

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	Revalidatiecentrum Buggenhout
Juridische vorm	vzw
Ondernemingsnummer	0412404903
Adres	Kloosterstraat 6, 9031 Gent

INSPECTIEPUNT

Naam	Centrum voor Ambulante Revalidatie Buggenhout
Adres	Klaverveld 3, 9255 Buggenhout
Dossiernummer	9.65.292.52

UITBATINGSPLAATS

Naam	CAR Buggenhout
Adres	Klaverveld 3, 9255 Buggenhout

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	13/03/2023
Verslagnummer	ZI-2022-00103
Inspecteurs	Michaela Daelemans Kurt Lievens

INSPECTIEBEZOEK

Centrum voor Ambulante Revalidatie Buggenhout
Aangekondigde inspectie op 13/03/2023 (9:15-15:40)
Gesprekspartners Zie 1.2.

INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding	4
1.1	Toezicht door Zorginspectie	4
1.2	Inspectiemethodiek	4
1.3	Verwachtingskader	7
1.4	Opbouw van dit verslag	9
2.	Organisatie en zorgaanbod	10
2.1	Organisatie	10
2.2	Zorgaanbod	10
3.	Kwaliteitsbeleid	13
3.1	Algemeen kwaliteitsbeleid	13
3.2	Verbeterbeleid	14
3.2.1	Zicht op eigen werking (gegevens verzamelen en analyseren)	14
3.2.2	Verbeteracties	15
3.3	Samenvatting resultaten kwaliteitsbeleid	17
3.3.1	Zoals verwacht	17
3.3.2	Verbeterpunten	17
4.	Multidisciplinaire werking	18
4.1	Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens	18
4.2	Zorgplan	20
4.3	Multidisciplinair overleg (MDO)	22
4.4	Communicatie met externe zorgverleners (continuïteit)	23
4.4.1	Verwijzer	24
4.4.2	Huisarts	24
4.4.3	Vervolgzorg	25
4.4.4	Eindverslag	25
4.5	Samenvatting resultaten multidisciplinaire werking	26
4.5.1	Zoals verwacht	26
4.5.2	Verbeterpunten	27
5.	Rechten	28
5.1	Inzage in en afschrift van het dossier	28
5.2	Klachtrecht	29
5.3	Privacy	31
5.4	Zelfbeschikking	32
5.5	Rolstoeltoegankelijkheid	34
5.6	Samenvatting resultaten rechten	35
5.6.1	Zoals verwacht	35
5.6.2	Verbeterpunten	35

6.	Veiligheid	36
6.1	Veiligheid van personen	36
6.2	Bewaring van dossiergegevens	37
6.3	Medicatiebeleid	38
6.4	Samenvatting resultaten veiligheid	39
6.4.1	Zoals verwacht	39
6.4.2	Verbeterpunten	39
7.	Algemeen besluit	40
7.1	Overzicht resultaten	40
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:

- 4 (ouders van) zorggebruikers;
 - 2 directieleden, waaronder 1 arts;
 - 2 artsen, waaronder 1 directielid;
 - 4 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

Centrum voor Ambulante Revalidatie Buggenhout werd opgericht in 1972, heeft sinds 1996 een revalidatie-overeenkomst met het RIZIV en sinds 2019 met de Vlaamse overheid. Het betreft een centrum voor ambulante revalidatie (CAR).

De voorziening is erkend door het VAPH.

Directiecomité:

Pieter Vanvolsem	Directeur
Dr. Carla De Meuleneire	Medisch directeur

De medisch directeur vervult ook de functie van neuroloog in CAR Ascendere, CAR Oostakker en psychiatrisch ziekenhuis KARUS.

De inspectie vond plaats op de enige campus in Buggenhout.

Op deze campus is er enkel een ambulante aanbod.

Overzicht disciplines teamleden	aantal	totaal VTE
Psycholoog	5	3,74
Maatschappelijk werker	1	0,90
Ergotherapeut	7	5,64
Kinesitherapeut / psychomotorisch therapeut	8	4,93
Orthopedagoog	1	0,80
Logopedist	9	6,75
Arts:		
- neuroloog	1	0,25
- kinder- en jeugdpsychiater	1	0,50

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

De voorziening werkt niet met ervaringsdeskundigen.

2.2 ZORGAANBOD

Revalidatiecentrum Buggenhout biedt ambulante gespecialiseerde diagnostiek en behandeling voor kinderen met complexe neurobiologische ontwikkelingsstoornissen enerzijds en voor kinderen of volwassenen met een hersenletsel anderzijds (i.e. hersenverlamming (CP) of niet-aangeboren hersenletsel (NAH)).

In CAR Buggenhout zijn er geen aparte deelwerkingen; binnen de algemene werking zijn er wel vier multidisciplinaire teams:

- Diagnostisch team;
- Team vroegbehandeling (infants ≤ 3 jaar);
- Team ontwikkelingsstoornissen van 4 tot 12 jaar;
- Team hersenletsel (NAH & CP).

Verschillende medewerkers maken deel uit van verschillende teams. Per zorggebruiker is er een multidisciplinair samengesteld team dat instaat voor het onderzoek en/of de behandeling onder supervisie van één van de artsen.

Doelgroep (zie ook hierboven)

- Inclusiecriteria
 - o groep 1: kinderen of volwassenen, met een hersenletsel van vasculaire, toxische, tumorale, infectieuze of traumatische oorsprong, zonder symptomen van dementie;
 - o groep 2: kinderen met een verstandelijke beperking;
 - o groep 3: kinderen met een autismespectrumstoornis;
 - o groep 4: kinderen met complexe leer-, taal-, en/of motorische stoornis;
 - o groep 5: kinderen met ADHD;
 - o groep 14: kinderen met hersenverlamming;
 - o groep 20: kinderen met een vermoedensdiagnose.
- Leeftijdsbeperkingen:
 - o neurobiologische ontwikkelingsstoornissen: 0 tot 12 jaar (met maximale leeftijd van 10 jaar op moment van aanmelding);
 - o hersenverlamming: maximum 18 jaar;
 - o NAH: geen leeftijdsbeperking.
- De meerderheid van de zorggebruikers (ca. 85%) zijn kinderen met een complexe neurobiologische ontwikkelingsstoornis, met als meest voorkomende diagnoses autismespectrumstoornis, leer-, taal- en/of motorische stoornis, ADHD en verstandelijke beperking.
Ongeveer 15% van de zorggebruikers zijn kinderen of volwassenen met een hersenletsel, waarvan de overgrote meerderheid kinderen of volwassenen met een niet-aangeboren hersenletsel en een beperkt aantal kinderen met hersenverlamming. De meerderheid heeft ook comorbide problemen (bv. gedrags- en/of emotionele problemen).
12% van de zorggebruikers is meerderjarig.

