZ Sint-Jozef	Pittem	6	22/2/2024
PZ Sint-Lucia	campus Ankerstraat (Sint-Niklaas)	4	6/2/2024
	campus dagkliniek (Beveren)	1	27/8/2024
PZ Stuivenberg	Antwerpen	4	7/3/2024
UC Sint-Jozef	campus Gasthuisberg (Leuven)	4	10/11/2023
	campus Kortenberg	6	30/8/2024
UPC Duffel	Duffel	6	16/1/2024
Zorggroep Sint-Kamillus	campus Krijkelberg (Bierbeek)	4	30/1/2024

¹ MC Sint-Jozef heeft een associatieovereenkomst met ZOL Maas en Kempen, waar de bedden van de bezochte afdeling gelokaliseerd zijn.

5.3 INDIVIDUELE INSPECTIEVERSLAGEN

Per ziekenhuiscampus werd een gestandaardiseerd inspectieverslag opgemaakt dat opgebouwd is per thema (behandeling, medicatie, patiëntenrechten en ombudsfunctie). Dankzij deze standaardisering is het mogelijk om inspectieverslagen met elkaar te vergelijken. Per thema werd een samenvatting gemaakt van de vaststellingen die werden onderverdeeld in de volgende twee categorieën:

- “zoals verwacht” (de vaststelling is in lijn met de regelgeving of geformaliseerde afspraken)
- “inbreuken” (de vaststelling is niet in lijn met de regelgeving of geformaliseerde afspraken).

Binnen de complexe zorgsetting van een psychiatrisch ziekenhuis zijn er veel variabelen die ervoor kunnen zorgen dat een score van 100% niet altijd haalbaar is. Daarom werd de keuze gemaakt om, indien er een steekproef gebeurde, een inbreuk te noteren wanneer een verwachting in minder dan 80% van de vaststellingen kon aangetoond worden. De voorwaarde om in die gevallen een element te beoordelen als “zoals verwacht” of als “inbreuk” was dat de steekproef minstens vijf dossiers/geneesmiddelen omvatte. Gezien het risico voor de patiëntveiligheid werd bij het vinden van minstens één vervallen geneesmiddel of minstens één geneesmiddel zonder enige aanduiding van naam, sterkte en vervaldatum inbreuk gedefinieerd, en dat ongeacht de steekproefgrootte.

In overeenstemming met de termijnen bepaald in het Toezichtdecreet ontving het ziekenhuis eerst een ontwerpverslag waarna het PZ een reactietermijn van 14 kalenderdagen had om feitelijke onjuistheden te signaleren. Op basis van een reactienota kon het verslag al dan niet worden aangepast. 21 campussen van psychiatrische ziekenhuizen vroegen een aanpassing van hun ontwerpverslag; in 17 gevallen werd minstens deels op de vraag tot aanpassing ingegaan. Na de eventuele verwerking van de reactienota of na het verstrijken van de reactietermijn werd het verslag omgezet in een (al dan niet aangepast) definitief verslag. Het inspectieverslag fungeert in de eerste plaats als verbeterinstrument voor het geïnspecteerde ziekenhuis.

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

5.4 BELEIDSRAPPORT

Dit beleidsrapport werd opgemaakt op basis van de geaggregeerde inspectiegegevens waardoor het mogelijk is om de vaststellingen in de individuele verslagen te vergelijken met de resultaten op sectorniveau.

In de hiernavolgende hoofdstukken wordt dieper ingegaan op de onderwerpen die binnen elk thema (thema behandeling, thema medicatie en thema patiëntenrechten en ombudsfunctie) werden geïnspecteerd. Per onderwerp worden in het luik “achtergrond” de verwachtingen weergegeven, zoals vooropgesteld door regelgeving of geformaliseerde afspraken. Onder “werkwijze” wordt uitgelegd op welke manier Zorginspectie tot de vaststelling(en) kwam. Vervolgens is er de rubriek “vaststellingen” waar de geaggregeerde gegevens per onderwerp worden weergegeven. Elk thema wordt afgerond met het luik “conclusie en reflectie”.

Het beleidsrapport bevat, waar van toepassing, in de rubriek “vaststellingen” een oplistings van de inbreuken in tabelvorm. Zoals eerder in dit beleidsrapport (onder 5.3. Individuele inspectieverslagen) werd toegelicht, heeft Zorginspectie ervoor gekozen om voor de meeste verwachtingen een inbreuk te definiëren wanneer de steekproefgrootte minstens vijf was. Aangezien het aantal gecontroleerde elementen in de steekproef op sommige campussen minder dan vijf was, leidden de resultaten voor die campus niet tot een beoordeling “zoals verwacht” of “inbreuk”. In de tabellen wordt aangegeven in hoeveel geïnspecteerde campussen de vaststellingen tot een beoordeling leidden: dit aantal (noemer) is dus variabel.

6 BEHANDELING

6.1 BEZOCHTE AFDELINGEN

Voor het thema “behandeling” werden 89 afdelingen bezocht op 42 campussen van 31 ziekenhuizen. Op 15 afdelingen werd 1 leefgroep geselecteerd aangezien de afdeling uit meerdere leefgroepen met een verschillende werking bestond.

Van de bezochte afdelingen waren er:

- > 64 open afdelingen: patiënten kunnen steeds de afdeling verlaten als ze dat willen;
- > 20 gesloten afdelingen: patiënten kunnen niet op eigen initiatief of zonder toestemming de afdeling verlaten;
- > 5 deels open en deels gesloten afdelingen.

Tabel 6.1: Aanbod bezochte afdelingen

Aanbod bezochte afdelingen	Aantal afdelingen
Enkel residentiële zorg	25
Residentiële zorg en dagbehandeling	39
Residentiële zorg en nachtbehandeling	2
Residentiële zorg en dag- en nachtbehandeling	15
Enkel dagbehandeling	7
Enkel nachtbehandeling	1

Tabel 6.2: Leeftijdscategorieën bezochte afdelingen

Leeftijdscategorieën bezochte afdelingen	Aantal afdelingen
Enkel minderjarigen	8
Minderjarigen en volwassenen	3
Enkel volwassenen	63
Volwassenen en ouderen	7
Enkel ouderen	8

6.2 TOEGANKELIJKHEID EN BESCHIKBAARHEID VAN ZORGGEGEVENS

6.2.1 Achtergrond

Het referentiekader stelt als verwachting dat het dossier o.m. informatie bevat over de hulpvraag, het middelengebruik en de medicatie voor opname.

De wet betreffende de rechten van de patiënt schrijft voor dat de patiënt recht heeft op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier.

In de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg staat omschreven dat o.m. de identificatiegegevens van de huisarts en de verwijzer, de hulpvraag en eventuele persoonlijke antecedenten moeten opgenomen worden in het dossier.

De Kindreflex bestaat uit zes stappen waarbij de eerste stap stelt dat er aan de zorggebruiker gevraagd moet worden of hij/zij zorg draagt voor minderjarige kinderen.

6.2.2 Werkwijze

Op de afdelingen werd nagegaan of alle gezochte informatie kon worden gevonden in het dossier: hetzij elektronisch, hetzij (deels) op papier. Daarnaast werd de toegankelijkheid van de patiëntendossiers gecontroleerd: een dossier werd als toegankelijk beschouwd als alle zorgmedewerkers, betrokken bij de zorg voor die patiënt, steeds en zonder tussenkomst van anderen in alle tijdens de inspectie gecontroleerde onderdelen van het dossier kunnen.

Dossiers van patiënten die minstens één week opgenomen waren op de afdeling werden gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over de volgende onderwerpen:

- > identificatiegegevens van de huisarts
- > identificatiegegevens van de verwijzer
- > omschrijving van de hulpvraag van de patiënt
- > medicatiegebruik vóór opname
- > middelengebruik (bij +12-jarigen)
- > allergieën
- > (zorg voor) minderjarige kinderen (bij patiënten tussen 18 en 75 jaar).

6.2.3 Vaststellingen

Er werden 89 afdelingen gecontroleerd.

Tabel 6.3: Vaststellingen soort patiëntendossier en toegankelijkheid van zorggegevens

	Aantal afdelingen
Afdelingen met een volledig elektronisch patiëntendossier	83/89 (93%)
Afdelingen met een deels elektronisch en deels papieren patiëntendossier	6/89 (7%)
Afdelingen met een volledig papieren patiëntendossier	0/89
Afdelingen met alle gecontroleerde dossieronderdelen toegankelijk voor de betrokken teamleden	87/89 (98%)

In 93% afdelingen werd gewerkt met een volledig elektronisch patiëntendossier. In de overige afdelingen werd gebruik gemaakt van een deels elektronisch en deels papieren patiëntendossier.

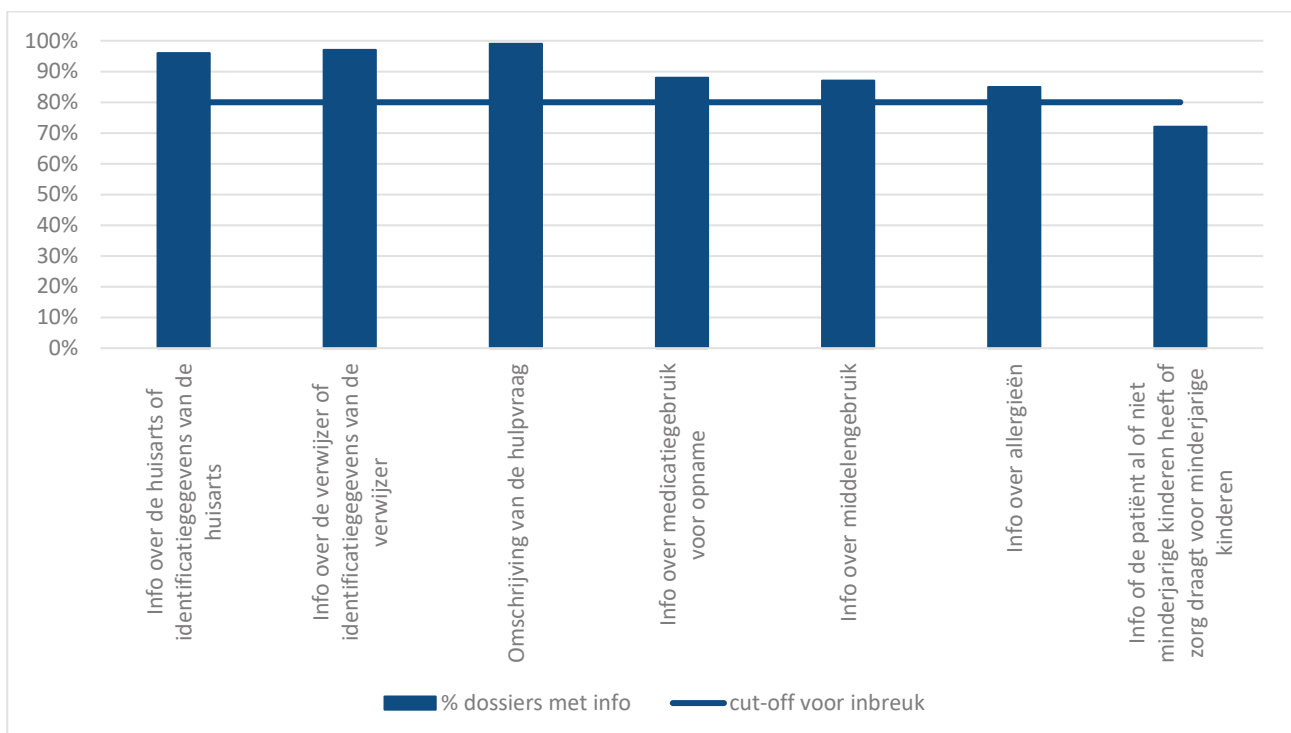
Op 98% afdelingen waren alle gecontroleerde dossieronderdelen toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners. Op 2 afdelingen (van eenzelfde ziekenhuis) waren niet alle gecontroleerde onderdelen van het dossier toegankelijk voor de betrokken zorgverleners. Op beide afdelingen was het medicatieschema niet toegankelijk voor therapeuten en psychologen.

