

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 Brussel

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG: GGZ-VOORZIENING MET EEN REVALIDATIE- OVEREENKOMST

INRICHTENDE MACHT

Naam	Centrum voor Ambulante Revalidatie Wegwijs
Juridische vorm	vzw
Ondernemingsnummer	0408203021
Adres	Kloosterstraat 6, 9031 Gent

INSPECTIEPUNT

Naam	CAR Wegwijs
Adres	Welzijnstraat 75, 9620 Zottegem
Dossiernummer	9.53.245.71

UITBATINGSPLAATS

Naam	CAR Wegwijs
Adres	Welzijnstraat 75, 9620 Zottegem

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	13/02/2023
Verslagnummer	ZI-2022-00101
Inspecteurs	Tania Vandommele Kurt Lievens Pieter Thijs

INSPECTIEBEZOEK

CAR Wegwijs

Aangekondigde inspectie op 13/02/2023 (9:00-15:30)

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	8
2.	Organisatie en zorgaanbod	10
2.1	Organisatie	10
2.2	Zorgaanbod	10
3.	Kwaliteitsbeleid	14
3.1	Algemeen kwaliteitsbeleid	14
3.2	Verbeterbeleid	15
3.2.1	Zicht op eigen werking (gegevens verzamelen en analyseren)	15
3.2.2	Verbeteracties	16
3.3	Samenvatting resultaten kwaliteitsbeleid	17
3.3.1	Zoals verwacht	17
3.3.2	Verbeterpunt	17
4.	Multidisciplinaire werking	18
4.1	Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens	18
4.2	Zorgplan	20
4.3	Multidisciplinair overleg (MDO)	23
4.4	Communicatie met externe zorgverleners (continuïteit)	25
4.4.1	Verwijzer	26
4.4.2	Huisarts	26
4.4.3	Vervolgzorg	26
4.4.4	Eindverslag	26
4.5	Samenvatting resultaten multidisciplinaire werking	27
4.5.1	Zoals verwacht	27
4.5.2	Verbeterpunt	28
5.	Rechten	29
5.1	Inzage in en afschrift van het dossier	29
5.2	Klachtrecht	30
5.3	Privacy	32
5.4	Zelfbeschikking	33
5.5	Rolstoeltoegankelijkheid	35
5.6	Samenvatting resultaten rechten	36
5.6.1	Zoals verwacht	36
5.6.2	Verbeterpunten	36

6.	Veiligheid	37
6.1	Veiligheid van personen	37
6.2	Bewaring van dossiergegevens	38
6.3	Medicatiebeleid	39
6.4	Samenvatting resultaten veiligheid	40
6.4.1	Zoals verwacht	40
6.4.2	Verbeterpunten	40
7.	Algemeen besluit	41
7.1	Overzicht resultaten	41
7.2	Globale beoordeling	41

1. INLEIDING

1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

Situering Zorginspectie

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse overheid en is bevoegd voor het toezicht op:

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

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

Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

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

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

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

Hoe werkt Zorginspectie?

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

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

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

1.2 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 Zorg en Gezondheid. Wanneer er tijdens een inspectie grote risico's zouden worden vastgesteld op het vlak van patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg, zullen Zorginspectie en Zorg en Gezondheid 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 met zorggebruikers	gesprek met zorggebruikers
10u30 - 12u30	infrastructuur rolstoeltoegankelijkheid	gesprek rond rechten en veiligheid
	gesprek over multidisciplinariteit	gesprek over organisatie, zorgaanbod en kwaliteitsbeleid
	gesprek over beleid rond medicatie	
12u30 - 13u	lunch en onderling overleg	
13u - 15u	dossiersteekproef lopende dossiers	dossiersteekproef afgesloten dossiers
15u - 15u30	overleg tussen inspecteurs	
15u30u - 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:
 - (ouders van) 5 zorggebruikers;
 - 1 waarnemend directeur;
 - 3 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 Zorg en Gezondheid 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 (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-voor-psychiatrische-ziekenhuizen>);
- Referentiekader voor de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) (https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader%20CGG_DEFINITIEF_0.pdf);
- Referentiekader voor de Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT) (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader%20PVT%202019.pdf>);
- Referentiekader voor de Initiatieven Beschut Wonen (IBW) (https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader_BW_2019_0.pdf);
- KOC (Kenniscentrum Hulpmiddelen – Vlaamse Overheid) (<https://www.hulpmiddeleninfo.be/hulpmiddeleninfos.html>);
- Handboek toegankelijkheid publieke gebouwen (<https://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 Zorg en Gezondheid. 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. Zorg en Gezondheid 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 Zorg en Gezondheid.

De volledige lijst van deze prioritaire verbeterpunten is te vinden op de website van Zorginspectie: <https://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:

<https://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**.

2. ORGANISATIE EN ZORGAANBOD

2.1 ORGANISATIE

CAR Wegwijs werd opgericht in 1971, heeft sinds 1971 een revalidatieovereenkomst met het RIZIV en sinds 2019 met de Vlaamse overheid. Het betreft een Centrum voor Ambulante Revalidatie.

De voorziening is erkend door het VAPH.

Directiecomité:

Ann Coppieters	directeur
Dr. Liesbeth Van De Voorde	medisch directeur

De medisch directeur vervult ook de functie van medisch directeur in CAR Ter Kouter.

CAR Wegwijs heeft een zorgaanbod op één locatie in Zottegem, waar de inspectie plaats vond.

Op deze campus is er enkel een ambulante aanbod.

