

DEPARTEMENT ZORG

Zorginspectie

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG: PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

INRICHTENDE MACHT

Naam	Groep Zorg H. Familie
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	vzw
Ondernemingsnummer	0414693113
Adres	Groeningepoort 4, 8500 Kortrijk

INSPECTIEPUNT

Naam	Psychiatrisch Ziekenhuis H. Familie
Adres	Groeningepoort 4, 8500 Kortrijk
Dossiernummer	528

UITBATINGSPLAATS

Naam	Kliniek Heilige Familie
Adres	Groeningepoort 4, 8500 Kortrijk

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	23/04/2024
Verslagnummer	ZI-2024-01372
Inspecteurs	Anja Claeys, Katelijn Stroo

INSPECTIEBEZOEK

Kliniek Heilige Familie

Onaangekondigde inspectie op 22/04/2024 (9:00-16:30)

Gesprekspartners: er werd gesproken met o.a. directieleden, stafmedewerkers, artsen, (hoofd)verpleegkundigen, paramedici en patiënten.

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	3
1.1	Toezicht door Zorginspectie	3
1.2	Inspectiemethodiek	4
1.3	Inspectieverslag	6
2	Behandeling	7
2.1	Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens	7
2.2	Multidisciplinaire patiëntenbespreking	9
2.3	Gesprekken met zorgverleners	12
2.4	Communicatie met de huisarts	14
2.5	Betrokkenheid context	16
2.6	Samenvatting resultaten behandeling	18
2.6.1	Zoals verwacht	18
2.6.2	Inbreuken	18
3	Medicatie	19
3.1	Medisch order	19
3.2	Volledigheid gegevens	20
3.3	Bewaring medicatie	22
3.4	Verdovende middelen	22
3.5	Meldsysteem medicatie-incidenten	23
3.6	Samenvatting resultaten medicatie	26
3.6.1	Zoals verwacht	26
3.6.2	Inbreuken	26
4	Patiëntenrechten en ombudsfunctie	27
4.1	Inzage en afschrift van het dossier	27
4.2	Klachtrecht	28
4.3	Toegankelijkheid ombudsfunctie	28
4.4	Samenvatting resultaten patiëntenrechten en ombudsfunctie	31
4.4.1	Zoals verwacht	31
4.4.2	Inbreuken	31

1 INLEIDING

1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

Situering Zorginspectie

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

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

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

Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

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

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

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

Hoe werkt Zorginspectie?

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

Bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen houdt Zorginspectie rekening met de privacy van alle betrokken partijen. Meer informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de Gegevensbeschermingsautoriteit: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

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

De definitieve inspectieverslagen worden actief ter beschikking gesteld en zijn te vinden via **Inspectieverslagen - Zorginspectie | Departement Zorg**.

Meer informatie is te vinden op onze website: www.zorginspectie.be.

1.2 INSPECTIEMETHODIEK

Situering

Voor het toezicht op de sector van de psychiatrische ziekenhuizen (PZ) werd sinds 2008 gewerkt met een audit-methodiek, op basis van een sectorspecifiek referentiekader. Tussen 2008 en 2014 werd zo'n organisatiebrede doorlichting in alle psychiatrische ziekenhuizen 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 wou Zorginspectie zich eerder richten naar ziekenhuizen die niet (onmiddellijk) zulke externe organisatiebrede doorlichting ambiëren. Vanaf 2018 werd in de 11 ziekenhuizen met (plannen tot) certificering een inspectie uitgevoerd om een ziekenhuisbreed zicht te krijgen op de kwaliteit van de effectief geleverde zorg op de werkvloer, 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 GGZ-sector in het vooruitzicht gesteld. Deze plannen werden nog niet verder geoperationaliseerd.

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 kiest Zorginspectie ervoor om in de PZ-sector een nieuwe inspectieronde uit te voeren.

Inspectieonderwerpen

Tijdens deze inspectieronde worden drie thema's gecontroleerd die een direct verband hebben met de kwaliteit van de zorg en/of de patiëntveiligheid, met name:

- behandeling;
- medicatie;
- patiëntenrechten en ombudsfunctie.

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

- Sinds juli 2021 lopen thematische inspecties m.b.t. suïcidepreventie in voorzieningen met GGZ-aanbod voor meerderjarigen.
- Sinds midden 2022 wordt een geheel van acties en engagementen opgezet die zijn gericht op het blijvend verbeteren van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid op het vlak van vrijheidsbeperkende maatregelen in de GGZ, met oog voor de evoluties in andere sectoren, in eerste instantie de brede jeugdhulp. Een prioritaire doelstelling is een actualisatie van het referentiekader m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen, met integratie van de multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg.

Inspectieproces

- Alle campussen van alle Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen worden geïnspecteerd.
- De inspectie gebeurt onaangekondigd.
- Bij deze inspectie wordt een campus gedurende één werkdag bezocht door minstens twee inspecteurs.
- Ter voorbereiding van de inspectie werd aan het ziekenhuis gevraagd om een aantal documenten vooraf klaar te leggen.

- Tijdens de inspectie wordt een methodiek van een gestandaardiseerde bevraging gebruikt in combinatie met een aantal open vragen. Dit heeft tot gevolg dat de wijze van inspecteren uniform is voor alle voorzieningen.
- Per ziekenhuiscampus wordt een inspectieverslag opgemaakt. Ook de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg ontvangt het verslag, als verantwoordelijke voor de opvolging van de inspectievaststellingen.
- Het individueel verslag fungeert in de eerste plaats als een verbeterinstrument voor het geïnspecteerde ziekenhuis.
Na de inspectieronde wordt ook een beleidsrapport opgemaakt dat een stand van zaken geeft over voorzieningen heen.

Concrete aanpak

- De vaststellingen in dit inspectieverslag zijn gebaseerd op inzage in documenten (bv. dossiers van patiënten, ontslagbrieven, medicatieschema's, registratiegegevens), op informatie verkregen tijdens gesprekken (met medewerkers en met patiënten) en op observaties tijdens de rondgang.
- In principe worden 4 afdelingen per campus bezocht, bij grotere campussen worden meer dan 4 afdelingen bezocht.

Volgende afdelingen werden tijdens deze inspectie bezocht:

- K-det:
 - gesloten afdeling;
 - aanbod: residentieel, dagbehandeling en nachtbehandeling;
 - doelgroep: jongeren tussen 12 en 18 jaar met emotionele, relationele en/of gedragsmoeilijkheden die het functioneren en/of de ontwikkeling belemmeren;
 - leeftijdscategorie: minderjarigen.
- De Brug:
 - open afdeling;
 - aanbod: residentieel en dagbehandeling;
 - doelgroep: angst- en stemmingsstoornissen;
 - leeftijdscategorie: volwassenen en ouderen.
- De Bolder:
 - gesloten afdeling;
 - aanbod: residentieel;
 - doelgroep: crisisopvang en diagnosestelling;
 - leeftijdscategorie: volwassenen en ouderen.
- De Vlonder:
 - open afdeling;
 - aanbod: residentieel en dagbehandeling;
 - doelgroep: verslavingszorg;
 - leeftijdscategorie: volwassenen en ouderen.

Hoewel niet elk onderwerp op elke afdeling werd nagegaan, kunnen bepaalde inspectievaststellingen relevant zijn voor andere afdelingen en/of het geheel van de ziekenhuiscampus.

- Er gebeurden steekproeven van lopende en afgesloten dossiers van patiënten. Voor de steekproefselectie van de dossiers werd steeds dezelfde werkwijze gehanteerd. De dossiercontrole gebeurde in aanwezigheid van een medewerker, die desgewenst toelichting kon verschaffen.

