

# DEPARTEMENT ZORG

## Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 Brussel

T 02 553 34 34

[contact.zorginspectie@vlaanderen.be](mailto:contact.zorginspectie@vlaanderen.be)

[www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be)

## INSPECTIEVERSLAG: GGZ-VOORZIENING MET EEN REVALIDATIE- OVEREENKOMST

### INRICHTENDE MACHT

Naam	Centrum voor Ambulante Revalidatie D.A.T.
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	vzw
Ondernemingsnummer	0463347917
Adres	Houtemstraat 115B, 3300 Tienen

### INSPECTIEPUNT

Naam	CAR DAT
Adres	Houtemstraat 115B, 3300 Tienen
Dossiernummer	9.53.607.97

### UITBATINGSPLAATS

Naam	CAR DAT Tienen
Adres	Houtemstraat 115B, 3300 Tienen

### INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	19/06/2023
Verslagnummer	ZI-2023-00602
Inspecteurs	Pieter Thijs Koenraad Fierens

### INSPECTIEBEZOEK

#### CAR DAT Tienen

Aangekondigde inspectie op 19/06/2023 (9:00-15:00)

Gesprekspartners Zie 1.2.

# INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding	4
1.1	Toezicht door Zorginspectie	4
1.2	Inspectiemethodiek	4
1.3	Verwachtingskader	7
1.4	Opbouw van dit verslag	9
2.	Organisatie en zorgaanbod	10
2.1	Organisatie	10
2.2	Zorgaanbod	10
3.	Kwaliteitsbeleid	13
3.1	Algemeen kwaliteitsbeleid	13
3.2	Verbeterbeleid	14
3.2.1	Zicht op eigen werking (gegevens verzamelen en analyseren)	14
3.2.2	Verbeteracties	15
3.3	Samenvatting resultaten kwaliteitsbeleid	16
3.3.1	Zoals verwacht	16
3.3.2	Verbeterpunten	16
4.	Multidisciplinaire werking	17
4.1	Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens	17
4.2	Zorgplan	19
4.3	Multidisciplinair overleg (MDO)	21
4.4	Communicatie met externe zorgverleners (continuïteit)	23
4.4.1	Verwijzer	24
4.4.2	Huisarts	24
4.4.3	Vervolgzorg	24
4.4.4	Eindverslag	24
4.5	Samenvatting resultaten multidisciplinaire werking	25
4.5.1	Zoals verwacht	25
4.5.2	Verbeterpunten	26
5.	Rechten	27
5.1	Inzage in en afschrift van het dossier	27
5.2	Klachtrecht	28
5.3	Privacy	30
5.4	Zelfbeschikking	31
5.5	Rolstoeltoegankelijkheid	33
5.6	Samenvatting resultaten rechten	34
5.6.1	Zoals verwacht	34
5.6.2	Verbeterpunten	34

6.	Veiligheid	35
6.1	Veiligheid van personen	35
6.2	Bewaring van dossiergegevens	36
6.3	Medicatiebeleid	37
6.4	Samenvatting resultaten veiligheid	38
6.4.1	Zoals verwacht	38
6.4.2	Verbeterpunten	38
7.	Algemeen besluit	39
7.1	Overzicht resultaten	39
7.2	Globale beoordeling	39

# 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 beleidsadvies 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](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be).

Meer informatie is te vinden op onze website: [www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be).

## 1.2 INSPECTIEMETHODIEK

### Situering

In het kader van de zesde staatshervorming werden de voorzieningen met een revalidatieovereenkomst door de federale overheid naar de gemeenschappen overgedragen: sinds 2019 hebben deze voorzieningen een revalidatieovereenkomst met de Vlaamse overheid.

Er bestaan verschillende soorten GGZ-voorzieningen met een revalidatieovereenkomst:

- Centra voor psychosociale revalidatie voor volwassenen;
- Centra voor psychosociale revalidatie voor kinderen en jongeren;
- Centra voor revalidatie voor verslaafden (drughulpverlening);
- Referentiecentra voor Autisme (RCA);
- Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR).

Zorginspectie werkte een specifiek traject uit voor deze voorzieningen.

Deze eerste inspectieronde bij de GGZ-voorzieningen met een revalidatieovereenkomst vormt een tussenfase tot het toezicht op deze sector geïntegreerd wordt in het globale nieuwe toezichtmodel voor de geestelijke gezondheidszorg dat in ontwikkeling is.

### **Inspectietraject**

- Tijdens deze ronde worden inspecties uitgevoerd in alle GGZ-voorzieningen met een revalidatieovereenkomst.
- In de eerste fase van de inspectieronde worden alle residentiële campussen geïnspecteerd.
- In een tweede fase worden de ambulante voorzieningen geïnspecteerd. Voorzieningen die zowel residentiële als ambulante zorg aanbieden (bv. binnen de drughulpverlening), kunnen zo twee aparte inspecties krijgen. Van de voorzieningen die ambulante zorg aanbieden, wordt minstens één campus bezocht.  
Binnen de tweede fase wordt voorrang gegeven aan de groepen psychosociale revalidatie (voor kinderen en volwassenen) en drughulpverlening.
- In een laatste fase worden de CAR en de RCA geïnspecteerd.

### **Inspectieproces**

- Alle inspecties gebeuren aangekondigd.
- Voor elke inspectie wordt één inspectiedag ter plaatse voorzien.
- Tijdens de inspecties is er aandacht voor de eigenheid en specificiteit van de voorzieningen. Daarbij wordt de methodiek van een gestandaardiseerde bevraging gebruikt, in combinatie met open vragen.
- Ter voorbereiding van de inspectie ter plaatse wordt door de voorziening een voorbereidende vragenlijst ingevuld. Daarnaast vraagt Zorginspectie heel wat documenten op, bv. als bijlage van de voorbereidende vragenlijst. Enkele voorbeelden hiervan zijn schriftelijke afspraken, vergaderverslagen van beleids- en overlegorganen, uitgeschreven verbeterprojecten.
- Tijdens de gesprekken ter plaatse wordt dieper ingegaan op de informatie die tijdens de voorbereidende fase verkregen werd.
- Van elke inspectie wordt een individueel inspectieverslag opgemaakt. Daarnaast worden, door de gegevens uit meerdere verslagen samen te voegen, overzichtsrapporten voorzien die een stand van zaken geven over voorzieningen heen.

Het individueel inspectieverslag fungeert in de eerste plaats als een verbeterinstrument binnen de voorzieningen. Op basis van de individuele en overzichtsrapporten kunnen verbeterpunten voor een voorziening of (een deel van) de sector geformuleerd worden, met opvolging door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg. Wanneer er tijdens een inspectie grote risico's zouden worden vastgesteld op het vlak van patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg, zullen Zorginspectie en de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg samen beslissen welke verdere stappen nodig zijn qua individuele opvolging.

## Werkwijze

- Voor het toezicht op de kwaliteit van de zorg baseert Zorginspectie zich zo veel mogelijk op objectief aantoonbare vaststellingen. Daarom vormen het zoeken van elementen in dossiers van zorggebruikers en het nagaan van geëxpliciteerde verwachtingen (bv. uitgeschreven of mondelinge afspraken) een belangrijk onderdeel van de inspectie.
- Objectieveerbare gegevens, zoals de elementen uit de dossiers van zorggebruikers en de informatie die gevonden kan worden in de afspraken, worden bekomen door een gestandaardiseerde bevraging. Dit heeft tot gevolg dat de wijze van inspecteren uniform is voor alle voorzieningen.
- Voor elk onderwerp wordt ook in dialoog gegaan met medewerkers van de voorziening, enerzijds om de vaststellingen te valideren, anderzijds om aanvullende informatie te bekomen die de specifieke dagelijkse werking van deze voorziening beter in beeld kan brengen.

## Concrete aanpak

- Schema dagplanning

	inspecteur 1	inspecteur 2
9u - 9u30	kennismaking en afspraken rond het verloop van de dag	
9u30 - 10u30	gesprek over multidisciplinariteit	gesprek met zorggebruikers
10u30 - 12u30	infrastructuur rolstoeltoegankelijkheid	gesprek rond rechten en veiligheid
	gesprek over beleid rond medicatie	gesprek over organisatie, zorgaanbod en kwaliteitsbeleid
12u30 - 13u	lunch en onderling overleg	
13u - 15u	dossiersteekproef lopende dossiers	dossiersteekproef afgesloten dossiers
15u - 15u30	overleg tussen inspecteurs	
15u30 - 16u30	terugkoppeling, vragen en toelichting bij de vaststellingen	

- De vaststellingen in dit inspectieverslag zijn gebaseerd op informatie uit de geraadpleegde documenten, op informatie verkregen tijdens gesprekken (met zorgverleners en met zorggebruikers), op observaties tijdens de inspecties en op inzage in bv. dossiers van zorggebruikers, eindverslagen, medicatieschema's, registratiegegevens.
- Gesprekspartners  
Tijdens de interviews waren er gesprekken met:
  - 4 ouders van zorggebruikers;
  - 2 directieleden;
  - 3 artsen;
  - 7 andere medewerkers.
- Er gebeurden steekproeven van dossiers, zowel van zorggebruikers die nog in begeleiding waren als van zorggebruikers bij wie de begeleiding was afgerond.

Voor de steekproefselectie van dossiers van zorggebruikers werd steeds dezelfde werkwijze gehanteerd. Op voorhand werd aan de voorziening gevraagd volgende lijsten per deelwerking klaar te leggen:

- Een lijst met alle zorggebruikers die op het moment van de inspectie in behandeling of begeleiding zijn.
- Een lijst met alle zorggebruikers waarvan de behandeling of begeleiding werd afgerond in het jaar voor de inspectie.

Uit deze lijsten maakten de inspecteurs bij het begin van de inspectie een selectie van dossiers die effectief werden gecontroleerd. De dossiercontrole gebeurde in aanwezigheid van een medewerker, die desgewenst toelichting kon verschaffen.

- Bij residentiële voorzieningen met meerdere deelwerkingen werd dit, indien de werking verschillend was (bv. aparte schriftelijke afspraken), in het verslag vermeld. Van elke bezochte residentiële deelwerking werden een aantal dossiers ingekeken; de bevindingen hierrond worden telkens per deelwerking vermeld in het verslag.

Bij ambulante voorzieningen werden meerdere vestigingsplaatsen bezocht indien de werking verschillend was. Telkens werd een apart inspectieverslag opgemaakt.

Per vestigingsplaats werden een aantal dossiers ingekeken van 1 deelwerking.

- Het ontwerpverslag werd per e-mail bezorgd aan de voorziening. Vervolgens was een periode van 14 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het inspectieverslag via een gemotiveerde reactienota te formuleren. Op basis hiervan kon het ontwerpverslag aangepast worden.

Het verslag werd ook aan de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg bezorgd, voor verdere opvolging.

### 1.3 VERWACHTINGSKADER

Er bestaat geen specifiek referentiekader voor de GGZ-voorzieningen met een revalidatieovereenkomst. De keuze van de te inspecteren onderwerpen werd enerzijds gebaseerd op algemene regelgeving die van toepassing is voor alle zorgvoorzieningen die onder de bevoegdheid van de Vlaamse overheid vallen en anderzijds op een aantal richtlijnen/referentiekaders die gelden voor (een deel van) de GGZ-sector.

Algemene regelgeving, die bijgevolg ook geldt voor de voorzieningen met een revalidatieovereenkomst:

- Wet betreffende de rechten van de patiënt;
- Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens;
- Universele Verklaring van de Rechten van de Mens;
- Verdrag inzake de Rechten van het Kind;
- VN-verdrag inzake personen met een handicap;
- Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).
- Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (voor wat betreft de elementen die in werking getreden zijn op 1 januari 2022).