Overzicht disciplines teamleden	aantal	totaal VTE
Psycholoog	4	2,47
Maatschappelijk werker	1	0,58
Ergotherapeut	8	4,63
Psychomotorisch therapeut	3	1,56
Logopedist	12	7,45
Arts:		
- pediater	1	0,46
- NKO-arts	1	0,08

Op het moment van de inspectie is er één langdurig openstaande functie (meer dan 6 maanden): CAR Wegwijs zoekt al meerdere jaren naar een kinderpsychiater.

De voorziening werkt niet met ervaringsdeskundigen.

2.2 ZORGAANBOD

CAR Wegwijs heeft een zorgaanbod voor peuters, kleuters, lagereschoolkinderen en adolescenten met diverse complexe ontwikkelingsstoornissen, verstandelijke beperking, gedragsstoornissen, hersenletsel en voor baby's en volwassenen met een gehoorproblematiek.

Elke zorggebruiker heeft een geïndividualiseerd behandelplan met individuele en/of groepsessies:

- Individueel wordt logopedie, ergotherapie, kinesithérapie en psychotherapie aangeboden.
- Voor peuters en kleuters is er groepswerking mogelijk rond fijne motoriek, grove motoriek, taal en Sherborne.
- De groepswerking voor oudere kinderen richt zich vooral op sociale competentietraining en/of studiebegeleiding (dit laatste vooral binnen de adolescentenwerking).
- Er kan ook een ouderwerking op maat worden aangeboden.

Naast de in- en exclusiecriteria zoals bepaald in de revalidatieovereenkomst met de Vlaamse overheid, hanteert het CAR het extra criterium dat enkel bij kinderen jonger dan 10 jaar een zorgtraject wordt opgestart, gezien de lange wachtlijsten.

Binnen CAR Wegwijs zijn er geen gescheiden deelwerkingen; binnen het multidisciplinaire team zijn er wel drie onderzoeksteams (1 onderzoeksteam kleuter en 2 onderzoeksteams lagere school) en 1 behandelteam.

De meest voorkomende diagnoses van de behandelde zorggebruikers (2021) zijn:

- autismespectrumstoornis (46%);
- complexe taal-/leerstoornissen en motorische stoornissen (22%);
- verstandelijke beperking (10%);
- ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - 9%);
- gehoorproblemen (8%);
- CP/hersenletsel (4%);
- gedragsstoornissen (1%).

Bijna 3 op 4 zorggebruikers zijn jongens.

De leeftijdsverdeling is als volgt (2021):

- 0 tot 6 jaar: 29%;
- 7 tot 9 jaar: 40%;
- 10 tot 12 jaar: 23%;
- 13 tot 18 jaar: 5%;
- +18 jaar: 2%.

De belangrijkste verwijzers zijn scholen en/of CLB (60%), artsen/ziekenhuizen (12%) en in mindere mate andere revalidatiecentra, het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen, privé-therapeuten, ... Iets meer dan 15% van de aanmeldingen gebeurt rechtstreeks door de (ouders van) zorggebruikers zelf.

De aanmeldingsklachten zijn divers, zoals bv. gehoorproblemen, hersenletsel, algemene ontwikkelingsretardatie, ASS, aandachtsproblemen.

Het zorgaanbod:

- Kinderen en volwassenen met gehoorstoornissen worden na aanmelding zo snel mogelijke onderzocht en behandeld.

Voor andere zorggebruikers verloopt een zorgtraject standaard als volgt:

- o Aanmelding
Na telefonische of persoonlijke aanmelding wordt bekeken of de aanmeldingsklacht en hulpvraag aansluiten bij de inclusiecriteria en bij het zorgaanbod. Er moet ook een verwijfsbrief zijn van een arts voor multidisciplinair onderzoek.
- o Wachtlijst onderzoek
Van zodra de aanvraag op de wachtlijst van een onderzoeksteam terechtkomt, krijgen de ouders vragenlijsten voor bijkomende informatie. In overleg met de ouders wordt ook informatie opgevraagd bij o.a. het CLB, de leerkracht/zorgcoördinator, de verwijzer, andere hulpverleners (bv. privé-logopedist).
- o Intake
Bij voldoende argumenten voor verder onderzoek (op basis van de criteria in de revalidatieovereenkomst), volgt een intakegesprek met de psycholoog. Hierbij wordt alle nuttige informatie bevestigd en worden de ouders geïnformeerd over het verder verloop van het onderzoek.