Er werden 459 dossiers gecontroleerd van patiënten die minstens één week opgenomen waren op de afdeling.

Tabel 6.4: Vaststellingen beschikbaarheid van zorggegevens

	Aantal in orde
Dossiers met informatie over de huisarts of identificatiegegevens van de huisarts (enkel berekend op de dossiers met huisarts en zonder weigering om informatie te delen)	425/444 (96%)
Dossiers met informatie over de verwijzer of identificatiegegevens van de verwijzer (enkel berekend op de dossiers met verwijzing)	368/379 (97%)
Dossiers met omschrijving van de hulpvraag	455/459 (99%)
Dossiers met informatie over medicatiegebruik voor opname	406/459 (88%)
Dossiers met informatie over middelengebruik (in dossiers van +12-jarigen)	393/450 (87%)
Dossiers met informatie over allergieën	390/459 (85%)
Dossiers met informatie of de patiënt al of niet minderjarige kinderen heeft of zorg draagt voor minderjarige kinderen (in dossiers van patiënten tussen 18 en 75 jaar)	268/372 (72%)

Figuur 6.1: Percentage dossiers met informatie over de gecontroleerde onderdelen



Informatie over de huisarts, de verwijzer en de omschrijving van de hulpvraag werd in nagenoeg alle gecontroleerde dossiers gevonden (> 95%). Informatie over medicatiegebruik voor opname, over middelengebruik en over allergieën werd in meer dan 80% van de dossiers gevonden. Informatie of de patiënt al dan niet minderjarige kinderen heeft of zorg draagt voor minderjarige kinderen werd in 72% van de gecontroleerde dossiers gevonden.

Inbreuken op campusniveau – Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens	Aantal campussen met inbreuk
Niet alle gecontroleerde dossieronderdelen waren toegankelijk voor de betrokken teamleden	1/42
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over (de identificatiegegevens van) de huisarts (enkel berekend op de dossiers met huisarts en zonder weigering om informatie te delen)	1/42
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over (de identificatiegegevens van) de verwijzer (enkel berekend op de dossiers met verwijzing)	1/41*
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over de hulpvraag van de patiënt	0/42
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over medicatiegebruik vóór opname	5/42
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over middelengebruik (enkel berekend op de dossiers van +12-jarigen)	6/41*
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over allergieën	8/42
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over minderjarige kinderen (enkel berekend op de dossiers van patiënten tussen 18 en 75 jaar)	16/37*

* Wanneer er in de gecontroleerde dossiers geen 80% werd gehaald, werd een inbreuk geformuleerd. Deze beoordeling gebeurde alleen als er minimum vijf dossiers werden bekeken, waardoor de noemer varieert.

6.3 MULTIDISCIPLINAIRE PATIËNTENBESPREKINGEN

6.3.1 Achtergrond

Volgens het referentiekader moet:

- > de behandeling op geregelde tijdstippen geëvalueerd worden. Deze evaluatie van de behandeling moet minimaal de evaluatie van de toestand, de zorgvraag en de behandeling bevatten.
- > er op de dienst multidisciplinair gewerkt worden, d.w.z. met arts, psycholoog, verpleegkundigen, maatschappelijk werker, ergotherapeut en andere therapeuten.
- > dit multidisciplinair team regelmatig samenkomen voor patiëntenbesprekingen en om hun inhoudelijke werking te bespreken en te verbeteren.
- > elke patiënt regelmatig aan bod komen op de multidisciplinaire vergadering en moet daarvan een verslag komen in het multidisciplinair patiëntendossier.
- > de patiënt actief betrokken worden bij het opstellen en evalueren van zijn behandelplan, waarbij rekening gehouden wordt met zijn autonomie en keuzevrijheid.

6.3.2 Werkwijze

Op de afdelingen werd gevraagd wat voor elke patiënt de minimale frequentie is van een multidisciplinaire bespreking van de behandeling. Zorginspectie stelde als verwachting dat er minstens drie verschillende disciplines aanwezig moesten zijn om een overleg te kunnen aanvaarden als een multidisciplinaire bespreking.

In dossiers van patiënten die minimum twee maanden opgenomen waren op de afdeling werd gezocht naar:

- > een multidisciplinaire bespreking van de behandeling in de voorbije acht en vier weken;
- > de aantoonbare aanwezigheid van minstens drie disciplines bij deze bespreking;
- > de betrokkenheid van de (ouders van de) patiënt bij de meest recente multidisciplinaire bespreking van het behandelplan.

Op de afdelingen werd aan een aantal patiënten gevraagd of ze betrokken werden bij de multidisciplinaire bespreking van hun behandelplan.

6.3.3 Vaststellingen

Uit de medewerkersbevraging op de afdeling bleek dat op meer dan 80% van de bezochte afdelingen de patiënt minstens om de 8 weken aan bod komt op een multidisciplinaire bespreking. In meer dan de helft van de afdelingen komt de patiënt minstens om de 4 weken aan bod op een multidisciplinaire bespreking. In een aantal afdelingen wordt de patiënt slechts om de 9 weken tot om de 24 weken besproken op een multidisciplinaire bespreking.

Er werden 436 dossiers gecontroleerd van patiënten die minimum twee maanden opgenomen waren op de afdeling.

Tabel 6.6: Vaststellingen multidisciplinaire bespreking

	Aantal in orde
Dossiers met minstens 1 multidisciplinaire bespreking van de behandeling, met minstens 3 disciplines aantoonbaar aanwezig, in de voorbije 8 weken	401/436 (92%)
Dossiers met minstens 1 multidisciplinaire bespreking van de behandeling, met minstens 3 disciplines aantoonbaar aanwezig, in de voorbije 4 weken	335/436 (77%)

In 92% van alle gecontroleerde dossiers werd een multidisciplinaire bespreking gevonden, met minstens drie disciplines aantoonbaar aanwezig, in de voorbije 8 weken. In 77% van de gecontroleerde dossiers werd dergelijke bespreking in de voorbije 4 weken gevonden.

In een deel van de gecontroleerde dossiers die beoordeeld werden als zonder multidisciplinaire bespreking kon wel aangetoond worden dat er minstens één bespreking was in de voorbije 8 of 4 weken maar hierbij kon de aanwezigheid van drie disciplines niet worden aangetoond. In de voorbije 8 weken was dit het geval voor 15 van de 35 dossiers en in de voorbije 4 weken voor 22 van de 101 gecontroleerde dossiers.

In 423 dossiers werd de betrokkenheid van de patiënt bij de meeste recente bespreking van het behandelplan gecontroleerd. In de overige dossiers was het betrekken van de patiënt niet mogelijk of was er geen multidisciplinaire bespreking van het behandelplan aantoonbaar.

Tabel 6.7: Vaststellingen betrokkenheid patiënt bij meest recente bespreking van het behandelplan

	Aantal in orde
Dossiers met patiënt betrokken bij de meest recente bespreking van het behandelplan	373/423 (88%)
Aanwezig bij de bespreking	115/373 (31%)
Betrokken bij de voorbereiding/terugkoppeling	300/373 (80%)

In 88% van alle gecontroleerde dossiers werd de betrokkenheid van de patiënt bij de meest recente bespreking van het behandelplan aangetoond: door aanwezig te zijn op de bespreking (31%) en/of door betrokken te zijn bij de voorbereiding/terugkoppeling (80%).

Bij 31 dossiers van patiënten tussen 12 en 18 jaar werd zowel voor de adolescent als voor de ouder(s) nagegaan of ze betrokken werden bij de meest recente multidisciplinaire bespreking van het behandelplan: dit was het geval voor de adolescenten in alle 31 dossiers en voor de ouders in 23 van de 31 (74%) dossiers.

Inbreuken op campusniveau – Multidisciplinaire patiëntenbesprekingen	Aantal campussen met inbreuk
In < 80% van de gecontroleerde dossiers kon een multidisciplinaire bespreking aangetoond worden met minstens drie disciplines aantoonbaar aanwezig in de voorbije 8 weken	4/40*
In < 80% van de gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat (ouders van) de patiënt betrokken was/waren bij de meest recente multidisciplinaire bespreking van het behandelplan	7/40*

* Wanneer er in de gecontroleerde dossiers geen 80% werd gehaald, werd een inbreuk geformuleerd. Deze beoordeling gebeurde alleen als er minimum vijf dossiers werden bekeken, waardoor de noemer varieert.

Patiëntenbevraging

282 van de 334 (84%) patiënten, die reeds een bespreking van hun behandelplan hebben gehad, gaven aan dat ze betrokken waren bij de evaluatie of bespreking van hun behandelplan. Dit kon door betrokkenheid bij de voorbereiding/terugkoppeling van de bespreking en/of door aanwezigheid op de bespreking.

- > 249 van de 282 (88%) patiënten gaven aan dat ze betrokken waren bij de voorbereiding/terugkoppeling van de bespreking.
- > 126 van de 282 (45%) patiënten gaven aan dat ze aanwezig waren op de bespreking.

2 van de 334 patiënten gaven aan dat ze zich niet meer herinnerden hoe ze betrokken werden bij de bespreking van hun behandelplan.