Richtlijnen/referentiekaders die gelden voor (een deel van) de GGZ-sector:

- Referentiekader voor de psychiatrische ziekenhuizen (PZ): algemeen, module medicatie en module vrijheidsbeperkende maatregelen ([www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-voor-psychiatrische-ziekenhuizen](http://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-voor-psychiatrische-ziekenhuizen));
- Referentiekader voor de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) ([www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader%20CGG\\_DEFINITIEF\\_0.pdf](http://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader%20CGG_DEFINITIEF_0.pdf));
- Referentiekader voor de Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT) ([www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader%20PVT%202019.pdf](http://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader%20PVT%202019.pdf));
- Referentiekader voor de Initiatieven Beschut Wonen (IBW) ([www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader\\_BW\\_2019\\_0.pdf](http://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader_BW_2019_0.pdf));
- KOC (Kenniscentrum Hulpmiddelen – Vlaamse Overheid) ([www.hulpmiddeleninfo.be/hulpmiddeleninfos.html](http://www.hulpmiddeleninfo.be/hulpmiddeleninfos.html));

- Handboek toegankelijkheid publieke gebouwen ([www.toegankelijkgebouw.be/Handboek/Sanitair/Toilet/tabid/89/Default.aspx](http://www.toegankelijkgebouw.be/Handboek/Sanitair/Toilet/tabid/89/Default.aspx));
- Kwaliteitsdecreet Geestelijke Gezondheidszorg (van toepassing voor de andere voorzieningen binnen GGZ);
- Kindreflex;
- Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (voor wat betreft de elementen die in werking treden op 1 juli 2022).

Bij de beoordeling van de vaststellingen op het vlak van kwaliteitsmanagement willen de inspecteurs, in lijn met de basiselementen uit het Vlaams kwaliteitsdecreet, in wezen een antwoord vinden op de volgende 4 kernvragen die de PDSA-cyclus (Plan Do Study Act) reflecteren:

1. Zijn de verwachtingen binnen de voorziening duidelijk (d.w.z. welke afspraken bestaan er)?
2. Beschikt men over informatie over het eigen handelen (cijfers/gegevens) en wordt deze informatie benut (analyse van informatie, benoemen en prioriteren van knelpunten die men wil aanpakken)?
3. Worden verbeteracties uitgevoerd en worden ze goed opgevolgd/bijgestuurd?
4. Is er een structurele verankering van verbeteringen, van de bereikte kwaliteit en/of veiligheid van zorg (borging)?

Vanuit de regelgeving en richtlijnen/referentiekaders werd een verwachtingskader voor de GGZ-voorzieningen met revalidatieovereenkomst opgesteld, in samenspraak met de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg. Deze verwachtingen staan in het verslag bij elk onderwerp vermeld (letterlijk geciteerd uit de betreffende regelgeving en/of referentiekaders). Als een voorziening voor een bepaald onderwerp niet aan de verwachting voldoet, wordt dit bij elk hoofdstuk als een verbeterpunt benoemd.

Om aan de verwachtingen te kunnen voldoen, is het noodzakelijk dat de voorziening beschikt over afspraken rond de betreffende onderwerpen. Deze afspraken kunnen mondeling of schriftelijk zijn (bv. de verwachtingen rond de opmaak van een zorgplan kunnen geëxpliciteerd worden onder vorm van een procedure, een vast sjabloon dat alle medewerkers moeten gebruiken). Vanuit kwaliteitsoogpunt zijn schriftelijke afspraken op maat van de voorziening te verkiezen boven mondelinge afspraken o.a. omwille van gestructureerde, duidelijke en onbetwistbare overdracht van informatie binnen de organisatie. Tijdens deze eerste inspectieronde werden zowel mondelinge als schriftelijke afspraken aanvaard.

Ook de verwachtingen voor wat betreft de dossiersteekproeven werden gebaseerd op de geldende GGZ-referentiekaders en op algemene regelgeving. Gezien een aantal factoren in de realiteit er kunnen voor zorgen dat een score van 100% niet steeds als haalbaar kan beschouwd worden, werd de keuze gemaakt om een verbeterpunt te definiëren als een verwachting in minder dan 75% van de gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden. De steekproef moet dan wel minstens 5 dossiers omvatten.

Voor sommige thema's, die voor Zorginspectie als essentieel worden beschouwd voor kwaliteitsvolle zorg (bv. zorgplan), werd de PDSA-cyclus volledig bekeken. Een volledig uitgewerkte PDSA-cyclus is in de huidige inspectieronde nog niet voor elk onderwerp een vereiste.

Het is de bedoeling dat de voorziening concreet aan de slag gaat met alle verbeterpunten. De afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg zal de stand van zaken rond deze verbeterpunten ook opvolgen. Bij voorkeur geeft de voorziening voorrang aan die verbeterpunten die een directe link hebben met kwaliteit van zorg en/of patiëntveiligheid. Deze prioritaire verbeterpunten krijgen in elk geval voorrang bij de opvolging door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg.

De volledige lijst van deze prioritaire verbeterpunten is te vinden op de website van Zorginspectie: [www.departementwvg.be/home-zorginspectie-organisaties-ggz-revalidatie](http://www.departementwvg.be/home-zorginspectie-organisaties-ggz-revalidatie).



## 1.4 OPBOUW VAN DIT VERSLAG

Dit verslag bestaat uit verschillende hoofdstukken. Na de inleiding (hoofdstuk 1) en een beschrijving van de voorziening en het zorgaanbod (hoofdstuk 2) volgen de thematische hoofdstukken (kwaliteitsbeleid, multidisciplinaire werking, rechten en veiligheid) waarvoor de inspectieresultaten worden beschreven. Waar van toepassing werd ook de werkwijze vermeld die tijdens de inspectie werd gehanteerd. Het verslag eindigt met een algemeen besluit.

Als eerste thema worden aspecten van het algemene kwaliteitsbeleid van de voorziening beschreven. Het is een weergave van de inspectievaststellingen m.b.t. de globale manier waarop de voorziening omgaat met afspraken, hoe men zicht verwerft op de eigen werking en welke verbeteracties op basis van deze gegevens worden uitgevoerd.

Vervolgens wordt voor drie geselecteerde thema's (multidisciplinair werken, rechten en veiligheid) telkens in een apart hoofdstuk nader gespecificeerd hoe de kernvragen van de PDSA-cyclus concreet vertaald worden. Er wordt ook verduidelijkt op welke bronnen de inspecteurs zich baseren om de overeenstemming met de verwachtingen te beoordelen. Elk hoofdstuk eindigt met een samenvatting van de resultaten voor dat thema. Indien in deze voorziening prioritaire verbeterpunten werden vastgesteld, worden deze in het lijstje van verbeterpunten onderlijnd weergegeven.

Tenslotte worden de bevindingen van de inspectie over kwaliteitsbeleid, multidisciplinariteit, rechten en veiligheid samengevat in een algemeen besluit. In dat algemeen besluit wordt eerst een overzichtstabel weergegeven met, per thema, het aantal onderwerpen die volgens de verwachtingen scoorden en het aantal verbeterpunten die werden gedetecteerd. Na dit overzicht volgt een meer beschrijvende, globale beoordeling, waarin ook de specificiteit en de sterke initiatieven van de geïnspecteerde voorziening aan bod kunnen komen.

Het verslag van deze inspectie kan opgevraagd worden via het invulformulier op onze website:

**[www.departementwvg.be/aanvraag-passieve-openbaarheid-van-bestuur-zorginspectie](http://www.departementwvg.be/aanvraag-passieve-openbaarheid-van-bestuur-zorginspectie)** of door een schriftelijke vraag te richten aan Zorginspectie, Koning Albert II-laan 35, bus 31, 1030 Brussel.

Meer informatie over deze inspectiemethodiek en over Zorginspectie is te vinden op **[www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be)**.

## 2. ORGANISATIE EN ZORGAANBOD

### 2.1 ORGANISATIE

CAR DAT werd opgericht in 1998.

CAR DAT heeft sinds 1998 een revalidatieovereenkomst met het RIZIV en sinds 2019 met de Vlaamse overheid. Het betreft een Centrum voor Ambulante Revalidatie (CAR).

De voorziening is erkend door het VAPH.

Directiecomité:

Nadia Dewit	Algemeen directeur
Dr. Luc Litière	Medisch directeur

CAR DAT heeft een zorgaanbod op twee locaties: Tienen en Aarschot.

Op beide vestigingsplaatsen is er eenzelfde zorgaanbod voor minderjarigen voor diagnostiek en multidisciplinaire therapie bij kinderen met een verstandelijke beperking, complexe ontwikkelingsstoornis, ASS en/of ADHD.

De inspectie vond plaats op campus Tienen.

Op deze campus is er enkel een ambulante aanbod.

Overzicht disciplines teamleden (campus Tienen)	Aantal	Totaal VTE
Psycholoog/orthopedagoog	3	2,31
Maatschappelijk werker	1	0,5
Ergotherapeut	2	1,86
Psychomotorisch therapeut/kinesist	2	1,5
Logopedist	5	3,79
Arts:		
- NKO-arts/medisch directeur	1	0,18
- Kinderpsychiater	1	0,5

Op het moment van de inspectie zijn er geen langdurig openstaande functies (meer dan 6 maanden).

De voorziening werkt niet met ervaringsdeskundigen.

### 2.2 ZORGAANBOD

CAR DAT heeft een gespecialiseerd tweedelijns zorgaanbod voor peuters, kleuters, lagere schoolkinderen en jonge adolescenten (in de praktijk bijna uitsluitend <12j). De hoofdzakelijke doelgroepen die behandeld worden in het centrum zijn autismespectrumstoornissen (Groep 3), ADHD (Groep 5), verstandelijke beperking (Groep 2), complexe ontwikkelingsstoornissen (Groep 4) en mogelijks andere stoornissen (bv. Downsyndroom) in comorbiditeit. Het centrum hanteert de geldende inclusie- en exclusiecriteria zoals omschreven in de conventie afgesloten in 2019 met het Agentschap Zorg en Gezondheid.

Het zorgaanbod:

- Op elke vestigingsplaats wordt door een multidisciplinair team zorg geboden. De werking in campus Aarschot verschilt niet van de werking in Tienen.

- Aanmeldingen kunnen rechtstreeks gebeuren maar er moet steeds een verwijfsbrief van een arts zijn vooraleer er kan gestart worden met onderzoek of therapie. De belangrijkste verwijzers zijn kinderartsen, huisartsen, centrum voor ontwikkelingsstoornissen en CLB.
- Het verloop van een zorgtraject is sterk gestructureerd en uitgeschreven in procedures die de vorm van draaiboeken aannemen en die in de praktijk voor elke casus een toepassing op maat krijgen. Er zijn verschillende fasen voorzien, met name de aanmelding (met screening/verwijzing/wachttijdstip), de onderzoeksfase (intake, multidisciplinaire onderzoeken/testing), de therapie op maat met een zorgplan (multidisciplinair, individueel/groep, context), de tussentijdse evaluaties en de afronding.
- In 2022 werden 78 zorggebruikers ambulantly begeleid, waarvan 41 in onderzoek en 37 in therapie.
- Op het moment van inspectie zijn in totaal 115 zorggebruikers in begeleiding (actieve dossiers) waarvan 16 in onderzoek en 99 in therapie.
- Nazorg wordt op zeer beperkte manier geboden. Dit heeft volgens het centrum te maken met de beperkingen die voortvloeien uit de conventiebepalingen. Men zet daarom vooral in op een goede doorverwijzing of het installeren van geschikte vervolghulp voor de zorggebruikers en hun context. Dit kan onmiddellijk na de therapie of op een later tijdstip op vraag van de zorggebruikers of hun context.
- Er wordt op volgende manieren outreachend gewerkt:

In de dagelijkse werking van CAR DAT neemt een goede samenwerking tussen de zorgverleners, de zorggebruiker en diens context een heel belangrijke plaats in. Er wordt aan optimalisering gewerkt via een gestructureerd project rond outreachend werken/context (projectfiche de zorggebruiker in zijn context). Concrete voorbeelden van outreachend werken zijn:

  - o infosessies (bv. SMOG) of leerkrachtensessies om leerkrachten en zorgleerkrachten te versterken in hun kennis rond de problematiek van het kind, maar zeker ook breder;
  - o klasobservatie kaderend in diagnostiek / in kaart brengen welbevinden kind;
  - o netwerkoeverleggen (online of live) door de betrokken psycholoog/psychologisch consultant of therapeut met ouders, leerkracht, zorgteam school en andere betrokken diensten (bv. psychiatrie, thuisbegeleidingsdiensten, Opgroeien);
  - o via mail therapeutische handvaten, tips, materiaal,... delen met leerkrachten/het zorgteam;
  - o brussen of grootouders actief betrekken in de begeleiding (bv. voor psycho-educatie);
  - o telefonisch contact met andere relevante niet-zorg-actoren;
  - o samen met de zorggebruiker naar een andere dienst trekken (bv. CM voor PAB-aanvraag, CGG voor intakegesprek met therapeut van ons centrum en nieuwe therapeut van CGG).