- Multidisciplinair onderzoek
Dit gebeurt door een gespecialiseerd team van artsen (pediater en/of NKO-arts), logopedisten, audiologen, ergotherapeuten, kinesitherapeuten en psychologen. Het onderzoek omvat het testen en observeren van verschillende ontwikkelingsdomeinen (o.a. cognitieve ontwikkeling, spraak-/taalontwikkeling, communicatieve vaardigheden, sociaal-emotionele ontwikkeling, spelontwikkeling, motorische ontwikkeling, zelfredzaamheid). Indien nodig wordt een klasobservatie gepland.
 - Interdisciplinair teamoverleg
De resultaten van de verschillende onderzoeken en observaties worden interdisciplinair besproken en er wordt een gezamenlijk advies geformuleerd.
 - Adviesgesprek met ouders
De gegevens van het onderzoek en het advies worden uitvoerig besproken met de ouders. Dit kan zowel een voorstel tot multidisciplinaire revalidatiebehandeling als een doorverwijzing naar een privé-therapeut of andere dienst inhouden.
 - Schriftelijke rapportering
Een uitgebreid schriftelijk onderzoeksverslag wordt aan de ouders bezorgd, en - mits hun toestemming - aan de verwijzende arts, school en CLB gestuurd.
 - Wachtlijst therapie
Binnen het jaar na onderzoek moet het revalidatieprogramma opgestart worden. Ondertussen kan de hulpvrager eventueel een beroep doen op andere hulpverleners.
 - Therapie
De therapiefase loopt doorgaans meerdere jaren. Doorheen deze fase is er regelmatig bijsturing van het therapieprogramma en de therapiedoelen en zijn er ouder- en schoolcontacten. Therapie wordt op maat gegeven en kan zowel individueel als in groep gebeuren. Jaarlijks gebeurt een schriftelijke rapportering die aan alle betrokken partijen (school, CLB, behandelende artsen, ...) wordt bezorgd, mits toestemming van de ouders.
Bij het afronden van de therapie wordt een eindverslag opgemaakt dat standaard aan de ouders, de verwijzende arts en de huisarts en mits toestemming van de ouders aan eventuele andere betrokken partijen wordt opgestuurd.
- Eind 2021 waren 179 zorggebruikers ambulant in behandeling.
 - In de loop van 2021 waren er 135 nieuwe aanmeldingen, en werden 71 nieuwe zorgtrajecten opgestart.
 - Op het moment van inspectie zijn 192 zorggebruikers in begeleiding (actieve dossiers).
 - Er wordt geen nazorg geboden.
 - Er wordt op volgende manier outreachend gewerkt: soms wordt een klasobservatie georganiseerd. Andere outreachende activiteiten zijn moeilijk binnen het forfaitaire financieringssysteem. De context wordt wel vaak doorverwezen naar instanties die wel outreachend kunnen werken (bv. CAW, thuisbegeleiding).

Toegankelijkheid van het zorgaanbod:

- Op www.carwegwijs.be is informatie te vinden over doelgroep/aanmeldingsprocedure/contactgegevens.
- Het zorgaanbod bestaat volledig uit vrijwillige zorg.
- De organisatie vermeldt geen financiële drempels. Naast de eventuele vervoerskosten betalen ouders enkel 1,95 euro remgeld per dag. Ouders met een verhoogde tegemoetkoming betalen geen remgeld.
- De voorziening is gelegen in het centrum van Zottegem en is bereikbaar met het openbaar vervoer: het station (waar ook bushaltes zijn) ligt op 5 minuten wandelen.
- Er zijn volgende drempelverlagende initiatieven om de toegankelijkheid tot de zorg te vergroten:

- Voor kinderen van de Bernadetteschool in Zottegem (school voor buitengewoon lager onderwijs) worden geen remgeld en vervoerskosten aangerekend.
- Bij financiële moeilijkheden wordt naar oplossingen gezocht (bv. een afbetalingsplan, één rit betalen als meerdere kinderen van hetzelfde gezin tegelijk gebruik maken van het vervoer).

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 tijdspad 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 2012 en voor het laatst geëvalueerd in 2021.

De voorziening heeft geen algemeen beleidsplan.

Het diensthoofd is voor CAR Wegwijs aangeduid als verantwoordelijke voor het kwaliteitsbeleid. Er wordt geen VTE vrijgesteld voor het kwaliteitsbeleid.

De afgelopen 5 jaar werd vorming gevolgd rond kwaliteitsbeleid. De directie neemt deel aan de maandelijkse werkgroep "kwaliteit" van de Federatie van Centra voor Ambulante Revalidatie.

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: periodiek wordt een tevredenheidsvragenlijst afgenomen; de resultaten hiervan worden gebruikt om het beleid te evalueren en zo nodig bij te sturen.

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 mondeling gecommuniceerd via personeels- en disciplinaire vergaderingen; schriftelijke communicatie gebeurt via het compendium, via e-mail en via verslagen van personeelsvergaderingen en andere overlegmomenten.

Schriftelijke afspraken worden bewaard op een gedeelde L-schijf, die voor iedereen toegankelijk is.

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;
- indicatoren;
- deelname aan overleg met collega-voorzieningen (bv. Federatie CAR, Vlaams Welzijnsverbond, DIGOR);
- zorggebruikersbevraging;
- medewerkersbevraging.

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 de behandeling.
- Doelgroep:
 - o aantal bereikte zorggebruikers;
 - o demografische gegevens zorggebruikers;
 - o verwijzers;
 - o welke problematieken/diagnoses (zowel bij aanmelding als tijdens behandeling).
- Behandeling:
 - o gemiddelde behandelduur;
 - o maximale duur;
 - o % no shows;
 - o multidisciplinariteit/MDO;
 - o aantal dossiers gevolg door maatschappelijk werker en psycholoog;
 - o zorgplan;

- % zorggebruikers met eindverslag;
- % zorggebruikers dat volledig zorgtraject doorloopt;
- % onderbrekingen van behandeling;
- uitkomstenmetingen.

De resultaten van de behandeling worden systematisch verzameld d.m.v. uitkomstenmetingen bij kinderen met complexe ontwikkelingsstoornissen en bij kinderen met een verstandelijke beperking; occasioneel gebeurt het ook bij kinderen met ASS.

Deze resultaten worden gebruikt om de individuele trajecten te evalueren.

- Vorming medewerkers:
 - jaarlijks aantal gevolgde uren vorming.
- Medewerkers werden in 2021 schriftelijk bevestigd aan de hand van een sectorale welzijnsbevestiging. N.a.v. die bevestiging werd binnen CAR Wegwijs een werkgroep Welzijn opgestart, die op regelmatige basis samenkomt.
Daarnaast kunnen medewerkers hun ervaringen altijd mondeling kwijt bij directie en/of diensthoofd.
- De ervaringen van ouders van zorggebruikers over de werking worden mondeling en schriftelijk bevestigd:
 - schriftelijk: aan de hand van een sectorale online zorggebruikersbevestiging in 2022;
 - mondeling: tijdens oudercontacten.

