

DEPARTEMENT ZORG

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 Brussel

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG: GGZ-VOORZIENING MET EEN REVALIDATIE- OVEREENKOMST

INRICHTENDE MACHT

Naam	Centrum voor Ambulante Revalidatie Brussel
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	vzw
Ondernemingsnummer	0408347927
Adres	Carton de Wiartlaan 128, 1090 Jette

INSPECTIEPUNT

Naam	CAR Brussel
Adres	Carton de Wiartlaan 128, 1090 Jette
Dossiernummer	9.53.104.18

UITBATINGSPLAATS

Naam	CAR Brussel Sint-Jans-Molenbeek
Adres	Carton de Wiartlaan 128, 1090 Jette

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	17/07/2023
Verslagnummer	ZI-2023-00669
Inspecteurs	Koenraad Fierens Pieter Thijs

INSPECTIEBEZOEK

CAR Brussel Sint-Jans-Molenbeek

Aangekondigde inspectie op 17/07/2023 (9:00-15:20)

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	14
3.1	Algemeen kwaliteitsbeleid	14
3.2	Verbeterbeleid	15
3.2.1	Zicht op eigen werking (gegevens verzamelen en analyseren)	15
3.2.2	Verbeteracties	16
3.3	Samenvatting resultaten kwaliteitsbeleid	17
3.3.1	Zoals verwacht	17
3.3.2	Verbeterpunten	18
4.	Multidisciplinaire werking	19
4.1	Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens	19
4.2	Zorgplan	21
4.3	Multidisciplinair overleg (MDO)	23
4.4	Communicatie met externe zorgverleners (continuïteit)	24
4.4.1	Verwijzer	25
4.4.2	Huisarts	26
4.4.3	Vervolgzorg	26
4.4.4	Eindverslag	26
4.5	Samenvatting resultaten multidisciplinaire werking	27
4.5.1	Zoals verwacht	27
4.5.2	Verbeterpunten	28
5.	Rechten	29
5.1	Inzage in en afschrift van het dossier	29
5.2	Klachtrecht	30
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	36

6.	Veiligheid	37
6.1	Veiligheid van personen	37
6.2	Bewaring van dossiergegevens	38
6.3	Medicatiebeleid	39
6.4	Samenvatting resultaten veiligheid	40
6.4.1	Zoals verwacht	40
6.4.2	Verbeterpunten	40
7.	Algemeen besluit	41
7.1	Overzicht resultaten	41
7.2	Globale beoordeling	42

1. INLEIDING

1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

Situering Zorginspectie

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

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

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

Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

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

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

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

Hoe werkt Zorginspectie?

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

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 de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg. Wanneer er tijdens een inspectie grote risico's zouden worden vastgesteld op het vlak van patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg, zullen Zorginspectie en de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg samen beslissen welke verdere stappen nodig zijn qua individuele opvolging.

Werkwijze

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

Concrete aanpak

- Schema dagplanning

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

- De vaststellingen in dit inspectieverslag zijn gebaseerd op informatie uit de geraadpleegde documenten, op informatie verkregen tijdens gesprekken (met zorgverleners en met zorggebruikers), op observaties tijdens de inspecties en op inzage in bv. dossiers van zorggebruikers, eindverslagen, medicatieschema's, registratiegegevens.
- Gesprekspartners
Tijdens de interviews waren er gesprekken met:
 - 3 ouders van zorggebruikers;
 - 2 directieleden onder wie 1 arts;
 - 2 andere medewerkers.
- Er gebeurden steekproeven van dossiers, zowel van zorggebruikers die nog in begeleiding waren als van zorggebruikers bij wie de begeleiding was afgerond.

Voor de steekproefselectie van dossiers van zorggebruikers werd steeds dezelfde werkwijze gehanteerd.

Op voorhand werd aan de voorziening gevraagd volgende lijsten per deelwerking klaar te leggen:

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

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

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

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

Per vestigingsplaats werden een aantal dossiers ingekeken van 1 deelwerking.

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

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

1.3 VERWACHTINGSKADER

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

Het verslag van deze inspectie kan opgevraagd worden via het invulformulier op onze website: **www.departementwvg.be/aanvraag-passieve-openbaarheid-van-bestuur-zorginspectie** of door een schriftelijke vraag te richten aan Zorginspectie, Koning Albert II-laan 35, bus 31, 1030 Brussel.

Meer informatie over deze inspectiemethodiek en over Zorginspectie is te vinden op **www.zorginspectie.be**.

2. ORGANISATIE EN ZORGAANBOD

2.1 ORGANISATIE

CAR Brussel werd opgericht in 1971 en heeft sinds 1990 een revalidatieovereenkomst met het RIZIV en sinds 2019 met de Vlaamse overheid. Het betreft een Centrum voor Ambulante Revalidatie.

De voorziening is erkend door het VAPH.

Directiecomité:

Kristof Carpentier	Directeur – Dagelijks bestuurder
Winnie Van Roey	Medisch Directeur

De dagelijks bestuurder vervult ook de functie van directeur in CAR Bolt. De medisch directeur werkt ook in CAR Zeplin (afdeling Lovenjoel).

CAR Brussel heeft een zorgaanbod op één locatie (Jette) waar de inspectie plaatsvond.

Het CAR Brussel staat in voor multidisciplinair onderzoek en behandeling van kinderen en jongeren van 2 jaar tot 19 jaar, met uiteenlopende problematieken op het vlak van ontwikkeling en gedrag.

Op deze campus is er enkel een ambulante aanbod.