Gesprekken met de context van de zorggebruiker, contextversterking en overleg met relevante betrokken niet-zorg-actoren kunnen live, digitaal of gemengd digitaal gebeuren met aandacht voor de regierol van de zorggebruiker.

#### Toegankelijkheid van het zorgaanbod:

- Op [www.revalidatiecentrumdat.be](http://www.revalidatiecentrumdat.be) is informatie te vinden over o.a. doelgroep/aanmeldings-procedure/contactgegevens. De huidige website is echter voor meerdere onderwerpen niet meer actueel; een nieuwe website voor het centrum is in ontwikkeling.
- Het zorgaanbod bestaat volledig uit vrijwillige zorg.
- Er worden weinig financiële drempels vermeld door de organisatie. De huidige kostprijs per zitting is 2,15 euro (remgeld). Een aantal zorggebruikers hebben een verhoogde tegemoetkoming waarbij geen remgeld wordt aangerekend. Indien men merkt dat toch herhaaldelijk rappels dienen gestuurd te worden, spreekt de directie/administratie met de maatschappelijk werker deze zorggebruikers aan om een oplossing te zoeken. Er wordt eventueel een afbetalingsplan geregeld.

- De voorziening is gelegen net buiten de stadsring, op de site campus Sint-Jan van het RZ Tienen. CAR DAT is bereikbaar met het openbaar vervoer: er is een bushalte op 500 meter en een station op 1,7 km.
- Er zijn volgende drempelverlagende initiatieven om de toegankelijkheid tot de zorg te vergroten:
  - Er wordt steeds een gratis en vrijblijvend screeningsgesprek aangeboden na aanmelding.
  - Overleg met bestaande hulpverleners om stap naar DAT te verlagen, netwerk mag bij de gesprekken aansluiten en kan mee ingeschakeld worden bv. om administratieve en inhoudelijke zaken mee te ondersteunen.
  - Er kan gevarieerd worden tussen digitale en fysieke contacten.
  - Opleiding team rond cultuursensitief werken (december 2022) .
  - Gesprekken bij maatschappelijk werker rond zorgtoeslag, PAB, financiële rechten, ...
  - Informatieve website (onder constructie), instagrampagina, ...

## 3. KWALITEITSBELEID

### Verwachtingen

#### Uit GGZ-referentiekaders:

- Het kwaliteitsbeleid bestaat uit ten minste een missie, een visie, doelstellingen en een strategie.
- Er wordt gewerkt met een duidelijk opgesteld beleidsplan (waarin inventarisatie van de doelstellingen, stappenplan, evaluatie van de doelstellingen beschreven zijn).
- Het kwaliteitsbeleid moet gericht zijn op de totaliteit van de organisatie.
- Het kwaliteitsdenken en het kwaliteitsbeleid zijn geïntegreerd in de volledige organisatie en niet enkel aan de top.
- Het kwaliteitsmanagementsysteem bestaat uit de organisatorische structuur, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures en processen.
- Er is een cliëntenstroomschema. Hierin worden volgende aspecten beschreven:
  - toegankelijkheid (toeleiding, bekendmaking intakeprocedure zowel naar patiënten als verwijzers, vast aanspreekpunt, telefoonnummer, hoe contact gehouden wordt en wachttijden overbrugd worden);
  - beschrijving inclusiecriteria, exclusiecriteria, zorgaanbod en beoogde doelgroepen (en doorverwijzing);
  - wachttijdenbeleid (beheersing, communicatie, limieten).
- Er is een adequaat en behoeftegestuurd vormings-, trainings- en opleidingsbeleid (VTO-beleid).
- De voorziening voert minstens om de 5 jaar een evaluatie van zijn werking op basis van een SWOT analyse (sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen).
- De voorziening toont door middel van een zelfevaluatie aan hoe ze haar processen, structuren en resultaten bewaakt, beheerst en voortdurend verbetert.
- In deze zelfevaluatie toont de voorziening minimaal aan:
  1. hoe ze op systematische wijze gegevens verzamelt en registreert over de kwaliteit van de zorg;
  2. hoe ze de gegevens, bedoeld in 1°, aanwendt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren;
  3. welk stappenplan met tijdsplan ze opstelt om de doelstellingen, bedoeld in 2°, te bereiken;
  4. hoe en met welke frequentie ze evalueert of de doelstellingen bereikt zijn;
  5. welke stappen ze onderneemt indien een doelstelling niet bereikt is.
- Verbeteracties moeten op een systematische manier geëvalueerd worden (PDSA-cyclus).
- De doelstellingen/verbeteracties worden SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden) geformuleerd.

### 3.1 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID

#### Vaststellingen

De voorziening beschikt over een uitgeschreven opdrachtverklaring/missie/visie. Deze werd uitgeschreven in 2019.

De voorziening heeft een algemeen beleidsplan (voor de periode 2021 tot 2026). Dit krijgt een concrete invulling via de jaarlijkse kwaliteitsplannen en diverse uitgeschreven projectfiches.

Het algemeen beleidsplan bevat:

- duidelijke doelstellingen;
- acties;
- timing.

Een psycholoog is voor CAR DAT aangeduid als verantwoordelijke (kwaliteitscoördinator) voor het kwaliteitsbeleid en is voor deze opdracht voor 0,24 VTE vrijgesteld.

De afgelopen 5 jaar werd vorming gevolgd rond kwaliteitsbeleid, zoals:

- intervisiegroep Sig kwaliteit (directie) maandelijkse vergadering;
- intervisiegroep Sig coördinatoren (coördinatoren) tweemaandelijks vergadering;
- vormingen vanuit het VIKZ (bv. Familieplatform);
- participatie aan Forum GGZ.

Kwaliteitsonderwerpen betreffende de eigen werking worden besproken op directieniveau. Dit kon met verslaggeving aangetoond worden.

Ouders van zorggebruikers worden op volgende manier betrokken bij het beleid:

- Het centrum hecht veel belang aan ouderparticipatie. Er worden regelmatig oudergesprekken en laagdrempelige oudercursussen georganiseerd.
- Opmerkingen over het beleid kunnen ten allen tijden doorgegeven worden. Bij de doktersgesprekken kan hier ook ruimte voor gemaakt worden.
- Jaarlijks is er een tevredenheidsenquête die door de ouders ingevuld kan worden, waarbij er ruimte gelaten wordt voor algemene feedback.

Andere relevante actoren uit de context worden betrokken bij het beleid door veelvuldige contacten binnen bestaande en ad hoc netwerking, o.a. binnen Yuneco, overleg met professionals van CGG, door intensieve samenwerking met de scholen, ...

De voorziening heeft schriftelijke afspraken over:

- inclusiecriteria;
- exclusiecriteria;
- wachtlijstbeleid;
- vorming voor nieuwe medewerkers (inscholing);
- vorming medewerkers (permanente vorming).

Interne afspraken worden t.a.v. de medewerkers gecommuniceerd o.a. via wekelijkse teamvergaderingen, nieuwsbrieven (maandelijks), posts in Teams-omgeving, personeelsvergaderingen (2x per jaar).

Schriftelijke afspraken zijn beschreven binnen de digitale Teams-omgeving van team CAR DAT, toegankelijk voor alle medewerkers (behalve logistiek) en verder in het kwaliteitshandboek. Belangrijkste zaken worden op de teamvergadering en/of personeelsvergadering meegedeeld en kunnen geraadpleegd worden in de desbetreffende verslagen.

## **3.2 VERBETERBELEID**

### **3.2.1 Zicht op eigen werking (gegevens verzamelen en analyseren)**

Volgende methodieken worden gebruikt om zicht te krijgen op de (kwaliteit van de) eigen werking:

- jaarverslag;
- systematische opvolging beleidsplan via controles van de betreffende kwaliteitsplannen;
- kwaliteitscontroles en zelfevaluaties o.b.v. indicatoren en interne audits;
- medewerkersbevraging;

- externe audit;
- zorggebruikersbevraging.

Volgende (cijfer)gegevens zijn beschikbaar om zicht te krijgen op de (kwaliteit van de) eigen werking:

- Toegankelijkheid:
  - o gemiddelde wachttijd afgelopen jaar;
  - o % dat vanuit aanmelding instroomt;
  - o zicht op redenen van niet-instroom, al dan niet na aanmelding;
  - o wachttijden in de verschillende fases van aanmelding, onderzoek en behandeling.
- Doelgroep:
  - o aantal bereikte zorggebruikers;
  - o demografische gegevens zorggebruikers;
  - o verwijzers;
  - o aanmeldingsklachten;
  - o welke problematieken/diagnoses.
- Behandeling:
  - o onderzoeksresultaten;
  - o gevolg onderzoeksresultaten (verwijzingen, opstart therapie);
  - o gemiddelde behandelduur;
  - o maximale duur;
  - o % no shows;
  - o multidisciplinariteit/MDO;
  - o zorgplan;
  - o % zorggebruikers met eindverslag;
  - o % zorggebruikers dat volledig zorgtraject doorloopt.

De resultaten van de behandeling worden niet systematisch verzameld d.m.v. uitkomstenmetingen.
- Vorming medewerkers:
  - o jaarlijks aantal gevolgde uren vorming;
  - o per medewerker;
  - o gevolgde onderwerpen;
  - o verslagen van de gevolgde vormingen.
- De ervaringen van medewerkers worden mondeling en schriftelijk bevestigd tijdens vergaderingen en door middel van al dan niet thematische enquêtes. Tevredenheid medewerkers is een vast punt op de meerjarenplanning.
- Ervaringen zorggebruikers:

De ervaringen van zorggebruikers over de werking worden mondeling en schriftelijk bevestigd tijdens een jaarlijkse tevredenheidsenquête, een bevraging van de Federatie, via oudergesprekken en oudergroepen en tijdens gesprekken met de artsen.

### 3.2.2 Verbeteracties

De laatste 5 jaar werkte de voorziening aan volgende verbeteracties m.b.t. de zorg:

Verbeteracties maken deel uit van het beleidsplan 2021-2026 via uitgeschreven projectfiches.

- projectfiche IMH (Infant Mental Health);
- projectfiche jonge adolescenten;
- projectfiche ICF (WHO-classificatie voor het beschrijven van het functioneren van mensen);

- projectfiche De zorggebruiker in zijn context;
- projectfiche VTO;
- projectfiche digitalisering;
- projectfiche kwaliteit;
- projectfiche GDPR;
- projectfiche welzijn medewerkers;
- projectfiche infrastructuur.

Uit een lijst van verbeteracties van de laatste 5 jaar werden 3 verbeteracties geselecteerd (kwaliteit, IMH, VTO) en gecontroleerd op de aanwezigheid van een aantal onderwerpen (doelstelling, motivatie, acties, timing, evaluatie van de resultaten).

Voor alle 3 geselecteerde verbeteracties werden alle gecontroleerde onderwerpen gevonden.