Het zorgaanbod:

- Standaard verloopt een zorgtraject als volgt:
 - o Aanmelding (telefonisch, via e-mail of via het aanmeldformulier)
(Ouders van) zorggebruikers kunnen zich op eigen initiatief aanmelden, maar er moet steeds een verwijfsbrief van een arts zijn. 94% van de aanmeldingen gebeurt op verwijzing van een hulpverlener of zorgverlener, 6% op eigen initiatief. Belangrijkste verwijzers zijn medici (45% in 2021) en onderwijs (32%).
Binnen de week vindt een (meestal telefonische) intake plaats, gevolgd door vragenlijsten voor de zorgvrager en eventueel voor andere relevante betrokkenen (bv. leerkracht).
Alle verzamelde informatie wordt besproken tijdens het wekelijkse aanmeldings-/opnameteam, dat beslist tot een multidisciplinair traject binnen het CAR (+/- 80%) of tot doorverwijzing.
 - o Wachtijd voor onderzoek (variërend per doelgroep)
 - o Onderzoeksfase (maximum 3 maanden)
Deze bestaat uit een anamnese, probleemanalyse, diagnose- en indicatiestelling en eindigt met een adviesgesprek met de (ouders van de) zorggebruiker (en eventuele andere betrokkenen).
 - o Wachtijd voor behandeling (variërend per doelgroep)
 - o Multidisciplinaire behandeling

De therapeutische interventies zijn hoofdzakelijk individueel, maar worden soms ook in groep aangeboden. De interventies richten zich zowel tot de zorggebruiker als tot de zorgdragers (ouders, partner, familieleden,....).

De behandel fase duurt in de meeste gevallen meerdere jaren, en wordt tussentijds geëvalueerd en indien nodig bijgestuurd op basis van de (gewijzigde) zorgvraag of -noden van de zorggebruiker of diens context.

Bij elke verlenging na één jaar wordt een verlengingsverslag met besluiten van de evaluatie en geüpdatete behandel doelen opgemaakt.

- o Afronding van het zorgtraject

Hierbij worden meestal adviezen geformuleerd om het bereikte behandelresultaat te bestendigen, al dan niet met inbegrip van een gerichte doorverwijzing naar meer laagdrempelige vervolgzorg.

- In 2021 kregen 439 zorggebruikers ambulante zorg (65% mannelijke en 35% vrouwelijke zorggebruikers). Er werden 149 onderzoeksbilans uitgevoerd en er werden 108 behandelingsfasen opgestart. 182 eerder opgestarte zorgtrajecten werden verdergezet.
- Op het moment van inspectie zijn in totaal 237 zorggebruikers in begeleiding (actieve dossiers, zowel onderzoek als behandeling).
- Er wordt geen nazorg geboden.
- Er wordt op volgende manieren outreachend gewerkt: school- en thuisobservaties, huisbezoeken door maatschappelijk werkers en huisbezoeken door een (ergo)therapeut.

Toegankelijkheid van het zorgaanbod:

- Op www.car-buggenhout.be is informatie te vinden over doelgroep, aanmeldingsprocedure, contactgegevens en prijs.
- Het zorgaanbod bestaat volledig uit vrijwillige zorg.
- Er worden geen financiële drempels vermeld door de organisatie (zorggebruikers betalen enkel een beperkt remgeld; voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming valt dit weg).
- De voorziening is gelegen in het centrum van Buggenhout en is bereikbaar met het openbaar vervoer: er is een bushalte en een treinstation op 5 minuten wandelafstand.
- Er zijn volgende drempelverlagende initiatieven om de toegankelijkheid tot de zorg te vergroten:
 - o Financiële toegankelijkheid:
 - Kwetsbare zorggebruikers voor wie de verhoogde tegemoetkoming nog niet werd geregeld, worden geholpen door de sociale dienst om dit in orde te brengen.
 - Voor zorggebruikers die niet in aanmerking komen voor verhoogde tegemoetkoming maar die aangeven dat de kosten van de zorg te hoog zijn, wordt individueel bekeken of deze verminderd kunnen worden. Ook een afbetalingsplan is mogelijk.
 - o Ruime openingsuren: CAR Buggenhout is open van maandag tot vrijdag tussen 8u30 en 18u; er is telefonische permanentie vanaf 8u.
 - o Vlotte fysieke bereikbaarheid:
 - Het centrum is vlot bereikbaar met fiets, auto, bus en trein.
 - Het CAR voorziet zo nodig ook vervoer voor zorggebruikers, vnl. voor zorggebruikers met een hersenletsel (die 6 maanden na hun letsel niet mogen rijden) en zorggebruikers die (financieel of praktisch) beperkte mogelijkheden hebben om zelf naar het revalidatiecentrum te komen.
 - o Inzetten op bekendmaking en informatieverbreiding over de werking (via website, folders, via netwerkpartners, ...).
 - o Kennismakingsgesprek samen met de verwijzer als de overstap te groot blijkt voor een zorgvrager (bv. omwille van taboes, vooroordelen, schaamte, taal- of cultuurbarrières).

3. KWALITEITSBELEID

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

3.1 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID

Vaststellingen

De voorziening beschikt over een uitgeschreven opdrachtverklaring/missie/visie.

Deze werden voor het laatst geactualiseerd in 2020-2021.

De voorziening heeft een algemeen beleidsplan (voor de periode vanaf 2021).

Het algemeen beleidsplan bevat:

- duidelijke doelstellingen;
- acties.

Het algemeen beleidsplan bevat geen timing.