Verwachtingskader

Bij deze inspectieronde baseerde Zorginspectie zich op algemene regelgeving, referentiekaders 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**;
- Referentiekader voor de psychiatrische ziekenhuizen (PZ): algemeen en module medicatie **Referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen**;
- Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg: **De "Kwaliteitswet" voor gezondheidszorgbeoefenaars**;
- Kindreflex: **Kindreflex**.

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

Gezien een aantal factoren in de realiteit er kunnen voor zorgen dat een score van 100% niet steeds haalbaar is, werd de keuze gemaakt om een inbreuk te definiëren als een verwachting in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers, medicatieschema's of gecontroleerde geneesmiddelen kon aangetoond worden. Indien de steekproef minder dan 5 items omvat, leiden de resultaten echter niet tot een beoordeling.

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

1.3 INSPECTIEVERSLAG

Dit verslag bestaat uit 4 hoofdstukken. Na dit eerste inleidende hoofdstuk volgen drie thematische hoofdstukken (behandeling, medicatie, patiëntenrechten en ombudsfunctie) met daarin de vaststellingen per afdeling of campusbreed. Iedere vaststelling wordt voorafgegaan door de betreffende verwachtingen (uit het referentiekader, richtlijnen en regelgeving) en een beschrijving van de gevolgde werkwijze om tot de vaststelling te komen.

Over bepaalde onderwerpen werden ook patiënten bevroegd (minderjarigen jonger dan 12 jaar werden geëxcludeerd). De resultaten van de patiëntenbevraging worden beschreven op campusniveau.

Elk hoofdstuk eindigt met een samenvatting van de resultaten op campusniveau. Hierin worden de vaststellingen gecatalogeerd als "zoals verwacht" of als "inbreuken", naargelang ze al dan niet voldoen aan de eisen.

2 BEHANDELING

2.1 TOEGANKELIJKHEID EN BESCHIKBAARHEID VAN ZORGGEGEVENS

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

Het intake-onderzoek gaat systematisch volgende zaken na:

- aanmelding (reden, wijze, eerste aanmelding of vervolgaanmelding);
- klachten (begin, ontwikkeling, beloop, invloed);
- hulpvraag van cliënt (doel, verwachtingen, voorkeur interventie, voorkeur behandelaar, weigering);
- medicatiegebruik;
- psychiatrisch onderzoek.

Patiënten ontvangen informatie omtrent ziekte, behandeling (incl. zowel medicamenteus - ook m.b.t. neveneffecten, therapietrouw - als niet-medicamenteus), alternatieven, preventie, hetzij via informatiefolders, hetzij via psycho-educatie individueel of in groep.

Het persoonlijk behandelplan is multidisciplinair opgesteld en omvat

- a) (algemene) patiëntgegevens;
- b) belangrijkste gegevens anamnese / situatieanalyse;
- c) probleemanalyse op volgende domeinen:
 - psychopathologie
 - sociale vaardigheden
 - ADL-activiteiten
 - middelengebruik
 - gevaarselementen en factoren die de behandeling beïnvloeden (bv. regressie, non-compliance, geloofsovertuiging)
 - aanvullende informatie zoals huisvesting, financiële problemen, somatische elementen, life events, persoonlijke ontwikkeling en vroegere hulp
- d) huidige medicatie en diagnose
- e) zorgvraag van de patiënt
- f) de behandeling:
 - op basis van prioriteiten - samen met de patiënt indien mogelijk - gekozen doelen
 - de middelen waarmee de doelen zullen worden bereikt
 - de duur van de planperiode
 - de resultaten die men op lange/korte tijd wil bereiken
 - wie de hoofdbehandelaar is en wie het plan uitvoert, wie werkt aan welk doel met welk middel en hoe frequent
 - hoe frequent en wanneer volgt de psychiater als eindverantwoordelijke de voortgang.

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

De patiënt heeft ten opzichte van de beroepsbeoefenaar recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier.

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

- 2° de identificatie van de huisarts van de patiënt;
- 3° de identificatie van de gezondheidszorgbeoefenaar zelf en in voorkomend geval van de verwijzer en van de gezondheidszorgbeoefenaars die eveneens bij de verstrekte gezondheidszorgen tussenkwamen;

- 4° de reden van het contact of de problematiek bij de aanmelding;
- 5° persoonlijke en familiale antecedenten;
- 9° de gezondheidsdoelen en de wilsverklaringen ontvangen van de patiënt;
- 15° de pre-, peri- en postoperatieve geneesmiddelen en gezondheidsproducten inclusief het medicatieschema.

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

Het uitvoeren van de Kindreflex gebeurt in 6 stappen. Stap 1: voer een gesprek over de kinderen en het ouderschap. Het is aan te raden dat voorzieningen gegevens m.b.t. de Kindreflex standaard opnemen in de cliëntdossiers of zelfs inbouwen in het elektronisch registratiesysteem. Dit kan hulpverleners helpen om de Kindreflex niet uit het oog te verliezen en laat toe om cliëntgegevens nadien (indien nodig) met andere hulpverleners te delen.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werd de toegankelijkheid van de patiëntendossiers gecontroleerd: een dossier wordt als toegankelijk beschouwd als alle zorgmedewerkers, betrokken bij de zorg voor die patiënt, steeds en zonder tussenkomst van anderen (bv. het niet moeten vragen) in alle gecontroleerde onderdelen van het dossier kunnen.

In dossiers van patiënten werd gezocht naar informatie over volgende onderwerpen:

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

Vaststellingen

K-det

Er wordt gebruik gemaakt van een elektronisch patiëntendossier.

De gecontroleerde onderdelen van het dossier zijn toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners

Er werden 5 dossiers gecontroleerd van patiënten die minstens 1 week opgenomen waren op de afdeling.

- In alle 5 de gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de huisarts gevonden.
- In 1 gecontroleerd dossier was genoteerd dat de patiënt zichzelf op eigen initiatief aanmeldde.
In alle 4 de overige gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de verwijzer gevonden.
- In alle 5 de gecontroleerde dossiers werd een omschrijving van de hulpvraag van de patiënt gevonden.
- In alle 5 de gecontroleerde dossiers werd informatie over medicatiegebruik vóór opname gevonden.
- In 2 van de 5 gecontroleerde dossiers van patiënten (+ 12-jarigen) was er informatie over middelengebruik; in 3 gecontroleerde dossiers werd hierover geen informatie gevonden.
- In alle 5 de gecontroleerde dossiers was er informatie over allergieën.

De Brug

Er wordt gebruik gemaakt van een elektronisch patiëntendossier.

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

Er werden 5 dossiers gecontroleerd van patiënten die minstens 1 week opgenomen waren op de afdeling.

- In 4 van de 5 gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de huisarts gevonden en in 1 dossier werd geen informatie over de huisarts of geen identificatiegegevens van de huisarts gevonden.
- In 3 gecontroleerde dossiers was genoteerd dat de patiënt zichzelf op eigen initiatief aanmeldde. In alle 2 de overige gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de verwijzer gevonden.
- In alle 5 de gecontroleerde dossiers werd een omschrijving van de hulpvraag van de patiënt gevonden.
- In 4 van de 5 gecontroleerde dossiers werd informatie over medicatiegebruik vóór opname gevonden; in 1 gecontroleerd dossier werd hierover geen informatie gevonden.
- In 4 van de 5 gecontroleerde dossiers van patiënten (+ 12-jarigen) was er informatie over middelengebruik; in 1 gecontroleerd dossier werd hierover geen informatie gevonden.
- In alle 5 de gecontroleerde dossiers was er informatie over allergieën.
- In 4 van de 5 gecontroleerde dossiers van patiënten (tussen 18 en 75 jaar) was er informatie of de patiënt al of niet minderjarige kinderen heeft of zorg draagt voor minderjarige kinderen; in 1 gecontroleerd dossier werd hierover geen informatie gevonden.

