

Departement Zorg

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be - www.departementzorg.be

INSPECTIEVERSLAG: ONDERZOEK VAN EEN KLACHT

INRICHTENDE MACHT

Naam	Organisatie Broeders van Liefde
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	vzw
Ondernemingsnummer	0406633304
Adres	Stropstraat 38E, 9000 Gent

INSPECTIEPUNT

Naam	Psychiatrisch Ziekenhuis Ariadne
HCO-nummer	4805
Adres	Reymeersstraat 13, 9340 Lede
Dossiernummer	988

UITBATINGSPLAATS

Naam	Psychiatrisch Centrum Ariadne
Adres	Reymeersstraat 13, 9340 Lede

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	04/06/2024
Verslagnummer	ZI-2025-01790
Inspecteurs	Anja Claeys, Lindsay Vissenaekens

INSPECTIEBEZOEK**Psychiatrisch Centrum Ariadne**

Onaangekondigde inspectie op 03/06/2024 (9:00-17:00)

Gesprekspartners: er werd gesproken met directieleden, stafmedewerkers, artsen, (hoofd)verpleegkundigen.

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	3
1.1	Toezicht door Zorginspectie	3
1.2	Toepassingsgebieden	4
1.3	Definities	4
1.4	Inspectieproces	4
1.4.1	Inleiding	4
1.4.2	Werkwijze	5
1.4.3	Verslag	6
2	Situering	7
3	Onderzoek	8
3.1	Behandeling	8
3.1.1	Behandelplan en multidisciplinair overleg	8
3.1.2	Communicatie tussen hulpverleners	10
3.1.3	Valincidenten	11
3.1.4	Toedienen dringende zorg	12
3.1.5	Gesprekken met zorgverleners	13
3.1.6	Betrekken context	16
3.2	Medicatie	16
3.2.1	Thuismedicatie	16
3.2.2	Opvolging na opstart lithium	17
3.3	Patiëntenrechten	19
3.3.1	Inzage en afschrift van het dossier	19
3.3.2	Klachtbehandeling	20
4	Conclusie	21

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:

- voorzieningen 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.

Binnen 30 dagen na de laatste vaststelling ontvangt het inspectiepunt en (in voorkomend geval) de klacht-indiener 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.

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**.

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

1.2 TOEPASSINGSGEBIEDEN

De vaststellingen betreffende de kwaliteit van zorg worden gedaan door Zorginspectie, op basis van de regelgeving m.b.t. de zorgvoorziening, inclusief het eisenkader/referentiekader dat bekend gemaakt werd aan de voorziening en te vinden is op volgende weblinks:

- Referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen
- Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg
- Wet betreffende de rechten van de patiënt.

Om onrealistische verwachtingen te vermijden, willen we expliciet opmerken dat de Vlaamse overheid niet bevoegd is om het medisch handelen bij een individuele patiënt te beoordelen. Deze handelingen vallen onder de therapeutische vrijheid en kunnen desgevallend beoordeeld worden door de Federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg (Toezichtcommissie). Indien deze handelingen echter tot schade geleid zouden hebben, dan kan, met het oog op een vergoeding van de schade, hetzij een procedure bij het Fonds voor Medische Ongevallen, hetzij een juridische procedure met burgerlijke partijstelling, gestart worden.

1.3 DEFINITIES

In de afrondende conclusie (zie punt 4) worden werkpunten aangegeven met een van volgende classificaties:

- **Inbreuk:** bij niet-naleving van regelgeving of van geformaliseerde afspraken.
- **Aandachtspunt:** bij een aandachtspunt wordt aandacht gevraagd voor bijsturing van de werking van de voorziening in functie van de verbetering van de kwaliteit van zorg aan de zorggebruiker.

1.4 INSPECTIEPROCES

1.4.1 Inleiding

De inspectie vond plaats naar aanleiding van een klacht dd. 04/05/2025, gericht aan de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg (ELGEZ). Op 16/05/2025 bracht ELGEZ Zorginspectie op de hoogte en vroeg daarbij om een onaangekondigde inspectie gezien de ernst van de klachten.

Zorginspectie nam op 21/05/2025 telefonisch contact met de klachtindiener, enerzijds om meer duidelijkheid te krijgen over de klachtelementen en anderzijds om aan de klachtindiener toelichting te geven over de manier van werken en de bevoegdheden van Zorginspectie. De klachtindiener gaf tijdens dit gesprek aan niet anoniem te willen zijn t.o.v. de voorziening. De klachtindiener is een familielid en zorgvolmachthouder van de patiënt over wie de klacht handelt.

De klacht bevat volgende elementen die binnen de bevoegdheid van het Departement Zorg vallen en tijdens de inspectie onderzocht werden:

- Volgens de klachtindiener was/waren er tijdens de opname op de afdelingen Ithaca en Sp-psychogeriatric:
- Geen duidelijke behandel doelstellingen.
- Weinig tot geen therapieaanbod.
- Geen gesprekken met de psychiater en de psycholoog.
- Onvoldoende betrokkenheid van de context (zorgvolmachthouder) bij de behandeling en de ontslagvoorbereiding.

- Na een valincident waarvoor opname in een algemeen ziekenhuis noodzakelijk was, gebeurde er onvoldoende overdracht van informatie vanuit het psychiatrisch ziekenhuis.
- Volgens de klachtindiener werd nagelaten om dringende zorg te verlenen aan een familielid opgenomen op de afdeling Sp-psychogeriatric.
- Er worden door de klachtindiener een aantal mogelijke medicatiefouten vermeld:
 - Thuismedicatie werd stopgezet en daarna terug opgestart tijdens de opname zonder enige uitleg of duidelijke reden.
 - Intoxicatie met lithium waarvoor opname in ziekenhuis noodzakelijk was. De klachtindiener stelt zich de vraag of er voldoende opvolging was bij toediening van deze medicatie.
- Volgens de klachtindiener werd bij het opvragen van het afschrift van het patiëntendossier niet het volledige dossier bezorgd: bijlagen waarnaar in dossier wordt verwezen, gesprekken met psychiater en psycholoog en behandelplan ontbraken.