Voor alle 3 verbeteracties zijn alle gecontroleerde onderwerpen uitgeschreven.

### **3.3 SAMENVATTING RESULTATEN KWALITEITSBELEID**

#### **3.3.1 Zoals verwacht**

##### **Algemeen kwaliteitsbeleid**

- De voorziening heeft een algemeen beleidsplan met duidelijke doelstellingen, acties en timing.
- De voorziening heeft schriftelijke afspraken rond:
  - inclusiecriteria;
  - exclusiecriteria;
  - wachtlijstbeleid;
  - inscholing nieuwe medewerkers;
  - vorming medewerkers.
- Kwaliteitsonderwerpen betreffende de eigen werking worden binnen de voorziening besproken op directieniveau (aantoonbaar met verslaggeving).

##### **Verbeterbeleid**

- Er werden verbeteracties opgezet.
- Bij alle drie de geselecteerde verbeteracties werden alle gecontroleerde onderwerpen (doelstelling, motivatie, acties, timing en evaluatie) gevonden.

#### **3.3.2 Verbeterpunten**

Geen verbeterpunten voor de gecontroleerde onderwerpen.



## 4. MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

### 4.1 TOEGANKELIJKHEID EN BESCHIKBAARHEID VAN ZORGGEGEVENS

#### Verwachtingen

##### Uit GGZ-referentiekaders:

- Toegankelijkheid:
  - 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.
  - Het individueel dossier ondersteunt de multidisciplinaire werking. Dit betekent onder meer dat elke betrokken hulpverlener minimaal de informatie in het dossier noteert die van belang is voor de multidisciplinaire bespreking, dat de conclusies van de multidisciplinaire bespreking in het dossier worden genoteerd en dat alle betrokken hulpverleners toegang hebben tot deze informatie.
- Patiëntendossier geïntegreerd:
  - De voorziening legt voor elk cliëntstelsel waaraan hulpverlening wordt verstrekt, 1 multidisciplinair dossier aan, dat o.a. een behandelplan omvat.

##### Uit regelgeving/richtlijnen:

- Gegevens in dossier:
  - De gezondheidszorgbeoefenaar neemt in voorkomend geval en binnen zijn bevoegdheid minstens volgende gegevens op in het patiëntendossier:
    - de identificatie van de huisarts van de patiënt;
    - de identificatie van de gezondheidszorgbeoefenaar zelf en in voorkomend geval van de verwijzer en van de gezondheidszorgbeoefenaars die eveneens bij de verstrekte gezondheidszorg tussenkwamen;
    - de reden van het contact of de problematiek bij de aanmelding;
    - de gezondheidsdoelen en de wilsverklaringen ontvangen van de patiënt;
    - de pre-, peri- en postoperatieve geneesmiddelen en gezondheidsproducten inclusief het medicatieschema.
  - Het uitvoeren van de Kindreflex gebeurt in 6 stappen. Stap1: 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 dossiercontrole

- Een dossier wordt beschouwd als geïntegreerd indien:
  - het volledig elektronisch is en alle onderdelen gelinkt zijn met het centrale zorgdossier of
  - het volledig op papier is waarbij alle papieren bewaard worden in 1 map en op 1 locatie of
  - het deels elektronisch is en alle onderdelen gelinkt zijn met het centrale zorgdossier, deels op papier is en waarbij het deel op papier bewaard wordt in 1 map op 1 locatie.

- Toegankelijkheid dossier: een dossier wordt als toegankelijk beschouwd als alle zorgmedewerkers, betrokken bij de zorg voor die zorggebruiker steeds en zonder tussenkomst van anderen (bv. het niet moeten vragen) in alle gecontroleerde onderdelen van het dossier kunnen.
- Dossiers werden gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over volgende onderwerpen:
  - de identificatiegegevens van de huisarts;
  - de identificatiegegevens van de verwijzer;
  - de omschrijving van de hulpvraag van de zorggebruiker;
  - informatie over medicatiegebruik of de informatie dat de zorggebruiker geen medicatie neemt.

## Vaststellingen

Er zijn schriftelijke afspraken over waar volgende gegevens in het zorgdossier genoteerd worden:

- de identificatiegegevens van de huisarts;
- de identificatiegegevens van de verwijzer;
- de omschrijving van de hulpvraag van de zorggebruiker;
- informatie over medicatiegebruik;
- de informatie dat de zorggebruiker geen medicatie neemt.

Het dossier van zorggebruikers bestaat deels uit elektronische documenten en deels uit papieren documenten.

Het elektronisch deel bestaat uit:

- Caremanager met o.a. administratieve gegevens, facturatiegegevens en een inhoudelijk spoor;
- Microsoft Teams met een mapje per zorggebruiker waar volgende onderdelen bewaard worden:
  - algemene map met o.a. attesten en brieven;
  - medisch dossier;
  - verslagen m.b.t. de diagnostische en therapeutische fase;
  - therapiemateriaal;
  - documenten gerelateerd aan de mutualiteit.

Het papieren dossier bestaat uit administratieve documenten (bv. de verwijfsbrief en het toestemmingsformulier voor het opvragen en delen van informatie met andere zorgactoren). Deze documenten worden tevens ingescand en toegevoegd aan het mapje per zorggebruiker in Microsoft Teams. Ook werkdocumenten per therapeut worden op eenzelfde manier toegevoegd aan Microsoft Teams.

Het dossier van zorggebruikers is versnipperd: Caremanager en Microsoft Teams zijn niet rechtstreeks aan elkaar gelinkt.

Alle gecontroleerde dossierdelen zijn toegankelijk voor alle betrokken teamleden.

Er werden 10 dossiers gecontroleerd (allemaal van minderjarigen) op aanwezigheid van informatie over een aantal onderwerpen.

Volgende vaststellingen werden gedaan in deze dossiersteekproef:

- In alle 10 de gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de huisarts gevonden.
- In alle 10 de gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de verwijzer gevonden.
- In alle 10 de gecontroleerde dossiers werd een omschrijving van de hulpvraag van de zorggebruiker gevonden.
- In alle 10 de gecontroleerde dossiers werd info over medicatiegebruik gevonden of de informatie dat de zorggebruiker geen medicatie neemt.

De voorziening volgt de interne afspraken betreffende de toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van de zorggegevens op. Ze gebruikt daarvoor volgende methodes:

- Tijdens het screeningsgesprek wordt de screeningsvragenlijst door de psychosociale medewerker met de ouders overlopen.
- Bij het invullen van het toestemmingsformulier, in een latere fase, worden deze gegevens overgenomen waardoor er een extra check is of deze informatie neergeschreven is.
- Binnen het kwaliteitsteam gebeuren er steekproefsgewijze controles op de volledigheid van dossiers.

De voorziening heeft volgende verbeteracties opgezet betreffende de toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van de zorggegevens:

- Sinds 2020 is er per zorggebruiker een document waarin elk contactmoment (bv. teambespreking, ouderbespreking) met datum en inhoudelijke info beschreven wordt.
- In april 2022 werd er overstapt op Caremanager om gegevens meer te centraliseren.

## 4.2 ZORGPLAN

### **Verwachtingen**

#### **Uit GGZ-referentiekaders:**

- Opmaak zorgplan:
  - Bij opname wordt bij elke patiënt een behandelplan opgesteld. De patiënt heeft inspraak bij de opmaak van dit plan.
  - Op basis van de zorgbehoeften werken de zorggebruiker en de begeleiders een zorgplan uit. Het zorgplan omvat een overzicht van de zorgbehoeften, de voorkeuren van de zorggebruiker, de doelstellingen die men door middel van de begeleiding wil bereiken, een prioritering van de doelstellingen en een plan van aanpak van de prioritaire doelstellingen in de vorm van acties en zorgactiviteiten.
  - Er wordt voor elke cliënt ten laatste na het vierde face-to-face contact (FTF 4) een behandelplan opgesteld.
- Inspraak/evaluatie behandelplan:
  - De voortgangstoetsing is goed georganiseerd (wie, frequentie, wijze waarop plan wordt bijgesteld, betrokkenheid team, patiënt, familie, ... is bepaald).

#### **Uit regelgeving/richtlijnen**

- Gebruiksgerichte zorg oriënteert zich op de verwachtingen, noden, behoeften en waarden van de gebruiker en toont respect voor de gebruiker als mens. Bij het verstrekken van gebruiksgerichte zorg zijn respect voor de menselijke waardigheid en diversiteit, de bejegening, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het zelfbeschikkingsrecht, de klachtenbemiddeling en -behandeling, de informatie en de inspraak van de gebruiker gewaarborgd.

### **Werkwijze dossiercontrole**

We zochten in de dossiers (na minstens 2 maanden en 5 FTF begeleiding) naar zorgplannen van zorggebruikers. Vervolgens werd nagegaan of het zorgplan werd opgesteld volgens de interne afspraken m.b.t. timing voor het opstellen van het zorgplan.

Daarnaast werd gekeken of de betrokkenheid van de (ouders van de) zorggebruiker bij het opstellen van het zorgplan kon aangetoond worden.

## Vaststellingen

De interne term voor het zorgplan is "handelingsplan" waarin per zorggebruiker een individueel plan van aanpak met doelstellingen wordt opgemaakt. Verder in dit verslag wordt de naam zorgplan gebruikt.

Er zijn schriftelijke afspraken met betrekking tot het zorgplan over volgende aspecten:

- De inhoud:
  - o Er is een sjabloon aanwezig. Dit sjabloon omvat volgende onderdelen:
    - identificatiegegevens;
    - aanmeldingsklacht en hulpvraag van de ouders;
    - ontwikkelingsanamnese met eventuele informatie over eerdere hulpverlening;
    - contextuele en persoonlijke factoren;
    - testresultaten;
    - observatiegegevens (o.b.v. ICF-schema);
    - algemeen besluit en advies.
- Wie moet participeren bij de opmaak van het zorgplan.
- Timing voor het opstellen
  - o Ten laatste 3 maanden na opstart van de onderzoeksfase.
- Timing voor het evalueren
  - o Jaarlijks wordt het zorgplan geëvalueerd in het kader van een mogelijke verlenging. Hierbij krijgen de ouders een afschrift. Eerder dat jaar is er ook een tussentijds evaluatiemoment met de ouders waarbij de hulpvraag, doelstellingen en bereikte resultaten overlopen worden. Hier ontvangen de ouders geen verslag van.

Er zijn schriftelijke afspraken over de inspraak van de (ouders van de) zorggebruiker bij de opmaak of evaluatie van het zorgplan. Zo wordt tijdens het intakegesprek de hulpvraag van de ouders duidelijk geëxploreerd. Daarnaast vindt er tweemaal per jaar een overleg plaats tussen ouders en zorgverleners waar hulpvragen en doelstellingen geëvalueerd worden.

Ouders van zorggebruikers geven aan dat ze inspraak hadden bij de opmaak en de evaluatie van hun zorgplan.

De context van de zorggebruiker (= iedereen die betrokken is bij de zorgverlening voor die zorggebruiker, bv. familieleden, CLB, behandelende artsen, verwijzers) wordt in verschillende fasen van het zorgtraject betrokken:

- Er wordt tijdens de onderzoeksfase aan de leerkracht van de zorggebruiker gevraagd om een vragenlijst in te vullen, mits toestemming van diens ouders. Tijdens de therapiefase streeft de voorziening ernaar om minstens 1 schooloverleg per jaar bij te wonen.
- Indien het therapeutisch programma het toelaat, kunnen er ook sessies doorgaan met broers/zussen/grootouders.
- De voorziening organiseert regelmatig infosessies voor de context met betrekking tot een specifieke problematiek.

In 10 dossiers van zorggebruikers die meer dan 2 maanden en 5 FTF in begeleiding waren, werd er gekeken of er een zorgplan aanwezig was.

In alle 10 de gecontroleerde dossiers werd een zorgplan gevonden.