2.2 MULTIDISCIPLINAIRE PATIËNTENBESPREKING

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

De behandeling wordt op geregelde tijdstippen geëvalueerd.

De evaluatie van de behandeling bevat minimaal de evaluatie van de toestand, de zorgvraag en de behandeling. De patiënt wordt betrokken bij deze evaluatie, waarbij rekening gehouden wordt met zijn wensen, behoeften en keuzen. Er wordt dus ook gepolst naar eventueel gewijzigde opvattingen van de patiënt.

Er wordt op de dienst multidisciplinair gewerkt, d.w.z. met arts, psycholoog, verpleegkundigen, maatschappelijk werker, ergotherapeut en andere therapeuten. Dit multidisciplinair team komt regelmatig samen voor patiëntenbesprekingen en om hun inhoudelijke werking te bespreken en te verbeteren.

Elke patiënt komt regelmatig aan bod op de multidisciplinaire teamvergadering. Een verslag hiervan komt in het multidisciplinaire patiëntendossier.

De voortgangstoetsing is goed georganiseerd (wie, frequentie, wijze waarop plan wordt bijgesteld, betrokkenheid team, patiënt, familie,... is bepaald).

De patiënt wordt actief betrokken bij het opstellen en evalueren van zijn behandelplan waarbij rekening gehouden wordt met zijn autonomie en keuzevrijheid.

Ook de familie wordt betrokken bij de behandeling.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werden de afspraken betreffende de multidisciplinaire (met minstens 3 disciplines aanwezig) besprekingen van de behandeling bevraagd. Hierbij werd gevraagd welke overlegmomenten worden georganiseerd met welke frequentie, met welke disciplines en om de hoeveel tijd elke patiënt hier minstens besproken wordt. Daarnaast werd gevraagd hoe de patiënt betrokken wordt bij de multidisciplinaire besprekingen van het behandelplan.

In dossiers van patiënten die minimum 2 maanden opgenomen waren op de afdeling werd gezocht naar:

- een multidisciplinaire bespreking van de behandeling in de voorbije 8 weken;
- de aantoonbare aanwezigheid van minstens 3 disciplines bij deze bespreking;
- de betrokkenheid van de (ouders van de) patiënt bij de meest recente multidisciplinaire bespreking van het behandelplan.

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

Vaststellingen

K-det

Volgende multidisciplinaire besprekingen van de behandeling worden georganiseerd:

- Patiëntenbespreking
 - o Aanwezige disciplines: psychiater, verpleegkundige, psycholoog, maatschappelijk werker, ergo- en bewegingstherapeut.
 - o Frequentie: wekelijks
 - o Elke patiënt wordt wekelijks besproken tijdens de observatiefase en om de 2 weken tijdens de behandelfase. Elke patiënt wordt wekelijks besproken tijdens de behandelfase bij een verhoogd suïciderisico.
- Teamvergadering
 - o Aanwezige disciplines: verpleegkundige, psycholoog, maatschappelijk werker, ergo- en bewegingstherapeut.
 - o Frequentie: wekelijks.
 - o Elke patiënt wordt wekelijks besproken.
- Stafvergadering
 - o Aanwezige disciplines: psychiater, verpleegkundige, psycholoog, maatschappelijk werker, ergo- en bewegingstherapeut.
 - o Frequentie: wekelijks mogelijk (gaat door op het moment dat er patiënten zijn die 8 à 10 weken opgenomen zijn).
 - o Elke patiënt wordt 8 à 10 weken na opname besproken.
- Overdracht werkplan
 - o Aanwezige disciplines: verpleegkundige, psycholoog, maatschappelijk werker, ergo- en bewegingstherapeut.
 - o Frequentie: dagelijks.
 - o Elke patiënt wordt dagelijks besproken.

Er werden 5 dossiers gecontroleerd van patiënten die minimum 2 maanden opgenomen waren op de afdeling.

- In alle 5 de gecontroleerde dossiers kon worden aangetoond dat er minstens 1 multidisciplinaire bespreking van de behandeling, met minstens 3 disciplines aantoonbaar aanwezig, was in de voorbije 8 weken.
- In alle 5 de gecontroleerde dossiers kon worden aangetoond dat er minstens 1 multidisciplinaire bespreking van de behandeling, met minstens 3 disciplines aantoonbaar aanwezig, was in de voorbije 4 weken.

Volgens het beleid van de afdeling wordt/worden de (ouders van de) patiënt op volgende manier betrokken bij de multidisciplinaire bespreking van het behandelplan:

- Op de wekelijkse leefgroepvergadering (alle jongeren + begeleiders) die doorgaat de dag voor de patiëntenbespreking wordt aan elke jongere gevraagd of ze specifieke zaken willen doorgeven voor de patiëntenbespreking. Daarnaast is er ook de mogelijkheid om op vraag van de jongere via een individueel gesprek met de psycholoog of de individueel begeleider de patiëntenbespreking voor te bereiden.
- Wekelijks heeft de maatschappelijk werker een gesprek met de ouders/opvoedingsverantwoordelijken om de behandeling te bespreken en om input te vragen voor de patiëntenbespreking.
- Er is een terugkoppeling van wat besproken is op de patiëntenbespreking door:
 - o De psycholoog aan de jongere.
 - o De maatschappelijk werker aan de ouders/opvoedingsverantwoordelijken.
- Na de stafvergadering volgt een adviesgesprek om het behandelplan te bespreken met de psychiater, de sociale dienst, de ouders/opvoedingsverantwoordelijken en de jongere.

Er werden 5 dossiers gecontroleerd van patiënten die minimum 2 maanden opgenomen waren op de afdeling.

- In alle 5 de gecontroleerde dossiers kon worden aangetoond dat de (ouders van de) patiënt betrokken was/waren bij de meest recente multidisciplinaire bespreking van het behandelplan.
 - o 5 keer was/waren de (ouders van de) patiënt betrokken bij de voorbereiding/terugkoppeling van de bespreking.

Bij 5 patiënten tussen 12 en 18 jaar werd zowel voor de adolescent als de ouder nagegaan of deze betrokken werden bij de meest recente multidisciplinaire bespreking van het behandelplan. Dit was het geval voor de ouders in 3 van de 5 dossiers en voor de adolescenten in alle 5 de dossiers.

De Brug

Volgende multidisciplinaire besprekingen van de behandeling worden georganiseerd:

- Teambespreking - afstemmingsvergadering
 - o Aanwezige disciplines: psychiater, hoofdverpleegkundige, verpleegkundige, psycholoog, maatschappelijk werker, ergo- en groepstherapeut
 - o Frequentie: 2x per week op maandag en vrijdag.
 - o Elke patiënt wordt 2 à 3 weken na opname besproken.
- Teambespreking - evolutievergadering
 - o Aanwezige disciplines: psychiater, hoofdverpleegkundige, verpleegkundige, psycholoog, maatschappelijk werker, ergo- en groepstherapeut
 - o Frequentie: 2x per week op maandag en vrijdag.
 - o Elke patiënt wordt om de 6 weken besproken.
- Teambespreking tijdens de ontslagfase
 - o Aanwezige disciplines: psychiater, hoofdverpleegkundige, verpleegkundige, psycholoog, maatschappelijk werker, ergo- en groepstherapeut
 - o Frequentie: 2x per week op maandag en vrijdag.
 - o Elke patiënt wordt 1 week voor ontslag besproken.