6.4 GESPREKKEN MET ZORGVERLENERS

6.4.1 Achtergrond

Het referentiekader stelt als verwachting dat:

- > gesprekken met de psychiater deel uitmaken van het behandelplan (niet alleen op vraag). Ze gebeuren op momenten die vooraf kenbaar gemaakt worden aan de patiënt.
- > de voortgangstoetsing goed georganiseerd is (wie, frequentie, wijze waarop plan wordt bijgesteld, betrokkenheid team, patiënt, familie ... is bepaald).

De gecoördineerde wet op de ziekenhuizen, die ook geldt voor elk PZ, bepaalt dat de arts dagelijks zijn ziekenbezoek aflegt. De kwaliteitswet stelt dat de gezondheidszorgbeoefenaar minstens de weergave van gesprekken met de patiënt opneemt in het patiëntendossier.

6.4.2 Werkwijze

Op de afdelingen werden de afspraken betreffende de gesprekken van de patiënt met een psychiater bevraagd.

In dossiers van patiënten die minimum één maand opgenomen waren op de afdeling werd voor de voorbije 4 weken gezocht naar notities van individuele (wekelijkse) gesprekken met een psychiater.

Op de afdelingen werd aan een aantal patiënten gevraagd of ze in de voorbije week of maand een individueel gesprek hadden met een psychiater.

Hoewel niet expliciet vermeld in regelgeving, wilde Zorginspectie vanuit patiëntperspectief ook zicht krijgen op de individuele gesprekken met een psycholoog. Daarom werden bovenstaande elementen ook voor een psycholoog nagegaan.

6.4.3 Vaststellingen

Uit gesprekken met de medewerkers op de afdeling bleek dat slechts in de helft van de bezochte afdelingen de minimale frequentie van een gesprek tussen de patiënt en een psychiater/psycholoog is bepaald. Nagenoeg alle afdelingen waar er afspraken zijn, hebben de frequentie vastgelegd op minimum eenmaal per vier weken. Daarnaast vinden groepsgesprekken plaats met de psychiater op één vijfde van de afdelingen en met de psycholoog op driekwart van de afdelingen.

Er werden 454 dossiers gecontroleerd van patiënten die minimum één maand opgenomen waren op de afdeling.

Tabel 6.9: Vaststellingen individuele gesprekken in de voorbije 4 weken

	Aantal in orde
Dossiers met individueel gesprek met een psychiater in de voorbije 4 weken (enkel berekend in dossiers zonder weigering door patiënt)	347/454 (76%)
Minstens wekelijks een individueel gesprek met een psychiater in de voorbije 4 weken	37/454 (8%)
Dossiers met individueel gesprek met een psycholoog in de voorbije 4 weken (enkel berekend in dossiers zonder weigering door patiënt)	315/452 (70%)
Minstens wekelijks een individueel gesprek met een psycholoog in de voorbije 4 weken	41/452 (9%)

Tabel 6.10: Vaststellingen wekelijkse individuele gesprekken in de voorbije 4 weken

	Aantal in orde
Weken met individueel gesprek met een psychiater	720/1816 (40%)
Weken met individueel gesprek met een psycholoog	688/1808 (38%)

Notities van minstens één individueel gesprek met de psychiater in de voorbije vier weken werden in 76% van alle gecontroleerde dossiers gevonden. In 8% van alle gecontroleerde dossiers werden voor elk van de voorbije vier weken, notities van minstens één individueel gesprek met een psychiater gevonden. In 40% van de gecontroleerde weken kon een notitie van een individueel gesprek met een psychiater worden aangetoond.

Notities van minstens één individueel gesprek met de psycholoog in de voorbije vier weken werden in 70% van alle gecontroleerde dossiers gevonden. In 9% van alle gecontroleerde dossiers werden voor elk van de voorbije vier weken, notities van minstens één individueel gesprek met een psycholoog gevonden. In 38% van de gecontroleerde weken kon een notitie van een individueel gesprek met een psycholoog worden aangetoond.

Inbreuken op campusniveau – Gesprekken met zorgverleners	Aantal campussen met inbreuk
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd een notitie over een individueel gesprek met een psychiater gevonden in de voorbije 4 weken	19/42

Patiëntenbevraging

- 278 van de 339 (82%) patiënten gaven aan dat ze in de voorbije maand een individueel gesprek hadden met een psychiater.
- 176 van de 339 (52%) patiënten gaven aan dat ze in de voorbije week een individueel gesprek hadden met een psychiater.
- 6 van de 339 patiënten gaven aan dat ze zich niet meer herinnerden of ze in de voorbije maand/week een individueel gesprek hadden met de psychiater.
- 272 van de 339 (80%) patiënten gaven aan dat ze in de voorbije maand een individueel gesprek hadden met een psycholoog.
- 217 van de 339 (64%) gaven aan dat ze in de voorbije week een individueel gesprek hadden met een psycholoog.
- 3 van de 339 patiënten gaven aan dat ze zich niet meer herinnerden of ze in de voorbije maand/week een individueel gesprek hadden met de psycholoog.

6.5 COMMUNICATIE MET DE HUISARTS

6.5.1 Achtergrond

Het referentiekader verwacht dat een (voorlopige) ontslagbrief aan de huisarts bij ontslag wordt opgestuurd en dat die onder andere het medicatieschema bevat. Bovendien moeten de ontslagbrieven tijdig worden verstuurd. Daarnaast wordt de huisarts en/of verwijzende arts op de hoogte gesteld van de opname, het ontslag en de geplande vervolgzorg. Volgens het referentiekader kan het ontslag van de patiënt pas effectief worden indien ook de nazorg (op korte termijn) op een goede manier is afgesproken:

- > Er is een afspraak gemaakt met de ambulante hulpverlening.
- > Goede informatieoverdracht aan de huisarts en andere verwijzers (aanwezige problematiek, de ingestelde medicatie, opgestarte nazorgbehandeling, medicatiebeleid ...).
- > Zo nodig het maken van veiligheidsafspraken met het sociale netwerk (familie ...).

De wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg verwacht dat de gezondheidszorgbeoefenaar toegang heeft tot persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de patiënt die worden bijgehouden en bewaard door andere gezondheidszorgbeoefenaars. Dit op voorwaarde dat de patiënt voorafgaand zijn geïnformeerde toestemming hiervoor gaf. De gezondheidszorgbeoefenaar deelt, mits toestemming van de patiënt, aan een ander behandelend gezondheidszorgbeoefenaar door de patiënt aangewezen om de diagnose/behandeling voort te zetten of te vervolledigen, alle daaromtrent nuttige of noodzakelijke informatie mee.

6.5.2 Werkwijze

Op de afdelingen werd bevraagd of de huisarts op de hoogte wordt gebracht van de opname en, zo ja, op welke manier deze communicatie gebeurt.

In dossiers van patiënten die minimum één maand opgenomen waren op de afdeling werd gezocht of de huisarts op de hoogte gebracht werd van de opname.

Daarnaast werd campusbreed gekeken of er een (voorlopige) ontslagbrief aanwezig was in dossiers van patiënten die minstens een week voor inspectie op ontslag gingen. De (voorlopige) ontslagbrieven werden vervolgens gecontroleerd op de aanwezigheid van de volgende informatie:

- > vermelding van de periode van begeleiding
- > een probleemomschrijving
- > een beschrijving van de evolutie / verloop van het traject
- > informatie over de nodige nazorg / verdere verwijzing
- > medicatie(schema).

Indien een (voorlopige) ontslagbrief aanwezig was, werd nagegaan of die effectief naar de huisarts werd verzonden.

6.5.3 Vaststellingen

88 van de 89 afdelingen (99%) hadden afspraken om de huisarts op de hoogte te brengen van de opname.

Er werden 438 dossiers gecontroleerd van patiënten die minimum één maand opgenomen waren op de afdeling. In 23 dossiers werd vermeld dat er geen huisarts was of dat er een weigering was om informatie te delen met de huisarts.

Tabel 6.12: Vaststellingen opnamebericht aan huisarts

	Aantal in orde
Dossiers met huisarts op de hoogte gebracht van de opname (enkel berekend op de dossiers met huisarts en zonder weigering om informatie te delen)	366/415 (88%)

In 88% van de gecontroleerde dossiers werd gevonden dat de huisarts op de hoogte gebracht werd van de opname.

Er werden 476 dossiers gecontroleerd van patiënten die minstens een week voor inspectie op ontslag gingen.

Tabel 6.13: Vaststellingen (voorlopige) ontslagbrieven

	Aantal in orde
Dossiers met een (voorlopige) ontslagbrief	386/476 (81%)
Met vermelding van de periode van begeleiding	367/386 (95%)
Met een probleemomschrijving	345/386 (89%)
Met een beschrijving van de evolutie / verloop van het traject	302/386 (78%)
Met informatie over de nodige nazorg / verdere verwijzing (continuïteit van zorg)	294/386 (76%)
Met informatie over medicatie of een medicatieschema	378/386 (98%)
Alle gecontroleerde info	260/386 (67%)
Met een verstuurd (voorlopige) ontslagbrief aan de huisarts (enkel berekend op de dossiers met een (voorlopige) ontslagbrief, met huisarts en zonder weigering om informatie te delen)	299/370 (81%)

In 81% van alle gecontroleerde dossiers werd een (voorlopige) ontslagbrief aangetroffen. Van die ontslagbrieven werd 81% aantoonbaar verstuurd naar de huisarts.

In 67% van alle gecontroleerde ontslagbrieven werd alle gecontroleerde informatie gevonden. De meest voorkomende informatie in de ontslagbrieven was respectievelijk: informatie over medicatie of een medicatieschema (98%), de periode van de begeleiding (95%) en een probleemomschrijving (89%). Minder vaak werd een beschrijving van de evolutie / verloop van het traject (78%) en informatie over de nodige nazorg / verdere verwijzing (76%) gevonden.

Inbreuken op campusniveau – Communicatie met de huisarts	Aantal campussen met inbreuk
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd gevonden dat de huisarts op de hoogte werd gebracht van de opname	7/41*
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd een (voorlopige) ontslagbrief gevonden	14/42
In < 80% van de gecontroleerde (voorlopige) ontslagbrieven was er informatie over medicatie of een medicatieschema aanwezig	1/41*

* Wanneer er in de gecontroleerde dossiers geen 80% werd gehaald, werd een inbreuk geformuleerd. Deze beoordeling gebeurde alleen als er minimum vijf dossiers werden bekeken, waardoor de noemer varieert.

6.6 BETROKKENHEID CONTEXT

6.6.1 Achtergrond

Het referentiekader verwacht dat de patiënt actief wordt betrokken bij het opstellen en evalueren van het behandelplan waarbij rekening gehouden wordt met zijn autonomie en keuzevrijheid. Ook de familie wordt betrokken bij de behandeling.