Het algemeen diensthoofd is halftijds (0,5 VTE) als kwaliteitscoördinator aangeduid en als verantwoordelijke voor het kwaliteitsbeleid.

De afgelopen 5 jaar werd vorming gevolgd rond kwaliteitsbeleid. De kwaliteitscoördinator of de directeur neemt deel aan de werkgroep kwaliteit van de Federatie CAR.

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

Zorggebruikers en/of hun context worden betrokken bij het beleid aan de hand van tevredenheidsvragenlijsten.

De voorziening heeft schriftelijke afspraken over:

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

Interne afspraken worden t.a.v. de medewerkers gecommuniceerd via vergaderingen (personeelsvergaderingen, stuurgroep, disciplinevergaderingen, ...), via verslaggeving van die vergaderingen (toegankelijk voor alle medewerkers) en via e-mail.

Schriftelijke afspraken zijn beschreven in een compendium en op een gedeelde server.

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;
- benchmarking en -learning met de CAR aangesloten bij Digor vzw;
- uitwisseling met andere CAR aangesloten bij de Federatie CAR en bij het Vlaams Welzijnsverbond;
- advisering vanuit vormingsorganisatie SIG vzw, met daarbinnen een Wetenschappelijke raad en Adviesraad vorming en opleiding;
- opvolging/evaluatie van het algemeen beleidsplan;
- zorggebruikersbevraging;
- medewerkersbevraging.

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

- Toegankelijkheid:
 - o gemiddelde wachttijd;
 - 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.

- Behandeling:
 - o gemiddelde behandelduur;
 - o maximale duur;
 - o reden van stopzetting;
 - o % no shows, met verwittiging en zonder;
 - o multidisciplinariteit/MDO;
 - o verslaggeving;
 - o % zorggebruikers met eindverslag;
 - o % zorggebruikers dat volledig zorgtraject doorloopt;
 - o % onderbrekingen van behandeling; % behandelretentie;
 - o uitkomstenmetingen.

De resultaten van de behandeling worden systematisch verzameld d.m.v. uitkomstenmetingen: op indicatie (wat wordt bepaald door de therapeut of door het team) wordt de evolutie van zorggebruikers op bepaalde gebieden geobjectiveerd aan de hand van gevalideerd testmateriaal. Deze resultaten worden gebruikt om de individuele trajecten te evalueren.

- Vorming medewerkers:
 - o vormingsnoden en -wensen van de medewerkers;
 - o jaarlijks aantal gevolgde uren vorming.
- De ervaringen van medewerkers worden mondeling bevestigd tijdens:
 - o verschillende vergaderingen;
 - o samenwerkingsgesprekken.

De ervaringen van medewerkers worden schriftelijk bevestigd:

- o aan de hand van online enquêtes;
- o via e-mail;
- o aan de hand van een vijfjaarlijkse Welzijnsbevraging (laatst uitgevoerd in 2021).
- De ervaringen van zorggebruikers over de werking worden schriftelijk bevestigd:
 - o Na het multidisciplinair onderzoek en bij het einde van elk behandelingsjaar of bij afronding van de revalidatie worden aan de ouders/zorggebruiker digitale en geanonimiseerde vragenlijsten bezorgd. Deze worden jaarlijks samengevat, geanalyseerd en besproken.
 - o In het voorjaar van 2022 nam CAR Buggenhout ook deel aan de sectorbrede bevraging met de Vlaamse CliëntZorgMonitor, een initiatief van de Federatie van de Vlaamse CAR.

3.2.2 Verbeteracties

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

- installeren aanmeldingsteam (i.p.v. één medewerker die over aanmeldingen beslist);
- opzetten tool i.f.v. wachtlijstbeheer;
- stopzetting zorgaanbod voor gehoorgestoorde zorggebruikers omwille van ontoereikende kritische massa, met gunstig effect op wachttijden voor andere doelgroepen;
- uitwerken meer uitgebreide onthaalbrochure i.p.v. of in aanvulling op beperkte brochures;
- updaten website;
- (blijvende) mogelijkheid tot het digitaal therapeutisch interveniëren + uitwerken visie / kwaliteitskader inzake het inzetten van digitale methodieken i.f.v. therapeutische interventies;
- evalueren en updaten afstemming taken verantwoordelijke therapeut – coördinator;
- investering in vervoersmogelijkheden, o.a. voor rolwagengebonden zorggebruikers;

- bijsturen organisatiestructuur (installeren disciplineverantwoordelijken onder andere i.f.v. inhoudelijke coaching);
- bijsturen klachtenprocedure;
- bijsturen procedure inzage-afschrift dossier;
- diverse acties inzake privacy en GDPR (opmaak privacy policy, gegevensbeschermingsbeleid, sensibiliseringsacties, ...);
- medewerking aan en implementatie van gedeelde visie op kwaliteit met de Vlaamse CAR;
- digitalisering van de tevredenheidsmetingen (toename van aantal respondenten);
- deelname aan de Vlaamse CliëntZorgMonitor;
- bijsturen vormingsbeleid via bevraging die ook focust op vormingsnoden als organisatie;
- bijsturen handelingsgerichte onderzoeksprocedure voor zorggebruikers met een niet-aangeboren hersenletsel;
- opzetten onthaalbeleid voor nieuwe medewerkers;
- visualisatie zorgtraject (revalidatieproces);
- digitalisering (verdere ontwikkeling CAREMANAGER, Office 365, ...);
- overschakeling van papieren naar digitale "inhoudelijke sporen" van de diagnostische en therapeutische interventies;
- evalueren aanpak afwezigheden zorggebruikers en implementeren NOA-beleid;
- implementatie van de nieuwe aanvraagprocedure voor tegemoetkoming in de revalidatiekosten n.a.v. het einde van de transitiefase en uitvoering van het overnamedecreet;
- verhogen ouderbetrokkenheid via uitwerken en implementeren plan ouderbetrokkenheid;
- uitwerken en implementeren suïcidepreventiebeleid;
- aankoop van verschillende diagnostische en therapeutische materialen;
- disciplinaire uitwisseling m.b.t. interessante vorming en nieuwe materialen;
- uitwerken van gemeenschappelijke, transdisciplinair kader voor omgaan met executieve functioneringsproblemen;
- verdere optimalisatie van de (mondelijke en schriftelijke) verslaggeving en het behandelplan met focus op ICF, concrete disciplinaire doelstellingen, uitbreiding met inter- en transdisciplinaire doelen, hulpvragen zorggebruiker en context, tips voor opmaak;
- uitbreiding van aanbod groepstherapie met o.a. psychomotorische groepstherapie "De Pit", COGNET-groep (stimuleren executieve functies), "proefgroepje" voor kinderen met eetproblemen, peuter-groepje, ... ;
- uitbreiden van aanbod ouderbegeleiding (in groep) voor ouders van kinderen met ADHD ("Zet mij even op pauze"), ASS ("Impact" + ouderavonden rond bepaalde thema's), taalontwikkelingsstoornissen ("Taalmaatjes");
- uitbreiden van het zorgaanbod voor jonge kinderen met autisme / moeilijkheden met communicatie / spraak door investering in evidence-based therapeutische programma's;
- uitwerking checklist doelen vroegbegeleiding op basis van ontwikkelingsmijlpalen;
- implementeren Classificerend Diagnostisch Protocol Autismespectrumstoornis bij kinderen en jongeren;
- implementeren van de Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek;
- implementatie gebruik DSM-5 i.f.v. diagnosestelling neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (naast ICD-10 classificatie).