Er werden 5 dossiers gecontroleerd van patiënten die minimum 2 maanden opgenomen waren op de afdeling.

- In 4 van de 5 gecontroleerde dossiers kon worden aangetoond dat er minstens 1 multidisciplinaire bespreking van de behandeling, met minstens 3 disciplines aantoonbaar aanwezig, was in de voorbije 8 weken.
- In 4 van de 5 gecontroleerde dossiers kon worden aangetoond dat er minstens 1 multidisciplinaire bespreking van de behandeling, met minstens 3 disciplines aantoonbaar aanwezig, was in de voorbije 4 weken.

Volgens het beleid van de afdeling wordt de patiënt op volgende manier betrokken bij de multidisciplinaire bespreking van het behandelplan: de patiënt is aanwezig op de teambesprekingen. Vooraf wordt de teambespreking schriftelijk voorbereid door de patiënt aan de hand van een aantal vragen op een papieren formulier. De individueel begeleider noteert deze voorbereiding in het patiëntendossier.

Er werden 5 dossiers gecontroleerd van patiënten die minimum 2 maanden opgenomen waren op de afdeling.

- In 4 van de 5 gecontroleerde dossiers kon worden aangetoond dat de patiënt betrokken was bij de meest recente multidisciplinaire bespreking van het behandelplan.
 - o 2 keer was de patiënt aantoonbaar aanwezig bij de bespreking;
 - o 4 keer was de patiënt betrokken bij de voorbereiding/terugkoppeling van de bespreking.
- In 1 van de 5 gecontroleerde dossiers was er geen multidisciplinaire bespreking van het behandelplan aantoonbaar.

Patiëntenbevraging K-det en De Brug

8 van de 9 patiënten, die reeds een bespreking van hun behandelplan hebben gehad, geven aan dat ze betrokken waren bij de evaluatie of bespreking van hun behandelplan.

- 7 patiënten geven aan dat ze betrokken waren bij de voorbereiding/terugkoppeling van de bespreking.
- 4 patiënten geven aan dat ze aanwezig waren op de bespreking.

2.3 GESPREKKEN MET ZORGVERLENERS

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

Gesprekken met een psychiater maken deel uit van het behandelplan (niet enkel op vraag, of tijdens zaalronde). Deze gebeuren op momenten die vooraf kenbaar gemaakt worden aan de patiënt.

De voortgangstoetsing is goed georganiseerd (wie, frequentie, wijze waarop plan wordt bijgesteld, betrokkenheid team, patiënt, familie,... is bepaald).

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

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

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

Dagelijks zal de geneesheer zijn ziekenbezoek afleggen.

Werkwijze

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

In dossiers van patiënten werd voor de voorbije 4 weken gezocht naar notities van individuele (wekelijkse) gesprekken met een psychiater en een psycholoog.

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

Vaststellingen

K-det

Volgens het beleid van deze afdeling is de minimale frequentie van een gesprek tussen de patiënt en een psychiater niet vastgelegd. Gesprekken met de psychiater gebeuren op vraag van de jongere en op indicatie. Daarnaast is er een gesprek met de psychiater bij opname en bij ontslag.

Er werden 5 dossiers gecontroleerd van patiënten die minimum 1 maand opgenomen waren op de afdeling:

- In 2 van de 5 gecontroleerde dossiers konden notities over individuele gesprekken met een psychiater gevonden worden in de voorbije 4 weken.
- In geen enkel van de gecontroleerde dossiers kon aan de hand van notities worden aangetoond dat er minstens wekelijks een individueel gesprek was met een psychiater in de voorbije 4 weken. De behandelende psychiater was in deze periode 1 week met verlof en er was geen vervanging door een psychiater voor de individuele gesprekken. Er was enkel vervanging voorzien voor dringende zaken door een collega psychiater van een andere afdeling.
- In 3 van de 20 gecontroleerde weken konden notities van een individueel gesprek met een psychiater worden aangetoond.

Volgens het beleid van deze afdeling is de minimale frequentie van een gesprek tussen de patiënt en een psycholoog: minstens 2 maal per week. Daarnaast ook op vraag van de jongere en op indicatie. De psycholoog geeft 1x/week groepstherapie en er is een gesprek bij opname en ontslag.

Er werden 5 dossiers gecontroleerd van patiënten die minimum 1 maand opgenomen waren op de afdeling:

- In alle 5 de gecontroleerde dossiers konden notities over individuele gesprekken met een psycholoog gevonden worden in de voorbije 4 weken.
- In 1 van de 5 gecontroleerde dossiers kon aan de hand van notities worden aangetoond dat er minstens wekelijks een individueel gesprek was met een psycholoog in de voorbije 4 weken. In 3 van de 5 dossiers was de toegewezen psycholoog in deze periode 2 weken afwezig wegens ziekte. Er was vervanging door de andere psycholoog van de afdeling op indicatie en op vraag van de jongere.
- In 12 van de 20 gecontroleerde weken konden notities van een individueel gesprek met een psycholoog worden aangetoond.

De Brug

Volgens het beleid van deze afdeling is de minimale frequentie van een gesprek tussen de patiënt en een psychiater: wekelijks. Bij de start van opname wordt binnen de 48 uur een gesprek gepland. Gesprekken met de psychiater kunnen frequenter plaatsvinden op vraag of op indicatie. Daarnaast vinden om de twee weken groepsgesprekken plaats.

Er werden 5 dossiers gecontroleerd van patiënten die minimum 1 maand opgenomen waren op de afdeling:

- In alle 5 de gecontroleerde dossiers konden notities over individuele gesprekken met een psychiater gevonden worden in de voorbije 4 weken.
- In geen enkel van de gecontroleerde dossiers kon aan de hand van notities worden aangetoond dat er minstens wekelijks een individueel gesprek was met een psychiater in de voorbije 4 weken. De

behandelende psychiater was in deze periode 1 week met verlof en er was geen vervanging door een psychiater voor de individuele gesprekken. Er was enkel vervanging voorzien voor dringende zaken door een collega psychiater van een andere afdeling.

- In 15 van de 20 gecontroleerde weken konden notities van een individueel gesprek met een psychiater worden aangetoond.

Volgens het beleid van deze afdeling is de minimale frequentie van een gesprek tussen de patiënt en een psycholoog: tweewekelijks. Ook op vraag of op indicatie worden gesprekken gepland. Daarnaast is er 3x/week groepstherapie.

Er werden 5 dossiers gecontroleerd van patiënten die minimum 1 maand opgenomen waren op de afdeling:

- In 4 van de 5 gecontroleerde dossiers konden notities over individuele gesprekken met een psycholoog gevonden worden in de voorbije 4 weken.
- In geen enkel van de gecontroleerde dossiers kon aan de hand van notities worden aangetoond dat er minstens wekelijks een individueel gesprek was met een psycholoog in de voorbije 4 weken. In 1 dossier was de toegewezen psycholoog in deze periode 1 week met verlof. Er was vervanging door een collega psycholoog bij vragen of urgenties.
- In 5 van de 20 gecontroleerde weken konden notities van een individueel gesprek met een psycholoog worden aangetoond.

Patiëntenbevraging K-det en De Brug

6 van de 9 patiënten geven aan dat ze in de voorbije maand een individueel gesprek hadden met een psychiater. 5 van hen geven aan dat dit gesprek met een psychiater plaatsvond in de voorbije week.