In alle 10 de gecontroleerde dossiers werd een zorgplan gevonden volgens de intern vooropgestelde timing (namelijk ten laatste 3 maanden na opstart van de onderzoeksfase).

In alle 10 de gecontroleerde dossiers waar een zorgplan aanwezig was, kon de betrokkenheid van de (ouders van de) zorggebruiker bij het opstellen van het zorgplan aangetoond worden.

De voorziening volgt de interne afspraken (bv. m.b.t. inhoud/timing/participanten bij de opmaak van het zorgplan/evaluatie) van het zorgplan op. Ze gebruikt daarvoor volgende methodes:

- Therapeuten moeten hun deel van het evolutieverslag invullen vóór de 20<sup>e</sup> van de maand die vooraf gaat aan de datum waarop het kind een jaar revalidatie volgt. Nadien werkt de dossierverantwoordelijke het verslag af met een controle op de volledigheid van de verschillende onderdelen (disciplines/elementen).
- In het "AA-lijstje" worden verschillende belangrijke data geregistreerd door de aanvraagverantwoordelijke (bv. timing voor opmaken zorgplan).

De voorbije jaren werden volgende verbeteracties opgezet i.v.m. het zorgplan:

- Het zorgplan werd de voorbije jaren regelmatig geüpdatet. Zo werd recent een opdeling gemaakt tussen doelstellingen op korte en lange termijn.
- Vanuit het intern kwaliteitsjaarplan 2020 en 2021 werd bekeken welke onderdelen minimaal aanwezig zouden moeten zijn in het zorgplan. Enkele aanpassingen werden nadien doorgevoerd.

## 4.3 MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG (MDO)

### **Verwachtingen**

#### **Uit GGZ-referentiekaders:**

- Het individueel dossier ondersteunt de multidisciplinaire werking. Dit betekent onder meer dat elke betrokken hulpverlener minimaal de informatie in het dossier noteert die van belang is voor de multidisciplinaire bespreking, dat de conclusies van de multidisciplinaire bespreking in het dossier worden genoteerd en dat alle betrokken hulpverleners toegang hebben tot deze informatie.
- Elk zorgproces dat langer dan 6 maanden loopt, wordt minstens halfjaarlijks intercollegiaal besproken, waarbij de doelstellingen, de behandelstatus en de opportuniteit van verdere behandeling/begeleiding aan bod komen.
- Elke patiënt komt regelmatig aan bod op de multidisciplinaire teamvergadering. Een verslag hiervan komt in het multidisciplinaire patiëntendossier.

### **Werkwijze dossiercontrole**

We zochten in de gecontroleerde dossiers (na minstens 2 maanden en 5 FTF begeleiding) naar notities of verslagen van MDO.

Voor alle gecontroleerde dossiers werd gecheckt of er tijdens de begeleiding een MDO werd georganiseerd.

Vervolgens werd nagegaan of het eerste MDO georganiseerd werd volgens de interne afspraken m.b.t. timing voor het MDO.

Daarnaast werd voor de gecontroleerde dossiers met een begeleidingsduur vanaf 6 maanden ook gecheckt of er een notitie van minstens 1 MDO aanwezig was binnen de 6 maanden.

## Vaststellingen

Volgende overlegmomenten worden georganiseerd voor multidisciplinaire besprekingen:

- Teamvergadering: vindt wekelijks plaats en duurt 3 uur.  
In principe is elke therapeut en arts aanwezig zijn. Zowel zorggebruikers die opstarten worden besproken als zorggebruikers waar een jaarlijkse evaluatie moet gebeuren in het kader van een eventuele verlenging van de therapie. Minstens 2 therapeuten van het betrokken kind worden verwacht aanwezig te zijn. Elke zorggebruiker wordt ten laatste 3 maanden na opstart van de onderzoeksfase besproken.
- Inhoudelijke dagen: ongeveer 1x per maand.  
Op initiatief van de therapeuten kan hier nog extra samengezeten worden rond een bepaalde casus.
- Werkgroepoverleg: ongeveer 3x per jaar.  
De werkgroepen bestaan uit zorgverleners van verschillende disciplines. Afhankelijk van het thema kunnen er ook casusbesprekingen zijn.
- Discipline-overleg: ongeveer 3x per jaar.  
Ook hier kunnen casussen besproken worden.

Voor volgende multidisciplinaire besprekingen beschikt de voorziening over schriftelijke afspraken:

- Frequentie overlegmomenten: zie hierboven.
- Conclusie: voor het testprotocol en het evolutieverslag wordt gewerkt met een sjabloon, voor de andere overlegmomenten wordt een inhoudelijke weergave verwacht in het patiëntendossier.

Er werden 10 dossiers gecontroleerd betreffende multidisciplinaire overlegmomenten.

In alle 10 de gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat er een MDO georganiseerd werd.

In alle 10 de gecontroleerde MDO was een conclusie aanwezig met betrekking tot het verdere beleid.

In alle 10 de gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat ten minste 1 MDO georganiseerd werd binnen de intern vooropgestelde timing (namelijk: ten laatste 3 maanden na opstart van de onderzoeksfase).

Voor gecontroleerde dossiers met een behandelduur langer dan 6 maanden, werd nagegaan of er kon aangetoond worden dat er minstens 1 MDO werd georganiseerd.

In alle 10 de gecontroleerde dossiers was de behandelduur langer dan 6 maanden.

In alle 10 de gecontroleerde dossiers met een behandelduur langer dan 6 maanden kon aangetoond worden dat ten minste 1 MDO georganiseerd werd binnen de 6 maanden.

De voorziening volgt de interne afspraken (bv. m.b.t. frequentie en conclusie) van het MDO per zorggebruiker op.

Ze gebruikt daarvoor volgende methodes:

- In december controleert de teamverantwoordelijke dat elke zorggebruiker minstens één keer per jaar besproken is op de teamvergadering.
- De dossierverantwoordelijke maakt tijdens de teamvergadering notities over zijn/haar zorggebruiker in het dossier.
- In het "AA-lijstje" worden verschillende belangrijke data geregistreerd door de aanvraagverantwoordelijke (bv. datum adviesgesprek, datum teambespreking).

Volgens de voorziening blijkt uit de opvolging dat er geen verbeteracties nodig waren i.v.m. het MDO.

## 4.4 COMMUNICATIE MET EXTERNE ZORGVERLENERS (CONTINUÏTEIT)

### Verwachtingen

#### Uit GGZ-referentiekaders:

- De voorziening waakt over de continuïteit van de begeleiding.  
Bij het beëindigen van de begeleiding wordt een afsluitbrief bezorgd aan minimaal de huisarts en behandelend psychiater, indien de zorggebruiker beschikt over een huisarts en indien de voorziening beschikt over de gegevens van deze huisarts. Indien de zorggebruiker hiervoor geen toestemming verleent, wordt dit genoteerd in het individueel dossier. De zorggebruiker ontvangt een afschrift van de afsluitbrief.
- Bij ontslag wordt een voorlopige ontslagbrief aan de huisarts opgestuurd. Deze bevat o.a. het medicatieschema.
- De huisarts en/of verwijzende arts wordt op de hoogte gesteld van de opname, het ontslag en de geplande vervolgzorg.
- Bij het beëindigen van de behandeling wordt een afsluitbrief bezorgd aan de huisarts en/of de oorspronkelijke doorverwijzer. Indien de cliënt hiervoor geen toestemming verleent, wordt dit genoteerd in het cliëntendossier. De cliënt ontvangt een afschrift van de afsluitbrief.
- Bij beëindiging van verblijf van de zorggebruiker wordt de afsluitbrief bezorgd aan minimaal de huisarts, indien de zorggebruiker beschikt over een huisarts, en de behandelend psychiater die zorgt voor de verdere opvolging van de zorggebruiker. Indien de zorggebruiker hiervoor geen toestemming verleent, wordt dit genoteerd in het individueel dossier. De zorggebruiker ontvangt een afschrift van de afsluitbrief.

#### 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 gezondheidszorgbeoefenaar stelt met het oog op deze continuïteit de patiënt in kennis van de gezondheidszorgbeoefenaar die behoort tot hetzelfde gezondheidszorgberoep en die beschikt over dezelfde bekwaamheid waar de patiënt voor opvolging terecht kan indien hijzelf niet beschikbaar is voor zijn praktijkvoering.
- 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 dossiercontrole

We zochten in de dossiers van zorggebruikers waarvan de begeleiding minstens een week was afgerond naar een eindverslag.

Deze eindverslagen 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;
- de naam van de contactpersoon.

Vervolgens werden de eindverslagen bekeken op het vlak van het naleven van de interne afspraken rond inhoudelijke elementen.

## **Vaststellingen**

### **4.4.1 Verwijzer**

Er zijn schriftelijke afspraken over het op de hoogte brengen van de verwijzer wanneer een begeleiding wordt opgestart.

Er zijn schriftelijke afspraken over het op de hoogte brengen van de verwijzer wanneer een begeleiding wordt afgerond.

De communicatie aan de verwijzer bij opstart gebeurt schriftelijk.

De communicatie aan de verwijzer bij afronding gebeurt schriftelijk.

### **4.4.2 Huisarts**

Er zijn geen afspraken over het op de hoogte brengen van de huisarts wanneer een begeleiding wordt opgestart.

Er zijn schriftelijke afspraken over het op de hoogte brengen van de huisarts wanneer een begeleiding wordt afgerond.

De communicatie aan de huisarts bij afronding gebeurt schriftelijk.

Er zijn schriftelijke afspraken over het versturen van een eindverslag naar de huisarts bij afronding van de begeleiding. De afspraak bestaat erin dat het eindverslag naar de huisarts verzonden wordt indien de ouders hier toestemming voor hebben verleend.

### **4.4.3 Vervolgzorg**

Er zijn schriftelijke afspraken over het versturen van een eindverslag naar de vervolgzorg bij afronding van de begeleiding. De afspraak bestaat erin dat het eindverslag naar het CLB verzonden wordt indien de ouders hier toestemming voor verleend hebben. Ouders ontvangen het eindverslag ook en worden gesensibiliseerd om dit te delen met de vervolgzorg.

### **4.4.4 Eindverslag**

Er zijn schriftelijke afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag in het kader van continuïteit van zorg:

- identificatiegegevens;
- periode gevolgde therapie;
- datum laatste therapiesessie;
- symptomatologie/diagnose;
- doelen en evolutiegegevens;
- reden van afronding.

De timing voor het versturen van een eindverslag is niet vastgelegd.

Er werden 10 dossiers ingekeken van zorggebruikers waarvan de begeleiding minstens een week voor de inspectie werd afgerond.

In alle 10 de gecontroleerde dossiers werd een eindverslag gevonden.

Er werden 10 eindverslagen bekeken; hierbij waren er:

- 10 met vermelding van de periode van begeleiding;



- 10 met een probleemomschrijving;
- 10 met een beschrijving van de evolutie/verloop van het traject;
- 10 met informatie over de nodige nazorg/verdere verwijzing (continuïteit van zorg);
- 10 met de naam van de contactpersoon en contactgegevens.

Alle eindverslagen bevatten alle gecontroleerde informatie.

Er werden 10 eindverslagen bekeken op het vlak van het naleven van de interne afspraken rond inhoudelijke elementen; hierbij waren er:

- 10 met identificatiegegevens;
- 10 met periode gevolgde therapie;
- 10 met datum laatste therapiesessie;
- 10 met symptomatologie/diagnose;
- 10 met doelen en evolutiegegevens;
- 10 met de reden van afronding.

Alle eindverslagen bevatten alle gecontroleerde informatie.