6.6.2 Werkwijze

Op de afdelingen werd, in dossiers van patiënten die minimum één maand opgenomen waren op de afdeling, gezocht naar notities van gesprekken met de context. Familie of andere relevante personen uit de omgeving van de patiënt werden beschouwd als betrokken context. Omwille van praktische haalbaarheid zocht Zorginspectie deze betrokkenheid in de voorbije vier weken. Hoewel dit geen verwachting is, werd dit meegenomen om een beeld te krijgen van de gangbare praktijk in de sector.

Daarnaast werd aan een aantal patiënten gevraagd of de context betrokken werd. Patiënten die verklaarden dat de betrokkenheid van de context ongewenst was of dat ze geen context hadden, werden uitgesloten.

6.6.3 Vaststellingen

Er werden 454 dossiers gecontroleerd van patiënten die minimum één maand opgenomen waren op de afdeling. In 52 patiëntendossiers werd vermeld dat het niet mogelijk/aangewezen was om de context te betrekken.

Tabel 6.15: Vaststellingen gesprekken met de context in de voorbije 4 weken

	Aantal in orde
Dossiers met notities van gesprekken met de context in de voorbije 4 weken (enkel berekend op dossiers zonder aantoonbare reden om context niet te betrekken)	212/402 (53%)

In 53% van de gecontroleerde dossiers konden notities van gesprekken met de context in de voorbije vier weken aangetoond worden.

Patiëntenbevraging

- 238 van de 287 patiënten (83%), bij wie het betrekken van de context mogelijk/aangewezen was, gaven aan dat de context betrokken werd tijdens de opname.
- 2 van de 287 patiënten verklaarden dat ze zich niet meer herinnerden of de context betrokken werd.
- 117 van de 282 patiënten (41%), bij wie het betrekken van de context mogelijk/aangewezen was, gaven aan dat er een gesprek was tussen de context en de psychiater.
- 9 van de 282 patiënten verklaarden dat ze zich niet meer herinnerden of er een gesprek was tussen de context en de psychiater.

6.7 CONCLUSIE EN REFLECTIE

Wat betreft de **toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens** werkten de meeste afdelingen met een volledig elektronisch patiëntendossier. Geen enkele afdeling gebruikte een volledig papieren patiëntendossier.

Op nagenoeg alle afdelingen waren de gecontroleerde dossieronderdelen toegankelijk voor alle zorgverleners. Toegankelijkheid van de noodzakelijke informatie in het patiëntendossier door andere teamleden is vanuit het oogpunt van continuïteit van zorg belangrijk. Een geïntegreerd multidisciplinair zorgdossier vergemakkelijkt informatiedeling en afstemming binnen het team van zorgverleners en vormt zo mee de basis voor een goede kwaliteit van zorg.

De beschikbaarheid van zorggegevens scoorde op alle gecontroleerde items meer dan 80%, behalve voor het item "informatie of de patiënt al dan niet minderjarige kinderen heeft of zorg draagt voor minderjarige kinderen" (72% van de dossiers in orde) wat voor 43% van de campussen een inbreuk opleverde. De eerste stap van de Kindreflex, die stelt dat er aan de zorggebruiker gevraagd moet worden of hij/zij zorg draagt voor minderjarige kinderen, verdient meer aandacht en een duidelijke neerslag in het patiëntendossier. Volgens de Kindreflex is dit om volgende redenen van belang:

- > Vlaanderen telt heel wat kinderen die opgroeien bij een ouder met psychische problemen, wat negatieve gevolgen kan hebben voor hun welbevinden.
- > Zorggebruikers met kinderen voelen zich in de geestelijke gezondheidszorg niet altijd even goed ondersteund in hun rol als ouder.
- > Kindermishandeling heeft verreikende gevolgen op de gezondheid en het welbevinden van kinderen.
- > Verontrusting wordt doorgaans opgespoord door hulpverleners die in contact komen met de kinderen zelf.

Regelmatige afstemming binnen het zorgverlenend team over de gezondheidsinformatie en de behandeling van de patiënt is noodzakelijk en een **multidisciplinaire patiëntenbespreking** is daarvoor cruciaal. In de meeste dossiers werd een multidisciplinaire bespreking gevonden in de voorbije 8 weken. In ongeveer driekwart van de dossiers werd deze gevonden in de voorbije 4 weken. Bij gebrek aan een concrete verwachting in het referentiekader over de minimale frequentie van een multidisciplinaire bespreking werd

de verwachting door Zorginspectie geoperationaliseerd als zijnde minstens één multidisciplinaire bespreking per patiënt in een periode van 8 weken. Uit bevraging blijkt een grote variatie betreffende de afspraken omtrent multidisciplinaire patiëntenbesprekingen. Het lijkt aangewezen om in het referentiekader de minimale verwachtingen rond frequentie van multidisciplinaire besprekingen te concretiseren, eventueel gedifferentieerd volgens doelgroep en soort zorg.

De betrokkenheid van de patiënt bij de meest recente bespreking van het behandelplan kon in meer dan 80% van de dossiers worden aangetoond. Meestal wordt de patiënt betrokken bij de voorbereiding en/of terugkoppeling. In mindere mate kon de aanwezigheid van de patiënt op de multidisciplinaire bespreking worden aangetoond. Vanuit het standpunt van zowel gemeenschappelijke besluitvorming als patiënt-georiënteerde zorg zou de aanwezigheid van de patiënt een meerwaarde kunnen zijn. Hierdoor krijgen patiënten een gelijkwaardige stem, worden besluiten gezamenlijk genomen en worden patiënten actief betrokken bij hun behandeling.

In het referentiekader zijn geen concrete verwachtingen rond minimale verwachte frequentie van individuele **gesprekken met zorgverleners** (psychiater/psycholoog) beschreven. De gecoördineerde wet op de ziekenhuizen bepaalt wel dat de arts dagelijks zijn ziekenbezoek aflegt.

Gesprekken met de psychiater moeten, volgens het referentiekader, deel uitmaken van het behandelplan. Uit de dossiercontrole blijkt dat er in 24% van de dossiers geen notitie van een individueel gesprek met een psychiater in de voorbije vier weken te vinden was. Voor 45% van alle campussen werd dit ook als inbreuk gescoord. In minder dan 10% van de dossiers werd een notitie van een wekelijks individueel gesprek met een psychiater gevonden.

Uit de dossiercontrole blijkt dat er in 30% van de dossiers geen notitie van een individueel gesprek met een psycholoog in de voorbije vier weken te vinden was.

Op basis van deze resultaten lijkt het aangewezen dat de verwachtingen rond minimale frequentie van individuele gesprekken met zorgverleners (psychiater/psycholoog/...) in het referentiekader geconcretiseerd worden.

Er werd gekeken of er schriftelijke **communicatie met de huisarts** plaatsvond bij opname en na ontslag.

In meer dan 80% van de dossiers werd gevonden dat de huisarts op de hoogte gebracht werd van de opname. Voor een derde van de campussen werd een inbreuk geformuleerd door het ontbreken van een (voorlopige) ontslagbrief: hier is ruime verbetering mogelijk. Ook het effectief versturen van de ontslagbrieven is een aandachtspunt. Vanuit het oogpunt van continuïteit van zorg is het belangrijk dat de huisarts zo vlug mogelijk over actuele informatie beschikt. De taak van de huisarts evolueert namelijk meer en meer naar coördinator van de zorg en beheerder van de informatie betreffende het gezondheidsbeeld van de patiënt.

In nagenoeg alle ontslagbrieven werd informatie over medicatie gevonden. Daarnaast zocht Zorginspectie nog naar andere elementen in de (voorlopige) ontslagbrief die niet beschreven zijn in het referentiekader, namelijk: periode van begeleiding, probleemomschrijving, beschrijving van de evolutie van het traject en informatie over de nodige nazorg. Het valt hierbij op dat zowel een beschrijving van de evolutie van het traject als informatie over de nodige nazorg niet gevonden werden in meer dan 20% van de ontslagbrieven. Aangezien die elementen relevant zijn voor de huisarts is het aangewezen om de minimale inhoud van een (voorlopige) ontslagbrief te concretiseren in het referentiekader.

De [Multidisciplinaire Richtlijn 'betrekken van naasten'](#) benoemt verschillende redenen om de **betrokkenheid van de context** bij de zorg te vergroten.

“De hoofdredenen om naasten te betrekken houden verband met hoe er naar de zorggebruiker en zorg wordt gekeken, namelijk:

- > *De zorggebruiker is geen alleenstaand individu maar een persoon in een sociale context. Naasten vormen een vaste waarde in het dagelijks leven en men kan de zorggebruiker beter begrijpen vanuit zijn contextuele verbondenheid.*

- > *In de lijn van de vermaatschappelijking treedt een professional niet alleen op. Informele en formele zorg vormen een continuüm waarop de zorggebruiker zich beweegt. Bij psychische problemen zijn naasten dan ook vaak de eerste zorgverleners, maar kan op een gegeven moment de ondersteuning van de hulpverlening worden ingeroepen. Dit gebeurt zoveel mogelijk in samenspraak met de naasten en de professional houdt rekening met de aanwezige naasten en hun draagkracht.”*

In meer dan de helft van de gecontroleerde dossiers konden notities van gesprekken met de context in de voorbije vier weken aangetoond worden.

7 MEDICATIE

7.1 BEZOCHTE AFDELINGEN

Voor het thema “medicatie” werden 86 afdelingen bezocht op 40 campussen van 31 ziekenhuizen. Op 2 campussen (met enkel dagbehandeling) van 2 ziekenhuizen werd geen medicatie verstrekt waardoor het thema “medicatie” niet gecontroleerd werd. Op 6 afdelingen werd 1 leefgroep geselecteerd aangezien de afdeling uit meerdere leefgroepen met een verschillende werking bestond.

Van de bezochte afdelingen waren er:

- > 36 open afdelingen: patiënten kunnen steeds de afdeling verlaten als ze dat willen;
- > 41 gesloten afdelingen: patiënten kunnen niet op eigen initiatief of zonder toestemming de afdeling verlaten;
- > 9 deels open en deels gesloten afdelingen.