Overzicht disciplines teamleden	Aantal	Totaal VTE
Psycholoog	3	2,20
Maatschappelijk werker	2	1,78
Ergotherapeut	6	4,73
Kinesitherapeut	5	2,80
Orthopedagoog	1	1,00
Logopedist	8	5,57
Arts:	2	0,57
- kinderpsychiater	1	0,39
- pediater	1	0,18

Volgende functie staat op het moment van de inspectie langdurig open: logopedist (6 maanden).

De voorziening werkt niet met ervaringsdeskundigen.

2.2 ZORGAANBOD

CAR Brussel biedt, met één multidisciplinair team, een zorgaanbod (onderzoek en behandeling) voor kinderen en jongeren van 2 jaar tot 19 jaar met uiteenlopende problematieken op het vlak van ontwikkeling en gedrag. Alle zorggebruikers komen op vrijwillige basis.

De voornaamste doelgroepen, in overeenstemming met de bepalingen van de conventie, zijn:

- ADHD;
- ASS (autismespectrumstoornis);
- complexe ontwikkelingsstoornis;
- verstandelijke beperking;
- gedrags- en/of emotionele problemen.

De zorggebruikers situeren zich allemaal onder de complexe neurobiologische ontwikkelingsstoornissen. De grootste groep heeft een diagnose ASS (29,31%). Daarnaast zijn er ook kinderen met ADHD (16,38%), een verstandelijke beperking (25,86%), leer-, taal- en/of motorische stoornissen (27,58%) en gedrags- en/of emotionele stoornissen (0,86%).

Inclusiecriteria:

- voldoen aan de voorwaarden opgelegd in de revalidatie-overeenkomst;
- multidisciplinaire werking van toepassing;
- van ouders en/of verantwoordelijke van de zorggebruiker worden inspanningen verwacht om gesprekken in het Nederlands te kunnen houden (hiervoor kan een derde persoon of een tolk ingeschakeld worden);
- ADHD met comorbiditeit;
- complexe ontwikkelingsstoornis: problemen op verschillende domeinen, met voorkeur voor kleuterleeftijd;
- verstandelijke beperking: licht verstandelijke beperking samen met stoornissen in de psychosociale ontwikkeling, de taalontwikkeling, de motorische en/of perceptuele ontwikkeling;
- gedrags- en/of emotionele stoornissen samen met andere problemen/stoornissen in de ontwikkeling;
- extra focus op jonge kleuters.

Exclusiecriteria:

- door de omvang van het aantal aanmeldingen wordt de grens voor onderzoek momenteel gelegd op kinderen t.e.m. 7 jaar;
- wegens de evolutie in de ernst van de aanmeldingen worden hierrond criteria uitgewerkt om dit verder te verfijnen;
- er worden geen zuivere leerstoornissen meer opgestart.

Het CAR is een tweedelijns hulpverlening en er is altijd een verwijfsbrief noodzakelijk. Het grootste deel (57,58%) van de zorggebruikers wordt verwezen via het onderwijs (school/CLB). Het CAR krijgt langzaam meer bekendheid bij Kind & Gezin, waardoor sinds kort meer verwijzingen via deze organisatie gebeuren. Naast onderwijs zijn de ziekenhuizen (22 kinderen) en het netwerk binnen de geestelijke gezondheidszorg (19 kinderen) de grootste verwijzers. Voor 3 kinderen nam CAR Brussel, na verhuis van het gezin, de therapie over van een ander revalidatiecentrum. Het aantal ouders dat op eigen initiatief contact opnam met het CAR is gestegen naar 8,33%.

Het zorgaanbod:

- Het verloop van een zorgtraject in CAR Brussel is uitgeschreven in een procedure.
Het standaard zorgtraject omvat volgende stappen:
 1. Aanmelding op de wachtlijst
 - Telefonische aanmelding op donderdag tussen 14.00 uur en 16.00 uur. Uitgezonderd tijdens schoolvakanties.
 - Aanmelding via het aanmeldingsdocument op de website.
 - Op vraag kan een afspraak gemaakt worden om de aanmelding ter plaatse te doen (eventueel met een tolk, CLB medewerker,...).
 - Bij de eerste aanmelding is er een screening op basis van hulpvraag, leeftijd, voorgaande testen/trajecten bij netwerkpartners.
 - De aanmelders ontvangen een mail met een overzicht van de documenten die zowel administratief als inhoudelijk nodig zijn om te starten.
 - Maatschappelijk werker contacteert de aanmelder voor concretisering hulpvraag en stelt bijkomende vragen aan school indien de hulpvraag te vaag blijkt te zijn.