## **4.5 SAMENVATTING RESULTATEN MULTIDISCIPLINAIRE WERKING**

### **4.5.1 Zoals verwacht**

#### **Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens**

- Voor alle gezochte elementen zijn er afspraken over waar deze in het dossier genoteerd worden.
- Aan de hand van de 10 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat er systematisch gewerkt wordt m.b.t. de aanwezigheid van informatie over de volgende gecontroleerde onderwerpen (≥75%):
  - identificatiegegevens of contactinfo huisarts (10/10 in orde);
  - identificatiegegevens of contactinfo verwijzer (10/10 in orde);
  - hulpvraag van de zorggebruiker (10/10 in orde);
  - informatie over medicatiegebruik (10/10 in orde).
- Alle dossierdelen zijn toegankelijk voor alle betrokken teamleden.

#### **Zorgplan**

- Er zijn afspraken over alle gezochte elementen met betrekking tot het zorgplan.
- Er zijn afspraken over inspraak van de (ouders van de) zorggebruiker bij de opmaak of evaluatie van het zorgplan.
- In ≥75% van de gecontroleerde dossiers met een zorgplan kon aangetoond worden dat (de ouders van) de zorggebruikers inspraak hebben bij de opmaak van het zorgplan (10/10 in orde).
- Na minstens 2 maanden en 5 FTF begeleiding werd er in ≥75% van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden (10/10 in orde).
- Er werd in ≥75% van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden volgens de intern vooropgestelde timing (10/10 in orde).

## **MDO**

- Er zijn afspraken over alle gezochte elementen met betrekking tot het MDO.
- Er kon in  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers van zorggebruikers die minstens 6 maanden in begeleiding waren, aangetoond worden dat er een MDO georganiseerd werd binnen de 6 maanden (10/10 in orde).
- Er kon in  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers aangetoond worden dat een MDO georganiseerd werd binnen de intern vooropgestelde timing (10/10 in orde).
- Er werd voor  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde MDO een conclusie gevonden (10/10 in orde).

## **Communicatie met externe zorgverleners**

- Er zijn afspraken over het op de hoogte brengen van de verwijzer wanneer een begeleiding wordt opgestart.
- Er zijn afspraken over het op de hoogte brengen van de verwijzer wanneer een begeleiding wordt afgerond.
- Er zijn afspraken over het op de hoogte brengen van de huisarts wanneer een begeleiding wordt afgerond.
- Er zijn afspraken over het versturen van een eindverslag naar de huisarts bij afronding van de begeleiding.
- Er zijn afspraken over het versturen van een eindverslag naar de vervolgzorg bij afronding van de begeleiding.
- Er zijn afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag.
- Er werd in  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers een eindverslag gevonden (10/10 in orde).
- Aan de hand van de 10 gecontroleerde eindverslagen kon aangetoond worden dat er systematisch informatie aanwezig is over volgende gecontroleerde onderwerpen ( $\geq 75\%$ ):
  - vermelding van de periode van begeleiding (10/10 in orde);
  - probleemomschrijving (10/10 in orde);
  - beschrijving van de evolutie/verloop van het traject (10/10 in orde);
  - informatie over de nodige nazorg/verdere verwijzing (10/10 in orde);
  - naam van de contactpersoon en contactgegevens (10/10 in orde).
- Aan de hand van de 10 gecontroleerde eindverslagen kon aangetoond worden dat de inhoudelijke elementen, volgens de interne afspraken, systematisch aanwezig waren ( $\geq 75\%$ ):
  - identificatiegegevens (10/10 in orde);
  - periode gevolgde therapie (10/10 in orde);
  - datum laatste therapiesessie (10/10 in orde);
  - symptomatologie/diagnose (10/10 in orde);
  - doelen en evolutiegegevens (10/10 in orde);
  - redenen van afronding (10/10 in orde).

### **4.5.2 Verbeterpunten**

#### **Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens**

- Het dossier van zorggebruikers is versnipperd.

#### **Communicatie met externe zorgverleners**

- Er zijn geen afspraken over het op de hoogte brengen van de huisarts wanneer een begeleiding wordt opgestart.

## 5. RECHTEN

### 5.1 INZAGE IN EN AFSCHRIFT VAN HET DOSSIER

#### Verwachtingen

##### Uit GGZ-referentiekaders:

- Er is een algemene informatiebrochure waarin (verwezen wordt naar een specifieke brochure waarin) de patiëntenrechten en de klachtenprocedure in duidelijke taal voor patiënt en familie worden toegelicht. Deze brochure(s) wordt/worden bij opname aan elke patiënt bezorgd.
- De cliënt krijgt tijdens het intakeproces voldoende en duidelijke informatie m.b.t. de werking van de voorziening. De voorziening beschikt over een website en andere informatiedragers, met o.a. volgende geactualiseerde informatie: cliëntenrechten en klachtenregeling. De informatiedragers zijn begrijpbaar, beschikbaar en bekend.
- In het huishoudelijk reglement worden de rechten van de patiënt benoemd en beschreven. Bijkomend communiceert de voorziening via een website of andere informatiedragers omtrent contactgegevens, cliëntenrechten en klachtenregeling, beroepsgeheim, financiële bijdrage en informatie over waar men terecht kan in noodsituaties.

##### 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 persoonlijke notities van een beroepsbeoefenaar en gegevens die betrekking hebben op derden zijn van het recht op inzage uitgesloten. Op zijn verzoek kan de patiënt zich laten bijstaan door of zijn inzagerecht uitoefenen via een door hem aangewezen vertrouwenspersoon. Indien deze laatste een beroepsbeoefenaar is, heeft hij ook inzage in de persoonlijke notities (in dit geval is het verzoek van de patiënt schriftelijk geformuleerd en worden het verzoek en de identiteit van de vertrouwenspersoon opgetekend in of toegevoegd aan het patiëntendossier).
- 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. Volgens de Europese algemene verordening gegevensbescherming, wordt de eerste kopie van het patiëntendossier kosteloos aan de patiënt verstrekt.

#### Vaststellingen

Er zijn schriftelijke afspraken over inzage in het dossier.

In de afspraken 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.
- Geen onderdelen van het dossier worden onttrokken aan het recht tot inzage, behalve persoonlijke notities of elementen over derden.
- Wanneer de vertrouwenspersoon van de zorggebruiker een beroepsbeoefenaar is, worden de persoonlijke notities niet onttrokken aan het recht tot inzage.
- De termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het dossier is maximaal 15 dagen.

Er zijn schriftelijke afspraken over het opvragen van een afschrift van het dossier.

In de afspraken rond afschrift 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.
- Het eerste afschrift is gratis.
- Geen onderdelen van het dossier worden onttrokken aan het recht tot inzage, behalve persoonlijke notities of elementen over derden.
- Wanneer de vertrouwenspersoon van de zorggebruiker een beroepsbeoefenaar is, worden de persoonlijke notities niet onttrokken aan het recht tot inzage.
- De termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het dossier is maximaal 15 dagen.

Er is schriftelijke informatie beschikbaar voor ouders van zorggebruikers over deze patiëntenrechten (inzage en afschrift van het dossier):

- therapeutisch contract;
- website.

Zorggebruikers geven aan dat ze informatie kregen over de mogelijkheid tot inzage in hun dossier.

Zorggebruikers geven aan dat ze hierover schriftelijk en mondeling werden geïnformeerd.

## 5.2 KLACHTRECHT

### **Verwachtingen**

#### **Uit GGZ-referentiekaders:**

- Er is een algemene informatiebrochure waarin (verwezen wordt naar een specifieke brochure waarin) de patiëntenrechten en de klachtenprocedure in duidelijke taal voor patiënt en familie worden toegelicht.
  - Deze brochure(s) wordt/worden bij opname aan elke patiënt bezorgd.
  - Op elke afdeling hangt een affiche met de contactgegevens van de ombudspersoon.
  - Ook op de website staan de contactgegevens van de ombudspersoon duidelijk aangegeven.
- De zorggebruikers worden voldoende geïnformeerd over de interne ombudspersoon en diens bereikbaarheid.
- De voorziening beschikt over een interne klachtenprocedure.
- De voorziening voorziet een laagdrempelige interne klachtenregeling en communiceert dit aan de zorggebruikers via de gebruikelijke communicatiekanalen.
- Het doel en de werking van de externe ombudspersoon wordt systematisch aan de nieuwe zorggebruikers meegedeeld (contactgegevens, bereikbaarheid,...).
- De ombudspersoon is direct bereikbaar, zonder omslachtige procedures, en dit zowel persoonlijk, telefonisch als per e-mail.

#### **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. De ombudsfunctie heeft volgende opdrachten: 1° het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen; 2° het bemiddelen bij de klachten met het oog op het bereiken van een oplossing; 3° het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een in 2° bedoelde oplossing; 4° het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie; 5° het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een klacht.

- De klachten kunnen schriftelijk (brief, fax, e-mail) of mondeling (telefoon, persoonlijk contact op afspraak) bij de bevoegde ombudspersoon geformuleerd worden.
- Het huishoudelijk reglement dat de specifieke modaliteiten inzake de organisatie, de werking en de klachtenprocedure bepaalt, is beschikbaar in het ziekenhuis of op de administratieve zetel van het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg. Het reglement van de federale ombudsdienst is beschikbaar op het secretariaat van de Federale commissie "Rechten van de patiënt". Elke geïnteresseerde kan het huishoudelijk reglement inzien.

## Vaststellingen

Er zijn schriftelijke afspraken over het indienen van klachten.

Er zijn klachtenbehandelaars aangeduid.

Deze klachtenbehandelaars zijn intern.

De klachtenbehandelaar is daarnaast therapeut of coördinator of directie of arts.

Volgende vaststellingen werden gedaan rond toegankelijkheid van de klachtbehandeling:

- Er gebeurt bekendmaking via de website en via het therapeutisch contract.
- Er worden contactgegevens vermeld.
- Er is rechtstreekse toegang mogelijk.

Klachten kunnen zowel mondeling als schriftelijk worden ingediend.

Er is voor ouders van zorggebruikers schriftelijke informatie beschikbaar over de mogelijkheid tot het uiten van klachten:

- therapeutisch contract;
- website.

Ouders van zorggebruikers geven aan dat ze geïnformeerd werden over de manier waarop men klacht kan indienen.

Ouders van zorggebruikers geven aan dat ze hierover schriftelijk en mondeling werden geïnformeerd.

Over de ingediende klachten worden volgende cijfers/gegevens verzameld:

- aantal;
- onderwerp;
- doorlooptijd;
- resultaat.

Het aantal klachten in het vorige kalenderjaar werd bijgehouden.

In 2022 waren er 2 klachten.

De voorbije jaren werden volgende verbeteracties opgezet naar aanleiding van klachten:

- optimalisering verslaggeving voor de ouders;
- organiseren van vorming rond diversiteit en inclusie.

## 5.3 PRIVACY

### Verwachtingen

#### Uit GGZ-referentiekaders:

- In het kader van het onthaalproces worden de zorggebruikers geïnformeerd over de huis- en afdelingsregels, inclusief het gevoerde vrijheidsbeperkende beleid met bijzondere aandacht voor privacy. Bij minderjarigen en in geval van wilsonbekwaamheid wordt de familie/context hierover eveneens geïnformeerd.
- De onthaalbrochure bevat volgende informatie:
  - algemene informatie;
  - voorstelling van de afdeling;
  - de toepasselijke huisregels van de afdeling (dagindeling, bezoek, telefoon, sleutels kamer, ...);
  - inhoudelijke informatie omtrent de werking van de afdeling;
  - activiteitenprogramma van de afdeling.

#### Uit regelgeving/richtlijnen:

- De patiënt heeft recht op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bij iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar en inzonderheid betreffende de informatie die verband houdt met zijn gezondheid. De patiënt heeft recht op respect voor zijn intimiteit. Behoudens akkoord van de patiënt, kunnen enkel de personen waarvan de aanwezigheid is verantwoord in het kader van de dienstverstrekking van de beroepsbeoefenaar, aanwezig zijn bij de zorg, de onderzoeken en de behandelingen.

### Vaststellingen

Ouders van zorggebruikers worden mondeling en schriftelijk geïnformeerd over de afspraken/regels. De regels staan opgesomd in het therapeutisch contract dat bij elke intake samen met de ouders wordt overlopen en ondertekend.