Uit een lijst van verbeteracties van de laatste 5 jaar werden 3 verbeteracties geselecteerd (NOA-beleid, ouderbetrokkenheid, digitalisering tevredenheidsmetingen) en gecontroleerd op de aanwezigheid van een aantal onderwerpen (doelstelling, motivatie, acties, timing, evaluatie van de resultaten).

Voor alle 3 de geselecteerde verbeteracties werden alle gecontroleerde onderwerpen gevonden.

Voor 2 van de 3 verbeteracties zijn alle gecontroleerde onderwerpen uitgeschreven; 1 verbeteractie werd 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 Verbeterpunten

Algemeen kwaliteitsbeleid

- De voorziening heeft een algemeen beleidsplan, maar hierin ontbreekt een timing.

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 omschrijving van de hulpvraag van de zorggebruiker;
- informatie over medicatiegebruik;
- informatie over minderjarige kinderen.

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

- de identificatiegegevens van de huisarts;
- de identificatiegegevens van de verwijzer;
- de informatie dat de zorggebruiker geen medicatie neemt.

Het dossier van zorggebruikers bestaat deels uit elektronische documenten (Caremanager en een map per zorggebruiker op een gedeelde serverschijf) en deels uit papieren documenten (in 2 mappen per zorggebruiker, die op verschillende plaatsen worden bewaard).

Het dossier bevat volgende onderdelen:

- Caremanager bevat de persoonsgegevens, de verwijzende instantie, de huisarts, data aanmelding en interventies, inhoudelijk spoor, ICD-10 classificatie.
- In een map per zorggebruiker op een gedeelde server worden verslaggeving van externe zorgverleners, de hulpvraag van de zorggebruiker, de onderzoeksverslagen en evaluatieverslagen met de behandelplannen, de nota's van de medische opvolging, een medicatiefiche, het medisch verslag, de ondertekende samenwerkingsovereenkomst.
- In het papieren dossier wordt bovengenoemde informatie ook verzameld. Daarnaast is er een nog aparte map (die in een ander lokaal wordt bewaard) met de administratieve gegevens, waaronder ook het papieren toestemmingsformulier.

Het dossier van zorggebruikers is versnipperd (zoals hierboven beschreven).

Alle gecontroleerde dossierdelen zijn toegankelijk voor alle betrokken teamleden.

Er werden 10 dossiers gecontroleerd (waarvan 7 van minderjarigen) op aanwezigheid van informatie over een aantal onderwerpen.

Volgende vaststellingen werden gedaan in deze dossiersteekproef:

- In alle 10 de gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de huisarts gevonden.
- In alle 10 de gecontroleerde dossiers werden dossiers 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.
- In alle 3 de gecontroleerde dossiers van meerderjarige zorggebruikers was er informatie of de zorggebruiker al of niet minderjarige kinderen heeft of zorg draagt voor minderjarige kinderen.

De voorziening volgt de interne afspraken betreffende de toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van de zorggegevens op: de coördinator van de zorggebruikers controleert voor elke zorggebruiker waarvoor een multidisciplinair overleg gepland is of alle noodzakelijke gegevens voor het overleg en het verslagsjabloon beschikbaar zijn.

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

- de structuur van de verslagsjablonen werd meermaals aangepast o.b.v. feedback over beschikbaarheid van gegevens;
- de voorbije jaren werd een medicatiefiche geïntroduceerd.

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 voor het behandelplan met volgende onderdelen:
 - o Transdisciplinaire doelen
 - o Specifieke doelen vanuit het team:
 - logopedie
 - ergotherapie
 - kinesitherapie
 - psychomotoriek
 - psychotherapie
 - medisch
 - sociaal
 - o Prioriteiten en uitgestelde doelen
 - o Doelen vanuit de omgeving
 - o Adviezen
- Wie moet participeren bij de opmaak van het zorgplan. In een richtlijn voor de therapeuten staat beschreven welke informatie waar moet komen in het sjabloon en wie dat aanlevert.
- Timing voor het evalueren: minstens één keer per behandeljaar worden de behandeldoelen geëvalueerd, op vraag en bij specifieke problemen gebeurt dit frequenter.

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

- Timing voor het opstellen
 - o De vooropgestelde timing voor opmaak van het behandelplan is geformuleerd als “drie maanden na start van het onderzoeksbilan”, ofwel uiterlijk tegen de start van de behandeling.

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

De context van de zorggebruiker (= iedereen die betrokken is bij de zorgverlening voor die zorggebruiker, bv. familieleden, CLB, behandelende artsen, verwijzers) wordt in verschillende fasen van het zorgtraject betrokken. Er is betrokkenheid op basis van gesprekken, aan de hand van vragenlijsten, zorggebruikers hebben de mogelijkheid om aanwezig te zijn bij de teamvergaderingen en medewerkers zijn aanwezig op klassenraden.