- Bij twijfel komt het dossier op het maandelijks aanmeldingsteam (kinderpsychiater, maatschappelijk werker, psycholoog / verantwoordelijke voor het bilanverslag, diensthoofd).
2. Start onderzoek
 - De duur van de bilanperiode is maximum 3 maanden zoals beschreven in de revalidatieovereenkomst.
 - De onderzoeksfase omvat een intakegesprek, een anamnese, multidisciplinaire onderzoeken (afhankelijk van de hulpvraag kunnen onderzoeken toegevoegd worden of geschrapt), bilanbespreking met het onderzoeksteam en een adviesgesprek.
 3. Therapie opstart
 - Het startgesprek voert de betrokken coördinator met de ouders/aanmelders in functie van administratieve documenten (overlopen van de samenwerkingsovereenkomst) en inhoudelijke afstemming (discipline, frequentie, individuele therapie of groepswerking).
 - De therapieduur is afhankelijk van de zorgvraag en wordt jaarlijks geëvalueerd tijdens de multidisciplinaire evolutiebespreking. De therapie-inhoud wordt bijgestuurd op basis van de zorgvraag en de noden van de zorggebruiker.
 - Tijdens een revalidatiejaar komt het betrokken team minimaal twee keer samen: een keer na circa zes maanden therapie (tussentijds overleg) en een keer na een jaar (evolutiebespreking).
 4. Afronding van therapie
 - In samenspraak met de zorggebruiker en anmelders stopt de begeleiding in het CAR.
 - Een eindbespreking volgt met eventuele adviezen of een gerichte doorverwijzing.
- Op 31/12/2022 waren er in CAR Brussel 116 zorggebruikers (4/5 jongens en 1/5 meisjes) in behandeling. In dat kalenderjaar waren er 132 aanmeldingen en kregen 46 kinderen onderzoeken (bilanfase).
 - Op het moment van inspectie zijn in totaal 109 zorggebruikers in begeleiding (actieve dossiers).
 - CAR Brussel heeft voornamelijk een beperkt aanbod op vlak van outreach. De recente omzendbrief van het VAZG biedt meer mogelijkheden op het vlak van outreachend werken en contextbegeleiding, hetgeen nu verder wordt uitgebouwd.
 - Gezien nazorg niet in de revalidatieovereenkomst is opgenomen is dit slechts beperkt aanwezig. Na stopzetting van de revalidatie kunnen ouders nog steeds telefonisch terecht in het CAR met vragen of opmerkingen.

Toegankelijkheid van het zorgaanbod:

- Op www.carbrussel.be is informatie te vinden over o.a. doelgroep, aanmeldingsprocedure, contactgegevens en duur van een traject.
- Volgende financiële drempels worden vermeld door de organisatie: tolken/interculturele bemiddelaars van 'De Foyer vzw' kosten 15 EUR per uur.
- De voorziening is gelegen in Brussel stad (Jette) en is bereikbaar met het openbaar vervoer: er is zowel een tram- als bushalte op 160 meter, een metrostation op 550 meter, en een treinstation op 2,7 km.
- Er zijn volgende drempelverlagende initiatieven om de toegankelijkheid tot de zorg te vergroten:
 - Ouders of begeleiders van zorggebruikers kunnen (op vraag en in functie van beschikbaarheid) gebruik maken van een werkruimte tijdens het wachten. Er is een performant openbaar WIFI-netwerk.
 - CAR Brussel beschikt over 2 minibuses om het vervoer te organiseren voor zorggebruikers die om diverse redenen niet door hun ouders/begeleiders kunnen gebracht en/of gehaald worden.
 - De maatschappelijk werkers bekijken desgevallend de mogelijkheden van bijkomende vergoedingen (zorgtoeslag). Bij financiële problemen wordt op individueel niveau gezocht naar een oplossing (afbetalingsplan, remgeld schrappen...).

- Zorggebruikers hebben de mogelijkheid om via de website elektronisch een aanmelding te doen.
(Dit kan uiteraard ook telefonisch of op afspraak ter plaatse.)

3. KWALITEITSBELEID

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

3.1 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID

Vaststellingen

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

Deze werd uitgeschreven in 2021.

De voorziening heeft een algemeen beleidsplan (voor 2023).

Het algemeen beleidsplan bevat:

- duidelijke doelstellingen;
- acties;
- timing.

De directie en het diensthoofd zijn verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid. De disciplineverantwoordelijken worden actief betrokken en geven input via de disciplinevergaderingen. Er is geen specifieke vrijstelling voor deze opdracht.

De afgelopen 5 jaar werd vorming gevolgd rond kwaliteitsbeleid:

- De directie neemt maandelijks deel aan het comité (kwaliteit en beleid) Centra voor Ambulante Revalidatie van het Vlaams Welzijnsverbond. De directie neemt eveneens deel aan de vergaderingen van de Federatie CAR en zetelt in het overlegplatform CAR.
- Daarnaast werd ingezet op coachend leiderschap, functionerings- en evaluatiegesprekken. Verschillende meerdaagse opleidingen werden hiervoor gevolgd.
- Intern werden eveneens mensen opgeleid tot DPO, preventie-adviseur en vertrouwenspersoon.

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

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

- Jaarlijkse tevredenheidsenquête voor zorggebruikers en hun context. Deze gegevens werden tot en met 2020 verwerkt in het jaarverslag. In 2021 werden de tevredenheidsenquêtes besproken op de stafvergadering.
- In 2022 werd voor het eerst een online bevraging naar de zorggebruikers verstuurd op basis van de Vlaamse Cliënt Zorg Monitor. Dit was een initiatief van de werkgroep kwaliteit van de Federatie. Hieruit kwamen echter (o.a. door de lage responsgraad) weinig representatieve data in het kader van de bijsturing van het beleid.
- Op de laatste bestuursvergadering werd beslist om bij een SWOT-analyse de zorggebruikers en hun context te bevragen als belangrijke stakeholder.

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:

- mail;
- maandelijks personeelsvergadering met verslag op SharePoint;
- infobrochure CAR Brussel.

Schriftelijke afspraken zijn beschreven in het arbeidsreglement, de infobrochure en de SharePoint van CAR Brussel.