Tabel 7.1: Aanbod bezochte afdelingen

Aanbod bezochte afdelingen	Aantal afdelingen
Enkel residentiële zorg	47
Residentiële zorg en dagbehandeling	26
Residentiële zorg en nachtbehandeling	1
Residentiële zorg en dag- en nachtbehandeling	10
Enkel dagbehandeling	1
Enkel nachtbehandeling	1

Tabel 7.2: Leeftijdscategorieën bezochte afdelingen

Leeftijdscategorieën bezochte afdelingen	Aantal afdelingen
Enkel minderjarigen	5
Minderjarigen en volwassenen	4
Minderjarigen, volwassenen en ouderen	2
Enkel volwassenen	57
Volwassenen en ouderen	9
Enkel ouderen	9

7.2 MEDISCH ORDER/VOORSCHRIFT

7.2.1 Achtergrond

Volgens het referentiekader moet een medicatievoorschrift correct, actueel en volledig zijn. Een voorschrift is onvolledig als één van de volgende elementen ontbreekt of niet correct is:

- > patiëntenidentificatie (naam, voornaam en geboortedatum, of naam, voornaam en uniek patiëntnummer)
- > correcte naam van het geneesmiddel (merknaam of generische naam)
- > dosis van het geneesmiddel
- > bereidingswijze (indien van toepassing)
- > toedieningswijze van het geneesmiddel (als de vorm niet éénzijdig de toedieningswijze bepaalt of als de toedieningswijze niet duidelijk af te leiden is)
- > frequentie en/of tijdstip van toedienen van het geneesmiddel
- > begin- en stopdatum (indien van toepassing)
- > schriftelijke of elektronische aanduiding voor het stoppen van het geneesmiddel
- > naam en voornaam van de arts (voluit geschreven) of naam en uniek identificatienummer (ordnummer of RIZIV-nummer)
- > elektronische of schriftelijke handtekening van de voorschrijvende arts
- > datum van het voorschrift.

Daarnaast stelt het referentiekader volgende verwachtingen:

- > Medicatie wordt toegediend aan de hand van het medicatieschema, dat een onderdeel is van het patiëntendossier.
- > De verantwoordelijke verpleegkundige moet te allen tijde een algemeen overzicht hebben van het medicatieschema van zijn/haar patiënten.
- > Patiënten ontvangen informatie over ziekte, medicamenteuze behandeling (ook met betrekking tot neveneffecten en compliance), niet-medicamenteuze behandeling, alternatieven en preventie. Dat kan hetzij via informatiefolders, hetzij via psycho-educatie individueel of in groep.
- > Patiënten ontvangen informatie over hun medicatie (product en dosering). Ook alle wijzigingen worden met de patiënt besproken.

7.2.2 Werkwijze

Op de afdelingen werd gezocht naar het gevalideerd en volledig medisch order/voorschrift (naam van het geneesmiddel, sterkte, dosis per toediening en toedieningsfrequentie). Door een arts ondertekende medicatieschema's en door een arts elektronisch ingevoerde of gevalideerde medicatie(schema's) werden goedgekeurd. Staande orders met verwijzing ernaar in het patiëntendossier, gevalideerd door een arts, werden ook goedgekeurd.

Aan een aantal patiënten werd gevraagd of ze informatie over hun medicatie hadden gekregen.

7.2.3 Vaststellingen

Er werden 866 medische orders/voorschriften van geneesmiddelen gecontroleerd.

Tabel 7.3: Vaststellingen medische orders/voorschriften

Aantal in orde	
Ondertekend en volledig medisch order/voorschrift	862/866 (99,5%)

Een ondertekend en volledig medisch order/voorschrift werd voor 99,5% van de gecontroleerde geneesmiddelen gevonden.

Inbreuken op campusniveau – Medisch order/voorschrift	Aantal campussen met inbreuk
Bij < 80% van de gecontroleerde geneesmiddelen werd een ondertekend en volledig medisch order/voorschrift gevonden	0/40

Patiëntenbevraging

268 van de 287 (93%) patiënten die medicatie namen, gaven aan informatie te hebben gekregen over (de wijzigingen in) het medicatiebeleid.

- 178 van de 268 (66%) patiënten gaven aan schriftelijke informatie te hebben gekregen.
- 254 van de 268 (95%) patiënten gaven aan mondelinge informatie te hebben gekregen.

183 van de 250 (73%) patiënten die op weekend gingen, gaven aan dat ze een medicatieschema meekregen.

7.3 VOLLEDIGHEID GEGEVENS

7.3.1 Achtergrond

Met betrekking tot de gegevens op medicatie, stelt het referentiekader de volgende verwachtingen:

- > Alleen intacte verpakkingen (inclusief versneden blisters zonder lotnummer maar met vervaldatum, naam geneesmiddel en dosis) kunnen in circulatie worden gebracht.
- > Medicatie in bulkverpakking kan alleen worden gedistribueerd wanneer de verpakking de vermelding van de productnaam, dosis, vervaldatum en lotnummer bevat.
- > 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.
- > De vervaldatum is controleerbaar in de patiëntvoorraad op de afdeling.
- > Het opnieuw opbergen van een onvolledige pil in de originele verpakking is alleen 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 de volgende dag. De resterende onvolledige pil wordt bewaard in de blister of in een apart recipiënt, waarop de productnaam, dosis en vervaldatum zichtbaar zijn.

Volgens het referentiekader bevat de patiëntvoorraad op de afdeling een eenduidige identificatie van de patiënt (naam, voornaam en geboortedatum/dossiernummer).

Medicatie wordt op drie plaatsen bewaard:

1. voorraad 1: een voorraad per patiënt met de ongeopende blisters, flacons, flesjes: aan deze voorraad wordt de levering van de apotheek toegevoegd.
2. voorraad 2: een voorraad per patiënt waarin de geopende blisters, flacons en flesjes worden bewaard: in deze voorraad bevindt zich slechts één blister/flacon/flesje per voorgeschreven geneesmiddel. Indien een blister/flacon/flesje opgebruikt is, wordt er één 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, kunnen de voorraden 1 en 2 worden samengevoegd.

7.3.2 Werkwijze

Op de afdelingen werden een aantal geneesmiddelen gecontroleerd op aanwezigheid van naam, sterkte en vervaldatum in de klaargezette medicatie of in de patiëntenvoorraad.

Daarnaast werd de klaargezette medicatie en de patiëntenvoorraad op deze afdelingen gecontroleerd op de aanwezigheid van een eenduidige identificatie van de patiënt. Op beide plaatsen moest de naam, voornaam en geboortedatum/dossiernummer van de patiënt te vinden zijn. Een recente gezichtsfoto werd eveneens goedgekeurd als een derde identicator.

7.3.3 Vaststellingen

Er werden 871 geneesmiddelen gecontroleerd in de klaargezette medicatie of in de patiëntenvoorraad.

Tabel 7.5: Vaststellingen gegevens op geneesmiddelen

		Aantal in orde
Geneesmiddelen met vermelding van naam		845/871 (97%)
Geneesmiddelen met vermelding van sterkte		853/871 (98%)
Geneesmiddelen met vermelding van vervaldatum		832/871 (96%)
	Zonder overschreden vervaldatum	831/832 (99,9%)
Geneesmiddelen met alle 3 de gegevens		824/871 (95%)

De naam, sterkte en vervaldatum waren op respectievelijk 97%, 98% en 96% van de gecontroleerde geneesmiddelen vermeld. Voor één geneesmiddel met vervaldatum was deze overschreden. Voor 95% van de gecontroleerde geneesmiddelen werd zowel de naam, sterkte als vervaldatum gevonden.

Er werden 17 geneesmiddelen gevonden zonder enige aanduiding van naam, sterkte en vervaldatum.

De eenduidige identificatie van de patiënt werd gecontroleerd in de klaargezette medicatie en in de patiëntenvoorraad van 436 patiënten.

Tabel 7.6: Vaststellingen eenduidige identificatie van de patiënt

	Aantal in orde
Eenduidige identificatie van de patiënt in de klaargezette medicatie en in de patiëntenvoorraad	364/436 (83%)
Eenduidige identificatie van de patiënt in de klaargezette medicatie	387/436 (89%)
Eenduidige identificatie van de patiënt in de patiëntenvoorraad	377/436 (86%)

In 83% van de gecontroleerde klaargezette medicatie en patiëntenvoorraad werd een eenduidige identificatie van de patiënt gevonden bestaande uit naam, voornaam en geboortedatum/dossiernummer/recente gezichtsfoto.

Bij respectievelijk 89% van de klaargezette medicatie en 86% van de gecontroleerde patiëntenvoorraad werd een eenduidige identificatie van de patiënt aangetroffen.

Inbreuken op campusniveau – Volledigheid gegevens	Aantal campussen met inbreuk
Er werd medicatie gevonden zonder enige aanduiding van naam, sterkte en vervaldatum en/of bij < 80% van de gecontroleerde geneesmiddelen in de klaargezette medicatie of in de voorraad werd alle gecontroleerde informatie (naam, sterkte en vervaldatum) gevonden	10/40
> Er werd medicatie gevonden zonder enige aanduiding van naam, sterkte en vervaldatum	9/40
> Bij < 80% van de gecontroleerde geneesmiddelen in de klaargezette medicatie of in de voorraad werd alle gecontroleerde informatie (naam, sterkte en vervaldatum) gevonden	3/40
In de gecontroleerde geneesmiddelen, in de klaargezette medicatie of in de voorraad werd vervallen medicatie gevonden	1/40
Bij < 80% van de gecontroleerde medicatievoorraden van patiënten (klaargezette medicatie en patiëntenvoorraad) werd een eenduidige identificatie van de patiënt gevonden	8/40

7.4 BEWARING MEDICATIE

7.4.1 Achtergrond

Het referentiekader stelt dat de geneesmiddelen bewaard moeten worden in een lokaal dat voor patiënten niet vrij toegankelijk is.

7.4.2 Werkwijze

Op de afdelingen werd gecontroleerd of elke medicatievoorraad beveiligd was voor patiënten.

7.4.3 Vaststellingen

Er werden 86 afdelingen gecontroleerd.

Tabel 7.8: Vaststellingen bewaring medicatie

	Aantal in orde
Afdelingen waar de medicatievoorraad niet vrij toegankelijk was voor patiënten	86/86 (100%)

Op geen enkele gecontroleerde afdeling was de medicatievoorraad vrij toegankelijk voor patiënten.

Inbreuken op campusniveau – Bewaring medicatie	Aantal campussen met inbreuk
Niet op alle bezochte afdelingen was de medicatievoorraad veilig bewaard voor patiënten	0/40

7.5 VERDOVENDE MIDDELEN

7.5.1 Achtergrond

Volgens het referentiekader moeten de nodige faciliteiten voorzien zijn om speciaal gereguleerde geneesmiddelen, zoals narcotica, afzonderlijk (= gescheiden van andere medicatie) en afgesloten te bewaren, zowel op de afdelingen als in de apotheek.

Daarnaast verwacht het referentiekader een stockregistratie op de afdelingen. Zo kan op ieder moment gecontroleerd worden hoeveel en welke geneesmiddelen in de stock aanwezig moeten zijn en voor welke patiënten deze medicatie gebruikt werd.