Alle vier de bevraagde (ouders van) zorggebruikers geven aan dat ze inspraak hadden bij de opmaak of evaluatie van hun zorgplan.

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 binnen drie maand na start van het bilan, ofwel uiterlijk tegen de start van de behandeling).

In 5 van de 10 gecontroleerde dossiers waar een zorgplan aanwezig was, kon de betrokkenheid van de (ouders van de) zorggebruiker bij het opstellen van het zorgplan aangetoond worden.

De voorziening volgt de interne afspraken (bv. m.b.t. evaluatie) van het zorgplan op. Ze gebruikt daarvoor volgende methode: maandelijks worden lijsten getrokken om de jaarlijkse evaluaties van de zorgplannen door de teamleden voor te bereiden en in de agenda's in te plannen.

De voorbije jaren werd volgende verbeteractie opgezet i.v.m. het zorgplan: de formulering van de behandel-doelen worden nu concreter omschreven (SMART), alsook de evolutie van de voortgang t.o.v. de doelen.

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:

- Wekelijks aanmeldingsteam met medewerkers psychosociale dienst, diensthoofd en arts.
- Meermaals per week onderzoeksteam met de betrokken leden van het diagnostisch team; de vooropgestelde timing voor de zorggebruiker is: binnen 3 maanden na aanvang van het bilan.
- Meermaals per week evolutieteams met de verschillende betrokken therapeuten; minstens één keer per jaar voor elke zorggebruiker.

Voor volgende multidisciplinaire besprekingen beschikt de voorziening over schriftelijke afspraken:

- Frequentie overlegmomenten: bovenstaande afspraken staan beschreven in het compendium over patiëntgebonden overlegorganen.
- Conclusie: er wordt gebruik gemaakt van een sjabloon voor een multidisciplinair teamoverleg.

Er werden 10 dossiers gecontroleerd betreffende multidisciplinaire overlegmomenten.

In 9 van de 10 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat er een MDO georganiseerd werd.

In alle 9 de gecontroleerde MDO was een conclusie aanwezig met betrekking tot het verdere beleid.

In 9 van de 10 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat ten minste 1 MDO georganiseerd werd binnen de intern vooropgestelde timing (namelijk binnen 3 maanden na aanvang van het bilan).

Voor 1 van de 10 dossiers was er nog geen MDO omdat de behandelduur korter was dan de interne timing die bepaald is voor het eerste MDO (in dit dossier was het onderzoeksbilan in een andere voorziening gebeurd; in dat geval is de interne timing voor MDO minstens één maal per jaar).

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 5 van de 10 gecontroleerde dossiers was de behandelduur langer dan 6 maanden.

In 4 van de 5 gecontroleerde dossiers met een behandelduur langer dan 6 maanden kon aangetoond worden dat ten minste 1 MDO georganiseerd werd binnen de 6 maanden.

In 1 van de 5 gecontroleerde dossiers met een behandelduur langer dan 6 maanden kon niet aangetoond worden dat ten minste 1 MDO georganiseerd werd binnen de 6 maanden.

De voorziening volgt de interne afspraken van het MDO per zorggebruiker op.

Ze gebruikt daarvoor volgende methode: maandelijks worden lijsten getrokken om de jaarlijkse evaluaties van de zorgplannen door de teamleden voor te bereiden en de overlegmomenten hierover in de agenda's in te plannen.

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

- sinds 2019 is er een specifiek aanmeldingsteam;
- het "teamverloop" van onderzoeksteam en evaluatieteam is uitgeschreven.

4.4 COMMUNICATIE MET EXTERNE ZORGVERLENERS (CONTINUÏTEIT)

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

verdere opvolging van de zorggebruiker. Indien de zorggebruiker hiervoor geen toestemming verleent, wordt dit genoteerd in het individueel dossier. De zorggebruiker ontvangt een afschrift van de afsluitbrief.

Uit regelgeving/richtlijnen:

- De gezondheidszorgbeoefenaar heeft toegang tot persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de patiënt die worden bijgehouden en bewaard door andere gezondheidszorgbeoefenaars op voorwaarde dat de patiënt voorafgaand zijn geïnformeerde toestemming tot deze toegang gaf. De patiënt kan bij het verlenen van de in het eerste lid bedoelde toestemming bepaalde gezondheidszorgbeoefenaars uitsluiten.
- De gezondheidszorgbeoefenaar stelt met het oog op deze continuïteit de patiënt in kennis van de gezondheidszorgbeoefenaar die behoort tot hetzelfde gezondheidszorgberoep en die beschikt over dezelfde bekwaamheid waar de patiënt voor opvolging terecht kan indien hijzelf niet beschikbaar is voor zijn praktijkvoering.
- De gezondheidszorgbeoefenaar deelt, mits toestemming van de patiënt, aan een ander behandelend gezondheidszorgbeoefenaar door de patiënt aangewezen om hetzij de diagnose, hetzij de behandeling voort te zetten of te vervolledigen, alle daaromtrent nuttige of noodzakelijke informatie mee.

Werkwijze dossiercontrole

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

Deze eindverslagen werden gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over volgende onderwerpen:

- vermelding van de periode van begeleiding;
- een probleemomschrijving;
- een beschrijving van de evolutie/verloop van het traject;
- informatie over de nodige nazorg/verdere verwijzing;
- de naam van de contactpersoon.

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

Vaststellingen

4.4.1 Verwijzer

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

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

De communicatie aan de verwijzer bij opstart gebeurt schriftelijk.

De communicatie aan de verwijzer bij afronding gebeurt schriftelijk.

4.4.2 Huisarts

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

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

De communicatie aan de huisarts bij opstart gebeurt schriftelijk.

De communicatie aan de huisarts bij afronding gebeurt schriftelijk.

Er zijn schriftelijke afspraken over het versturen van een eindverslag naar de huisarts bij afronding van de begeleiding. De afspraak bestaat erin dat het eindverslag naar de huisarts wordt verstuurd.

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 de zorggebruiker het eindverslag steeds krijgt en het zelf kan bezorgen aan de vervolgzorg. Op uitdrukkelijke vraag van de zorggebruiker wordt het eindverslag aan de vervolgzorg gestuurd.