3.2.2 Verbeteracties

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

- Implementatie ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health): volgen en geven van opleidingen, sjablonen opmaken voor het maken van verslagen.
- Groepstraining voor ouders van jonge kinderen met ASS (10 tweewekelijkse sessies rond thema's als slaap, voeding, sensorische prikkelverwerking, enz..., met ook de mogelijkheid voor ouders om onderling ervaringen uit te wisselen).
- Ter beschikking stellen van speelgoedkoffers voor ouders van kinderen met ASS.
- Uitbouw adolescentenwerking.
- Oprichten van een interne werkgroep Welzijn.
- Uitwerken preventiebeleid met de interne preventieadviseur.
- Implementatie van digitale registers voor het registreren van werkuren en verplichte inhoudelijke sporen per zorggebruiker.
- Vorming suïcidepreventie voor alle medewerkers.
- Opmaak van overzichtslijsten m.b.t. het medicatiegebruik van zorggebruikers en de nodige opvolging.
- Ingebruikname van een medische opvolgfiche per zorggebruiker.

Uit deze lijst van verbeteracties van de laatste 5 jaar werden 3 verbeteracties geselecteerd (groepstraining voor ouders van jonge kinderen met ASS, uitbouw adolescentenwerking, oprichten van een interne werkgroep Welzijn) en gecontroleerd op de aanwezigheid van een aantal onderwerpen (doelstelling, motivatie, acties, timing, evaluatie van de resultaten).

Voor alle geselecteerde verbeteracties werden alle gecontroleerde onderwerpen gevonden.

Voor 1 van de 3 verbeteracties zijn alle gecontroleerde onderwerpen uitgeschreven; 2 verbeteracties werden mondeling toegelicht.

3.3 SAMENVATTING RESULTATEN KWALITEITSBELEID

3.3.1 Zoals verwacht

Algemeen kwaliteitsbeleid

- 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 Verbeterpunt

Algemeen kwaliteitsbeleid

- De voorziening heeft geen algemeen beleidsplan.

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;
 - informatie over minderjarige kinderen.

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.

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

- informatie over minderjarige kinderen.

Het dossier van zorggebruikers bestaat deels uit een elektronisch dossier en deels uit papieren documenten.

Het elektronisch dossier bestaat uit:

- Care-manager met:
 - administratieve gegevens;
 - inhoudelijk spoor van de verschillende therapeuten.
- map per zorggebruiker met:
 - aanvangsonderzoek;
 - documenten VAZG;
 - verslagen;
 - medische opvolgfiche;
 - opvolgfiche waarop therapeuten alle contacten en zaken noteren die belangrijk zijn voor het hele team.

Het centrale papieren dossier bestaat uit:

- een administratieve map met:
 - documenten sociale dienst;
 - aanvragen VAZG.
- inhoudelijke map met:
 - aanvangsonderzoek;
 - opvolgfiche tot 15/02/2014;
 - medisch dossier;
 - verslagen (evolutieverslagen en teamfiches).

Daarnaast houden de verschillende therapeuten ook een persoonlijk papieren dossier per zorggebruiker bij met de persoonlijke notities. Na beëindiging van de begeleiding worden deze bij het centrale dossier gevoegd.

Het multidisciplinaire dossier van zorggebruikers bestaat uit één geïntegreerd geheel.

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 1 van de 10 gecontroleerde dossiers was genoteerd dat de ouders van de zorggebruiker zich op eigen initiatief aanmeldden.
In de 9 overige dossiers werden telkens 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:

- De administratief medewerker volgt de volledigheid van de dossiers op bij nieuw opgestarte zorggebruikers.
- De overzichtslijst m.b.t. de zorggebruikers die al of niet medicatie nemen, wordt opgevolgd door de arts, het diensthoofd en de administratief medewerkers.

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

- Het inhoudelijk spoor is digitaal geworden, waardoor de verschillende betrokken therapeuten zicht hebben op elkaars werking.
- Er werden sjablonen ontwikkeld voor het onderzoeks-, evolutie- en eindverslag om de info te bundelen.

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 behandelplan 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:

Er is een sjabloon aanwezig. Dit sjabloon (algemeen besluit binnen het onderzoeksverslag en later in het evolutieverslag) omvat volgende onderdelen:

 - hulpvraag;
 - kernprobleem volgens team;
 - hoofddoel na overleg met ouders en kind;
 - ondersteunende factoren;
 - belemmerende factoren;
 - revalidatieplan:
 - activiteiten;
 - participatie;
 - externe en persoonlijke factoren;
 - functies;
 - categorale diagnostiek;
 - met ouders gemaakte afspraken;
 - met partners gemaakte afspraken.
- Wie moet participeren bij de opmaak van het zorgplan:
 - alle onderzoekers;
 - psycholoog als eindverantwoordelijke voor onderzoeksverslag;
 - verantwoordelijke therapeut als eindverantwoordelijke voor het evolutieverslag;
 - arts;
 - ouders.
- Timing voor het opstellen: de vooropgestelde timing is 3 maanden na de start, bij afloop van de onderzoeksfase.
- Timing voor het evalueren: jaarlijks bij verlenging.