7.5.2 Werkwijze

Op de afdelingen werd gecontroleerd of de voorraad verdovende middelen afzonderlijk en afgesloten (= enkel toegankelijk voor artsen of verpleegkundigen) bewaard werd. Indien er op het moment van inspectie geen voorraad verdovende middelen aanwezig was, werd nagegaan of de nodige faciliteiten voorzien waren om die afzonderlijk en afgesloten te bewaren.

Voor de verdovende middelen aanwezig in de afdelings- en/of patiëntenvoorraad, werd de stockregistratie gecontroleerd.

7.5.3 Vaststellingen

De (faciliteiten voor de) bewaring van verdovende middelen werd op 86 afdelingen gecontroleerd.

Tabel 7.10: Vaststellingen bewaring verdovende middelen

	Aantal in orde
Afdelingen met (faciliteiten voor) afzonderlijke en afgesloten bewaring van verdovende middelen	61/86 (71%)
Afdelingen met (faciliteiten voor) afzonderlijke bewaring van verdovende middelen	81/86 (94%)
Afdelingen met (faciliteiten voor) afgesloten bewaring van verdovende middelen	66/86 (77%)

Op 71% van de gecontroleerde afdelingen werden de verdovende middelen afzonderlijk en afgesloten bewaard, of waren de benodigde faciliteiten aanwezig om dit te doen. Voor 23% van de afdelingen werd een probleem vastgesteld met betrekking tot de afgesloten bewaring. De afzonderlijke bewaring vormde een probleem op 6% van de afdelingen.

Volgens de gesprekspartners waren er op alle 86 afdelingen interne afspraken aanwezig om de volledigheid van de voorraad verdovende middelen te controleren.

De stockregistratie van verdovende middelen werd gecontroleerd voor 161 verdovende middelen op 63 afdelingen.

Tabel 7.11: Vaststellingen stockregistratie verdovende middelen

	Aantal in orde
Verdovende middelen met correcte stockregistratie	125/161 (78%)
Met correcte stockregistratie in de patiëntenvoorraad	101/133 (76%)
Met correcte stockregistratie in de afdelingsvoorraad	24/28 (86%)

Voor 78% van de verdovende middelen was er een correcte stockregistratie. 76% van de verdovende middelen van de patiëntenvoorraad en 86% van de afdelingsvoorraad hadden een correcte stockregistratie.

Inbreuken op campusniveau – Verdovende middelen	Aantal campussen met inbreuk
De verdovende middelen werden op minstens één afdeling van de campus niet afzonderlijk en afgesloten bewaard en/of de nodige faciliteiten waren hiertoe afwezig	18/40
Bij < 80% van de gecontroleerde verdovende middelen was er een correcte stockregistratie aanwezig	6/19*

* Wanneer er in de gecontroleerde steekproef geen 80% werd gehaald, werd een inbreuk geformuleerd. Deze beoordeling gebeurde alleen als er minimum vijf verdovende middelen werden bekeken, waardoor de noemer varieert.

7.6 MELDSYSTEEM MEDICATIE-INCIDENTEN

7.6.1 Achtergrond

Het referentiekader verwacht dat de registratie van medicatiefouten gebeurt binnen het algemene veiligheidsincidentenmeldingssysteem. Naast de registratie van de medicatiefouten gebeurt er ook een analyse van deze fouten. De afleverende apotheker wordt hierbij nauw betrokken. De resultaten van deze analyse worden teruggekoppeld (via jaarverslag, MFC, Q-handboek, dienstvergaderingen ...).

Het referentiekader verwacht ook dat er een structuur is die fouten en bijna-incidenten in verband met medicatiedistributie verzamelt, analyseert en verbeteracties voorstelt. De apotheker neemt hieraan actief deel. Na een regelmatige externe evaluatie van de werking van de apotheek en de medicatiedistributie in het ziekenhuis, moet kunnen aangetoond worden dat de benoemde knelpunten het voorwerp uitmaken van analyse en verbeteracties en dat die verbeteracties tot daadwerkelijke verbetering aanleiding gaven.

Volgende cijfergegevens moeten kunnen voorgelegd worden aan de inspectie:

- > aantal geregistreerde incidenten in verband met de medicatiedistributie in de apotheek
- > aantal geregistreerde incidenten in verband met de medicatiedistributie buiten de apotheek
- > aantal keer dat een grondige analyse aan de hand van een internationaal gevalideerde werkwijze (bv. SIRE, PRISMA, HFMEA) werd gemaakt van een gemeld incident het voorbije jaar.

Volgens het referentiekader moet het aantal medicatie-incidenten worden opgevolgd, geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.

7.6.2 Werkwijze

Er werd gecontroleerd of er een meldsysteem voor medicatie-incidenten was.

Op campusniveau en voor de bezochte afdelingen werd het aantal geregistreerde medicatie-incidenten opgevraagd. Voor inspecties tot en met maart 2024 waren dit de cijfers van 2022; vanaf 1 april 2024 werden de cijfers van 2023 gebruikt. Zorginspectie koos ervoor om na te gaan of kon aangetoond worden dat de cijfergegevens op verschillende niveaus (bestuursorgaan, directie en afdeling) werden besproken. Op afdelingsniveau werd dit goedgekeurd zodra dit voor minstens één afdeling kon aangetoond worden. Ook de analyses van de medicatie-incidenten werden nagekeken.

7.6.3 Vaststellingen

Op 40 campussen werd gecontroleerd of er een meldsysteem voor medicatie-incidenten was.

Tabel 7.13: Vaststellingen meldsysteem medicatie-incidenten

	Aantal in orde
Campussen met een (elektronisch) meldsysteem voor medicatie-incidenten	40/40 (100%)
Geïntegreerd in het algemeen incidentmeldsysteem	40/40 (100%)
Met mogelijkheid om anoniem te melden	37/40 (93%)
Met zicht op het aantal geregistreerde medicatie-incidenten	40/40 (100%)

Alle campussen beschikten over een (elektronisch) meldsysteem voor medicatie-incidenten dat geïntegreerd was in het algemeen meldsysteem. In 93% van de campussen was het mogelijk om anoniem te melden. Elke campus had zicht op het aantal geregistreerde medicatie-incidenten.

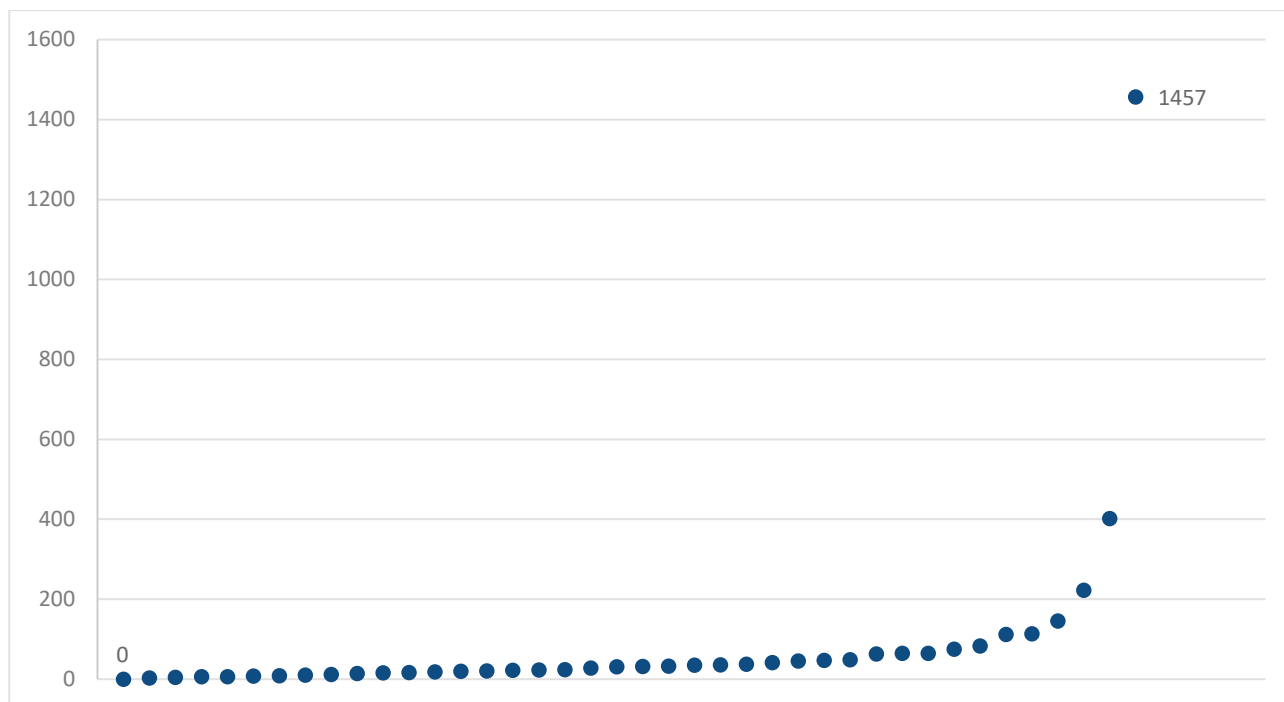
Het aantal geregistreerde (medicatie-)incidenten en geanalyseerde medicatie-incidenten werd op campusniveau opgevraagd.

Tabel 7.14: Vaststellingen registratie en analyse (medicatie-)incidenten

Aantal geregistreerde incidenten (periode: 2022 of 2023)	Aantal geregistreerde medicatie-incidenten (periode: 2022 of 2023)	Totaal aantal geanalyseerde medicatie-incidenten (periode: 2022 of 2023)
26.717	3.456	2.044 (59%)

In totaal werden 26.717 incidenten geregistreerd waarvan 3.456 medicatie-incidenten. Van deze medicatie-incidenten werd 59% aantoonbaar geanalyseerd.

Figuur 7.1: Aantal geregistreerde medicatie-incidenten per campus (periode 2022 of 2023)



Er werd een grote variatie vastgesteld in het aantal geregistreerde medicatie-incidenten per campus, gaande van 0 meldingen (op 1 campus bestaande uit 1 afdeling) tot 1.457 meldingen (op 1 campus bestaande uit 6 afdelingen).

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

Tabel 7.15: Vaststellingen bespreking cijfergegevens

	Aantal in orde
Campussen met bespreking op het niveau van het bestuursorgaan	26/40 (65%)
Campussen met bespreking op het niveau van de directie	38/40 (95%)
Campussen met bespreking op het niveau van de afdelingen	26/40 (65%)
Campussen met bespreking op de drie niveaus	19/40 (48%)

Zowel op het niveau van het bestuursorgaan als op afdelingsniveau werden de gegevens in 65% van de campussen besproken. Op directieniveau werden deze gegevens in 95% van de campussen besproken. Bij 48% van de campussen was er een bespreking op de drie niveaus.