4.4.4 Eindverslag

Er zijn schriftelijke afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag in het kader van continuïteit van zorg: er is een sjabloon voor het eindverslag, waarin minstens volgende inhoudelijke elementen worden verwacht:

- algemene informatie;
- info over de evolutie tijdens het voorbije therapiejaar;
- info over het algemeen functioneren;
- medische informatie;
- een besluit / advies.

De timing voor het versturen van een eindverslag is vastgelegd als 5-6 weken na stopzetting van de begeleiding.

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

In alle 10 de gecontroleerde dossiers werd een eindverslag gevonden.

Er werden 10 eindverslagen bekeken; hierbij waren er:

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

Alle 10 de eindverslagen bevatten alle gecontroleerde info.

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

- 10 met algemene informatie;
- 10 met info over de evolutie tijdens het voorbije therapiejaar;
- 10 met info over het algemeen functioneren;
- 10 met medische informatie
- 10 met een besluit / advies.

Alle 10 de eindverslagen bevatten alle gecontroleerde info.

4.5 SAMENVATTING RESULTATEN MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

Gezien het aantal gecontroleerde lopende dossiers van volwassen zorggebruikers minder is dan 5, leiden de resultaten niet tot een beoordeling voor het onderwerp “informatie over minderjarige kinderen”.

4.5.1 Zoals verwacht

Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens

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

Zorgplan

- Er zijn afspraken over alle gezochte elementen met betrekking tot het zorgplan.
- Er zijn afspraken over inspraak van de (ouders van de) zorggebruiker bij de opmaak of evaluatie van het zorgplan.
- 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 ≥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 (4/5 in orde).
- Er kon in ≥75% van de gecontroleerde dossiers aangetoond worden dat een MDO georganiseerd werd binnen de intern vooropgestelde timing (9/9 in orde).
- Er werd voor ≥75% van de gecontroleerde MDO een conclusie gevonden (9/9 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 (10/10 in orde).
- Aan de hand van de 10 gecontroleerde eindverslagen kon aangetoond worden dat er systematisch informatie aanwezig is over volgende gecontroleerde onderwerpen ($\geq 75\%$):
 - vermelding van de periode van begeleiding (10/10 in orde);
 - probleemomschrijving (10/10 in orde);
 - beschrijving van de evolutie/verloop van het traject (10/10 in orde);
 - informatie over de nodige nazorg/verdere verwijzing (10/10 in orde);
 - naam van de contactpersoon en contactgegevens (10/10 in orde).
- Aan de hand van de 10 gecontroleerde eindverslagen kon aangetoond worden dat de inhoudelijke elementen, volgens de interne afspraken, systematisch aanwezig waren ($\geq 75\%$):
 - algemene informatie (10/10 in orde);
 - informatie over de evolutie tijdens het voorbije therapiejaar (10/10 in orde);
 - informatie over het algemeen functioneren (10/10 in orde);
 - medische informatie (10/10 in orde);
 - besluit / advies (10/10 in orde).

4.5.2 Verbeterpunten

Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens

- Het dossier van zorggebruikers is versnipperd.

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 (5/10 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.

Deze afspraken rond inzage in het dossier bevatten volgende elementen uit de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- De vraag tot inzage kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden.
- Enkel persoonlijke notities of elementen over derden kunnen onttrokken worden aan het recht tot inzage.
- 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 niet langer dan 15 dagen.

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

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

- De vraag tot afschrift kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden.
- Enkel persoonlijke notities of elementen over derden kunnen onttrokken worden aan het recht tot afschrift.
- Wanneer de vertrouwenspersoon van de zorggebruiker een beroepsbeoefenaar is, worden de persoonlijke notities niet onttrokken aan het recht tot afschrift.
- De termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het afschrift van het dossier is niet langer dan 15 dagen.

In de afspraken rond afschrift van het dossier ontbreekt volgend aspect dat beschreven staat in de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- Het afschrift is gratis (minstens het eerste).

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

- Een algemene brochure (onthaalbrochure) met verwijzing naar een specifieke brochure;
- Vermelding op de website.

Drie van de vier bevraagde (ouders van) zorggebruikers geven aan dat ze info kregen over de mogelijkheid tot inzage in hun dossier. De vierde kan zich niet herinneren of hier al dan niet informatie werd over gegeven.

De drie (ouders van) zorggebruikers die informatie kregen, geven aan dat ze hierover mondeling werden geïnformeerd. Eén van hen geeft aan dat er ook schriftelijk werd geïnformeerd.

5.2 KLACHTRECHT

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

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

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

Vaststellingen

Er zijn schriftelijke afspraken over het indienen van klachten.

Er is een klachtenbehandelaar aangeduid.

Deze klachtenbehandelaar is intern en is daarnaast kwaliteitscoördinator.

Volgende vaststellingen werden gedaan rond toegankelijkheid van de klachtbehandeling:

- Er gebeurt bekendmaking via de website, via een infolder en via de samenwerkingsovereenkomst die zorggebruikers ondertekenen.
- Er worden contactgegevens vermeld.
- Er is rechtstreekse toegang mogelijk.

Formele klachten kunnen enkel schriftelijk worden ingediend; in de contactgegevens wordt enkel het e-mailadres van de klachtenbehandelaar vermeld.

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

- Een algemene brochure (onthaalbrochure) met verwijzing naar een specifieke brochure;
- Vermelding in de samenwerkingsovereenkomst die door zorggebruikers wordt ondertekend;
- Vermelding op de website.

Twee van de vier (ouders van) zorggebruikers geven aan dat ze geïnformeerd werden over de manier waarop men klacht kan indienen. Zij geven aan dat ze hierover mondeling werden geïnformeerd.

De twee andere (ouders van) zorggebruikers kunnen zich niet herinneren of ze al dan niet informatie kregen over de manier waarop men klacht kan indienen.

Over de ingediende klachten worden volgende cijfers/gegevens verzameld:

- aantal;
- onderwerp;
- doorlooptijd;
- ondernomen acties;
- resultaat.

Het aantal klachten in het vorige kalenderjaar werd bijgehouden.

In 2022 was er 1 formele klacht.