8 van de 9 patiënten geven aan dat ze in de voorbije maand een individueel gesprek hadden met een psycholoog. Alle 8 geven aan dat dit gesprek met een psycholoog plaatsvond in de voorbije week.

2.4 COMMUNICATIE MET DE HUISARTS

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

Bij ontslag wordt een voorlopige ontslagbrief aan de huisarts opgestuurd. Deze bevat o.a. het medicatieschema.

De ontslagbrieven worden tijdig verstuurd.

De huisarts en/of verwijzende arts wordt op de hoogte gesteld van de opname, het ontslag en de geplande vervolgzorg.

Het ontslag van de patiënt kan pas effectief worden indien ook deze 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, ...).

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

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

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

Werkwijze

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

In dossiers van patiënten die minimum 1 maand opgenomen waren, werd gezocht of de huisarts op de hoogte gebracht werd van de opname.

Daarnaast werd in dossiers van patiënten waarvan de opname minstens een week was beëindigd, gezocht naar een (voorlopige) ontslagbrief. Dit werd campusbreed bekeken.

Deze (voorlopige) ontslagbrieven werden gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over volgende onderwerpen:

- 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 er een (voorlopige) ontslagbrief aanwezig was in het dossier, werd ook nagekeken of deze effectief verstuurd werd naar de huisarts.

Vaststellingen

K-det

De huisarts wordt op de hoogte gebracht van de opname: de huisarts ontvangt een opnamebrief via COZO of via de post.

Er werden 5 dossiers gecontroleerd van patiënten die minimum 1 maand opgenomen waren:

- In alle 5 de gecontroleerde dossiers werd gevonden dat de huisarts op de hoogte gebracht werd van de opname.

De Brug

De huisarts wordt op de hoogte gebracht van de opname: de huisarts ontvangt een opnamebrief via COZO of via de post.

Er werden 5 dossiers gecontroleerd van patiënten die minimum 1 maand opgenomen waren:

- In 2 gecontroleerde dossiers werd gevonden dat de huisarts op de hoogte gebracht werd van de opname en in 3 dossiers kon niet aangetoond worden dat de huisarts op de hoogte gebracht werd van de opname.

Campusbreed

In 1 van de 10 gecontroleerde dossiers werd geen (voorlopige) ontslagbrief gevonden.

In 9 van de 10 gecontroleerde dossiers werd een (voorlopige) ontslagbrief gevonden.

Er werden 9 dossiers gecontroleerd met een (voorlopige) ontslagbrief:

- In alle 9 de gecontroleerde dossiers met een (voorlopige) ontslagbrief kon aangetoond worden dat de (voorlopige) ontslagbrief verstuurd werd aan de huisarts.

Er werden 9 (voorlopige) ontslagbrieven bekeken; hierbij waren er:

- 9 met vermelding van de periode van begeleiding;
- 8 met een probleemomschrijving;
- 5 met een beschrijving van de evolutie / verloop van het traject;
- 5 met informatie over de nodige nazorg / verdere verwijzing (continuïteit van zorg);
- 8 met informatie over medicatie of een medicatieschema.

5 van de 9 (voorlopige) ontslagbrieven bevatten alle gecontroleerde info.

2.5 BETROKKENHEID CONTEXT

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

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

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

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

- o 7° de weergave van overleggesprekken met de patiënt, andere gezondheidszorgbeoefenaars of derden.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werd in dossiers van patiënten gezocht naar notities van gesprekken met de context in de voorbije 4 weken.

Op de bezochte afdelingen werd aan een aantal patiënten gevraagd of de context betrokken werd.

Vaststellingen

K-det

Er werden 5 dossiers gecontroleerd van patiënten die minimum 1 maand opgenomen waren op de afdeling:

- In 3 gecontroleerde dossiers konden notities van gesprekken met de context in de voorbije 4 weken aangetoond worden en in 2 dossiers kon dit niet aangetoond worden.

De Brug

Er werden 5 dossiers gecontroleerd van patiënten die minimum 1 maand opgenomen waren op de afdeling:

- In 3 gecontroleerde dossiers konden notities van gesprekken met de context in de voorbije 4 weken aangetoond worden en in 2 dossiers kon dit niet aangetoond worden.

Patiëntenbevraging K-det en De Brug

7 van de 9 patiënten geven aan dat de context betrokken werd tijdens de opname.

1 van de 9 patiënten verklaarde dat de betrokkenheid van de context ongewenst was of dat er geen context was. 1 van de 9 patiënten kan zich niet meer herinneren of de context betrokken werd.

3 van de 9 patiënten geven aan dat er gesprekken waren tussen de context en de psychiater.

2.6 SAMENVATTING RESULTATEN BEHANDELING

2.6.1 Zoals verwacht

Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens

- Op alle bezochte afdelingen waren alle gecontroleerde onderdelen van het dossier toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners.
- Aan de hand van de 10 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat er systematisch gewerkt werd m.b.t. de aanwezigheid van informatie over de volgende onderwerpen (≥80%):
 - identificatiegegevens of info over huisarts (9/10 in orde)
 - identificatiegegevens of info over verwijzer (6/6 in orde);
 - hulpvraag van de patiënt (10/10 in orde);
 - medicatiegebruik vóór opname (9/10 in orde);
 - informatie over allergieën (10/10 in orde);
 - informatie over minderjarige kinderen (4/5 in orde).

Multidisciplinaire patiëntenbespreking

- In ≥80% van de gecontroleerde dossiers kon een multidisciplinaire bespreking aangetoond worden met minstens 3 disciplines aantoonbaar aanwezig in de voorbije 8 weken (9/10 in orde).
- 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 (8/9 in orde).

Communicatie met de huisarts

- Er werd in ≥80% van de gecontroleerde dossiers een (voorlopige) ontslagbrief gevonden (9/10 in orde).
- In ≥80% van de gecontroleerde (voorlopige) ontslagbrieven was er informatie over medicatie of een medicatieschema aanwezig (8/9 in orde).

2.6.2 Inbreuken

Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens

- Aan de hand van de 10 gecontroleerde dossiers kon niet aangetoond worden dat er systematisch gewerkt werd m.b.t. de aanwezigheid van informatie over de volgende onderwerpen (<80%):
 - informatie over middelengebruik (6/10 in orde).

Gesprekken met zorgverleners

- In <80% van de gecontroleerde dossiers werd een notitie over een individueel gesprek met een psychiater gevonden in de voorbije 4 weken (7/10 in orde).

Communicatie met de huisarts

- In <80% van de gecontroleerde dossiers werd gevonden dat de huisarts op de hoogte werd gebracht van de opname (7/10 in orde).

3 MEDICATIE

3.1 MEDISCH ORDER

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

Het medicatievoorschrift is correct, actueel en volledig.

Een voorschrift is onvolledig indien 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 (indien de vorm niet éénduidig de toedieningswijze bepaalt of indien 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.

Voor elke medicatietoediening is een medisch order terug te vinden. Technisch verpleegkundige prestaties met aanduiding B2 en toevertrouwde medische handelingen worden opgedragen d.m.v.:

- een gevalideerd medisch order (schriftelijk of elektronisch);
- een mondeling geformuleerd medisch order (mits schriftelijke bevestiging achteraf);
- een stand order.

Medicatie wordt toegediend aan de hand van het medicatieschema, dat een onderdeel is van het patiëntendossier.

De verantwoordelijke verpleegkundige moet ten alle tijden een algemeen overzicht hebben van het medicatieschema van zijn / haar patiënten.