Ouders van zorggebruikers geven tijdens de bevraging aan dat ze schriftelijk en mondeling op de hoogte zijn gebracht van alle afspraken/regels.

Ouders van zorggebruikers geven tijdens de bevraging aan dat de regels duidelijk zijn voor hen.

Ouders van zorggebruikers geven aan dat er volgende consequenties zijn bij het overtreden van de afspraken/regels: bij niet-betalen van facturen of bij herhaaldelijk onverwittigde afwezigheden zullen ze hierop aangesproken worden door de therapeut en/of de directie. De bedoeling van deze gesprekken is dat er een oplossing gevonden wordt. De kinderen worden nooit in de steek gelaten door het centrum.

Ouders van zorggebruikers geven aan dat ze inspraak hebben in de afspraken/regels op de volgende manier: alle bedenkingen en suggesties zijn bespreekbaar met de medewerkers (ad hoc en via de systematische oudergesprekken) en daarnaast kunnen ze ook tevredenheidsbevragingen invullen.

De afspraken/regels werden de voorbije jaren geëvalueerd door:

- medewerkers;
- ouders van zorggebruikers.

De voorbije jaren werd o.a. volgende verbeteractie opgezet i.v.m. afspraken/regels: herwerken van het therapeutisch contract is opgestart.

## 5.4 ZELFBESCHIKKING

### Verwachtingen

#### Uit GGZ-referentiekaders:

- Bij ontslag wordt een voorlopige ontslagbrief aan de huisarts opgestuurd. Deze bevat o.a. het medicatieschema.
- De huisarts en/of verwijzende arts wordt op de hoogte gesteld van de opname, het ontslag en de geplande vervolgzorg.
- Mits akkoord van cliënt zorgt de voorziening voor goede doorstroming van informatie.
- Bij beëindiging van verblijf van de zorggebruiker wordt de afsluitbrief bezorgd aan minimaal de huisarts, indien de zorggebruiker beschikt over een huisarts, en de behandelend psychiater die zorgt voor de verdere opvolging van de zorggebruiker. Indien de zorggebruiker hiervoor geen toestemming verleent, wordt dit genoteerd in het individueel dossier. De zorggebruiker ontvangt een afschrift van de afsluitbrief.

#### 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 gezondheidszorgbeoefenaar mag een aan de gang zijnde behandeling van een patiënt niet onderbreken zonder vooraf alle voorzieningen te hebben getroffen om de continuïteit van de zorg te garanderen.
- De gezondheidszorgbeoefenaar stelt met het oog op deze continuïteit de patiënt in kennis van de gezondheidszorgbeoefenaar die behoort tot hetzelfde gezondheidszorgberoep en die beschikt over dezelfde bekwaamheid waar de patiënt voor opvolging terecht kan indien hijzelf niet beschikbaar is voor zijn praktijkvoering.
- 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 dossiercontrole

We zochten zowel in de lopende als in de afgesloten dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, naar informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts.

Daarnaast werd in de afgesloten dossiers van zorggebruikers die vervolgzorg nodig hadden, gezocht naar informatie over toestemming tot het delen van informatie met de vervolgzorg.

### Vaststellingen

Er zijn schriftelijke afspraken over het vragen van toestemming aan ouders van zorggebruikers voor het delen van informatie met de huisarts.

Ouders van zorggebruikers kunnen weigeren om informatie te delen met de huisarts.

Volgens het interne beleid wordt in het dossier van zorggebruikers steeds genoteerd of ouders van de zorggebruiker al dan niet toestemming geven voor het delen van informatie met de huisarts.

Ouders van de zorggebruiker geven schriftelijk toestemming voor het delen van informatie met de huisarts.

Ouders van zorggebruikers geven tijdens de bevraging aan dat hen gevraagd werd om toestemming te geven voor het delen van informatie met de huisarts.

Ouders van zorggebruikers geven aan dat zij mondeling en schriftelijk toestemming gaven.

Er zijn schriftelijke afspraken over het vragen van toestemming aan ouders van zorggebruikers voor het delen van informatie met de vervolgzorg.

Ouders van zorggebruikers kunnen weigeren om informatie te delen met de vervolgzorg.

Volgens het interne beleid wordt in het dossier van de zorggebruiker steeds genoteerd of ouders van de zorggebruiker al of niet toestemming geven voor het delen van informatie met de vervolgzorg.

Ouders van de zorggebruiker geven schriftelijk toestemming voor het delen van informatie met de vervolgzorg.

Er werden 10 afgesloten dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts:

- In 7 van de 10 gecontroleerde dossiers werd informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts gevonden (waarvan 7 zorggebruikers toestemming gaven).
- In 3 van de 10 gecontroleerde dossiers werd geen informatie gevonden over het delen van informatie met de huisarts.

Er werden 10 lopende dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts.

- In alle 10 de gecontroleerde dossiers werd informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts gevonden (waarvan alle zorggebruikers toestemming gaven).

Er werden 9 afgesloten dossiers van zorggebruikers met vervolgzorg gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de vervolgzorg.

- In 4 van de 9 gecontroleerde dossiers werd informatie over toestemming tot het delen van informatie met de vervolgzorg gevonden (waarvan 3 zorggebruikers toestemming gaven en 1 zorggebruiker weigerde).
- In 5 van de 9 gecontroleerde dossiers werd geen informatie gevonden over het delen van informatie met de vervolgzorg.

De voorziening volgt de interne afspraken rond het vragen van toestemming voor het delen van info met externe zorgverleners op. Ze gebruikt daarvoor volgende methodes: dossiersteekproeven (interne audit) ter controle van de aanwezigheid van de betreffende formulieren in het dossier van de zorggebruiker en nazicht of deze documenten ingevuld en ondertekend zijn.

De voorbije jaren werd volgende verbeteractie opgezet i.v.m. het vragen van toestemming voor het delen van info met externe zorgverleners: ontwikkeling van een nieuw duidelijk invuldocument voor toestemming voor informatie-uitwisseling met verschillende andere (externe) zorgactoren. De mogelijkheid tot weigeren voor communicatie met elke specifieke zorgverlener is hierin voorzien.



## 5.5 ROLSTOELTOEGANKELIJKHEID

### Verwachtingen

#### Uit GGZ-referentiekaders:

- De voorziening is voor patiënt en familie fysiek toegankelijk (ook voor mindervaliden, bv. voorzien in rolstoelen, hellende vlakken).
- De voorziening is aangepast aan de behoeften van mindervalide zorggebruikers:
  - Alle deuren naar lokalen die toegankelijk zijn voor zorggebruikers zijn breed genoeg om een rolstoel door te laten.
  - De kamers zijn voldoende ruim om bij mindervalide zorggebruikers te kunnen gebruik maken van ondersteunende materialen tijdens zorgmomenten.
  - De wastafels/spiegels zijn aangepast aan rolstoelgebruikers en zorggebruikers die zich zittend verzorgen.

#### Uit regelgeving/richtlijnen:

- De grondbeginselen van het verdrag van de rechten van de mens zijn: a. Respect voor de inherente waardigheid, persoonlijke autonomie, met inbegrip van de vrijheid zelf keuzes te maken en de onafhankelijkheid van personen; b. Non-discriminatie; c. Volledige en daadwerkelijke participatie in, en opname in de samenleving; d. Respect voor verschillen en aanvaarding dat personen met een handicap deel uitmaken van de mensheid en menselijke diversiteit; e. Gelijke kansen; f. Toegankelijkheid; g. Gelijkheid van man en vrouw; h. Respect voor de zich ontwikkelende mogelijkheden van kinderen met een handicap en eerbiediging van het recht van kinderen met een handicap op het behoud van hun eigen identiteit.
- Toegankelijkheid: Teneinde personen met een handicap in staat te stellen zelfstandig te leven en volledig deel te nemen aan alle facetten van het leven, nemen de Staten die Partij zijn passende maatregelen om personen met een handicap op voet van gelijkheid met anderen de toegang te garanderen tot de fysieke omgeving, tot vervoer, informatie en communicatie, met inbegrip van informatie- en communicatietechnologieën en –systemen, en tot andere voorzieningen en diensten die openstaan voor, of verleend worden aan het publiek, in zowel stedelijke als landelijke gebieden. Deze maatregelen, die mede de identificatie en bestrijding van obstakels en drempels voor de toegankelijkheid omvatten, zijn onder andere van toepassing op: gebouwen, wegen, vervoer en andere voorzieningen in gebouwen en daarbuiten, met inbegrip van scholen, huisvesting, medische voorzieningen en werkplekken.

### Vaststellingen

Volgende vaststellingen werden gedaan rond rolstoeltoegankelijkheid:

- Er is een rolstoeltoegankelijke gespreksruimte/therapielokaal.
- Er is een rolstoeltoegankelijk toilet waarbij volgende zaken niet in orde zijn: er is geen aangepaste spiegel boven de wastafel.

## 5.6 SAMENVATTING RESULTATEN RECHTEN

### 5.6.1 Zoals verwacht

#### Inzage en afschrift van het dossier

- Er zijn afspraken over inzage in het dossier.
- Er zijn afspraken over het opvragen van een afschrift van het dossier.
- Er is schriftelijke informatie beschikbaar voor ouders van zorggebruikers over het recht tot inzage en afschrift van het dossier.

#### Klachtrecht

- Er zijn afspraken over het indienen van klachten.
- Er is een klachtenbehandelaar aangeduid.
- Tijdens de inspectie werden geen problemen op het vlak van toegankelijkheid van de klachtbehandeling vastgesteld voor de gecontroleerde elementen.
- Klachten kunnen zowel mondeling als schriftelijk worden ingediend.
- Er is schriftelijke informatie beschikbaar voor ouders van zorggebruikers over de mogelijkheid tot het uiten van klachten.

#### Zelfbeschikking

- Er zijn afspraken over het vragen van toestemming aan zorggebruikers voor het delen van informatie met de huisarts.
- De zorggebruiker kan weigeren om informatie te delen met de huisarts.
- In  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde (lopende en afgesloten) dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, kon aangetoond worden dat er toestemming gevraagd wordt aan de zorggebruiker om informatie te delen met de huisarts (20/20 in orde).

### 5.6.2 Verbeterpunten

#### Inzage en afschrift van het dossier

- De afspraken over inzage in het dossier zijn niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving.
- De afspraken over het opvragen van een afschrift van het dossier zijn niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving.

#### Rolstoeltoegankelijkheid

- Tijdens de inspectie werden een aantal problemen op het vlak van rolstoeltoegankelijkheid vastgesteld. In het rolstoeltoegankelijk toilet is er geen aangepaste spiegel boven de wastafel.