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

- Meer aandacht voor het uitleggen van de (voorwaarden uit de) revalidatieovereenkomst.
- Installatie van een drankautomaat.
- Verbetering van de signalisatie in het gebouw.
- Beter afbakenen van de therapie sessies om de wachttijd voor de volgende zorggebruiker te beperken.

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 het begin van het zorgtraject krijgen (ouders van) zorggebruikers een onthaalbrochure en (zowel bij de start van de onderzoeks- als van de behandelfase) ondertekenen ze een samenwerkingsovereenkomst waarin de afspraken vermeld staan.
- Deze afspraken worden ook mondeling overlopen tijdens een samenwerkingsgesprek.

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

Alle vier de (ouders van) zorggebruikers geven aan dat de regels duidelijk zijn voor hen.

De bevrageerde (ouders van) zorggebruikers geven aan dat er volgende consequenties zijn bij het overtreden van de afspraken/regels:

- als je niet komt opdagen zonder verwittigen of zonder geldige reden, dan wordt toch een sessie aangerekend;
- bij veelvuldige afwezigheid kan de behandeling worden stopgezet.

De bevrageerde (ouders van) zorggebruikers geven aan dat ze inspraak hebben in de afspraken/regels: op regelmatige tijdstippen ontvangen ze een tevredenheidsvragenlijst.

De afspraken/regels werden de voorbije jaren geëvalueerd door:

- Medewerkers: dit komt aan bod tijdens personeelsvergaderingen en disciplinevergaderingen; suggesties stromen van daar door naar de stuurgroep, die kan besluiten om afspraken en regels aan te passen; daarnaast worden er soms ook bevragingen georganiseerd via online formulieren.
- (Ouders van) zorggebruikers: zij krijgen een tevredenheidsvragenlijst na de onderzoeksfase, bij verlenging van de behandeling en op het einde van de behandeling.

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

- Meer aandacht voor het naleven van afspraken i.f.v. privacy en GDPR (bv. geen gevoelige informatie bespreken in de gang of wachtzaal).
- Het niet-op-afpraakbeleid werd aangepast.

5.4 ZELFBESCHIKKING

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

- De gezondheidszorgbeoefenaar heeft toegang tot persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de patiënt die worden bijgehouden en bewaard door andere gezondheidszorgbeoefenaars op voorwaarde dat de patiënt voorafgaand zijn geïnformeerde toestemming tot deze toegang gaf. De patiënt kan bij het verlenen van de in het eerste lid bedoelde toestemming bepaalde gezondheidszorgbeoefenaars uitsluiten.
- De gezondheidszorgbeoefenaar mag een aan de gang zijnde behandeling van een patiënt niet onderbreken zonder vooraf alle voorzieningen te hebben getroffen om de continuïteit van de zorg te garanderen.
- De gezondheidszorgbeoefenaar stelt met het oog op deze continuïteit de patiënt in kennis van de gezondheidszorgbeoefenaar die behoort tot hetzelfde gezondheidszorgberoep en die beschikt over dezelfde bekwaamheid waar de patiënt voor opvolging terecht kan indien hijzelf niet beschikbaar is voor zijn praktijkvoering.
- De gezondheidszorgbeoefenaar deelt, mits toestemming van de patiënt aan een ander behandelend gezondheidszorgbeoefenaar door de patiënt aangewezen om hetzij de diagnose, hetzij de behandeling voort te zetten of te vervolledigen, alle daaromtrent nuttige of noodzakelijke informatie mee.

Werkwijze dossiercontrole

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

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

Vaststellingen

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

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

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

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

Twee van de 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 van hen gaf aan dat de toestemming mondeling werd gegeven; de tweede gaf aan dat dit schriftelijk gebeurde.

De twee andere (ouders van) zorggebruikers kunnen zich niet meer herinneren of zij hier al dan niet toestemming voor gaven.

Er zijn mondelinge 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 niet steeds genoteerd of (ouders van) zorggebruikers al of niet toestemming geven voor het delen van informatie met de vervolgzorg: de mondelinge toestemming wordt niet door alle medewerkers genoteerd in het dossier.

(Ouders van) de zorggebruiker geven mondeling toestemming voor het delen van informatie met de vervolgzorg.

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

- In 9 van de 10 gecontroleerde dossiers werd informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts gevonden (alle zorggebruikers gaven toestemming).
- In 1 van de 10 gecontroleerde dossiers werd geen informatie gevonden over het delen van informatie met de huisarts.

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

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

Er werden 5 afgesloten dossiers van zorggebruikers met vervolgzorg gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de vervolgzorg.

- In 4 van de 5 gecontroleerde dossiers werd informatie over toestemming tot het delen van informatie met de vervolgzorg gevonden (alle zorggebruikers gaven toestemming).
- In 1 van de 5 gecontroleerde dossiers werd geen informatie gevonden over het delen van informatie met de vervolgzorg.

De voorziening volgt de interne afspraken rond het vragen van toestemming voor het delen van info met externe zorgverleners op: de sociale dienst controleert de volledigheid van de dossiers, en het diensthoofd doet ook steekproefgewijze controles.

De voorbije jaren werden volgende verbeteracties opgezet i.v.m. het vragen van toestemming voor het delen van info met externe zorgverleners:

- Er werd een nieuw toestemmingsformulier in gebruik genomen, waarbij (ouders van) zorggebruikers per (soort) zorgverlener kunnen aangeven of ze al dan niet akkoord gaan met informatie-uitwisseling.
- De samenwerkingsovereenkomst werd aangepast rond dit onderwerp.

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 is een rolstoeltoegankelijke gespreksruimte/therapielokaal.
- 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.
- De afspraken over inzage in het dossier zijn voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving.
- Er zijn afspraken over het opvragen van een afschrift van het dossier.
- Er is schriftelijke informatie beschikbaar voor (ouders van) zorggebruikers over het recht tot inzage en afschrift van het dossier.

Klachtrecht

- Er zijn afspraken over het indienen van klachten.
- Er is een klachtenbehandelaar aangeduid.
- Tijdens de inspectie werden geen problemen op het vlak van toegankelijkheid van de klachtbehandeling vastgesteld voor de gecontroleerde elementen.
- 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 (19/20 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 het opvragen van een afschrift van het dossier zijn niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving (er wordt niet vermeld dat minstens het eerste afschrift gratis is).