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;
- SWOT-analyse;
- systematische 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 afgelopen jaar;
 - o % dat vanuit aanmelding instroomt;
 - o zicht op redenen van niet-instroom, al dan niet na aanmelding;
 - o wachttijden in de verschillende fases van de behandeling;
- Doelgroep:
 - o aantal bereikte zorggebruikers;
 - o demografische gegevens zorggebruikers;
 - o verwijzers;
 - o welke problematieken/diagnoses;
- Behandeling:
 - o gemiddelde behandelduur;
 - o maximale duur;
 - o % no shows;
 - o % zorggebruikers dat volledig zorgtraject doorloopt.
- Vorming medewerkers:
 - o jaarlijks aantal gevolgde uren vorming;
 - o vormingsnoden per medewerker;
 - o vormingsbudget;
 - o aard van de gevolgde vormen.
- De ervaringen van medewerkers worden mondeling en schriftelijk bevestigd tijdens:
 - o tevredenheidsvragenlijst (vijfjaarlijkse welzijnsbevraging);
 - o SWOT;
 - o individuele waarderingsgesprekken.
- Ervaringen zorggebruikers:

De ervaringen van zorggebruikers over de werking worden schriftelijk bevestigd tijdens:

 - o Jaarlijkse tevredenheidsenquête voor zorggebruikers en hun context.
 - o Vlaamse Cliënt Zorg Monitor.
- De resultaten van de behandeling worden niet systematisch verzameld d.m.v. uitkomstenmetingen.

3.2.2 Verbeteracties

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

- Project ASS (inzet op specifieke doelgroep, het zorgaanbod, de behandeling en de toegankelijkheid)

Binnen het CAR werd een multidisciplinaire werkgroep samengesteld waarbij ook de kinderpsychiater betrokken werd. Hun opdracht bestond erin een kader uit te werken voor iedereen binnen het CAR. Er waren teaching-momenten van alle therapeuten.

Daarnaast werd er via een nieuwsbrief (FantASSische nieuwsbrief) gecommuniceerd naar alle medewerkers. Hierin werden extra handvaten aangereikt.

Voor de doelgroep ASS werd ook ingezet op extra expertiseverwerving onder de vorm van verschillende bijscholingen.

Naar de zorggebruikers, hun context en de netwerkpartners wordt ingezet op het verhogen van inzicht en het geven van handvaten; men kocht hiervoor het belevingscircuit aan.

Momenteel worden educatieve sessies uitgewerkt voor CAR Brussel, maar tevens in samenwerking met andere CAR en CGG binnen BHG (Brussels Hoofdstedelijk Gewest).

- ICF (verslaggeving)
De afzonderlijke verslagen van iedere discipline werden samengevoegd in 1 overkoepelend verslag. Therapeuten volgden opleidingen om de ICF-methodiek beter onder de knie te krijgen. Daarnaast werden ook momenten voorzien met alle therapeuten waarop extra uitleg werd gegeven. Ter ondersteuning werd ook een handleiding gemaakt ter verduidelijking.
Op deze manier konden de therapeuten op een betere manier de revalidatie van de zorggebruikers in beeld brengen naar context- en netwerkpartners en verbeterde de toegankelijkheid en zorgaanbod.
- Vroegrevalidatie (Carrousel: gericht op specifieke doelgroep, zorgaanbod, behandeling en toegankelijkheid)
Van verschillende partners kwam een vraag betreffende een aanbod naar zeer jonge kinderen met diverse problematieken. In het BHG was hiervoor weinig aanbod.
Verschillende therapeuten gingen op werkbezoek naar andere CAR in Vlaanderen die al aan de slag waren met deze doelgroep.
Daarnaast werd ook opleiding gevolgd binnen de 'Infant Mental Health'-visie.
Met ondersteuning van de kinderpsychiater werd door een multidisciplinair samengesteld team een groepsaanbod opgestart voor zeer jonge kinderen.
- Bouwproject met VIPA-ondersteuning + digitalisering
In juli 2019 verhuisde CAR Brussel naar de huidige locatie na talloze omzwervingen. Op deze manier verbeterde de toegankelijkheid van het centrum en zorgde de nieuwe infrastructuur voor extra mogelijkheden betreffende zorgaanbod en behandeling.
Bij de verhuis werd ook de switch gemaakt naar digitalisering. Een netwerk werd uitgebouwd en een SharePoint-platform kreeg vorm. In eerste instantie leerden vooral de medewerkers hiermee werken, maar momenteel hebben ook al zorggebruikers en hun context toegang tot de omgeving. Hiervoor werd een procedure uitgeschreven. Dit project is nog onvoltooid.

Uit een lijst van verbeteracties van de laatste 5 jaar werden 3 verbeteracties geselecteerd (project ASS, verslaggeving volgens ICF, bouwproject + ICT) en gecontroleerd op de aanwezigheid van een aantal onderwerpen (doelstelling, motivatie, acties, timing, evaluatie van de resultaten).

Voor alle 3 geselecteerde verbeteracties werden alle gecontroleerde onderwerpen gevonden.

Voor 2 van de 3 verbeteracties zijn alle gecontroleerde onderwerpen uitgeschreven; 1 verbeteractie werd mondeling toegelicht voor 2 gezochte elementen (motivatie en timing).

3.3 SAMENVATTING RESULTATEN KWALITEITSBELEID

3.3.1 Zoals verwacht

Algemeen kwaliteitsbeleid

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

Verbeterbeleid

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

3.3.2 Verbeterpunten

Geen verbeterpunten voor de gecontroleerde onderwerpen.

4. MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

4.1 TOEGANKELIJKHEID EN BESCHIKBAARHEID VAN ZORGGEGEVENS

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

- Toegankelijkheid:
 - De gezondheidszorgbeoefenaar heeft toegang tot persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de patiënt die worden bijgehouden en bewaard door andere gezondheidszorgbeoefenaars op voorwaarde dat de patiënt voorafgaand zijn geïnformeerde toestemming tot deze toegang gaf.
 - Het individueel dossier ondersteunt de multidisciplinaire werking. Dit betekent onder meer dat elke betrokken hulpverlener minimaal de informatie in het dossier noteert die van belang is voor de multidisciplinaire bespreking, dat de conclusies van de multidisciplinaire bespreking in het dossier worden genoteerd en dat alle betrokken hulpverleners toegang hebben tot deze informatie.
- Patiëntendossier geïntegreerd:
 - De voorziening legt voor elk cliëntstelsel waaraan hulpverlening wordt verstrekt, 1 multidisciplinair dossier aan, dat o.a. een behandelplan omvat.