Het doel van het inspectiebezoek was:

- Ter plaatse nagaan of er een reëel of potentieel risico bestaat voor de kwaliteit van zorg / patiënt-veiligheid met betrekking tot de elementen uit de klacht die binnen de bevoegdheid van het Departement Zorg vallen.
- Nagaan op welke manier de voorziening zicht verwerft op deze risico's en welke initiatieven genomen zijn om ze te beheersen/eliminieren.

De opdracht van Zorginspectie is de nodige relevante gegevens verzamelen voor de afdeling ELGEZ, die het dossier verder opvolgt.

1.4.2 Werkwijze

Het inspectiebezoek vond onaangekondigd plaats op 03/06/2025 tussen 09u00 en 17u00.

Voorafgaand aan de inspectie ter plaatse, werden door de inspecteurs volgende elementen nagekeken:

- klachtenmail van klachtindiener aan ELGEZ;
- website van het ziekenhuis.

De vaststellingen, gedaan tijdens dit inspectiebezoek, zijn gebaseerd op:

- voorafgaand telefonisch contact met de klachtindiener;
- gesprekken (zie titelblad);
- inzage in patiëntendossiers op afdelingen Ithaca en Sp-psychogeriatric;
- inzage in volgende documenten:
 - therapieschema's van afdeling Ithaca en afdeling Sp-psychogeriatric;
 - procedureboek labothema's;
 - zorgpaden lithium;
 - verwijfsbrief psychiater PC Ariadne naar AZorg naar aanleiding van het valincident;
 - ontslagbrieven van AZorg (na opname valincident en na opname lithiumintoxicatie);
 - procedure "inzage en afschrift van het cliëntendossier";
 - procedure "beleid inzake omgaan met (bijna-)incidenten";
 - procedure "valpreventie";
 - cijfergegevens;
 - analyses en acties m.b.t. valincidenten;
 - incidentanalyse en verbeteracties m.b.t. de klacht.

1.4.3 Verslag

Na een inleidend eerste hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek in hoofdstuk 3 weergegeven volgens 3 thema's (thema behandeling, thema medicatie, thema patiëntenrechten). Elk thema vermeldt de verwachtingen uit het PZ-referentiekader en de gecontroleerde regelgeving/richtlijnen (indien van toepassing), een omschrijving van de gevolgde werkwijze en vervolgens een weergave van de inspectievaststellingen rond het betreffende onderwerp. Tenslotte wordt een algemene conclusie beschreven in hoofdstuk 4.

2 SITUERING

Het ziekenhuis beschikt over volgende erkenningen van de Vlaamse overheid:

Bedden

A (d+n)	a(d)	a(n)	T (d+n)	t(d)	t(n)	Sp-psycho	Totaal
60	4	1	69	28	1	22	185

Functies

Ziekenhuisapothek

Tijdens de inspectie werd een bezoek gebracht aan:

- Afdeling Ithaca
- Afdeling Sp-psychogeriatric

3 ONDERZOEK

3.1 BEHANDELING

3.1.1 Behandelplan en multidisciplinair overleg

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.

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.

Er wordt bij de evaluatie van de behandeling ook gekeken naar bijzondere situaties m.b.t. afzondering, suïcidegevaar en non-compliance en er is bijzondere aandacht voor evaluatie van weekends en vakantie.

Er is een duidelijk therapieaanbod. De patiënten worden geïnformeerd over dit aanbod: het wordt bij voorkeur in een weekschema aan de patiënten bezorgd.

Naast individuele therapie wordt ook groepstherapie georganiseerd (efficiëntere inzet van personeel, kan psychologisch gunstig en motiverend zijn voor de patiënten).

Werkwijze

In het dossier van het familielid van de klachtindiener werd nagegaan of er een behandelplan (met duidelijke doelstellingen en acties) aanwezig was en of dit behandelplan regelmatig multidisciplinair (minstens 3 disciplines) besproken en geëvalueerd werd.

Daarnaast werd ook het therapieaanbod op de afdelingen Ithaca en Sp-psychogeriatric opgevraagd en werd in het dossier gezocht naar notities betreffende therapiedeelname.

Vaststellingen

In het dossier van de patiënt is er een behandelplan ("trajectplan/trajectbespreking") aanwezig met doelstellingen en acties. Het behandelplan omvat o.a. volgende domeinen: vrije tijd, sociaal, psychisch en cognitief functioneren, medisch/somatisch.

Dit behandelplan werd gedurende de opname op regelmatige basis multidisciplinair geëvalueerd: er kon aangetoond worden dat de patiënt tijdens de opname (van 16/10/2024 t.e.m. 20/04/2025) 14 keer multidisciplinair werd besproken. Op de afdeling Ithaca gebeurde de bespreking 2-wekelijks en op de afdeling Sp- psychogeriatric wekelijks.

Zowel op afdeling Ithaca als op afdeling Sp-psychotherapie wordt gewerkt met een vast wekelijks therapieschema op weekdays. In het weekend is er geen therapieaanbod. Voor beide afdelingen geldt hierrond het volgende:

- Het therapieschema is een standaardtraject voor elke opgenomen patiënt op de afdeling. Het kan, indien nodig, in de loop van de opname aangepast worden aan de individuele (behandel)noden van de patiënt.
- De patiënt krijgt een kopie van het therapieschema en het schema hangt op aan het communicatiebord in de gang van de afdeling.