Er zijn schriftelijke afspraken over de inspraak van de (ouders van de) zorggebruiker bij de opmaak of evaluatie van het zorgplan:

- Aan de hand van vragenlijsten en tijdens het intakegesprek met de ouders worden de hulpvragen van het kind en de ouders in kaart gebracht.
- Tijdens het adviesgesprek wordt het voorstel voor therapie besproken en kunnen ouders mee het hoofddoel en eventuele prioriteiten binnen de behandeldoelen bepalen.
- In de loop van de behandeling kunnen (ouders van) zorggebruikers bezorgdheden aangeven waarbij de therapie kan bijgestuurd worden.

Vier van de vijf (ouders van) zorggebruikers geven tijdens de bevraging aan dat ze inspraak hadden bij de opmaak of evaluatie van hun zorgplan. Eén (ouder van een) zorggebruiker geeft aan dat er geen inspraak was.

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:

- Bij de intake worden ouders en kind betrokken om de probleemstelling en de hulpvraag duidelijk te krijgen. Dit gebeurt aan de hand van vragenlijsten en tijdens gesprekken.
- Tijdens de therapie kunnen ouders, indien aangewezen, aansluiten bij een sessie.
- Er worden oudersessies in groep georganiseerd waarop psycho-educatie over de problematiek aan bod komt en waar er ruimte is voor vragen.
- Tijdens de intakefase vinden er, indien aangewezen, schoolobservaties plaats en wordt info opgevraagd aan de hand van vragenlijsten voor de leerkrachten.
- Ouders kunnen aansluiten bij het overleg op school dat jaarlijks plaats vindt.
- Er zijn telefonische contacten met externe hulpverleners en ondersteunende diensten (bv. communicatiesystemen).
- Verslagen worden, mits toestemming van de ouders, bezorgd aan de context (onderzoeks-, evolutie- en eindverslag aan ouders en school, onderzoeksverslag aan de verwijzende arts, eindverslag aan verwijzende arts en huisarts).

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 na 3 maanden).

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

- Er zijn eindverantwoordelijken aangesteld die ervoor zorgen dat alle therapeuten hun inbreng doen voor de opmaak en de evaluatie van het zorgplan. Zij hebben ook de taak om er een samenhangend geheel van te maken. Voor het eerste zorgplan in het onderzoeksverslag neemt de psycholoog dit op. Voor de evaluatie van het zorgplan in het evolutieverslag neemt de verantwoordelijke therapeut die taak op.
- Er wordt aan de hand van een lijst opgevolgd of kinderen die de onderzoeksfase beëindigd hebben, een zorgplan hebben en kunnen doorschuiven naar therapie.

- Het diensthoofd leest alle zorgplannen inhoudelijk na.
- Aan de hand van een lijst volgen de administratief medewerker en het diensthoofd op dat de evaluatie van het zorgplan gepland en uitgevoerd wordt.

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

- In het sjabloon van het onderzoeksverslag (waar het zorgplan deel van uitmaakt), werd het luik diagnostiek aangepast met een aparte leidraad over de DSM-criteria, zodat de uniformiteit kan bewaakt worden.
- Voor de participatiedoelen werd er een document opgemaakt over het formuleren van de doelstellingen en de bijhorende motivatie, zodat voor ouders duidelijker is waarom deze doelen vooropgesteld worden.

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:

- Het onderzoeksteam:
 - o Dit overleg vindt plaats bij het beëindigen van de onderzoeksfase.
 - o Alle zorggebruikers moeten ten laatste 3 maanden na de start besproken worden.
 - o Alle betrokken onderzoekers en de arts nemen deel aan het overleg.
- Aanvangsteam:
 - o Dit overleg vindt wekelijks plaats tijdens "vaste teamblokken" op 3 dagen in de weekplanning.

- Alle zorggebruikers moeten bij "de start van de therapie" besproken worden, maar er is geen vaste timing vooropgesteld. Dit gebeurt vraaggestuurd vanuit de therapeuten.
- Alle betrokken therapeuten en de coördinator (psycholoog) nemen deel aan het overleg. De arts sluit aan volgens noodzaak, bv. in functie van differentiaaldiagnostiek, Developmental Coordination Disorder, medicatie, slaapproblematiek,
- Evolutieteam:
 - Het team vindt wekelijks plaats tijdens "vaste teamblokken" op 3 dagen in de weekplanning.
 - Alle zorggebruikers moeten minstens jaarlijks besproken worden.
 - Alle betrokken therapeuten en de coördinator (psycholoog) nemen deel aan het overleg. De arts sluit aan volgens noodzaak.
- Team in functie van stopzetting:
 - Het team vindt wekelijks plaats tijdens "vaste teamblokken" op 3 dagen in de weekplanning.
 - Alle zorggebruikers moeten bij de beëindiging van de therapie besproken worden, maar er is geen vaste timing vooropgesteld. Dit gebeurt vraaggestuurd vanuit de therapeuten.
 - Alle betrokken therapeuten en de coördinator (psycholoog) nemen deel aan het overleg. De arts sluit aan indien mogelijk of leest minstens het verslag na.

Voor volgende multidisciplinaire besprekingen beschikt de voorziening over schriftelijke afspraken:

- Frequentie: onderzoeksteam en evolutieteam (zie hierboven).
- Conclusie:

Voor alle multidisciplinaire overlegmomenten is er een sjabloon voor een verslag voorzien waarin de resultaten en het actuele zorgplan verwerkt zijn (onderzoeks-, evolutie- en eindverslag). Daarnaast wordt een verslag van de bespreking zelf (teamfiche) gemaakt aan de hand van een sjabloon. Beide soorten verslagen worden bewaard in het dossier van de zorggebruiker.

Voor volgende multidisciplinaire besprekingen beschikt de voorziening over mondelinge afspraken:

- Frequentie aanvangsteam en team in functie van stopzetting: deze gebeuren vraaggestuurd.