Uit regelgeving/richtlijnen:

- Gegevens in dossier:
 - De gezondheidszorgbeoefenaar neemt in voorkomend geval en binnen zijn bevoegdheid minstens volgende gegevens op in het patiëntendossier:
 - de identificatie van de huisarts van de patiënt;
 - de identificatie van de gezondheidszorgbeoefenaar zelf en in voorkomend geval van de verwijzer en van de gezondheidszorgbeoefenaars die eveneens bij de verstrekte gezondheidszorg tussenkwamen;
 - de reden van het contact of de problematiek bij de aanmelding;
 - de gezondheidsdoelen en de wilsverklaringen ontvangen van de patiënt;
 - de pre-, peri- en postoperatieve geneesmiddelen en gezondheidsproducten inclusief het medicatieschema.
 - Het uitvoeren van de Kindreflex gebeurt in 6 stappen. Stap1: voer een gesprek over de kinderen en het ouderschap. Het is aan te raden dat voorzieningen gegevens m.b.t. de Kindreflex standaard opnemen in de cliëntdossiers of zelfs inbouwen in het elektronisch registratiesysteem. Dit kan hulpverleners helpen om de Kindreflex niet uit het oog te verliezen en laat toe om cliëntgegevens nadien (indien nodig) met andere hulpverleners te delen.

Werkwijze dossiercontrole

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

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

Vaststellingen

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

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

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

Het elektronisch deel bestaat uit volgende programma's:

- Caremanager waar voornamelijk administratieve informatie, het individueel spoor met neerslag van elk therapeutisch contact en de aanwezigheden worden geregistreerd.
- SharePoint waar elke zorggebruiker een map heeft die onderverdeeld is in enkele vaste rubrieken, zijnde:
 - administratief;
 - bilan;
 - dokter;
 - externen;
 - ouders;
 - therapie;
 - verslagen.

Het papieren deel bestaat uit een map waar officiële documenten (bv. aanvraag terugbetaling mutualiteit, verlengingsaanvraag, samenwerkingsovereenkomst) bijgehouden worden. Dit papieren dossier wordt in een afgesloten kast bewaard in een archiefruimte. Deze documenten worden bovendien ook ingescand en toegevoegd aan het digitale SharePoint-dossier van elke zorggebruiker.

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

Alle gecontroleerde dossierdelen zijn toegankelijk voor alle betrokken teamleden.

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

Volgende vaststellingen werden gedaan in deze dossiersteekproef:

- In alle 10 de gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de huisarts gevonden.
- In alle 10 de gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de verwijzer gevonden.
- In alle 10 de gecontroleerde dossiers werd een omschrijving van de hulpvraag van de zorggebruiker gevonden.

- In alle 10 de gecontroleerde dossiers werd info over medicatiegebruik gevonden of de informatie dat de zorggebruiker geen medicatie neemt.

De voorziening volgt de interne afspraken betreffende de toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van de zorggegevens op. Ze gebruikt daarvoor volgende methodes: bij aanmelding worden deze gegevens door het secretariaat geregistreerd. Ook tijdens het intakegesprek met de psycholoog wordt dit opnieuw overlopen. Besprekingen gebeuren op het aanmeldingsteam.

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

- Het toestemmingsformulier voor het delen en opvragen van informatie bij andere relevante zorgactoren werd de laatste jaren meermaals geüpdatet.
- In 2019 begon de voorziening te werken met SharePoint om gegevens meer te centraliseren.

4.2 ZORGPLAN

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen

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

Werkwijze dossiercontrole

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

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

Vaststellingen

De interne term voor het zorgplan is “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:
 - o Er is een sjabloon aanwezig. Dit sjabloon omvat volgende onderdelen:
 - identificatiegegevens;
 - reden van aanmelding;
 - anamnese;
 - hulpvraag;
 - huidig functioneren volgens ICF-schema;
 - synthese;
 - doelstellingen;
 - testgegevens.
- Wie moet participeren bij de opmaak van het zorgplan.
- Timing voor het opstellen:
 - o Ten laatste 3 maanden na opstart van de onderzoeksfase.
- Timing voor het evalueren:
 - o Tweemaal per jaar, na 6 maanden en na 12 maanden, wordt het zorgplan geëvalueerd. Na 6 maanden heet dit een “tussentijds overleg” en na 12 maanden een “multidisciplinaire evolutiebespreking”. Van beide overlegmomenten ontvangen de ouders een schriftelijk verslag.

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

- Bij intake wordt de hulpvraag van de ouders duidelijk in kaart gebracht. Na de onderzoeksfase vindt er een adviesgesprek plaats om de resultaten te bespreken. In onderling overleg worden doelstellingen en acties opgesteld. Tijdens de revalidatiefase is er om de 6 maanden een intern evaluatiemoment. Nadien worden deze bevindingen opnieuw afgestemd met de ouders.
- Indien mogelijk wordt de hulpvraag van de minderjarige zorggebruiker bij opstart in kaart gebracht.

Alle 3 de bevraagde ouders van zorggebruikers geven aan dat ze inspraak hadden bij de opmaak of evaluatie van hun zorgplan.