De invulling van het therapieschema is voor beide afdelingen verschillend:

- Afdeling Ithaca:
 - o Elke dag worden er 2 therapieblokken aangeboden in de voormiddag en 2 in de namiddag. Dinsdagnamiddag is een vrije namiddag en wordt er geen therapie georganiseerd.
 - o De therapieblokken worden georganiseerd door verschillende disciplines o.a. psychomotore therapie, psycho-educatie, creatieve therapie, kooktherapie, crisisvaardigheden, vaardigheidstraining, mindfulness, groepsgesprekken, weekendbespreking, weekafsluiting.
- Afdeling Sp-psychogeriatric:
 - o Elke dag wordt er 1 therapie georganiseerd in de voormiddag en 1 in de namiddag.
 - o Alle therapieën worden georganiseerd door de ergotherapeuten van de afdeling o.a. actualiteit, crea, cognitief spel, reminiscentietherapie, marktbezoek, kooktherapie, muziektherapie.

Volgens de notities in het dossier was de patiënt weinig gemotiveerd om therapie te volgen ondanks het herhaaldelijk aanmoedigen door de verschillende therapeuten om deel te nemen aan de therapie. Er werden

notities gevonden van deelname aan o.a. muziektherapie, vrij atelier, crea, weekendbespreking en weekafsluiting.

3.1.2 Communicatie tussen hulpverleners

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

Het verpleegkundig dossier moet onder meer omvatten:

- a) de basisgegevens over de patiënt en zijn verzorging, zoals
 - de identificatiegegevens;
 - de verzorgingsbehoeften van de patiënt;
 - het verzorgingsplan, met aanduiding van de uitvoering ervan;
 - de evaluatie van de verstrekte zorgen;
- b) de gegevens die noodzakelijk zijn om de continuïteit van de verzorging te kunnen verzekeren;
- c) de registratie van alle observaties en handeling uitgevoerd door de verpleegkundige (cfr. KB van 18/06/90 art. 3).

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

De procedure voor transfer van PC Ariadne naar een algemeen ziekenhuis werd opgevraagd.

Daarnaast werd in het dossier van het familielid van de klachtindiener nagegaan hoe en welke informatieoverdracht er gebeurde bij een eerste opname in een algemeen ziekenhuis vanuit de afdeling Sp-psychogeriatric na een valincident (= reden volgens de klachtindiener).

Vaststellingen

Het ziekenhuis heeft geen procedure voor transfer van PC Ariadne naar een algemeen ziekenhuis. Er is enkel een mondelinge afspraak dat bij transfer naar een algemeen ziekenhuis de verpleging ervoor zorgt dat het medicatieschema wordt meegegeven en dat een arts van PC Ariadne zorgt voor een verwijsbrief.

Tijdens het verblijf op de afdeling Sp-psychogeriatric werd de patiënt een eerste keer overgebracht naar een algemeen ziekenhuis voor verder onderzoek wegens "suffer, niet in gewone doen" (= reden vermeld in de verwijsbrief naar het algemeen ziekenhuis). Volgens de klachtindiener was de patiënt gevallen, maar werd deze informatie niet doorgegeven aan het algemeen ziekenhuis. Het valincident zou ook niet vermeld zijn aan de klachtindiener tijdens het telefonisch contact (met een verpleegkundige van de afdeling) voorafgaand aan de opname.

Het algemeen ziekenhuis zou pas na telefonisch contact (omwille van afwijkende bloedwaarden die konden wijzen op een val) met de afdeling Sp-psychogeriatric vernomen hebben dat de patiënt effectief gevallen was de dag van opname.

In het dossier van de patiënt werd geen melding gemaakt van een val, enkel: “patiënt aangetroffen op stoel in een plas urine”. Volgens de notities in het dossier wou de patiënt gedurende de dag niet eten, was deze suffer en was er sprake van een gewijzigd gedrag. De dokter van wacht besloot om de patiënt te laten opnemen. Ook in de verwijfsbrief van de arts van PC Ariadne aan het algemeen ziekenhuis, werd niets vermeld rond een mogelijke val die dag.

Tijdens de opname op de spoeddienst was er telefonisch contact tussen het algemeen ziekenhuis en de afdeling Sp-psychogeriatric. Hierover werd in het dossier vermeld dat er afwijkende laboresultaten gevonden werden en dat het wellicht een korte opname werd.

In de ontslagbrief van de spoeddienst werd het volgende vermeld: “Deze middag op de grond gevonden. Mogelijks gevallen”. De spoedarts vermoedde dat de patiënt was gevallen omwille van afwijkende labowaarden die in de richting van een val wezen.

Uit gesprek tijdens de inspectie blijkt dat de patiënt niet op de stoel was aangetroffen, zoals vermeld werd in het dossier, maar dat de patiënt op de grond zat. Volgens de gesprekspartner was de patiënt dus vermoedelijk effectief gevallen.

Door het ontbreken van correcte informatie in het dossier kon niet alle nodige informatie overgedragen worden tussen de verschillende hulpverleners. Om continuïteit van zorg te kunnen verzekeren is het van belang dat de informatieoverdracht tussen hulpverleners correct en volledig is.

3.1.3 Valincidenten

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

Het verpleegkundig dossier moet onder meer omvatten:

- a) de basisgegevens over de patiënt en zijn verzorging, zoals
 - de identificatiegegevens;
 - de verzorgingsbehoeften van de patiënt;
 - het verzorgingsplan, met aanduiding van de uitvoering ervan;
 - de evaluatie van de verstrekte zorgen;
- b) de gegevens die noodzakelijk zijn om de continuïteit van de verzorging te kunnen verzekeren;
- c) de registratie van alle observaties en handeling uitgevoerd door de verpleegkundige (cfr. KB van 18/06/90 art. 3).

Er is permanente risicoanalyse. Fouten, ongevallen, maar ook incidenten worden geregistreerd en geëvalueerd. De resultaten van de verwerking geven aanleiding tot verbeteracties.

Werkwijze

De procedure voor het melden van valincidenten werd opgevraagd en nagekeken op aanwezigheid van een aantal elementen. Daarnaast werden de cijfergegevens van meldingen van valincidenten en de hieraan gekoppelde analyses en verbeteracties opgevraagd voor de periode van 01/04/2024 t.e.m. 31/03/2025.

In het dossier van het familielid van de klachtindiener werd nagegaan of er tijdens het verblijf op de afdeling Sp-psychogeriatric valincidenten vermeld werden in het dossier en of in dit geval de valincidenten ook gemeld werden in het incidentmeldsysteem.