## 6. VEILIGHEID

### 6.1 VEILIGHEID VAN PERSONEN

#### Verwachtingen

##### Uit GGZ-referentiekaders:

- Er is een preventief beleid om agressie en geweld te voorkomen.
  - Deze preventie is gericht op het voorkomen of het zo veel mogelijk terugdringen van agressie-incidenten. Belangrijk punt binnen deze preventieve maatregelen is het trainen van personeelsleden in agressiebeheersing maar ook het opnemen van een aandachtspunt agressie in de behandelplannen.
  - De instelling neemt maatregelen om de veiligheid op werkplekken, werkomgeving en inrichting van gebouwen te vergroten.
  - Daarnaast worden er maatregelen getroffen om de veiligheid bij werkprocessen te vergroten.
- De organisatie beschikt over een uitgeschreven visie m.b.t. omgang met agressie en geweld. Hierin staat minimaal vermeld:
  - definitie van agressie en geweld (het gaat hier niet enkel over de fysieke en psychisch feitelijke agressie maar eveneens over de gevoelens van onveiligheid en de angst voor agressie);
  - hoe om te gaan met agressie en geweld;
  - vaststellen van (on)gewenst en (on)toelaatbaar gedrag;
  - huisregels voor patiënten en gedragsregels voor medewerkers.
- Voor de aanpak van agressie bestaan er binnen de instelling duidelijke en gedeelde normen over welk gedrag acceptabel is en welk niet. Het uitwerken van deze normen in huisregels voor patiënten en gedragsregels voor medewerkers schept de gewenste duidelijkheid. Deze gedragscode kan als basis dienen om mensen op hun gedrag aan te spreken. In deze huisregels voor patiënten dient men ook aan te geven wat de consequenties zijn van het overtreden van de normen. In de protocollen dient men ook te voorzien hoe medewerkers dienen te reageren in geval van agressie.
- Er is een beleid rond crisissen, seksueel grensoverschrijdend gedrag, suïcidepreventie en Kindreflex.
- De voorziening beschikt over een intern beleid rond crisissituaties/crisissen.
- De voorziening beschikt over een intern beleid rond seksueel grensoverschrijdend gedrag met een uitgeschreven visie en een procedure voor de preventie, detectie en gepaste reactie van seksueel grensoverschrijdend gedrag.
- De voorziening organiseert vorming voor personeelsleden rond het omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag.

#### Vaststellingen

Er zijn schriftelijke afspraken over het omgaan met incidenten voor volgende onderwerpen:

- agressie;
- seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG).

Er wordt op volgende manier aandacht geschonken aan agressiepreventie:

- Er worden aan de zorggebruikers afspraken/regels gecommuniceerd i.v.m. agressie.
- Er worden voor zorggebruikers en hun context sessies psycho-educatie/relaxatie georganiseerd.
- Medewerkers volgden vorming over agressiepreventie.

- De bestaffing wordt aangepast (bv. medewerkers zijn nooit alleen aanwezig in een gesprek waar een risico zou kunnen bestaan).

Opvang van medewerkers na incidenten wordt op de volgende manier georganiseerd:

- Er kan beroep gedaan worden op opgeleide medewerkers voor de eerste opvang na een incident.
- Er kan beroep gedaan worden op externe psychologische begeleiding.
- Medewerkers zijn aanwezig op de bespreking na een incident.

Over de incidenten m.b.t. veiligheid (agressie, SGOG) worden geen cijfers/gegevens verzameld.

De voorbije jaren werden verbeteracties opgezet rond incidenten m.b.t. veiligheid (agressie, SGOG):

- Medewerkers volgden vorming rond verbindend communiceren;
- Koppeling van een psycholoog aan elk dossier.

## 6.2 BEWARING VAN DOSSIERGEGEVENS

### Verwachtingen

#### Uit regelgeving/richtlijnen:

- De patiënt heeft ten opzichte van de beroepsbeoefenaar recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier.
- De gezondheidszorgbeoefenaar heeft enkel toegang tot de persoonsgegevens betreffende de gezondheid van een patiënt waarmee hij een therapeutische relatie heeft.  
Voor de toepassing van het eerste lid wordt onder therapeutische relatie verstaan een relatie tussen een patiënt en een gezondheidszorgbeoefenaar in het kader waarvan gezondheidszorg wordt verstrekt.
- De gezondheidszorgbeoefenaar die een therapeutische relatie met de patiënt heeft, heeft enkel toegang tot de persoonsgegevens betreffende de gezondheid van deze patiënt onder de volgende voorwaarden:
  1. de finaliteit van de toegang bestaat uit het verstrekken van gezondheidszorg;
  2. de toegang is noodzakelijk voor de continuïteit en kwaliteit van het verstrekken van gezondheidszorg;
  3. de toegang beperkt zich tot de gegevens die dienstig en pertinent zijn in het kader van het verstrekken van gezondheidszorg.
- De noodzakelijke (technische en organisatorische) maatregelen worden genomen om een beveiligde verwerking van de persoonsgegevens te garanderen.

### Vaststellingen

Elektronische dossiergegevens zijn beveiligd met een persoonlijke inlogcode van de medewerker.

De toegang tot de papieren dossiers van zorggebruikers is beveiligd: de lopende dossiers worden bewaard in een afgesloten kast bij de aanvraagverantwoordelijke. Laatstgenoemde heeft deze sleutel in bewaring. Indien niemand van de voorziening in de ruimte aanwezig is, wordt de toegangsdeur afgesloten.

Dossiers van zorggebruikers waarbij de zorg werd beëindigd, worden bewaard op twee plaatsen:

- in een afgesloten archiefkast in het bureau van de algemeen directeur;
- in een afgesloten lokaal in de kelderverdieping.

Enkel de medewerkers die rechtstreeks betrokken zijn bij de zorg van een bepaalde zorggebruiker hebben toegang tot deze zorggebruikersgegevens, waardoor de bescherming van persoons- en gezondheidsgegevens gegarandeerd is.

## 6.3 MEDICATIEBELEID

### Verwachtingen

#### Uit GGZ-referentiekaders:

- De medicatiedistributie is beschreven in een of meerdere procedures, die actief kenbaar worden gemaakt.
- De procedure van medicatiedistributie bevat minimaal volgende items:
  - opstellen medicatieschema;
  - klaarzetten medicatie;
  - controle t.o.v. medicatieschema;
  - controle vervaldata;
  - omgaan met onvolledige tabletten.
- Er is een structuur die fouten en bijna-incidenten i.v.m. medicatiedistributie verzamelt, analyseert, en op basis hiervan, verbeteracties voorstelt.
- Het aantal medicatie-incidenten wordt opgevolgd, geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd.
- Er werden, indien nodig, verbeteracties opgezet t.g.v. de registratie van medicatiefouten. De verbeteracties leiden ook tot objectieveerbare verbeteringen.
- Bij opname wordt voor elke patiënt een behandelplan opgesteld. De patiënt heeft inspraak bij de opmaak van dit plan. Het persoonlijk behandelplan is multidisciplinair opgesteld en omvat huidige medicatie (naam, dosis, frequentie van inname = medicatieschema) en diagnose.
- Het patiëntendossier bevat een overzicht van de medicatie die de patiënt nam voor de opname.
- Bij ontslag wordt een medicatieschema beschikbaar gesteld om de continuïteit van zorg te waarborgen. Dit medicatieschema kan meegegeven worden met de patiënt, kan opgenomen worden in de ontslagbrief naar de huisarts of kan naar iedere betrokkene zorgverlener worden gestuurd.
- Het medicatievoorschrift/medicatieschema is correct, actueel en volledig. Een voorschrift is onvolledig indien één van de volgende elementen ontbreekt of niet correct is:
  - patientenidentificatie (naam, voornaam en geboortedatum, of naam, voornaam en uniek patiëntnummer);
  - correcte naam van het geneesmiddel (merknaam of generische naam);
  - dosis van het geneesmiddel;
  - frequentie en/of tijdstip van toedienen van het geneesmiddel;
  - elektronische of schriftelijke handtekening van de voorschrijvende arts.
- Er is een regelmatige controle van het medicatieschema door de behandelende arts (te verifiëren aan de hand van een elektronische notitie of een paraaf op het papieren medicatieschema); een goede controle van het medicatieschema, door behandelende arts, met inbreng van klinische informatie, heeft immers een duidelijke meerwaarde.
- De vervaldatum is controleerbaar op de patiëntvoorraad op de afdeling.
- De verpleegkundige of zorgkundige (of student verpleegkunde onder supervisie), die de medicatie effectief toedient, registreert (paraaf of elektronische validatie) de toediening.
- De reden van het niet innemen van medicatie wordt genoteerd.
- De verantwoordelijke verpleegkundige moet te allen tijde een algemeen overzicht hebben van het medicatieschema van zijn/haar patiënten.
- 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.

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

## **Vaststellingen**

Er wordt medicatie voorgeschreven aan zorggebruikers door de arts van de voorziening.

CAR DAT Tienen verstrekt geen medicatie (bewaren, klaarzetten en toedienen).

Er zijn schriftelijke afspraken over de medische opvolging van zorggebruikers die medicatie voorgeschreven krijgen.

## **6.4 SAMENVATTING RESULTATEN VEILIGHEID**

### **6.4.1 Zoals verwacht**

#### **Veiligheid van personen**

- Er zijn afspraken over het omgaan met incidenten voor agressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag.

#### **Bewaren van dossiergegevens**

- Het dossier van zorggebruikers (elektronisch en/of papier) wordt veilig bewaard.
- Enkel de medewerkers die rechtstreeks betrokken zijn bij de zorg van een bepaalde zorggebruiker hebben toegang tot deze zorggebruikersgegevens.

### **6.4.2 Verbeterpunten**

Geen verbeterpunten voor de gecontroleerde onderwerpen.

## 7. ALGEMEEN BESLUIT

### 7.1 OVERZICHT RESULTATEN

Bij elk hoofdstuk is bij "samenvatting resultaten" te vinden welke onderwerpen voldoen aan de verwachtingen en voor welke onderwerpen er nog verbetermogelijkheid is. In onderstaande tabel worden de aantallen per thema weergegeven, m.a.w. hoeveel van de onderwerpen voldoen aan de verwachtingen en voor hoeveel onderwerpen er verbeterpunten werden gevonden, telkens in verhouding tot het totaal aantal dat gecontroleerd werd. Details zijn te vinden bij de betreffende hoofdstukken in het verslag.

<b>Gecontroleerde onderwerpen</b>	<b>Aantal zoals verwacht</b>	<b>Aantal verbeterpunten</b>
<b>Kwaliteitsbeleid</b>		
Algemeen kwaliteitsbeleid	7/7	0/7
Verbeteracties	2/2	0/2
<b>Multidisciplinaire werking</b>		
Toegankelijkheid/beschikbaarheid van zorggegevens	6/7	1/7
Zorgplan	5/5	0/5
MDO	4/4	0/4
Communicatie met externe zorgverleners	18/19	1/19
<b>Rechten</b>		
Inzage/afschrift dossier	3/5	2/5
Klachtrecht	5/5	0/5
Zelfbeschikking	3/3	0/3
Rolstoeltoegankelijkheid	0/1	1/1
<b>Veiligheid</b>		
Veiligheid personen	1/1	0/1
Bewaring dossiergegevens	2/2	0/2
Medicatiebeleid	/	/

### 7.2 Globale Beoordeling

CAR DAT behaalde voor de meeste onderwerpen die geïnspecteerd werden een beoordeling "zoals verwacht" (56/61).

Er werden heel wat sterke initiatieven op het vlak van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid aangetroffen. Volgende voorbeelden illustreren dit:

- Ouders van zorggebruikers/familie/context worden betrokken bij het beleid.
- Voor alle 3 de verbeteracties zijn alle gecontroleerde onderwerpen uitgeschreven.

- De context (bv. ouders, school, relevante derden) wordt betrokken bij het zorgtraject.
- Afspraken rond toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van gegevens worden opgevolgd (d.w.z. dat er gegevens worden bijgehouden) en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Afspraken rond zorgplan worden opgevolgd (d.w.z. dat er gegevens worden bijgehouden) en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Afspraken rond MDO worden opgevolgd (d.w.z. dat er gegevens worden bijgehouden) en rond dit onderwerp zijn verbeteracties niet nodig bevonden.
- Ingediende klachten worden opgevolgd (d.w.z. dat er gegevens worden bijgehouden) en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Afspraken/regels worden geëvalueerd en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Afspraken rond het vragen van toestemming voor het delen van info met externe zorgverleners worden opgevolgd (d.w.z. dat er gegevens worden bijgehouden) en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Er wordt outreachend gewerkt.

Belangrijke verbetermogelijkheden die rechtstreeks verband houden met de kwaliteit van zorg situeren zich op volgende vlakken (prioritaire verbeterpunten):

- De afspraken over inzage in het dossier zijn niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving.
- De afspraken over het opvragen van een afschrift van het dossier zijn niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving.
- Het dossier van zorggebruikers is versnipperd.