Patiënten ontvangen informatie omtrent ziekte, behandeling (incl. zowel medicamenteus -ook m.b.t. neveneffecten, compliance- als niet-medicamenteus), alternatieven, preventie, hetzij via informatiefolders, hetzij via psycho-educatie individueel of in groep.

Patiënten ontvangen informatie over hun medicatie: informatie over het product en dosering. Ook alle wijzigingen worden met de patiënt besproken.

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

De Bolder

Voor alle 10 de gecontroleerde geneesmiddelen werd een ondertekend en volledig medisch order gevonden.

De Vlonder

Voor 8 van de 10 gecontroleerde geneesmiddelen werd een ondertekend en volledig medisch order gevonden.

Voor 2 gecontroleerde geneesmiddelen werd geen of een onvolledig medisch order gevonden: de beide medische orders waren ingegeven door een arts-stagiair en waren niet gevalideerd door een arts.

Patiëntenbevraging K-det en De Brug

Alle 9 de patiënten, die medicatie nemen, geven aan informatie te hebben gekregen over (de wijzigingen in) het medicatiebeleid.

- 9 patiënten geven aan schriftelijke informatie te hebben gekregen.
 - o 9 patiënten geven aan een medicatieschema te hebben gekregen.
 - o 1 patiënt geeft aan informatie te hebben gekregen over de bijwerkingen.
- 8 patiënten geven aan mondelinge informatie te hebben gekregen.
 - o 3 patiënten geven aan in groep informatie te hebben gekregen.
 - o 8 patiënten geven aan individueel informatie te hebben gekregen van arts en/of individueel begeleider.

Alle 9 de patiënten die op weekend gingen, geven aan dat ze een medicatieschema mee kregen.

3.2 VOLLEDIGHEID GEGEVENS

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

Enkel intacte verpakkingen (inclusief versneden blisters zonder lotnummer maar met vervaldatum, naam geneesmiddel en dosis) kunnen opnieuw in circulatie worden gebracht. Beschadigde blisters, blisters zonder vervaldatum, aangebroken flesjes van siropen of puffers met een verbroken zegel worden niet gerecupereerd maar worden ingezameld bij de te vernietigen geneesmiddelen.

Medicatie in bulkverpakking kan enkel opnieuw worden gedistribueerd wanneer de verpakking de vermelding van de productnaam, dosis, vervaldatum en lotnummer bevat.

Op afdelingsniveau bewaart men de medicatie op naam van de patiënt.

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

Indien de beschikbare ruimte op de afdeling het toelaat, wordt er 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 1 blister/flacon/flesje per voorgeschreven geneesmiddel. Indien een blister/flacon/flesje opgebruikt is, wordt er 1 verpakking aangevuld vanuit voorraad 1. In deze voorraad bevindt zich ook de "indien nodig"-medicatie.
- 3) de klaargezette medicatie voor de volgende dag: vanuit voorraad 2 wordt de medicatie klaargezet voor de volgende dag.

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

Onder verantwoordelijkheid van de ziekenhuisapotheker wordt er periodiek een controle gehouden qua vervaldata en identificeerbaarheid op alle voorradige geneesmiddelen op de afdeling (voorraad 1 en 2, koelkast, eventuele spoedkast, narcotica).

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 op de patiëntvoorraad op de afdeling.

Het opnieuw opbergen van onvolledige pil in de originele verpakking is enkel toegelaten wanneer men de sluiting van de resterende pil kan garanderen. In dit scenario, wordt de te gebruiken partiële pil klaargelegd in de medicatiebakjes voor de volgende dag. De resterende onvolledige pil wordt bewaard in de blister of apart recipiënt, waarop de productnaam, -dosis en vervaldatum zichtbaar zijn. Indien dit niet mogelijk is, wordt de resterende onvolledige pil na het klaarzetten verwijderd onder de geldende regels van medisch afval (gelet op het mogelijke misbruik).

Werkwijze

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

Daarnaast werd de klaargezette medicatie en de patiëntenvoorraad op deze afdelingen gecontroleerd op de aanwezigheid van een eenduidige identificatie van de patiënt (naam, voornaam en geboortedatum/dossiernummer/recente gezichtsfoto).

Vaststellingen

De Bolder

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

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

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

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

Voor geen enkel geneesmiddel met vervaldatum was deze overschreden.

De medicatievoorraad van 5 patiënten werd gecontroleerd.

- 5 keer was de eenduidige identificatie van de patiënt aanwezig in de klaargezette medicatie en in de patiëntenvoorraad.

De Vlonder

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

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

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

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

Voor geen enkel geneesmiddel met vervaldatum was deze overschreden.

De medicatievoorraad van 5 patiënten werd gecontroleerd.

- 5 keer was de eenduidige identificatie van de patiënt aanwezig in de klaargezette medicatie en in de patiëntenvoorraad.

3.3 BEWARING MEDICATIE

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

De geneesmiddelen worden bewaard in een lokaal dat voor patiënten niet vrij toegankelijk is.

Werkwijze

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

Vaststellingen

De Bolder

De medicatie is niet vrij toegankelijk voor patiënten.

De Vlonder

De medicatie is niet vrij toegankelijk voor patiënten.

3.4 VERDOVENDE MIDDELEN

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

De nodige faciliteiten zijn voorzien om eventuele speciaal gereguleerde geneesmiddelen, zoals narcotica, afzonderlijk en afgesloten te bewaren, zowel op de afdelingen als in de apotheek. Hiervoor is een stockregistratie op de afdelingen ingevoerd, zodat op ieder moment kan gecontroleerd worden hoeveel en welke geneesmiddelen in de stock aanwezig moeten zijn en voor welke patiënten medicatie die in de stock zat, gebruikt werd. Daarenboven moet narcotica afzonderlijk (= gescheiden van andere medicatie) bewaard worden.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werd gecontroleerd of de voorraad verdovende middelen afzonderlijk en afgesloten bewaard wordt. Indien er op het moment van de inspectie geen voorraad verdovende middelen aanwezig was, werd nagegaan of de nodige faciliteiten voorzien waren om deze afzonderlijk en afgesloten te bewaren.

Daarnaast werd de stockregistratie van een aantal verdovende middelen uit de afdelings- of patiëntenvoorraad gecontroleerd.

Vaststellingen

De Bolder

De verdovende middelen worden niet afzonderlijk en afgesloten bewaard. Op het moment van inspectie zijn enkel verdovende middelen aanwezig die patiënten zelf afhalen bij een publieke apotheek en niet aangeleverd worden door de ziekenhuisapotheek (methadon), deze worden bewaard in een afsluitbare kast in het bureel van de hoofdverpleegkundige. Het bureel van de hoofdverpleegkundige is toegankelijk voor alle

personeelsleden (met badge). De kast van de verdoovende middelen is op het moment van inspectie niet afgesloten en de sleutel blijft ook altijd op het slot van de kast zitten waardoor alle personeelsleden toegang hebben tot de verdoovende middelen.

De volledigheid van de voorraad verdoovende middelen wordt op volgende manier gecontroleerd: Verdoovende middelen, met uitzondering van methadon, worden door de apotheek van AZ Groeninge geleverd en geregistreerd in het elektronisch medicatiepakket. De levering wordt op de afdeling gecontroleerd door de verpleegkundige. De toediening wordt geregistreerd in het elektronisch medicatiepakket waardoor het aantal aanwezige verdoovende middelen automatisch wordt aangepast. Op het moment van toediening wordt gecontroleerd of het aantal verdoovende middelen in het elektronisch medicatiepakket overeenkomt met de voorraad. Daarnaast gebeurt er op regelmatige tijdstippen een controle van het aantal verdoovende middelen door de nachtverpleegkundige.