Vaststellingen

In de procedure ‘Beleid inzake omgaan met (bijna-)incidenten’ wordt vermeld dat er verwacht wordt van medewerkers dat er zeker een melding wordt gemaakt van cliëntgerichte incidenttypes zoals ongeval (bv. valincident).

In een gecontroleerde periode in het dossier tijdens de opname op de afdeling Sp-psychogeriatric werden 3 meldingen gevonden van valincidenten. Van deze 3 meldingen in het dossier werd slechts 1 valincident gemeld

in het incidentmeldsysteem. Hieruit blijkt dat niet alle valincidenten gemeld werden in het incidentmeldsysteem.

Cijfergegevens betreffende valincidenten (van kwartaal 2 van 2024 t.e.m. kwartaal 1 van 2025):

Afdeling	Aantal meldingen
Sp-psychogeriatric	150
Ithaca	9
HIC	7
Intensieve Dienst	0
Limani	2
Totaal	168

Naar aanleiding van analyses van valincidenten werd het ziekenhuisbreed valpreventiebeleid herwerkt (januari 2024). Er werd ook een val- en preventiedetectiesysteem aangekocht midden 2024. Het systeem werd reeds geëvalueerd en hieruit bleek dat bij het uit bed komen van de patiënt, aan de hand van een alarm op de draagbare telefoons van de zorgverleners, een potentiële valpartij kan voorkomen worden en dat er bij valmeldingen een snellere respons is van de hulpverleners door de alarmering via de draagbare telefoons. Op basis van deze evaluatie werd beslist om het detectiesysteem uit te breiden, zodat dit breder kan ingezet worden bij patiënten met een verhoogd valrisico.

3.1.4 Toedienen dringende zorg

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

De patiënt heeft, zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de gezondheidszorgbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften.

Werkwijze

In het dossier van het familielid van de klachtindiener werd gezocht naar notities van de periode voor de dringende opname in het algemeen ziekenhuis via de hulpdiensten 112 wegens lithiumintoxicatie (deze opname vond een paar dagen na de bovengenoemde opname n.a.v. valincident plaats). Dit om de situatie voorafgaand aan de opname in kaart te brengen.

Vaststellingen

Volgens de klachtindiener werd tijdens het bezoek aan de patiënt op de afdeling Sp-psychogeriatric door een familielid (om 15u00) opgemerkt dat de patiënt zeer suf was en niet reageerde op aanspreken. Het familielid zou dit gemeld hebben aan de verpleging die zei dat de arts van wacht was langs geweest, dat er medicatie was opgestart en dat er nog even moest afgewacht worden. Er zou op dat moment ook gevraagd zijn door het familielid of er een ambulance kon gebeld worden om de patiënt over te brengen naar een algemeen ziekenhuis. Dit zou geweigerd zijn door de medewerkers van de afdeling. Hierop belde het familielid de klachtindiener. De klachtindiener zou op zijn beurt via telefonisch contact met een verpleegkundige van de dienst gevraagd hebben om de ambulance te bellen, maar dit zou opnieuw geweigerd zijn. Het familielid dat op bezoek was belde toen zelf de hulpdiensten. Deze zouden gevraagd hebben om 1 van de verpleegkundigen te kunnen spreken om verdere uitleg te krijgen. Eerst zouden de verpleegkundigen geweigerd hebben om aan de telefoon te komen, maar uiteindelijk zou 1 van de verpleegkundigen toch aan de lijn gekomen zijn en er zou

aan de operator van de hulpdiensten gemeld zijn dat het volgens de verpleging niet nodig was om de patiënt te laten opnemen en dat de patiënt bij bewustzijn was.

De patiënt werd overgebracht naar de spoedafdeling van het algemeen ziekenhuis. Uit de ontslagbrief van de spoedopname in het dossier bleek dat de patiënt bij aankomst op de spoedafdeling comateus was.

Uit de dossiercontrole werd het volgende weerhouden:

- De dag voor de opname in het algemeen ziekenhuis werd gemeld dat de patiënt 's nachts uit het bed gevallen was en op de grond lag. Overdag was het moeilijk om contact te maken met de patiënt. Op de middag (13u03) was de arts van wacht langs geweest: de patiënt was aanspreekbaar, er werd bijkomende medicatie opgestart en de arts gaf de opdracht om verder te observeren en de parameters 3 keer/dag te controleren.
- De dag voor opname in het algemeen ziekenhuis gebeurde een eenmalige controle van volgende parameters (13u15): pols, bloeddruk, temperatuur en glycemie.
- De dag van opname in het algemeen ziekenhuis werd in het dossier gemeld dat de patiënt tijdens de ochtendverzorging niet reageerde op vraagstelling en de ogen niet open deed. De patiënt zakte door in de zetel. Hierop werd de dokter van wacht telefonisch gecontacteerd. De arts gaf telefonisch advies: "medicatie die dag voordien is opgestart aanhouden, wisselhoudingen toepassen ter preventie van decubitus en aansporen om te eten en voldoende te drinken".
- Om 12u54 werd het volgende vermeld in het dossier: "puff (symbicort Turbohaler) niet kan toegediend worden".
- De dag van opname in het algemeen ziekenhuis gebeurde een eenmalige controle van volgende parameter (13u03): bloeddruk. Er waren in het dossier geen notities te vinden rond de bewustzijnstoestand van de patiënt.
- Rond de vraag van de familie om de hulpdiensten te bellen, werd enkel de volgende notitie gevonden in het dossier (16u12): "Familie heeft contact genomen met 112 om te laten opnemen. Wouden familie het zelf laten regelen, maar noodcentrale wou graag verpleging aan de lijn. Ambulance is komen ophalen. Zoon gaat rechtstreeks naar het ziekenhuis. Dokter van wacht is op de hoogte."