Klachtrecht

- (Formele) 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:

- Medewerkers volgden vorming over agressiepreventie.
- Medewerkers kunnen – al dan niet anoniem – feiten van geweld, pesterijen of ongewenst seksueel gedrag door derden melden aan de hand van een daartoe bedoeld formulier.

De meldingen worden bijgehouden in een feitenregister. De preventieadviseur rapporteert hier regelmatig over, op basis waarvan verbeteracties worden opgestart.

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

- Er kan beroep gedaan worden op externe psychologische begeleiding (via de arbeidsgeneeskundige dienst).
- Dit omvat ook de mogelijkheid tot snelle interventie ingeval er nood is aan trauma-ondersteuning.
- Indien aangewezen, kan er op advies van het extern team psychosociaal welzijn ook passende psychologische ondersteuning ingeschakeld worden van gespecialiseerde diensten of instellingen.
- Medewerkers zijn aanwezig op de bespreking na een incident.

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

- De meldingen inzake geweld en agressie worden bijgehouden in een feitenregister.

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

- Op het moment van de inspectie werkt CAR Buggenhout aan meer concrete (beleids)afspraken en acties inzake de preventie van geweld en seksueel grensoverschrijdend gedrag. De ontwerp teksten werden voorgelegd en er werd ook aangetoond dat een collectieve vorming “Antwoorden op agressie en grensoverschrijdend gedrag” staat ingepland in het voorjaar van 2023.

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 actieve dossiers van zorggebruikers is beveiligd: deze worden bewaard in een afsluitbare kast in een ruimte die enkel bestemd is voor medewerkers (het administratief lokaal en het personeelslokaal dat zich achter een bemande balie bevindt).

Dossiers van zorggebruikers waarbij de zorg werd beëindigd, worden bewaard in een apart lokaal, dat op slot is.

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

6.3 MEDICATIEBELEID

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

- De medicatiedistributie is beschreven in een of meerdere procedures, die actief kenbaar worden gemaakt.
- De procedure van medicatiedistributie bevat minimaal volgende items:
 - opstellen medicatieschema;
 - klaarzetten medicatie;
 - controle t.o.v. medicatieschema;
 - controle 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:
 - patientenidentificatie (naam, voornaam en geboortedatum, of naam, voornaam en uniek patiëntnummer);
 - correcte naam van het geneesmiddel (merknaam of generische naam);
 - dosis van het geneesmiddel;
 - frequentie en/of tijdstip van toedienen van het geneesmiddel;
 - elektronische of schriftelijke handtekening van de voorschrijvende arts.
- Er is een regelmatige controle van het medicatieschema door de behandelende arts (te verifiëren aan de hand van een elektronische notitie of een paraaf op het papieren medicatieschema); een goede controle

van het medicatieschema, door behandelende arts, met inbreng van klinische informatie, heeft immers een duidelijke meerwaarde.

- De vervaldatum is controleerbaar op de patiëntvoorraad op de afdeling.
- De verpleegkundige of zorgkundige (of student verpleegkunde onder supervisie), die de medicatie effectief toedient, registreert (paraaf of elektronische validatie) de toediening.
- De reden van het niet innemen van medicatie wordt genoteerd.
- De verantwoordelijke verpleegkundige moet te allen tijde een algemeen overzicht hebben van het medicatieschema van zijn/haar patiënten.
- De nodige faciliteiten zijn voorzien om eventuele speciaal gereguleerde geneesmiddelen, zoals narcotica, afzonderlijk en afgesloten te bewaren, zowel op de afdelingen als in de apotheek. Hiervoor is een stockregistratie op de afdelingen ingevoerd, zodat op ieder moment kan gecontroleerd worden hoeveel en welke geneesmiddelen in de stock aanwezig moeten zijn en voor welke patiënten medicatie die in de stock zat, gebruikt werd. Daarenboven moet narcotica afzonderlijk (= gescheiden van andere medicatie) bewaard worden.
- De geneesmiddelen worden bewaard in een lokaal dat voor patiënten niet vrij toegankelijk is.

Vaststellingen

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

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

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

6.4 SAMENVATTING RESULTATEN VEILIGHEID

6.4.1 Zoals verwacht

Veiligheid van personen

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

Bewaren van dossiergegevens

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

6.4.2 Verbeterpunten

Geen verbeterpunten voor de gecontroleerde onderwerpen.

7. ALGEMEEN BESLUIT

7.1 OVERZICHT RESULTATEN

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

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	4/5	1/5
MDO	4/4	0/4
Communicatie met externe zorgverleners	18/18	0/18
Rechten		
Inzage/afschrift dossier	4/5	1/5
Klachtrecht	4/5	1/5
Zelfbeschikking	3/3	0/3
Rolstoeltoegankelijkheid	1/1	0/1
Veiligheid		
Veiligheid personen	1/1	0/1
Bewaring dossiergegevens	2/2	0/2

7.2 GLOBALE BEOORDELING

CAR Buggenhout behaalde voor de meeste onderwerpen die geïnspecteerd werden een beoordeling “zoals verwacht” (55/60).

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

- (Ouders van) zorggebruikers worden betrokken bij het beleid.
- De resultaten van de behandeling worden systematisch verzameld d.m.v. uitkomstenmetingen.
- De context (ouders, familieleden, CLB, behandelende artsen, verwijzers) wordt betrokken bij het zorgtraject.
- Afspraken rond toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van gegevens worden opgevolgd (d.w.z. dat er gegevens worden bijgehouden) en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Afspraken rond zorgplan worden opgevolgd en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Afspraken rond MDO worden opgevolgd en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Ingediende klachten 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 en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Incidentmeldingen betreffende agressie en SGOG worden opgevolgd en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Er wordt outreachend gewerkt.

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

- De voorziening heeft een algemeen beleidsplan, maar hierin ontbreekt een timing.
- Het dossier van zorggebruikers is versnipperd.
- 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 (5/10 in orde).
- De afspraken over het opvragen van een afschrift van het dossier zijn niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving (er wordt niet vermeld dat minstens het eerste afschrift gratis is).