Inbreuken op campusniveau – Meldsysteem medicatie-incidenten	Aantal campussen met inbreuk
Er was geen meldsysteem voor medicatie-incidenten	0/40
De campus had geen zicht op het aantal geregistreerde medicatie-incidenten	0/40

7.7 CONCLUSIE EN REFLECTIE

Voor nagenoeg alle gecontroleerde geneesmiddelen werd een ondertekend en volledig **medisch order/voorschrift** gevonden.

Op het vlak van **volledigheid van gegevens** werden zowel de gegevens op de medicatie als de eenduidige patiëntenidentificatie geïnspecteerd.

Om een zorgvuldige controle van geneesmiddelen te waarborgen, is het van belang dat zowel naam, sterkte als vervaldatum identificeerbaar zijn tot op het moment van toediening. Voor nagenoeg alle geneesmiddelen werd zowel de naam, sterkte als vervaldatum gevonden. Toch waren er 17 geneesmiddelen (van de 871) zonder enige aanduiding van naam, sterkte en vervaldatum. Er werd voor een kwart van de geïnspecteerde campussen hiervoor een inbreuk vastgesteld. Voor één geneesmiddel met vervaldatum was deze overschreden.

Een eenduidige patiëntenidentificatie draagt bij aan veilige zorg omdat daardoor de kans op medicatiefouten verkleint. In een vijfde van de campussen was er in minder dan 80% van de patiëntenvoorraden én de klaargezette medicatie samen een eenduidige identificatie van de patiënt. Daarvoor werd bijgevolg een inbreuk genoteerd.

Er wordt verwacht dat de **bewaring van medicatie** veilig gebeurt en niet toegankelijk is voor patiënten. Dat was het geval op alle bezochte afdelingen.

De **verdovende middelen** moeten altijd afgesloten én afzonderlijk van andere medicatie bewaard worden. Voor bijna de helft van de campussen werd een inbreuk genoteerd. Voornamelijk bij de afgesloten bewaring werden problemen vastgesteld. Daarnaast kon er voor bijna een kwart van de verdovende middelen op het moment van inspectie geen correcte stockregistratie aangetoond worden. Zowel een zorgvuldige bewaring als een correcte stockregistratie kunnen de kans op misbruik en fouten reduceren.

Voorzieningen kunnen leren van incidentmeldingen en de analyse ervan. Dit draagt bij aan het continu verbeteren van de patiëntveiligheid en de optimalisatie van processen.

Alle campussen beschikten over een **meldsysteem voor medicatie-incidenten** waarbij meestal de mogelijkheid was voorzien om een anonieme melding te doen.

Het bespreken van incidenten op verschillende niveaus benadrukt het belang van patiëntveiligheid binnen de organisatie en kan bijdragen tot het uitbouwen van een veilige meldcultuur. De betrokkenheid van de medewerkers en de transparantie binnen de organisatie worden vergroot door incidenten te bespreken op de afdelingen. Hierdoor kunnen medewerkers ook aangemoedigd worden om vaker te melden.

Op nagenoeg de helft van de campussen werden de cijfergegevens betreffende (medicatie-)incidenten besproken op drie niveaus (bestuurs-, directie- en afdelingsniveau).

8 PATIËNTENRECHTEN EN OMBUDSFUNCTIE

8.1 INZAGE EN AFSCHRIFT VAN HET DOSSIER

8.1.1 Achtergrond

Het recht op inzage en afschrift van het dossier staat beschreven in de wet op de patiëntenrechten. De oorspronkelijke wet van 22 augustus 2002 werd in de loop van deze inspectieronde, namelijk op 6 februari 2024, gewijzigd en zorgde voor enkele belangrijke veranderingen. Zo geeft de vernieuwde wet de patiënten inzage-recht in hun volledige dossier, met uitzondering van gegevens over derden. Voorheen konden persoonlijke notities van zorgverleners uitgesloten worden van het recht op inzage.

Zorginspectie vond het belangrijk om de voorzieningen die geïmpacteerd werden door deze wetswijziging enige tijd te geven alvorens hierop te inspecteren. Daarom paste Zorginspectie vanaf maart 2024 de inspectiemethodiek en individuele verslaggeving aan door de volgende elementen uit de inspectieverslagen te schrappen, terwijl ze voorheen wel beoordeeld werden:

- > Alleen persoonlijke notities of elementen over derden kunnen onttrokken worden aan het recht op inzage/afschrift.
- > Wanneer de vertrouwenspersoon van de patiënt een beroepsbeoefenaar is, worden de persoonlijke notities niet onttrokken aan het recht op inzage/afschrift.

Gelet op deze wetswijziging, worden in dit beleidsrapport alleen vaststellingen beschreven over de aspecten die onveranderd bleven, namelijk:

- > De patiënt heeft recht op inzage in het hem betreffend 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.
- > De patiënt kan (mondeling of schriftelijk) aan de beroepsbeoefenaar vragen om rechtstreeks zijn/haar patiëntendossier in te kijken.
- > 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.

8.1.2 Werkwijze

Tijdens de inspecties werd nagegaan of de campus beschikt over procedures rond inzage en afschrift van het dossier.

Die procedures werden gecontroleerd op bovenstaande elementen uit de wet betreffende de rechten van de patiënt.

Aan een aantal patiënten werd gevraagd of ze informatie kregen over deze patiëntenrechten.

8.1.3 Vaststellingen

De procedures rond inzage en afschrift van het dossier werden op 42 campussen gecontroleerd.

Tabel 8.1: Vaststellingen procedures inzage en afschrift van het dossier

Aantal in orde	
Campussen met procedure over inzage in het dossier	42/42 (100%)
Met vraag tot inzage zowel mondeling als schriftelijk mogelijk	36/42 (86%)
Met termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het dossier niet langer dan 15 dagen	41/42 (98%)
Campussen met procedure over afschrift van het dossier	42/42 (100%)
Met vraag voor afschrift zowel mondeling als schriftelijk mogelijk	32/42 (76%)
Met termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het dossier niet langer dan 15 dagen	40/42 (95%)
Met minstens het eerste afschrift gratis	36/42 (86%)

Alle campussen beschikten over procedures voor inzage en afschrift van het dossier.

- > De mogelijkheid om zowel mondeling als schriftelijk inzage in het dossier te vragen, stond in 86% van de procedures vermeld. In 4 procedures werd alleen de mogelijkheid tot schriftelijke vraag vermeld en in 2 procedures werd niet vermeld op welke manier de inzage kon aangevraagd worden.
- > In 76% van de procedures betreffende het afschrift van het dossier werd de mogelijkheid vermeld om zowel mondeling als schriftelijk een afschrift van het dossier te vragen. In 7 procedures werd alleen de mogelijkheid tot schriftelijke vraag vermeld. In 3 procedures werd niet vermeld op welke manier het afschrift kon aangevraagd worden.

De termijn tussen ontvangst van het verzoek en het voorleggen van het dossier mag maximaal 15 dagen zijn. Deze verwachting werd in respectievelijk 98% (inzage) en 95% (afschrift) van de procedures gevonden. Daarnaast vermeldde 86% van de procedures met betrekking tot afschrift van het dossier dat minstens het eerste afschrift kosteloos wordt verstrekt.

Inbreuken op campusniveau – Inzage en afschrift van het dossier	Aantal campussen met inbreuk
De procedure rond inzage in het dossier was niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving	6/42
De procedure rond afschrift van het dossier was niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving	13/42

Patiëntenbevraging

137 van de 339 patiënten (40%) gaven aan dat ze informatie gekregen hebben betreffende inzage in het dossier.

- 23 van de 137 patiënten (17%) gaven aan dat ze hierover alleen schriftelijke informatie kregen.
- 52 van de 137 patiënten (38%) gaven aan dat ze hierover alleen mondelinge informatie kregen.
- 62 van de 137 patiënten (45%) gaven aan dat ze hierover zowel mondelinge als schriftelijke informatie kregen.

45 van de 339 patiënten (13%) gaven aan dat ze zich niet meer herinnerden of ze hierover geïnformeerd werden.

64 van de 339 patiënten (19%) gaven aan dat ze informatie gekregen hebben betreffende het afschrift van het dossier.

- 13 van de 64 patiënten (20%) gaven aan dat ze hierover alleen schriftelijke informatie kregen.
- 26 van de 64 patiënten (41%) gaven aan dat ze hierover alleen mondelinge informatie kregen.
- 25 van de 64 patiënten (39%) gaven aan dat ze hierover zowel mondelinge als schriftelijke informatie kregen.

56 van de 339 patiënten (17%) gaven aan dat ze zich niet meer herinnerden of ze hierover geïnformeerd werden.

8.2 KLACHTRECHT

8.2.1 Achtergrond

Het referentiekader verwacht dat de patiënt zowel mondeling als schriftelijk een klacht kan indienen bij de ombudspersoon en dat de klachtenprocedure breed wordt gecommuniceerd:

- > aan eigen medewerkers (medische diensthoofden, hoofdverpleegkundigen, verantwoordelijken en zorgverleners)
- > via inscholingsprogramma's en documentatie voor nieuwe personeelsleden
- > op de website.

De patiëntenrechtenwet stelt dat de patiënt het recht heeft om een klacht, in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet, neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie.

8.2.2 Werkwijze

Er werd nagegaan of de campus beschikt over een procedure rond het indienen van klachten. In die klachtprocedure werd nagekeken of klachten zowel mondeling als schriftelijk geuit kunnen worden.

Aan een aantal patiënten werd gevraagd of ze informatie kregen rond de mogelijkheden betreffende het indienen van een klacht.

8.2.3 Vaststellingen

De procedure rond het indienen van klachten werd op 42 campussen gecontroleerd.

Tabel 8.3: Vaststellingen procedures rond het indienen van klachten

	Aantal in orde
Campussen met procedure rond het indienen van klachten	42/42 (100%)
Met vermelding dat een klacht mondeling kan worden ingediend	41/42 (98%)
Met vermelding dat een klacht schriftelijk kan worden ingediend	41/42 (98%)

Alle campussen hadden een procedure voor het indienen van klachten. Op één campus was de procedure niet conform de verwachtingen omdat er niet werd vermeld hoe een klacht kan worden ingediend.

Inbreuken op campusniveau – Klachtrecht	Aantal campussen met inbreuk
De klachtenprocedure vermeldde niet dat klachten zowel mondeling als schriftelijk kunnen worden ingediend	1/42

Patiëntenbevraging

243 van de 339 patiënten (72%) gaven aan dat ze informatie gekregen hebben betreffende de mogelijkheden om een klacht in te dienen.

- 80 van de 243 patiënten (33%) gaven aan dat ze hierover alleen schriftelijke informatie gekregen hebben.
- 52 van de 243 patiënten (21%) gaven aan dat ze hierover alleen mondelinge informatie gekregen hebben.
- 111 van de 243 patiënten (46%) gaven aan dat ze hierover zowel mondelinge als schriftelijke informatie hebben gekregen.