In de periode tussen de notitie van de bloeddruk (13u03) en de bovenstaande notitie m.b.t. de hulpdiensten werden er geen notities gevonden in het dossier. In het dossier kon bijgevolg niet worden aangetoond dat de verpleging bij de patiënt was langs geweest om de toestand van de patiënt te controleren, parameters te nemen en indien nodig de vereiste zorg te verlenen. Daarnaast kon de uitvoering van het medisch order om 3 keer/dag de parameters te controleren niet aangetoond worden.

3.1.5 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;

Werkwijze

Op de afdelingen Ithaca en Sp-psychogeriatric werden de afspraken betreffende gesprekken van de patiënt met een psychiater en een psycholoog bevraagd.

In het dossier van het familielid van de klachtindiener werd gezocht naar notities van individuele gesprekken met een psychiater en een psycholoog. Daarnaast werd in een aantal dossiers van opgenomen patiënten op de afdeling Ithaca gezocht naar individuele gesprekken met een psychiater en een psycholoog in de laatste 3 maanden voor inspectie.

Vaststellingen

Volgens het beleid van de afdeling Ithaca:

- Is de minimale frequentie van een gesprek tussen de patiënt en een psychiater niet vastgelegd. Gesprekken zijn op vraag of op indicatie. De psychiater streeft ernaar om minstens om de 14 dagen een gesprek te hebben met elke opgenomen patiënt. De psychiater heeft ook een gesprek bij opname en voor ontslag.
- Is de minimale frequentie van een gesprek tussen de patiënt en een psycholoog niet vastgelegd. De psycholoog van de afdeling streeft ernaar om minstens wekelijks een gesprek te hebben met elke opgenomen patiënt. Er gaan wekelijks groepsgesprekken door met de psycholoog en daarnaast heeft de psycholoog ook een gesprek bij opname en voor ontslag.

Volgens het beleid van de afdeling Sp-psychogeriatric:

- Is de minimale frequentie van een gesprek tussen de patiënt en een psychiater niet vastgelegd. De psychiater streeft ernaar om minstens wekelijks een gesprek te hebben met elke opgenomen patiënt. De psychiater heeft ook een gesprek bij opname en voor ontslag.
- Is de minimale frequentie van een gesprek tussen de patiënt en een psycholoog niet vastgelegd. De gesprekken zijn afhankelijk van de nood van de patiënt. De psycholoog heeft ook een gesprek bij opname en voor ontslag.

Volgens het beleid van het ziekenhuis wordt verwacht dat de psychiater minstens tweewekelijks een individueel gesprek heeft met elke patiënt en dat de psycholoog minstens maandelijks een individueel gesprek heeft met elke patiënt. Op beide afdelingen blijkt het beleid van het ziekenhuis niet gekend te zijn.

In het dossier van het familielid van de klachtindiener konden:

- In totaal 14 notities van individuele gesprekken met een psychiater gevonden worden. Hiervan vonden 6 gesprekken plaats op de afdeling Ithaca (verblijf van 16/10/2024 tot 6/03/2025) met volgende intervallen tussen de gesprekken: 5 dagen, 14 dagen, 22 dagen, 30 dagen en 32 dagen. Het laatste gesprek op afdeling Ithaca vond plaats op 17/1 waarna er een interval was van 7 weken tussen de gesprekken tot de opname op afdeling Sp-psychogeriatric. De overige 8 gesprekken vonden wekelijks plaats op de afdelingen Sp-psychogeriatric (verblijf van 6/03/2025 tot 20/04/2025).
- In totaal 4 notities van individuele gesprekken met een psycholoog gevonden worden. Hiervan vonden er 2 gesprekken plaats op de afdeling Ithaca met een interval van 19 weken tussen de gesprekken en 2 op de afdeling Sp-psychogeriatric. Op de afdeling Ithaca werden daarnaast ook notities gevonden van 5 gesprekken met een stagiair psychologie. Er kon niet aangetoond worden dat deze gesprekken verliepen onder supervisie van een psycholoog. Op de afdeling Ithaca was 1 van de

afdelingspsychologen gedurende de opnameperiode van de patiënt langdurig afwezig. Er werd een deeltijdse vervanging geregeld.

De bewering van de klachtindiener dat er geen individuele gesprekken plaats vonden met de psychiater en de psycholoog komt niet overeen met de vaststellingen uit de dossiercontrole.

Uit de dossiercontrole kon niet aangetoond worden dat het beleid van het ziekenhuis betreffende de frequentie van individuele gesprekken werd gevolgd:

- Er kon niet aangetoond worden dat er minstens tweewekelijks een individueel gesprek was met een psychiater op de afdeling Ithaca.
- Er kon niet aangetoond worden dat er minstens maandelijks een individueel gesprek was met een psycholoog op de afdeling Ithaca.

Er werden 4 dossiers gecontroleerd van patiënten die minstens 3 maanden opgenomen waren op de afdeling Ithaca. In de laatste 3 maanden voor inspectie werden volgende notities gevonden van individuele gesprekken met de psychiater en de psycholoog:

	Aantal individuele gesprekken met psychiater	Aantal individuele gesprekken met psycholoog
Dossier 1	6 gesprekken Met een maximum interval van 4 weken tussen 2 gesprekken en een minimum interval van 1 dag tussen 2 gesprekken.	7 gesprekken Wekelijkse gesprekken in de gecontroleerde periode t.e.m. 11/4. Daarna was er een interval van 7 weken tot het volgende gesprek. Hierbij moet opgemerkt worden dat deze patiënt zeer regelmatig afwezig was wegens opvolging voor somatische problematiek in een algemeen ziekenhuis.
Dossier 2	3 gesprekken Met een maximum interval van 7 weken tussen 2 gesprekken en een minimum interval van 1,5 week tussen 2 gesprekken.	8 gesprekken Met een maximum interval van 3 weken tussen 2 gesprekken en een minimum interval van 1 dag tussen 2 gesprekken.
Dossier 3	1 gesprek in de gecontroleerde periode van 3 maanden.	7 gesprekken Met een maximum interval van 4 weken tussen 2 gesprekken en een minimum interval van 3 dagen tussen 2 gesprekken.
Dossier 4	5 gesprekken Met een maximum interval van 6,5 weken tussen 2 gesprekken en een minimum interval van 1 dag tussen 2 gesprekken	17 gesprekken Met een maximum interval van 3 weken tussen 2 gesprekken en een minimum interval van 1 dag tussen 2 gesprekken

Uit de dossiercontrole kon niet aangetoond worden dat het beleid van het ziekenhuis betreffende de frequentie van individuele gesprekken met de psychiater gevolgd werd: in alle 4 de gecontroleerde dossiers was er minstens 1 tijdsinterval van langer dan 2 weken tussen 2 gesprekken.