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

- Bij opstart wordt, mits toestemming van de ouder(s) van de zorggebruiker, contact genomen met het school en CLB om de hulpvraag te exploreren en relevante verslagen op te vragen.
- Zo mogelijk gebeurt er een klasobservatie of een huisbezoek.
- Jaarlijks is er, mits toestemming van de ouder(s) van de zorggebruiker, minimum één schooloverleg. Hieraan kunnen ouders ook deelnemen, indien zij dit wensen.

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

In alle 10 de gecontroleerde dossiers werd een zorgplan gevonden.

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

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

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

- De maatschappelijk werker maakt de timing op en plant de verschillende besprekingen in.
- De coördinator bewaakt dat deze timing gerespecteerd wordt en dat verslagen tijdig afgewerkt worden door elke betrokken therapeut.

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

- In het zorgplan werkt men nu volgens het ICF-schema.
- Alle betrokken therapeuten werken in één document in plaats van in afzonderlijke verslagen.
- De hulpvraag van ouders wordt concreter bevraagd om zo de doelstellingen van ouders en voorziening meer op mekaar af te stemmen.

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:

- Aanmeldingsteam: gaat maandelijks door, behalve in schoolvakanties en op wettelijke feestdagen. Hierbij zijn de kinderpsychiater, de psycholoog, de maatschappelijk werker en het diensthoofd aanwezig.

- Bilanbespreking: gaat wekelijks door met alle bij het onderzoek betrokken therapeuten, de coördinator, het diensthoofd en de arts (indien mogelijk). Elke zorggebruiker wordt hier ten laatste 3 maanden na opstart van de onderzoeksfase besproken.
- Teamoverleg rond een zorggebruiker: gaat tweemaal per jaar door (“tussentijds overleg” en “multidisciplinaire evolutiebespreking”). Ook hier zitten alle betrokken therapeuten samen met de coördinator, het diensthoofd en de arts (indien mogelijk).

Voor alle bovengenoemde multidisciplinaire besprekingen beschikt de voorziening over schriftelijke afspraken:

- Frequentie overlegmomenten: zie hierboven.
- Conclusie: voor elk van bovenstaande overlegmomenten wordt een neerslag verwacht in het patiëntendossier. Voor de bilanbespreking en de twee soorten teamoverleg wordt er telkens gewerkt met een sjabloon.

Er werden 10 dossiers gecontroleerd betreffende multidisciplinaire overlegmomenten.

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

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

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

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

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

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

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

Ze gebruikt daarvoor volgende methode:

- De maatschappelijk werker plant bij opstart van de begeleiding de verschillende overlegmomenten.
- Er wordt bijgehouden wanneer de bilanbespreking, het tussentijds overleg en de multidisciplinaire evolutiebespreking zijn doorgegaan.

De voorbije jaren werd geen verbeteractie opgezet i.v.m. het MDO.

4.4 COMMUNICATIE MET EXTERNE ZORGVERLENERS (CONTINUÏTEIT)

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

- De voorziening waakt over de continuïteit van de begeleiding. Bij het beëindigen van de begeleiding wordt een afsluitbrief bezorgd aan minimaal de huisarts en behandelend psychiater, indien de zorggebruiker beschikt over een huisarts en indien de voorziening beschikt over de gegevens van deze huisarts. Indien de zorggebruiker hiervoor geen toestemming verleent, wordt dit genoteerd in het individueel dossier. De zorggebruiker ontvangt een afschrift van de afsluitbrief.

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Werkwijze dossiercontrole

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

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

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

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

Vaststellingen

4.4.1 Verwijzer

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

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

De communicatie aan de verwijzer bij opstart gebeurt schriftelijk.

De communicatie aan de verwijzer bij afronding gebeurt schriftelijk.

4.4.2 Huisarts

Er zijn 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 verslag wordt opgestuurd naar de huisarts indien de ouders hier toestemming voor hebben verleend.

4.4.3 Vervolgzorg

Er zijn schriftelijke afspraken over het versturen van een eindverslag naar de vervolgzorg bij afronding van de begeleiding. De afspraak bestaat erin dat de ouders het eindverslag ontvangen en zelf instaan voor de verspreiding naar de vervolgzorg.

4.4.4 Eindverslag

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

- identificatiegegevens;
- startdatum therapie;
- aanmeldingsprobleem;
- aanmeldingsdatum;
- diagnose;
- therapieaanbod;
- doelen;
- hulpvragen;
- reden therapiestop;
- adviezen.

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

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

In alle 10 de gecontroleerde dossiers werd een eindverslag gevonden.

Er werden 10 eindverslagen bekeken; hierbij waren er:

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

Alle 10 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 leeftijd zorggebruiker;
- 10 met aanmeldingsproblemen;
- 10 met aanmeldingsdatum;
- 10 met diagnose;
- 10 met startdatum therapie;
- 10 met therapieaanbod;
- 10 met doelen;
- 10 met hulpvragen;
- 10 met reden van therapiestop;
- 10 met advies.

Alle 10 eindverslagen bevatten alle gecontroleerde info.

4.5 SAMENVATTING RESULTATEN MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

4.5.1 Zoals verwacht

Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens

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

Zorgplan

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

MDO

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

- Er kon in $\geq 75\%$ van de gecontroleerde dossiers aangetoond worden dat een MDO georganiseerd werd binnen de intern vooropgestelde timing (10/10 in orde).
- Er werd voor $\geq 75\%$ van de gecontroleerde MDO een conclusie gevonden (10/10 in orde).