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: na 3 maanden).

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 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 (m.b.t. frequentie) van het MDO per zorggebruiker op.

Ze gebruikt daarvoor volgende methode:

- Aan de hand van lijsten wordt door het diensthoofd opgevolgd of de onderzoeksteams en de evolutieteams tijdig plaatsvinden.

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

- Er werd gestart met het systematisch inplannen van de aanvangsteams (naar analogie van de onderzoeksteams en de evolutieteams) om te bewaken dat deze zeker zouden doorgaan. Door weerstand vanuit de therapeuten (bv. te vroeg gepland in het proces) werd hier weer van afgezien.
- In 2022 werd het sjabloon voor de teamfiche opgemaakt. Dit wordt gebruikt als voorbereiding op het overleg en om het verslag te maken met een conclusie.

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. De communicatie aan de verwijzer bij opstart gebeurt schriftelijk.

Er zijn schriftelijke afspraken over het op de hoogte brengen van de verwijzer wanneer een begeleiding wordt afgerond. De communicatie aan de verwijzer bij afronding gebeurt schriftelijk.

4.4.2 Huisarts

Er zijn schriftelijke afspraken over het op de hoogte brengen van de huisarts wanneer een begeleiding wordt opgestart. De afspraak bestaat erin dat de huisarts op de hoogte wordt gebracht als hij ook de verwijzende arts is. Indien de huisarts niet de verwijzer is, wordt hij/zij enkel op de hoogte gebracht op uitdrukkelijke vraag van (de ouders van) de zorggebruiker. De communicatie aan de huisarts bij opstart gebeurt schriftelijk.

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 de huisarts steeds het eindverslag toegestuurd krijgt.

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 steeds wordt doorgestuurd naar de huisarts en, mits toestemming van de zorggebruiker, kan doorgestuurd worden naar externe therapeuten, ondersteunende diensten en de school/CLB.

4.4.4 Eindverslag

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

- situering;
- hulpvraag;
- evolutiegegevens;
- algemeen besluit.

De timing voor het versturen van een eindverslag is niet vastgelegd. Er is wel een systeem van opvolging door het diensthoofd en de administratief medewerker die aan de hand van een lijst de betrokken therapeuten aansporen als er na 2 à 3 maanden nog geen eindverslag verstuurd is.

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

In 1 van de 10 gecontroleerde dossiers werd geen eindverslag gevonden.

In 9 van de 10 gecontroleerde dossiers werd een eindverslag gevonden.

Er werden 9 eindverslagen bekeken; hierbij waren er:

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

Alle 9 de eindverslagen bevatten alle gecontroleerde info.

Er werden 9 eindverslagen bekeken op het vlak van het naleven van de interne afspraken rond inhoudelijke elementen; hierbij waren er:

- 9 met situering;
- 9 met hulpvraag;
- 9 met evolutiegegevens;
- 9 met een algemeen besluit.

Alle 9 de eindverslagen bevatten alle gecontroleerde info.

4.5 SAMENVATTING RESULTATEN MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

4.5.1 Zoals verwacht

Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens

- Er wordt gewerkt met een geïntegreerd multidisciplinair dossier van zorggebruikers.
- 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 (9/9 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 opgestart.
- 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 (9/10 in orde).
- Aan de hand van de 9 gecontroleerde eindverslagen kon aangetoond worden dat er systematisch informatie aanwezig is over volgende gecontroleerde onderwerpen ($\geq 75\%$):
 - vermelding van de periode van begeleiding (9/9 in orde);
 - probleemomschrijving (9/9 in orde);
 - beschrijving van de evolutie/verloop van het traject (9/9 in orde);
 - informatie over de nodige nazorg/verdere verwijzing (9/9 in orde);
 - naam van de contactpersoon en contactgegevens (9/9 in orde).
- Aan de hand van de 9 gecontroleerde eindverslagen kon aangetoond worden dat de inhoudelijke elementen, volgens de interne afspraken, systematisch aanwezig waren ($\geq 75\%$):
 - situering (9/9 in orde);
 - hulpvraag (9/9 in orde);
 - evolutiegegevens (9/9 in orde);
 - algemeen besluit (9/9 in orde).

4.5.2 Verbeterpunt

Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens

- Er zijn niet voor alle gezochte elementen afspraken over waar ze genoteerd worden in het dossier (4/5 in orde).

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 schriftelijke afspraken rond inzage van het dossier werden volgende zaken vastgesteld die niet in lijn zijn met de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- De vraag tot inzage kan enkel schriftelijk gesteld worden.
- Bepaalde onderdelen van het dossier worden onttrokken aan het recht tot inzage, ook al betreft het geen persoonlijke notities of elementen over derden.

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

- 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 mondelinge en schriftelijke afspraken over het opvragen van een afschrift van het dossier.

De mondelinge afspraken rond het opvragen van een afschrift van het dossier bevatten volgende elementen uit de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- Het afschrift is gratis (minstens het eerste).

In de schriftelijke afspraken rond het opvragen van een afschrift van het dossier werden volgende zaken vastgesteld die niet in lijn zijn met de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- De vraag voor afschrift kan enkel schriftelijk gesteld worden.
- Bepaalde onderdelen van het dossier worden onttrokken aan het recht tot afschrift, ook al betreft het geen persoonlijke notities of elementen over derden.

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

- 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): dit staat vermeld in het gegevensbeschermingsbeleid op de website.

Vier van de vijf (ouders van) zorggebruikers geven aan dat ze info kregen over de mogelijkheid tot inzage in hun dossier. Eén van hen geeft aan dat deze informatie mondeling en schriftelijk werd gegeven; de drie anderen geven aan dat ze hierover mondeling werden geïnformeerd.