Uit de bevraging van het beleid rond de minimale frequentie van gesprekken met de psychiater en de psycholoog op de beide afdelingen bleek dat dit niet overeen kwam met de ziekenhuisbrede beleidsverwachtingen.

3.1.6 Betrekken 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:

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

Werkwijze

In het dossier van het familielid van de klachtindiener werd gezocht naar gesprekken tussen de klachtindiener (= zorgvolmachtouder/context van patiënt) en zorgverleners van het behandelend team op afdeling Ithaca en Sp-psychogeriatric. Daarnaast werd meer specifiek gezocht naar gesprekken rond ontslagvoorbereiding.

Vaststellingen

Gedurende de volledige opnameduur konden 17 notities van gesprekken van zorgverleners met de klachtindiener gevonden worden in het dossier. 8 hiervan waren tijdens de opname op de afdeling Ithaca en 9 hiervan waren tijdens de opname op de afdeling Sp-psychogeriatric.

2 van deze notities hadden betrekking op afspraken rond ontslagvoorbereiding.

Het eerste gesprek met de behandelende arts vond plaats, zoals vermeld door de klachtindiener, 3 maanden na opname.

Dossiercontrole toonde aan dat de klachtindiener op beide afdelingen betrokken werd tijdens de behandeling, zoals verwacht wordt vanuit het referentiekader. In het referentiekader wordt niet bepaald wanneer en door wie de familie moet betrokken worden.

3.2 MEDICATIE

3.2.1 Thuismedicatie

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.

Het patiëntendossier bevat een overzicht van de medicatie die de patiënt nam voor de opname. Dit overzicht is toegankelijk voor de ziekenhuisapotheker.

Werkwijze

In het dossier van het familielid van de klachtindiener werd nagegaan of er info te vinden was rond thuismedicatie (diabetesmedicatie, cholesterolverlagende medicatie en oogdruppels). Er werd nagekeken in het medicatieschema of de toediening van deze thuismedicatie onderbroken werd en indien dit het geval was of daar een reden voor gevonden kon worden in het dossier.

Vaststellingen

In het dossier van de patiënt werd geen informatie rond thuismedicatie (diabetesmedicatie, cholesterolverlagende medicatie en oogdruppels) gevonden (noch in de verpleegkundige notities, noch in de notities van de arts). Ook in de verwijfsbrief vanuit het algemeen ziekenhuis naar PC Ariadne (in CoZo) werd geen informatie rond thuismedicatie niet gevonden; hierin staat enkel vermeld “thuismedicatie verder”. In een brief “consult diabetes” op CoZo werd wel info gevonden over de diabetesmedicatie. De informatie op CoZo is toegankelijk voor de behandelende artsen en voor de verpleegkundigen van het behandelend team van de patiënt.

Uit nazicht van het medicatieschema bleek dat:

- De diabetesmedicatie (2 verschillende preparaten) van bij de start van de opname werd toegediend. 1 van de 2 preparaten werd in de maand januari gestopt in samenspraak met de huisarts van het PC omwille van “uit de handel”.
- De cholesterolverlagende medicatie van bij de start van de opname werd toegediend. In de maand januari werd deze medicatie vervangen door een generisch product omwille van een aanpassing in het geneesmiddelenformularium van het PC.
- De oogdruppels (2 preparaten) bij de start van de opname niet werden toegediend. Hiervoor is geen reden te vinden in het dossier. Volgens observatienotities in het dossier werden de oogdruppels op vraag van de patiënt (wegens thuismedicatie) opgestart op 21/10/2024 (5 dagen na opnamedatum). 1 van de 2 preparaten werd op dat moment vervangen door het generische product.

De info rond thuismedicatie is niet te vinden in het dossier van de patiënt: waardoor 2 geneesmiddelen (oogdruppels) niet werden toegediend van bij de start van de opname.

3.2.2 Opvolging na opstart lithium

Werkwijze

De richtlijnen van PC Ariadne rond de opstart/opvolging van lithium werden opgevraagd en er werd nagegaan in het dossier van het familielid van de klachtindiener of deze richtlijnen werden gevolgd.

Vaststellingen

De richtlijnen i.v.m. het opstarten en opvolgen van lithium staan beschreven in het procedureboek labothema's en in de zorgpaden Lithium.

Volgens de richtlijnen moet het volgende gebeuren bij lithiumtherapie:

- Zorgpad bij start / wijziging dosis / afwijkende waarden:

- Labo lithium wekelijks tot manuele stop (stabilisatie). Dit wil zeggen dat de arts moet aangeven dat de opvolging volgens het “zorgpad bij start” gestopt mag worden.
- TSH bij opstart, na 3 maanden, daarna 6-maandelijks.
- Witte bloedcellen bij start, na 3 maanden, daarna 6-maandelijks.
- Creatinine bij start, na 3 maanden, daarna 6-maandelijks.
- Observatieset jaarlijks.
- Zorgpad na stabilisatie
 - Labo lithium 3 maanden na start zorgpad “lithium na stabilisatie”.
 - Labo lithium 6 maanden na start zorgpad “lithium na stabilisatie”, daarna 6-maandelijks.
 - TSH 3 maanden na start zorgpad “lithium na stabilisatie”.
 - TSH 6 maanden na start zorgpad “lithium na stabilisatie”, daarna 6-maandelijks.
 - Observatieset jaarlijks.