Methadon vormt hierop een uitzondering. De patiënt moet dit zelf afhalen bij zijn toegewezen apotheker en geeft dit af op de afdeling. Op de afdeling wordt dit bewaard en de medicatie wordt toegediend door de verpleegkundige zonder registratie in het elektronisch medicatiepakket. Er wordt hiervan geen stockregistratie bijgehouden.

Voor het enige gecontroleerde verdoovende middel in de patiëntenvoorraad was er geen correcte stockregistratie: voor de aanwezige methadon was er geen stockregistratie (zoals hierboven vermeld).

De Vlonder

Er waren op het moment van de inspectie geen verdoovende middelen aanwezig op de afdeling. De nodige faciliteiten waren niet aanwezig om verdoovende middelen afzonderlijk en afgesloten te kunnen bewaren. De verdoovende middelen worden gelabeld als "hoog-risico-medicatie". De verdoovende medicatie wordt in de afgesloten medicatiekast bewaard waarin ook de niet-verdoovende middelen worden bewaard.

De volledigheid van de voorraad verdoovende middelen wordt op volgende manier gecontroleerd: Verdoovende middelen worden door de apotheek van AZ Groeninge geleverd en geregistreerd in het elektronisch medicatiepakket. De levering wordt op de afdeling gecontroleerd door de verpleegkundige. De toediening wordt geregistreerd in het elektronisch medicatiepakket waardoor het aantal aanwezige verdoovende middelen automatisch wordt aangepast.

Er waren op het moment van de inspectie geen verdoovende middelen aanwezig op de afdeling waardoor de stockregistratie niet kon gecontroleerd worden.

3.5 MELDSYSTEEM MEDICATIE-INCIDENTEN

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

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...).

Er is een structuur die fouten en bijna-incidenten i.v.m. medicatiedistributie verzamelt, analyseert, en, op basis hiervan, 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 (bv. door de overheid, via intercollegiale toetsing of door privéorganisaties), moet kunnen aangetoond worden dat benoemde knelpunten het voorwerp uitmaken van analyse en verbeteracties en dat deze verbeteracties tot daadwerkelijke verbetering aanleiding gaven.

Volgende cijfergegevens 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 a.d.h.v. een internationaal gevalideerde werkwijze (bv. SIRE, PRISMA, HFMEA) werd gemaakt van een gemeld incident het voorbije jaar.

Het aantal medicatie-incidenten wordt opgevolgd, geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd.

Werkwijze

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

Op campusniveau en voor de bezochte afdelingen werd het aantal geregistreerde medicatie-incidenten van 2023 opgevraagd. De bespreking van de cijfergegevens op verschillende niveaus en de analyses van de medicatie-incidenten werden nagekeken. Daarnaast werden ook het aantal ligdagen opgevraagd om een idee te krijgen van de activiteitsgraad op de afdeling/campus.

Vaststellingen

De campus beschikt over een elektronisch meldsysteem voor medicatie-incidenten. Dit is geïntegreerd in het algemeen incidentmeldsysteem (1 centraal systeem voor alle incidenten). Anonieme meldingen zijn mogelijk.

De campus heeft zicht op het aantal geregistreerde medicatie-incidenten op campusniveau en op afdelingsniveau.

	Aantal geregistreerde incidenten (periode: 2023)	Aantal geregistreerde medicatie-incidenten (periode: 2023)	Totaal aantal medicatie-incidenten van 2023 geanalyseerd	Aantal ligdagen (periode: 2023)
Op campusniveau	858	47	1	26 184
De Bolder	115	4	0	4 317
De Vlonder	6	1	0	4 545

Er kon aangetoond worden dat de beschikbare cijfergegevens van 2023 besproken werden op het niveau van het bestuursorgaan, op het niveau van de directie en op het niveau van de afdelingen.

Het ziekenhuis heeft het volgende beleid betreffende de analyse van medicatie-incidenten: Ernstige incidenten of incidenten met overlijden tot gevolg worden geanalyseerd volgens de PRISMA-methodiek. Daarnaast worden ook de volgende incidenten onderzocht: herhaalde incidenten, incident met gevolg voor de patiënt, incident met hoog-risico-medicatie of met benzodiazepines. Op verzoek van een medewerker of na overleg met de directeur patiëntenzorg of zorgmanager kan ook een analyse plaatsvinden. De kwaliteitscoördinator analyseert het incident samen met de betrokken medewerker en met de hoofdverpleegkundige binnen de maand na het incident. Tweemaal per jaar worden alle besluiten besproken tijdens een thematisch

zorgoverleg, waarbij aanwezig zijn: diensthoofden, directeur patiëntenzorg, stafmedewerker patiëntenzorg, zorgmanager en kwaliteitscoördinator.

Er kon aangetoond worden dat medicatie-incidenten werden geanalyseerd voor de gecontroleerde periode. Volgens het ziekenhuis was er 1 ernstig medicatie-incident voor de gecontroleerde periode en dit incident werd geanalyseerd volgens de PRISMA methodiek.

3.6 SAMENVATTING RESULTATEN MEDICATIE

Betreffende de resultaten uit de steekproef: aangezien voor minder dan 5 verdovende middelen de stockregistratie werd gecontroleerd, leiden de resultaten niet tot een beoordeling.

3.6.1 Zoals verwacht

Medisch order

- Bij $\geq 80\%$ van de gecontroleerde geneesmiddelen werd een ondertekend en volledig medisch order gevonden (18/20 in orde).

Volledigheid gegevens

- Er werd geen medicatie gevonden zonder enige aanduiding van naam, sterkte en vervaldatum en bij $\geq 80\%$ van de gecontroleerde geneesmiddelen in de klaargezette medicatie of in de voorraad werd alle gecontroleerde info (naam, sterkte en vervaldatum) gevonden (19/20 in orde).
- In de gecontroleerde geneesmiddelen, in de klaargezette medicatie of in de voorraad werd geen verval- len medicatie gevonden.
- Bij $\geq 80\%$ van de gecontroleerde medicatievoorraden van patiënten (klaargezette medicatie en patiëntenvoorraad) werd een eenduidige identificatie van de patiënt gevonden (10/10 in orde).

Bewaring medicatie

- Op alle bezochte afdelingen was de medicatievoorraad veilig bewaard voor patiënten.

Meldsysteem medicatie-incidenten

- Er is een meldsysteem voor medicatie-incidenten.
- De campus had zicht op het aantal geregistreerde medicatie-incidenten.

3.6.2 Inbreuken

Verdovende middelen

- Niet op alle bezochte afdelingen werden de gecontroleerde verdovende middelen afzonderlijk en afgesloten bewaard en/of waren er niet de nodige faciliteiten om verdovende middelen afzonderlijk en afgesloten te kunnen bewaren (0/2 in orde).

4 PATIËNTENRECHTEN EN OMBUDSFUNCTIE

4.1 INZAGE EN AFSCHRIFT VAN HET DOSSIER

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

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 heeft recht op afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffend patiëntendossier.

De patiënt kan (mondeling of schriftelijk) aan de beroepsbeoefenaar vragen dat hij rechtstreeks zijn patiëntendossier kan inzien.

Elk eerste afschrift is gratis.

Werkwijze

Er werd nagegaan of de campus beschikt over een procedure rond inzage en afschrift van het dossier.

Deze procedures werden gecontroleerd op een aantal elementen uit de wet betreffende de rechten van de patiënt.

Op de bezochte afdelingen werd aan een aantal patiënten gevraagd of ze informatie kregen rond deze patiëntenrechten.