23 van de 339 patiënten (7%) gaven aan dat ze zich niet meer herinnerden of ze hierover geïnformeerd werden.

8.3 TOEGANKELIJKHEID OMBUDSFUNCTIE

8.3.1 Achtergrond

Het referentiekader verwacht dat de ombudsfunctie over een gespreksruimte beschikt die gemakkelijk te vinden is (duidelijke bewegwijzering vanuit de inkomhal of andere affichering).

Verder moet de ombudspersoon direct bereikbaar zijn, zowel persoonlijk, telefonisch als per e-mail.

Concreet moet er op elke afdeling een affiche met contactgegevens van de ombudspersoon hangen.

Daarnaast moeten patiënten vragen en klachten kunnen deponeren in een brievenbus. Ook op gesloten afdelingen is een dergelijke brievenbus beschikbaar. Deze brievenbussen worden alleen door de ombudspersoon geledigd.

8.3.2 Werkwijze

Betreffende de toegankelijkheid van de ombudsfunctie werden volgende verwachtingen nagegaan:

- > een gemakkelijk te vinden gesprekslokaal voor de ombudspersoon
- > affiches met contactgegevens (e-mailadres en telefoonnummer) van de ombudspersoon op alle bezochte afdelingen voor de thema's "behandeling" en "medicatie" én op alle (overige) gesloten afdelingen
- > een algemeen toegankelijke brievenbus voor de ombudspersoon op de campus
- > een brievenbus voor de ombudspersoon op alle gesloten afdelingen.

Aan een aantal patiënten werd gevraagd of ze wisten hoe ze de ombudspersoon kunnen contacteren.

8.3.3 Vaststellingen

De toegankelijkheid van de ombudsfunctie werd gecontroleerd op 220 afdelingen (waarvan 128 gesloten afdelingen) verspreid over 42 campussen.

Tabel 8.5: Vaststellingen toegankelijkheid ombudsfunctie

	Aantal in orde
Campussen met gesprekslokaal voor de ombudspersoon dat gemakkelijk te vinden was	21/42 (50%)
Campussen met affiche met contactgegevens van de ombudspersoon op alle bezochte afdelingen én op alle gesloten afdelingen	30/42 (71%)
Campussen met algemeen toegankelijke brievenbus voor de ombudspersoon op de campus	34/42 (81%)
Campussen met brievenbus voor de ombudspersoon op alle gesloten afdelingen	18/42 (43%)

Een gesprekslokaal voor de ombudspersoon bleek gemakkelijk te vinden op 50% van alle campussen. Voor de 21 campussen die niet voldeden aan de verwachting, waren er 7 zonder gesprekslokaal en 14 waarbij dit niet gemakkelijk te vinden was.

Volgende vaststellingen werden gedaan op campusniveau:

- > 71% had een affiche op alle bezochte afdelingen
- > 81% had een algemeen toegankelijke brievenbus
- > 43% had een brievenbus op alle gesloten afdelingen.

Een affiche was aanwezig op 93% (205/220) van de bezochte afdelingen (inclusief gesloten afdelingen). Op afdelingsniveau werd op 66% (85/128) van alle gesloten afdelingen een brievenbus gevonden.

Inbreuken op campusniveau – Toegankelijkheid ombudsfunctie	Aantal campussen met inbreuk
Er werden knelpunten vastgesteld betreffende de toegankelijkheid tot de ombudsfunctie	30/42

Patiëntenbevraging

236 van de 339 patiënten (70%) gaven aan te weten hoe ze de ombudspersoon kunnen contacteren.

- 114 van de 236 patiënten (48%) gaven aan dat ze hierover alleen schriftelijk geïnformeerd werden.
- 39 van de 236 patiënten (17%) gaven aan dat ze hierover alleen mondeling geïnformeerd werden.
- 83 van de 236 patiënten (35%) gaven aan dat ze hierover zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd werden.

15 patiënten gaven aan dat ze zich niet meer herinnerden of ze hierover geïnformeerd werden.

8.4 CONCLUSIE EN REFLECTIE

De wet betreffende de rechten van de patiënt garandeert sinds 2002 een reeks basisrechten voor iedere zorggebruiker. Dit zorgt voor duidelijke verwachtingen tussen patiënt en zorgverlener. Zoals reeds eerder vermeld in dit beleidsrapport (onder 8.1.1 Achtergrond), werd deze wet in 2024 aangepast. Zorginspectie controleerde voor een aantal elementen uit deze regelgeving de mate van naleving in de praktijk.

Alle campussen hadden procedures voor **inzage en afschrift van het dossier**.

Bij meer dan 80% van de campussen bevatte de procedure rond inzage alle gecontroleerde aspecten. Betreffende het afschrift van het dossier was de score beduidend lager: 69% van de campussen had een procedure die volledig voldeed voor de gecontroleerde elementen. Dit resultaat werd voornamelijk veroorzaakt doordat in een kwart van de procedures de patiënt niet de mogelijkheid had om de vraag tot afschrift zowel mondeling als schriftelijk te stellen. Meestal kon de patiënt alleen schriftelijk de vraag tot afschrift stellen.

Elke campus had een uitgeschreven intern beleid betreffende het klachtrecht van patiënten. Nagenoeg alle procedures vermeldden dat een klacht zowel mondeling als schriftelijk kon worden geuit.

De meeste inbreuken werden geformuleerd over de **toegankelijkheid van de ombudsfunctie**. Dit kan deels verklaard worden door het feit dat er aan meerdere verwachtingen voldaan moest worden.

Meer dan de helft van de campussen voldeed niet aan de verwachting dat er op alle gesloten afdelingen een brievenbus moest zijn. Op exact de helft van de campussen was er geen gesprekslokaal (dat gemakkelijk te vinden was).

Tijdens het inspectietraject werd Zorginspectie meermaals geconfronteerd met vragen over het belang van brievenbussen voor de ombudspersoon. Het lijkt aangewezen dat de overheid samen met de sector en andere betrokken partijen nadenkt over hoe de toegankelijkheid tot de ombudsfunctie in de toekomst gegarandeerd kan blijven.

Een aanzienlijk deel van de bevroegde patiënten verklaart dat ze geen informatie kregen over patiëntenrechten. Een beperkter deel gaf aan zich niet meer te herinneren deze informatie gekregen te hebben. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat die informatie vaak verstrekt wordt tijdens de intake of bij de opname, terwijl patiënten al heel wat informatie te verwerken hebben op die momenten. Het kan daarom aangewezen zijn die informatie later in het traject te herhalen.

9 OVERZICHT INBREUKEN

Verspreid doorheen dit beleidsrapport werd al aangegeven in hoeveel campussen van psychiatrische ziekenhuizen elk van de 27 inbreuken werd vastgesteld. In dit hoofdstuk wordt die informatie samengebracht in één overzichtelijke tabel.

Tabel 9.1: Overzicht inbreuken

Inbreuk	Aantal campussen met inbreuk
Niet alle gecontroleerde dossieronderdelen zijn toegankelijk voor de betrokken teamleden	1/42 (2%)
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over (de identificatiegegevens van) de huisarts (enkel berekend op de dossiers met huisarts en zonder weigering om informatie te delen)	1/42 (2%)
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over (de identificatiegegevens van) de verwijzer (enkel berekend op de dossiers met verwijzing)	1/41* (2%)
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over de hulpvraag van de patiënt	0/42 (0%)
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over medicatiegebruik vóór opname	5/42 (12%)
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over middelengebruik (enkel berekend op de dossiers van +12-jarigen)	6/41* (15%)
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over allergieën	8/42 (19%)
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over minderjarige kinderen (enkel berekend op de dossiers van patiënten tussen 18 en 75 jaar)	16/37* (43%)
In < 80% van de gecontroleerde dossiers kon een multidisciplinaire bespreking aangetoond worden met minstens 3 disciplines aantoonbaar aanwezig in de voorbije 8 weken.	4/40* (10%)
In < 80% van de gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat (ouders van) de patiënt betrokken was/waren bij de meest recente multidisciplinaire bespreking van het behandelplan.	7/40* (18%)
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd een notitie over een individueel gesprek met een psychiater gevonden in de voorbije 4 weken	19/42 (45%)
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd gevonden dat de huisarts op de hoogte werd gebracht van de opname	7/41* (17%)
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd een (voorlopige) ontslagbrief gevonden	14/42 (33%)
In < 80% van de gecontroleerde (voorlopige) ontslagbrieven was er informatie over medicatie of een medicatieschema aanwezig	1/41* (2%)

Bij < 80% van de gecontroleerde geneesmiddelen werd een ondertekend en volledig medisch order/voorschrift gevonden	0/40 (0%)
Er werd medicatie gevonden zonder enige aanduiding van naam, sterkte en vervaldatum en/of bij < 80% van de gecontroleerde geneesmiddelen in de klaargezette medicatie of in de voorraad werd alle gecontroleerde informatie (naam, sterkte en vervaldatum) gevonden	10/40 (25%)
In de gecontroleerde geneesmiddelen, in de klaargezette medicatie of in de voorraad werd vervallen medicatie gevonden	1/40 (3%)
Bij < 80% van de gecontroleerde medicatievoorraden van patiënten (klaargezette medicatie en patiëntenvoorraad) werd een eenduidige identificatie van de patiënt gevonden	8/40 (20%)
Niet op alle bezochte afdelingen was de medicatievoorraad veilig bewaard voor patiënten	0/40 (0%)
De verdovende middelen werden op minstens één afdeling van de campus niet afzonderlijk en afgesloten bewaard en/of de nodige faciliteiten waren hiertoe afwezig	18/40 (45%)
Bij < 80% van de gecontroleerde verdovende middelen was er een correcte stockregistratie aanwezig	6/19* (32%)
Er was geen meldsysteem voor medicatie-incidenten	0/40 (0%)
De campus had geen zicht op het aantal geregistreerde medicatie-incidenten	0/40 (0%)
De procedure rond inzage in het dossier was niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving	6/42 (14%)
De procedure rond afschrift van het dossier was niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving	13/42 (31%)
De klachtenprocedure vermeldde niet dat klachten zowel mondeling als schriftelijk kunnen worden ingediend	1/42 (2%)
Er werden knelpunten vastgesteld betreffende de toegankelijkheid tot de ombudsfunctie	30/42 (71%)

* Wanneer er in de gecontroleerde steekproef geen 80% werd gehaald, werd een inbreuk geformuleerd. Deze beoordeling gebeurde alleen als er minimum vijf dossiers/verdovende middelen werden bekeken, waardoor de noemer varieert.