Communicatie met externe zorgverleners

- Er zijn afspraken over het op de hoogte brengen van de verwijzer wanneer een begeleiding wordt opgestart.
- Er zijn afspraken over het op de hoogte brengen van de verwijzer wanneer een begeleiding wordt afgerond.
- Er zijn afspraken over het op de hoogte brengen van de huisarts wanneer een begeleiding wordt opgestart.
- Er zijn afspraken over het op de hoogte brengen van de huisarts wanneer een begeleiding wordt afgerond.
- Er zijn afspraken over het versturen van een eindverslag naar de huisarts bij afronding van de begeleiding.
- Er zijn afspraken over het versturen van een eindverslag naar de vervolgzorg bij afronding van de begeleiding.
- Er zijn afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag.
- Er werd in $\geq 75\%$ van de gecontroleerde dossiers een eindverslag gevonden (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 ($\geq 75\%$):
 - leeftijd zorggebruiker (10/10 in orde);
 - aanmeldingsproblemen (10/10 in orde);
 - aanmeldingsdatum (10/10 in orde);
 - diagnose (10/10 in orde);
 - startdatum therapie (10/10 in orde);
 - therapieaanbod (10/10 in orde);
 - doelen (10/10 in orde);
 - hulpvragen (10/10 in orde);
 - reden van therapiestop (10/10 in orde);
 - advies (10/10 in orde).

4.5.2 Verbeterpunten

Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens

- Het dossier van zorggebruikers is versnipperd.

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

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

- algemene brochure;
- specifieke brochure;
- website.

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

5.2 KLACHTRECHT

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

- De patiënt heeft het recht een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door de "wet betreffende de rechten van de patiënt" neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie. De ombudsfunctie heeft volgende opdrachten: 1° het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen; 2° het bemiddelen bij de klachten met het oog op het bereiken van een oplossing; 3° het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden

voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een in 2° bedoelde oplossing; 4° het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie; 5° het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een klacht.

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

Vaststellingen

Er zijn schriftelijke afspraken over het indienen van klachten.

Er is een klachtenbehandelaar aangeduid.

Deze klachtenbehandelaar is intern.

De interne klachtenbehandelaar is daarnaast directie of diensthoofd.

Volgende vaststellingen werden gedaan rond toegankelijkheid van de klachtbehandeling:

- Er gebeurt bekendmaking via website, startgesprekken, samenwerkingsovereenkomst, folder.
- Er worden contactgegevens vermeld.
- Er is rechtstreekse toegang mogelijk.

Klachten kunnen zowel mondeling als schriftelijk worden ingediend.

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

- samenwerkingsovereenkomst;
- specifieke brochure (brochure over patiëntenrechten met info over klachtbehandeling);
- website.

De bevroegde ouders van zorggebruikers geven aan dat ze mondeling en schriftelijk geïnformeerd werden over de manier waarop men klacht kan indienen.

Over de ingediende klachten worden geen cijfers/gegevens verzameld.

Het aantal klachten in het vorige kalenderjaar werd niet bijgehouden.

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

- infrastructurele aanpassingen wachtzaal;
- installatie performante Wifi voor ouders.

5.3 PRIVACY

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Vaststellingen

Ouders van zorggebruikers worden mondeling en schriftelijk geïnformeerd over de afspraken/regels. De regels worden systematisch overlopen aan de hand van de samenwerkingsovereenkomst voor de start van de therapie.

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

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

Ouders van zorggebruikers geven aan dat er volgende consequenties zijn bij het overtreden van de afspraken/regels: financiële verplichtingen niet nakomen: ze worden er op aangesproken en er wordt naar een oplossing gezocht. Systematisch afwezig zonder geldige reden of zonder verwittigen: therapie kan gestopt worden als dit blijft duren.

Ouders van zorggebruikers geven aan dat ze inspraak hebben in de afspraken/regels op de volgende manier: "alles is altijd bespreekbaar, de mensen van de CAR zijn heel open en luisterbereid".

De afspraken/regels werden de voorbije jaren geëvalueerd door:

- medewerkers;
- ouders van zorggebruikers.

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

- uitwerking in de infobrochure met mondelinge verduidelijking naar nieuwe medewerkers;
- de herwerkte samenwerkingsovereenkomst, privacy policy: nieuwe procedure met jaarlijkse bespreking met de ouders;
- de uitbouw van de SharePoint met beperkte toegang voor zorggebruikers, met aanpassing van de link naar deel eigen dossier na feedback van de zorggebruikers en hun context. Verdere zoektocht naar een performantere manier van communicatie loopt nog steeds.

5.4 ZELFBESCHIKKING

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Werkwijze dossiercontrole

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

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

Vaststellingen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Er werden 9 afgesloten dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts:

- In 8 van de 9 gecontroleerde dossiers werd informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts gevonden (waarvan 8 zorggebruikers toestemming gaven).
- In 1 van de 9 gecontroleerde dossiers werd geen informatie gevonden over het delen van informatie met de huisarts.

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

- In alle 10 de gecontroleerde dossiers werd informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts gevonden (waarvan 8 zorggebruikers toestemming gaven en 2 zorggebruikers weigerden).

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 (waarvan 4 zorggebruikers toestemming gaven).
- 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 niet op.

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

- In meerdere fasen werd het toestemmingsdocument voor informatie-uitwisseling met externe zorgactoren aangepast.

5.5 ROLSTOELTOEGANKELIJKHEID

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

- De voorziening is voor patiënt en familie fysiek toegankelijk (ook voor mindervaliden, bv. voorzien in rolstoelen, hellende vlakken).
- De voorziening is aangepast aan de behoeften van mindervalide zorggebruikers:
 - Alle deuren naar lokalen die toegankelijk zijn voor zorggebruikers zijn breed genoeg om een rolstoel door te laten.