Vaststellingen

Er is een procedure over inzage in het dossier.

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

- De termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het dossier is niet langer dan 15 dagen.

In de procedure rond inzage van het dossier ontbreken volgende zaken die beschreven staan in de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- De vraag tot inzage kan zowel schriftelijk als mondeling gesteld worden.

Er is een procedure over afschrift van het dossier.

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

- Het afschrift is gratis (minstens het eerste).
- De termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het afschrift van het dossier is niet langer dan 15 dagen.

In de procedure rond afschrift van het dossier ontbreken volgende zaken die beschreven staan in de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- De vraag tot afschrift kan zowel schriftelijk als mondeling gesteld worden.

Patiëntenbevraging K-det en De Brug

3 van de 9 patiënten geven aan dat ze info gekregen hebben betreffende inzage in het dossier.

- 1 patiënt geeft aan hierover enkel mondelinge info gekregen te hebben.
- 2 patiënten geven aan dat ze hierover zowel mondelinge als schriftelijke info hebben gekregen.

1 van de 9 patiënten geeft aan zich niet meer te herinneren hierover geïnformeerd te zijn.

2 van de 9 patiënten geven aan dat ze info gekregen hebben betreffende het afschrift van het dossier.

- 2 patiënten geven aan dat ze hierover zowel mondelinge als schriftelijke info hebben gekregen.

1 van de 9 patiënten geeft aan zich niet meer te herinneren hierover geïnformeerd te zijn.

4.2 KLACHTRECHT

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

De patiënt kan een mondelinge of schriftelijke klacht indienen bij de ombudspersoon.

Een klacht kan mondeling of schriftelijk ingediend worden.

Desgevallend is er een duidelijk onderscheid tussen de interne en de externe klachtenprocedure.

Beide worden goed op elkaar afgestemd.

Het gebruik van de interne klachtenprocedure sluit de patiënt niet uit van het gebruik van de externe, en omgekeerd.

De klachtenprocedure(s) wordt/worden breed gecommuniceerd:

- aan eigen medewerkers (medische diensthoofden, hoofdverpleegkundigen, verantwoordelijken en zorgverleners), bv. door publicatie op het intranet,
- ingebed in inscholingsprogramma's en documentatie voor nieuwe personeelsleden,
- beschikbaar op de website.

Uit regelgeving/richtlijnen:

De patiënt heeft het recht een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door de wet betreffende de rechten van de patiënt neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie.

Werkwijze

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

Op de bezochte afdelingen werd aan een aantal patiënten gevraagd of ze informatie kregen rond de mogelijkheden betreffende het indienen van een klacht.

Vaststellingen

Er is een procedure rond het indienen van klachten.

De procedure vermeldt dat een klacht mondeling kan worden ingediend.

De procedure vermeldt dat een klacht schriftelijk kan worden ingediend.

Patiëntenbevraging K-det en De Brug

3 van de 9 patiënten geven aan dat ze info gekregen hebben betreffende de mogelijkheden om een klacht in te dienen.

- 1 patiënt geeft aan hierover enkel schriftelijke info gekregen te hebben.
- 2 patiënten geven aan dat ze hierover zowel mondelinge als schriftelijke info hebben gekregen.

4.3 TOEGANKELIJKHEID OMBUDSFUNCTIE

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

De ombudsfunctie beschikt over de nodige lokalen en administratieve en technische middelen (communicatiemiddelen, verplaatsingsmiddelen, documentatie en archiveringsmiddelen):

De gespreksruimte van de ombudspersoon:

- is fysiek vlot bereikbaar,
- is makkelijk te vinden,
- biedt het nodige comfort,
- biedt voldoende garanties op privacy (goede geluidsisolatie, bereikbaar zonder aan te melden bij of observatie door andere ziekenhuismedewerkers).

De ombudspersoon is goed (fysiek) bereikbaar.

Concreet:

- De gespreksruimte van de ombudspersoon is fysiek goed toegankelijk.
- In de inkomhal is er een duidelijke bewegwijzering of andere affichering die het gesprekslokaal van de ombudspersoon makkelijk vindbaar maakt.
- De ombudspersoon is persoonlijk in het ziekenhuis beschikbaar op uren die het de patiënt makkelijk maken om hem aan te spreken of tot bij hem te komen

Concreet:

- De ombudspersoon is direct bereikbaar, zonder omslachtige procedures, en dit zowel persoonlijk, telefonisch als per e-mail.
- Er is een brievenbus in het ziekenhuis waarin patiënten vragen en klachten kunnen deponeren. Enkel de ombudspersoon ledigt deze brievenbussen.
- Ook op gesloten afdelingen is dergelijke brievenbus beschikbaar; enkel de ombudspersoon ledigt deze brievenbus.

Er is voldoende informatie voor de patiënt die de vlotte bereikbaarheid van de ombudsfunctie garandeert

Op elke afdeling hangt een affiche met de contactgegevens van de ombudspersoon.

Ook op de website staan de contactgegevens van de ombudspersoon duidelijk aangegeven.

Werkwijze

Rond toegankelijkheid van de ombudsfunctie werden volgende onderwerpen bekeken:

- aanwezigheid van een gemakkelijk te vinden gesprekslokaal voor de ombudspersoon;
- aanwezigheid van een brievenbus voor de ombudspersoon op de campus en op alle gesloten afdelingen;
- aanwezigheid van affiches met contactgegevens van de ombudspersoon op de bezochte en op alle gesloten afdelingen.

Op de bezochte afdelingen werd aan een aantal patiënten gevraagd of ze weten hoe ze de ombudspersoon kunnen contacteren.

Vaststellingen

Er is een gesprekslokaal voor de ombudspersoon dat gemakkelijk te vinden is.

Er is geen algemeen toegankelijke brievenbus voor de ombudspersoon aanwezig op de campus.

Op geen enkele gesloten afdeling is er een brievenbus voor de ombudspersoon (0/4 in orde): Op het moment van de inspectie was op 1 gesloten afdeling geen brievenbus. Op 3 gesloten afdelingen werd vermeld op de brievenbus dat deze buiten gebruik was omwille van afwezigheid van de externe ombudspersoon (zonder vermelding van de termijn van buitengebruikstelling).

Niet op alle bezochte afdelingen is er een affiche met contactgegevens van de ombudspersoon aanwezig (5/6 in orde).

Patiëntenbevraging K-det en De Brug

3 van de 9 patiënten geven aan dat ze weten hoe ze de ombudspersoon kunnen contacteren.

- Alle 3 de patiënten geven aan dat ze hierover enkel schriftelijk geïnformeerd werden.

4.4 SAMENVATTING RESULTATEN PATIËNTENRECHTEN EN OMBUDSFUNCTIE

4.4.1 Zoals verwacht

Klachtrecht

- De klachtenprocedure vermeldde dat een klacht zowel mondeling als schriftelijk kan worden ingediend.

4.4.2 Inbreuken

Inzage en afschrift van het dossier

- De procedure rond inzage in het dossier was niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving (1/2 in orde).
- De procedure rond afschrift van het dossier was niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving (2/3 in orde).

Toegankelijkheid ombudsfunctie

- Er werden knelpunten vastgesteld betreffende de toegankelijkheid tot de ombudsfunctie.
 - Er is geen algemeen toegankelijke brievenbus voor de ombudspersoon aanwezig op de campus.
 - Niet op alle bezochte afdelingen is er een affiche met contactgegevens van de ombudspersoon aanwezig (5/6 in orde).
 - Op geen enkele gesloten afdeling is er een brievenbus voor de ombudspersoon (0/4 in orde).