Eén van de vijf (ouders van) zorggebruikers geeft aan dat er geen info gegeven werd over de mogelijkheid tot inzage in het dossier.

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 is een klachtenbehandelaar aangeduid.

Deze klachtenbehandelaar is intern, en is daarnaast directeur.

Volgende vaststellingen werden gedaan rond toegankelijkheid van de klachtbehandeling:

- Er gebeurt bekendmaking via de samenwerkingsovereenkomst die cliënten bij het begin van het onderzoek en bij het begin van de behandeling ondertekenen.
- Er worden geen contactgegevens vermeld (rechtstreeks telefoonnummer en e-mailadres).
- Er is rechtstreekse toegang mogelijk.

Volgens de schriftelijke afspraken kunnen (formele) klachten enkel schriftelijk worden ingediend.

Er is voor (ouders van) zorggebruikers schriftelijke informatie beschikbaar over de mogelijkheid tot het uiten van klachten: dit staat vermeld in de samenwerkingsovereenkomst die cliënten bij het begin van het onderzoek en bij het begin van de behandeling ondertekenen.

Twee (ouders van) zorggebruikers geven aan dat ze geïnformeerd werden over de manier waarop men klacht kan indienen. Twee (ouders van) zorggebruikers geven aan dat ze niet geïnformeerd werden over de manier waarop men klacht kan indienen. De vijfde kan zich niet herinneren of hier al dan niet informatie werd over gegeven.

Volgens één van de twee (ouders van) zorggebruikers die aangeven hierover geïnformeerd te zijn geweest, werd de informatie mondeling en schriftelijk gegeven. De tweede geeft aan dat dit wellicht enkel mondeling gebeurde.

Over de ingediende klachten worden geen cijfers/gegevens verzameld.

In 2022 waren er geen klachten.

De voorbije jaren werden volgende verbeteracties opgezet naar aanleiding van klachten: een aantal keer werd een aanpassing van de therapie (bv. een andere aanpak, verandering van therapeut) doorgevoerd op vraag van ouders.

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. Bij aanvang van het onderzoek en van de behandeling ondertekenen ze een samenwerkingsovereenkomst waarin de regels staan beschreven. Deze wordt ook mondeling overlopen en toegelicht tijdens zowel het intake- als het adviesgesprek.

Alle vijf de (ouders van) zorggebruikers geven tijdens de bevraging aan dat ze mondeling en schriftelijk op de hoogte zijn gebracht van alle afspraken/regels.

Zij geven ook alle vijf aan dat dat de regels duidelijk zijn voor hen.

(Ouders van) zorggebruikers geven aan dat er volgende consequenties zijn bij het overtreden van de afspraken/regels: toch moeten betalen bij te laat afzeggen van een afspraak; stopzetten van de behandeling bij te veel afwezigheden.

Alle vijf de bevraagde (ouders van) zorggebruikers geven aan dat ze geen structurele inspraak hebben in de afspraken/ regels. Tegelijk geven ze ook aan hier geen behoefte toe te voelen en/of dat er steeds luisterbereidheid is bij de medewerkers in het geval er zich toch een probleem stelt.

De afspraken/regels werden de voorbije jaren geëvalueerd door (ouders van) zorggebruikers: in het voorjaar van 2022 gebeurde een online bevraging.

De voorbije jaren werden volgende verbeteracties opgezet i.v.m. afspraken/regels:

- afwezigheden centraal doorgeven via receptie (telefonisch of via e-mail);
- mogelijkheid om brieven met voorstel aanwezigheid vakantieperiodes digitaal door te sturen en te beantwoorden;
- oudercontacten vraaggestuurd plannen (en niet meer enkel op door het CAR vastgelegde momenten);
- mogelijkheid geven om het bespreken van gevoelige informatie te beperken tot een therapielokaal (om informele gesprekken in de wachtzaal te beperken).

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) zorggebruiker al dan niet toestemming geven voor het delen van informatie met de huisarts.

Er wordt 1 algemene toestemming voor het delen van informatie gebruikt zonder verdere specificering aan wie.

(Ouders van) zorggebruikers geven schriftelijk toestemming voor het delen van informatie met de huisarts.

Vier (ouders van) zorggebruikers geven tijdens de bevraging aan dat hen gevraagd werd om toestemming te geven voor het delen van informatie met de huisarts. Eén persoon kan zich niet meer herinneren of dit al dan niet gevraagd werd.

Twee (ouders van) zorggebruikers geven aan dat zij schriftelijk toestemming gaven. Eén (ouder van een) zorggebruiker geeft aan dat hij mondeling toestemming gaf. De vierde persoon kan zich dit niet meer herinneren.

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) zorggebruikers al of niet toestemming geven voor het delen van informatie met de vervolgzorg.

(Ouders van) zorggebruikers geven schriftelijk toestemming voor het delen van informatie met de vervolgzorg.

Er werden 9 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 alle 9 de gecontroleerde dossiers werd informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts gevonden (telkens was er toestemming).

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 (telkens was er toestemming).

Er werden 6 afgesloten dossiers van zorggebruikers met vervolgzorg gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de vervolgzorg.

- In alle 6 de gecontroleerde dossiers werd informatie over toestemming tot het delen van informatie met de vervolgzorg gevonden (telkens was er toestemming).

De voorziening volgt de interne afspraken rond het vragen van toestemming voor het delen van info met externe zorgverleners op. Ze gebruikt daarvoor volgende methode: de administratief medewerker controleert of het ingevulde toestemmingsformulier is opgenomen in het dossier.