- De kamers zijn voldoende ruim om bij mindervalide zorggebruikers te kunnen gebruik maken van ondersteunende materialen tijdens zorgmomenten.
- De wastafels/spiegels zijn aangepast aan rolstoelgebruikers en zorggebruikers die zich zittend verzorgen.

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Vaststellingen

Volgende vaststellingen werden gedaan rond rolstoeltoegankelijkheid:

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

Klachtrecht

- Er zijn afspraken over het indienen van klachten.

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

Zelfbeschikking

- Er zijn afspraken over het vragen van toestemming aan zorggebruikers voor het delen van informatie met de huisarts.
- De zorggebruiker kan weigeren om informatie te delen met de huisarts.
- In $\geq 75\%$ van de gecontroleerde (lopende en afgesloten) dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, kon aangetoond worden dat er toestemming gevraagd wordt aan de zorggebruiker om informatie te delen met de huisarts (18/19 in orde).

Rolstoeltoegankelijkheid

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

5.6.2 Verbeterpunten

Geen verbeterpunten voor de gecontroleerde onderwerpen.

6. VEILIGHEID

6.1 VEILIGHEID VAN PERSONEN

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Vaststellingen

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

- agressie;
- seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG).

Er wordt op volgende manier aandacht geschonken aan agressiepreventie:

- Er worden voor zorggebruikers sessies psycho-educatie/relaxatie/... georganiseerd.
- Er wordt gewerkt met risico-inschattingen.

- Er wordt gewerkt met signaleringsplannen (met minimaal een omschrijving van signalen of vroege voortekenen, de mogelijke acties in de verschillende fasen, wat de zorggebruiker kan doen, wat de hulpverlener kan doen).
- Medewerkers volgden vorming over agressiepreventie.
- Medewerkers hebben een alarmsysteem (noodtelefoonnummer).
- De bestaffing kan worden aangepast i.f.v. het risico op incident.

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

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

Over de incidenten m.b.t. veiligheid (agressie, SGOG) worden cijfers/gegevens verzameld: alle agressiegevallen worden gemeld in het elektronisch incidentmeldsysteem.

De voorbije jaren werden verbeteracties opgezet rond incidenten m.b.t. veiligheid (agressie, SGOG): er werd een interne vertrouwenspersoon aangeduid en opgeleid voor deze functie.

6.2 BEWARING VAN DOSSIERGEGEVENS

Verwachtingen

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Vaststellingen

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

De toegang tot de papieren dossiers van zorggebruikers is beveiligd: de lopende dossiers worden bewaard in een gesloten kast in een archieflokaal. Het diensthoofd heeft deze sleutel in bewaring.

Dossiers van zorggebruikers waarbij de zorg werd beëindigd, worden bewaard in hetzelfde bovenvermelde archieflokaal. Recent afgesloten dossiers worden bewaard in een gesloten kast waarvan het diensthoofd de sleutel in bewaring heeft. Minder recent afgesloten dossiers worden bewaard in open rekken in dezelfde ruimte. De deur van deze ruimte is niet afgesloten.

Niet enkel de medewerkers die rechtstreeks betrokken zijn bij de zorg van een bepaalde zorggebruiker hebben toegang tot deze zorggebruikersgegevens, waardoor de bescherming van persoons- en gezondheidsgegevens niet gegarandeerd is. Poetspersoneel kan zich toegang verschaffen tot een deel van de afgesloten dossiers.

6.3 MEDICATIEBELEID

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

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

Vaststellingen

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

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

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

6.4 SAMENVATTING RESULTATEN VEILIGHEID

6.4.1 Zoals verwacht

Veiligheid van personen

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

6.4.2 Verbeterpunten

Bewaring van dossiergegevens

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

7. ALGEMEEN BESLUIT

7.1 OVERZICHT RESULTATEN

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

Gecontroleerde onderwerpen	Aantal zoals verwacht	Aantal verbeterpunten
Kwaliteitsbeleid		
Algemeen kwaliteitsbeleid	7/7	0/7
Verbeteracties	2/2	0/2
Multidisciplinaire werking		
Toegankelijkheid/beschikbaarheid van zorggegevens	6/7	1/7
Zorgplan	5/5	0/5
MDO	4/4	0/4
Communicatie met externe zorgverleners	23/23	0/23
Rechten		
Inzage/afschrift dossier	5/5	0/5
Klachtrecht	5/5	0/5
Zelfbeschikking	3/3	0/3
Rolstoeltoegankelijkheid	1/1	0/1
Veiligheid		
Veiligheid personen	1/1	0/1
Bewaring dossiergegevens	0/2	2/2
Medicatiebeleid	/	/

7.2 Globale Beoordeling

CAR Brussel behaalde voor de meeste onderwerpen die geïnspecteerd werden een beoordeling "zoals verwacht" (62/65).

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

- (Ouders van) zorggebruikers/familie/context worden betrokken bij het beleid.
- De context (ouders, school) wordt betrokken bij het zorgtraject.
- Afspraken rond toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van gegevens worden opgevolgd (d.w.z. dat er gegevens worden bijgehouden) en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Afspraken rond zorgplan worden opgevolgd (d.w.z. dat er gegevens worden bijgehouden) en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Afspraken/regels worden geëvalueerd en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Incidentmeldingen betreffende agressie en SGOG worden opgevolgd (d.w.z. dat er gegevens worden bijgehouden) en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.

Een belangrijke verbetermogelijkheid die rechtstreeks verband houdt met de kwaliteit van zorg situeert zich op vlak van de dossiervorming (prioritair verbeterpunt):

- Het dossier van zorggebruikers is versnipperd.