Uit controle van het dossier bleek dat het lithiumpreparaat “camcolit” werd opgestart op 16/12/2024. Camcolit wordt volgens de gesprekspartners steeds ingenomen onder toezicht van een verpleegkundige. Controle van het medicatieschema vanaf 16/12/2024 t.e.m. ontslag toonde aan dat camcolit dagelijks correct werd toegediend volgens het medisch order van de behandelende arts.

Volgende labocontroles werden gevonden in het dossier:

Datum	Lithiumspiegel binnen referentiewaarden?	Dosis lithium aangepast?	Andere gecontroleerde functies in kader van lithiumgebruik
27/12/2024	Lithiumspiegel niet bepaald	Dosis werd niet aangepast	Creatinine
03/01/2025	Nee, waarde lager dan referentiewaarden	Dosis werd aangepast	Geen
10/01/2025	Ja, waarde binnen referentiewaarden	Dosis werd aangepast	Geen
17/01/2025	Ja, waarde binnen referentiewaarden	Dosis werd niet aangepast	TSH Creatinine
30/01/2025	Lithiumspiegel niet bepaald	Dosis werd niet aangepast	TSH Creatinine
04/03/2025	Ja, waarde binnen referentiewaarden	Dosis werd niet aangepast	Creatinine
21/3/2025	Lithiumspiegel niet bepaald	Dosis werd niet aangepast	TSH Creatinine Witte bloedcellen
18/4/2025	Lithiumspiegel niet bepaald	Dosis werd niet aangepast	Creatinine

Lithium werd gestart op 16/12/2024. Volgens de richtlijnen moet er een week na start een controle van de lithiumspiegel bepaald worden. Dit gebeurde niet volgens de ingekeken laboresultaten.

Bij start moet er volgens de richtlijnen een controle gebeuren van het TSH, de witte bloedcellen en het creatinine. Dit gebeurde niet volgens de ingekeken laboresultaten.

In het dossier werd nergens melding gemaakt door de arts dat er stabilisatie was bereikt en dat de opvolging volgens het “zorgpad bij start” mocht gestopt worden. Dit betekent dat er volgens de richtlijnen wekelijks een controle van de lithiumspiegel moest blijven gebeuren. Dit gebeurde niet volgens de ingekeken laboresultaten.

Uit de dossiercontrole bleek dat de interne richtlijnen bij opstart/opvolgen van lithium niet werden gevolgd.

3.3 PATIËNTENRECHTEN

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

De patiënt heeft recht op afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffend patiëntendossier, volgens dezelfde regels als hierboven vermeld bij recht tot inzage.

De patiënt heeft het recht om het inzagerecht en het recht op afschrift te laten uitoefenen via een vertrouwenspersoon.

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

18° de vermelding dat in toepassing van de artikelen 7, § 2, en 8, § 3, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, informatie, met akkoord van de patiënt, werd meegedeeld aan een vertrouwenspersoon of aan de patiënt in aanwezigheid van een vertrouwenspersoon evenals de identiteit van deze vertrouwenspersoon;

21° het verzoek van de patiënt in toepassing van artikel 9, § 2, van voornoemde wet van 22 augustus 2002 om zich te laten bijstaan door of zijn inzagerecht uit te oefenen via een door hem aangewezen vertrouwenspersoon evenals de identiteit van deze vertrouwenspersoon;

Werkwijze

De procedures rond inzage en afschrift van het dossier werden opgevraagd. Deze procedures werden gecontroleerd op een aantal elementen uit de wet betreffende de rechten van de patiënt.

In het dossier van het familielid van de klachtindiener werd gezocht naar informatie over een zorgvolmacht, de datum van verzoek tot inzage/afschrijving van het dossier en de datum van afleveren van het afschrift. Daarnaast werd nagegaan of het afgeleverde afschrift het volledige dossier omvatte.

Vaststellingen

Er is een procedure over inzage in het dossier: "inzage en afschrift van het cliëntdossier".

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

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

Er is een procedure over afschrift van het dossier: "inzage en afschrift van het cliëntdossier".

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

- De vraag tot afschrift kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden.
- Het afschrift is gratis (minstens het eerste).

- De termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het afschrift van het dossier is niet langer dan 15 dagen.
- Gegevens die betrekking hebben op derden zijn uitgesloten van het recht op afschrift.

In het dossier van het familielid van de klachtindiener wordt op 14/02/2025 vermeld dat de klachtindiener een zorgvolmacht heeft. De zorgvolmacht is op dat moment ook toegevoegd aan het dossier in een bijlage. Uit de informatie in het dossier kon worden vastgesteld dat het afschrift werd afgeleverd binnen de wettelijke termijn van 15 dagen.

Het afgeleverde afschrift omvatte het volledige elektronische patiëntendossier zonder bijlagen, zijnde de observatieverslagen, waarnaar wordt verwezen in het afschrift. Het afgeleverde afschrift bevatte in het bijzonder het behandelplan (trajectplan) en de notities van de gesprekken met de psychiater en de psychologen. Door de automatische anonimisering bij het genereren van het afschrift is het niet duidelijk welke zorgverlener/ discipline welke notities invoerde in het dossier.

3.3.2 Klachtbehandeling

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

Klachten, incidenten en gegevens uit patiëntenbevragingen worden op ziekenhuisniveau samen geanalyseerd met het oog op het voeren van een verbeterbeleid.

Werkwijze

Er werd gevraagd aan het ziekenhuis hoe men omging met de klacht die werd ingediend bij de ombudsdienst, of men kon aantonen of de klacht werd geanalyseerd en of er naar aanleiding van de klacht verbeteracties werden opgezet.

Vaststellingen

De klachtindiener diende de klacht, zoals gemeld aan het Departement Zorg ook in bij de interne en de externe ombudsdienst van het ziekenhuis.