Uit de opvolging blijkt dat er geen verbeteracties nodig waren i.v.m. het vragen van toestemming voor het delen van info met externe zorgverleners.

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.
 - Er is een bad, aangepast aan specifieke behoeften van zorgbehoevende zorggebruikers en/of rolstoelpatiënten.

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 zijn rolstoeltoegankelijke gespreksruimtes en therapielokalen.
- Er is een rolstoeltoegankelijke lift.
- Er is een rolstoeltoegankelijk toilet met aangepaste lavabo, vaste handgreep, voldoende ruimte en een deur die naar buiten open draait.

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.
- 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 (19/19 in orde).

Rolstoeltoegankelijkheid

- Tijdens de inspectie werden geen problemen op het vlak van rolstoeltoegankelijkheid vastgesteld.

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.

Klachtrecht

- Tijdens de inspectie werden volgende problemen rond toegankelijkheid van de klachtbehandeling vastgesteld: de rechtstreekse contactgegevens van de klachtenbehandelaar worden niet vermeld.
- Klachten kunnen enkel schriftelijk worden ingediend.

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:

- op indicatie wordt met bepaalde kinderen rond emotieregulatie gewerkt.

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

- medewerkers kunnen steeds terecht bij de directie, het diensthoofd en/of de preventieadviseur;

- er kan beroep gedaan worden op externe psychologische begeleiding via de arbeidsgeneeskundige dienst.

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

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

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 niet beveiligd:

- De persoonlijke notities van de therapeuten worden in de bureaus van de therapeuten bewaard in afsluitbare kasten of ladenblokken. Op het moment van de inspectie was in 3 van de 4 bureaus de therapeut niet aanwezig, stond de deur van het bureau open/los en waren de ladenblokken en kast niet afgesloten.
- De centrale papieren dossiers (actieve en recente passieve dossiers) worden bewaard in afsluitbare kasten in een afgesloten lokaal op het gelijkvloers. Op het moment van de inspectie waren de kasten niet afgesloten. De sleutel van het lokaal is beschikbaar voor het poetspersoneel.
- Dossiers van zorggebruikers waarbij de zorg al langer werd beëindigd, worden bewaard in de kelder. De deur naar de kelder is niet afgesloten. De deur van het lokaal waar de dossiers bewaard worden in open rekken, is niet afsluitbaar.

Niet 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 niet gegarandeerd is.

- De centrale papieren dossiers zijn toegankelijk voor onbevoegden (bv. het poetspersoneel).

- De persoonlijke notities van de therapeuten en de afgesloten dossiers zijn toegankelijk voor poetspersoneel en (ouders van) zorggebruikers.

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 vervaldatum;
 - 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:
 - patiëntenidentificatie (naam, voornaam en geboortedatum, of naam, voornaam en uniek patiëntennummer);
 - 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.

Door de afwezigheid van een kinderpsychiater of kinderneuroloog gebeurt dit sinds oktober 2022 niet meer, maar het is wel de bedoeling dat het voorschrijven en opvolgen opnieuw opstart bij de aanwerving van een nieuwe kinderpsychiater (of andere geautoriseerde arts).

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

Er zijn schriftelijke afspraken over de medische opvolging van zorggebruikers die medicatie voorgeschreven krijgen. Voor de opvolging van de zorggebruikers die in het verleden medicatie voorgeschreven kregen en opgevolgd werden door de arts van het centrum, werkt CAR Wegwijs momenteel waar mogelijk samen met externe psychiaters en neurologen die tijdelijk die taak kunnen opnemen (opvolgen, vernieuwen attesten, ...).

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.

6.4.2 Verbeterpunten

Bewaring van dossiergegevens

- Het dossier van zorggebruikers (papier) wordt niet veilig bewaard.
- Niet enkel de medewerkers die rechtstreeks betrokken zijn bij de zorg van een bepaalde zorggebruiker hebben toegang tot deze zorggebruikersgegevens.

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.

Gecontroleerde onderwerpen		Aantal zoals verwacht	Aantal verbeterpunten
Kwaliteitsbeleid			
	Algemeen kwaliteitsbeleid	6/7	1/7
	Verbeteracties	2/2	0/2
Multidisciplinaire werking			
	Toegankelijkheid/beschikbaarheid van zorggegevens	6/7	1/7
	Zorgplan	5/5	0/5
	MDO	4/4	0/4
	Communicatie met externe zorgverleners	17/17	0/17
Rechten			
	Inzage/afschrift dossier	3/5	2/5
	Klachtrecht	3/5	2/5
	Zelfbeschikking	3/3	0/3
	Rolstoeltoegankelijkheid	1/1	0/1
Veiligheid			
	Veiligheid personen	1/1	0/1
	Bewaring dossiergegevens	0/2	2/2

7.2 GLOBALE BEOORDELING

CAR Wegwijs behaalde voor de meeste onderwerpen die geïnspecteerd werden een beoordeling "zoals verwacht" (51/59).

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.

- De resultaten van de behandeling worden systematisch verzameld d.m.v. uitkomstenmetingen.
- De context (ouders, school, externe hulpverleners, ondersteunende diensten, ...) wordt betrokken bij het zorgtraject.
- Afspraken rond toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van gegevens worden opgevolgd en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Afspraken rond zorgplan worden opgevolgd en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Afspraken rond MDO worden opgevolgd 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 uit de opvolging bleek dat er geen verbeteracties nodig waren.
- Niettegenstaande de financiering niet voorzien is in de conventie, investeert de voorziening toch in outreachende initiatieven.

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

- De voorziening heeft geen algemeen beleidsplan.
- 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.