Tot op het moment van het telefonisch contact tussen Zorginspectie en de klachtindiener had deze nog geen reactie gekregen van de interne ombudsdienst. Tijdens het telefonisch gesprek met de klachtindiener werd vermeld dat er recent een gesprek had plaats gevonden met de klachtindiener, de externe ombudspersoon, de directeur patiëntenzorg en de hoofdverpleegkundige van de afdeling.

Tijdens de inspectie werd gevraagd welke acties het ziekenhuis had ondernomen naar aanleiding van deze klacht.

Het ziekenhuis toonde aan dat de klacht werd besproken en geanalyseerd: er gebeurde een PRISMA-analyse in het kader van de lithiumintoxicatie. Daarnaast werden er gesprekken gevoerd met de medewerkers van de afdeling.

Volgende verbeteracties werden opgezet naar aanleiding van de analyse:

- Het lithiumzorgpad zal herwerkt worden door de artsen. Een eerste bespreking staat volgens de gesprekspartners geagendeerd op de eerstvolgende medische raad.
- Aangezien de bejegening op de afdeling was misgelopen werd volgens de gesprekspartners besloten om op de afdeling Sp-psychogeriatric volgende acties te ondernemen:
 - o maandelijkse interviews met het team;
 - o maandelijkse teamvergadering met de afdelingsarts en de verpleegkundigen o.a. rond het thema “wat is goede zorg?”;
 - o bijsturingsgesprekken met een aantal medewerkers die aanwezig waren bij het incident.

4 CONCLUSIE

In deze afrondende conclusie worden vaststellingen en werkpunten vermeld. De werkpunten worden aangegeven met een van volgende classificaties:

- **Inbreuk** bij niet-naleving van regelgeving of van geformaliseerde afspraken.
 - **Aandachtspunt** bij een aandachtspunt wordt aandacht gevraagd voor bijsturing van de werking van de voorziening in functie van de verbetering van de kwaliteit van zorg aan de zorggebruiker.
- In het dossier van het familielid van de klachtindiener kon aangetoond worden dat er een behandelplan aanwezig was en dat er op regelmatige tijdstippen multidisciplinair overleg betreffende de behandeling plaatsvond. Daarnaast kon aangetoond worden dat er zowel voor de afdeling Ithaca als voor de afdeling Sp-psychogeriatric een therapieaanbod was.
 - Het verpleegkundig dossier moet alle observaties en de noodzakelijke gegevens bevatten om de continuïteit van zorg te kunnen verzekeren. In het dossier van het familielid van de klachtindiener kon niet aangetoond worden dat de nodige gegevens i.v.m. het mogelijke valincident waren genoteerd (**inbreuk**).
 - De gezondheidszorgbeoefenaar moet alle nuttige en noodzakelijke informatie meedelen aan een ander behandelend gezondheidszorgbeoefenaar om de behandeling te kunnen voortzetten of te vervolledigen. In het dossier van het familielid van de klachtindiener kon niet aangetoond worden dat, op het moment van opname in het algemeen ziekenhuis wegens valincident, de nodige informatie werd doorgegeven aan de zorgverstrekkers van het algemeen ziekenhuis (**inbreuk**).
 - Het referentiekader verwacht dat incidenten worden geregistreerd. Uit de dossiercontrole van het familielid van de klachtindiener bleek dat niet alle genoteerde valincidenten in het dossier werden gemeld in het incidentmeldsysteem (**inbreuk**).
 - In het dossier van het familielid van de klachtindiener kon niet worden aangetoond dat de nodige kwaliteitsvolle zorg werd toegediend die beantwoordde aan de behoeften van de patiënt op het moment voor opname in het algemeen ziekenhuis wegens lithiumintoxicatie (**inbreuk**):
 - Er kon niet aangetoond worden dat de verpleging bij de patiënt was langs geweest om de toestand van de patiënt te controleren, parameters te nemen en indien nodig de vereiste zorg te verlenen.
 - De uitvoering van het medisch order van de arts om 3 keer/dag de parameters te controleren kon niet aangetoond worden.
 - In alle gecontroleerde dossiers werden notities van individuele gesprekken met de psychiater en de psycholoog gevonden.

Uit de dossiercontrole bleek:

 - Dat het beleid van het ziekenhuis betreffende de vooropgestelde frequentie van individuele gesprekken met de psychiater (minstens 2-wekelijks) niet gevolgd werd: in alle 5 de gecontroleerde dossiers was er minstens 1 tijdsinterval van langer dan 2 weken tussen 2 gesprekken (**aandachtspunt**).
 - Dat het beleid van het ziekenhuis betreffende de vooropgestelde frequentie van individuele gesprekken met de psycholoog (minstens maandelijks) niet gevolgd werd: In het dossier van het familielid van de klachtindiener tijdens het verblijf op de afdeling Ithaca kon niet aangetoond worden dat er minstens maandelijks een gesprek was (**aandachtspunt**).
 - Uit de dossiercontrole bleek dat, zoals verwacht wordt in het referentiekader, de klachtindiener betrokken werd tijdens de behandeling en de ontslagvoorbereiding.

- Er werd geen informatie over thuismedicatie gevonden in het dossier van het familielid van de klachtindiener (**inbreuk**). Hierdoor kon de continuïteit van zorg niet gegarandeerd worden (2 medicaties werden hierdoor pas 5 dagen na opname terug opgestart).
- Uit de dossiercontrole bleek dat de interne richtlijnen bij opstart/opvolgen van lithium niet werden gevolgd (**aandachtspunt**).
- Het afgeleverde afschrift omvatte niet het volledige patiëntendossier (**inbreuk**). De bijlagen, waarnaar werd verwezen in het afschrift, werden niet bezorgd aan de aanvrager.

Het ziekenhuis heeft naar aanleiding van de klacht volgende stappen ondernomen:

- Er vond een gesprek plaats met de klachtindiener.
- Er werd een grondige analyse uitgevoerd van de klacht (PRISMA-analyse).
- Er werden verbeteracties opgezet.

De opvolging van alle vaststellingen uit het inspectieverslag zal gebeuren door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg.