

# DEPARTEMENT ZORG

## Zorginspectie

T 02 553 34 34

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

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

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

### INRICHTENDE MACHT

Naam	Centrum voor Ambulante Revalidatie Ter Kouter vzw
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	vzw
Ondernemingsnummer	0408203219
Adres	Kloosterstraat 6, 9031 Gent

### INSPECTIEPUNT

Naam	CAR Ter Kouter
Adres	Aaltersesteenweg 2, 9800 Deinze
Dossiernummer	9.53.237.79

### UITBATINGSPLAATS

Naam	CAR Ter Kouter
Adres	Aaltersesteenweg 2, 9800 Deinze

### INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	21/10/2024
Verslagnummer	ZI-2024-03474
Inspecteurs	Ellen Bots (observator), Anja Claeys, Katelijn Stroo

### INSPECTIEBEZOEK

#### CAR Ter Kouter

Aangekondigde inspectie op 21/10/2024 (9:00-16:10)

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	16
3.1	Algemeen kwaliteitsbeleid	16
3.2	Verbeterbeleid	17
3.2.1	Zicht op eigen werking (gegevens verzamelen en analyseren)	17
3.2.2	Verbeteracties	18
3.3	Samenvatting resultaten kwaliteitsbeleid	19
3.3.1	Zoals verwacht	19
3.3.2	Verbeterpunten	19
4.	Multidisciplinaire werking	20
4.1	Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens	20
4.2	Zorgplan	22
4.3	Multidisciplinair overleg (MDO)	24
4.4	Communicatie met externe zorgverleners (continuïteit)	26
4.4.1	Verwijzer	27
4.4.2	Huisarts	27
4.4.3	Vervolgzorg	27
4.4.4	Eindverslag	28
4.5	Samenvatting resultaten multidisciplinaire werking	28
4.5.1	Zoals verwacht	28
4.5.2	Verbeterpunten	30
5.	Rechten	31
5.1	Inzage in en afschrift van het dossier	31
5.2	Klachtrecht	32
5.3	Privacy	33
5.4	Zelfbeschikking	35
5.5	Rolstoeltoegankelijkheid	37
5.6	Samenvatting resultaten rechten	37
5.6.1	Zoals verwacht	37
5.6.2	Verbeterpunten	38

6.	Veiligheid	39
6.1	Veiligheid van personen	39
6.2	Bewaring van dossiergegevens	40
6.3	Medicatiebeleid	41
6.4	Samenvatting resultaten veiligheid	42
6.4.1	Zoals verwacht	42
6.4.2	Verbeterpunten	42
7.	Algemeen besluit	43
7.1	Overzicht resultaten	43
7.2	Globale beoordeling	43

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

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

## 1.2 INSPECTIEMETHODIEK

### Situering

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

Er bestaan verschillende soorten GGZ-voorzieningen met een revalidatieovereenkomst:

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

Zorginspectie werkte een specifiek traject uit voor deze voorzieningen.

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

### **Inspectietraject**

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

### **Inspectieproces**

- Alle inspecties gebeuren aangekondigd.
- Voor elke inspectie wordt één inspectiedag ter plaatse voorzien.
- Tijdens de inspecties is er aandacht voor de eigenheid en specificiteit van de voorzieningen. Daarbij wordt de methodiek van een gestandaardiseerde bevraging gebruikt, in combinatie met open vragen.
- Ter voorbereiding van de inspectie ter plaatse wordt door de voorziening een voorbereidende vragenlijst ingevuld. Daarnaast vraagt Zorginspectie heel wat documenten op, bv. als bijlage van de voorbereidende vragenlijst. Enkele voorbeelden hiervan zijn schriftelijke afspraken, vergaderverslagen van beleids- en overlegorganen, uitgeschreven verbeterprojecten.
- Tijdens de gesprekken ter plaatse wordt dieper ingegaan op de informatie die tijdens de voorbereidende fase verkregen werd.
- Van elke inspectie wordt een individueel inspectieverslag opgemaakt. Daarnaast worden, door de gegevens uit meerdere verslagen samen te voegen, overzichtsrapporten voorzien die een stand van zaken geven over voorzieningen heen.  
Het individueel inspectieverslag fungeert in de eerste plaats als een verbeterinstrument binnen de voorzieningen. Op basis van de individuele en overzichtsrapporten kunnen verbeterpunten voor een voorziening of (een deel van) de sector geformuleerd worden, met opvolging door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg. Wanneer er tijdens een inspectie grote risico's zouden worden vastgesteld op het vlak van patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg, zullen Zorginspectie en de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg samen beslissen welke verdere stappen nodig zijn qua individuele opvolging.

## Werkwijze

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

## Concrete aanpak

- Schema dagplanning

	inspecteur 1	inspecteur 2
9u - 9u30	kennismaking en afspraken rond het verloop van de dag	
9u30 - 10u30	gesprek met zorggebruikers	gesprek met zorggebruikers
10u30 - 12u30	infrastructuur rolstoeltoegankelijkheid	gesprek rond rechten en veiligheid
	gesprek over multidisciplinariteit	gesprek over organisatie, zorgaanbod en kwaliteitsbeleid
	gesprek over beleid rond medicatie	
12u30 - 13u	lunch en onderling overleg	
13u - 15u	dossiersteekproef lopende dossiers	gesprek met zorggebruikers
		dossiersteekproef afgesloten dossiers
15u - 15u30	overleg tussen inspecteurs	
15u30u - 16u30	terugkoppeling, vragen en toelichting bij de vaststellingen	

- De vaststellingen in dit inspectieverslag zijn gebaseerd op informatie uit de geraadpleegde documenten, op informatie verkregen tijdens gesprekken (met zorgverleners en met zorggebruikers), op observaties tijdens de inspecties en op inzage in bv. dossiers van zorggebruikers, eindverslagen, medicatieschema's, registratiegegevens.
- Gesprekspartners  
Tijdens de interviews waren er gesprekken met:
  - 4 (ouders van) zorggebruikers;
  - 3 directieleden, waaronder 1 arts;
  - 4 andere medewerkers.
- Er gebeurden steekproeven van dossiers, zowel van zorggebruikers die nog in begeleiding waren als van zorggebruikers bij wie de begeleiding was afgerond.  
Voor de steekproefselectie van dossiers van zorggebruikers werd steeds dezelfde werkwijze gehanteerd. Op voorhand werd aan de voorziening gevraagd volgende lijsten per deelwerking klaar te leggen:
  - Een lijst met alle zorggebruikers die op het moment van de inspectie in behandeling of begeleiding zijn.

- Een lijst met alle zorggebruikers waarvan de behandeling of begeleiding werd afgerond in het jaar voor de inspectie.

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

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

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

Per vestigingsplaats werden een aantal dossiers ingekeken van 1 deelwerking.

- Binnen 30 dagen na de laatste vaststelling ontvangt het inspectiepunt en (in voorkomend geval) de klachtindiener het ontwerpverslag. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden om - gedurende een periode van 14 kalenderdagen - schriftelijk te reageren op onjuistheden in het ontwerp van het inspectieverslag. De datum van de laatste vaststelling, die wordt gedefinieerd in artikel 13 van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, is te vinden op het voorblad van dit inspectieverslag.

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 (gewijzigd door de wet van 6 februari 2024);
- Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens;
- Universele Verklaring van de Rechten van de Mens;
- Verdrag inzake de Rechten van het Kind;
- VN-verdrag inzake personen met een handicap;
- Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).
- Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (voor wat betreft de elementen die in werking getreden zijn op 1 januari 2022).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## 1.4 OPBOUW VAN DIT VERSLAG

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

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

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

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](http://www.departementwvg.be/aanvraag-passieve-openbaarheid-van-bestuur-zorginspectie)** of door een schriftelijke vraag te richten aan Zorginspectie, Koning Albert II-laan 15, bus 497, 1210 Brussel.

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

## 2. ORGANISATIE EN ZORGAANBOD

### 2.1 ORGANISATIE

CAR Ter Kouter werd opgericht in 1971 en heeft sinds 1991 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:

Stefaan Singelée	Algemeen directeur
Liesbeth Van de Voorde	Medisch directeur
Danny Dossche	Administratief directeur

De medisch directeur vervult ook de functie van medisch directeur in CAR Wegwijs Zottegem. CAR Ter Kouter heeft een zorgaanbod op één locatie (Deinze) waar de inspectie plaatsvond. Op deze campus is er enkel een ambulante aanbod.

Overzicht disciplines teamleden	Aantal	Totaal VTE
Psycholoog	8	5.89
Maatschappelijk werker	3	1.16
Ergotherapeut	12	9.36
Logopedist	13	9.79
Arts:		
- Pediater	1	0.35
- Kinderpsychiater	1	0.32
- Neus-keel-oorarts (NKO)	2	0.16
- Neuroloog	1	0.08
Vrijwilliger	3	0.3
Kinesitherapeut	10	7.11
Opvoeder	1	0.11
Psychologisch consulent	3	2.36

Op het moment van de inspectie zijn er geen langdurig openstaande functies (meer dan 6 maanden). De voorziening werkt niet met ervaringsdeskundigen.

### 2.2 ZORGAANBOD

CAR Ter Kouter onderzoekt en behandelt baby's, peuters, kleuters, kinderen, adolescenten en volwassenen op vlak van ontwikkeling, functies en gedrag. Deze ambulante, multidisciplinaire diagnostiek en/of behandelingen worden uitgevoerd door een multidisciplinair team. Het CAR kan gespecialiseerde hulp bieden door de beperkingen waar mogelijk te verminderen of te compenseren en de betrokkenen en hun omgeving te

ondersteunen in het omgaan ermee, met het oog op een zo groot mogelijke participatie en levenskwaliteit.

Volgende doelgroepen komen aan bod:

- verstandelijke beperking;
- taalstoornis;
- autismespectrumstoornis (ASS);
- aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD);
- specifieke leerstoornis;
- coördinatieontwikkelingsstoornis;
- vermoedensdiagnose;
- hersenletsel: NAH (niet-aangeboren hersenletsel) en hersenverlamming;
- gehoorstoornis;
- gedragsstoornis.

Zorggebruikers met autismespectrumstoornis en hersenletsel zijn de grootste doelgroepen. De doelgroepen passen binnen de revalidatieovereenkomst die het centrum heeft afgesloten met het Departement Zorg. De zorggebruikers moeten voldoen aan de omschrijving van deze doelgroepen en voorwaarden in de overeenkomst. Enkele van deze voorwaarden zijn:

- verwezen door een externe arts, CLB (Centrum voor Leerlingenbegeleiding) of een eerstelijns welzijns-/zorgactor;
- in regel zijn met de zorgkas (tot 26 jaar: enkel administratieve aansluiting);
- met leeftijdsgrens van 0 en 19 jaar voor bepaalde groepen;
- akkoord voor terugbetaling van de revalidatiekosten.

Inclusie- en exclusiecriteria voor alle doelgroepen:

- Op basis van de hulpvraag van de aanmelder.
  - o De hulpvraag kadert binnen één van de doelgroepen van de conventie CAR.
  - o In functie van een vraag naar therapeutische ondersteuning (niet enkel onderzoek).
  - o De gemelde problematiek vereist vermoedelijk een multidisciplinaire aanpak. Dit blijkt o.a. uit bestaande verslaggeving.
  - o De hulpvraag kadert binnen het uitvallen op het vlak van participatie aan de samenleving.
  - o Het CAR verwacht dat het aanbod een meerwaarde is voor de zorggebruiker en zijn omgeving.
- Praktische en administratieve voorwaarden
  - o De zorggebruiker of zijn context kan zorgen voor eigen vervoer of een alternatief. Uitzonderlijk is er vanuit het CAR beperkt vervoer mogelijk binnen de vervoersregio van het CAR.
  - o Het rijksregisternummer van de zorggebruiker wordt beschikbaar gesteld.
  - o De aangemelde persoon is aangesloten bij de zorgkas voor de start in het CAR.
  - o Er is een passende verwijsbrief van een arts of het CLB of een eerstelijnsactor uit de welzijns- of gezondheidssector.
- Andere voorwaarden
  - o Een ex-zorggebruiker van CAR Ter Kouter of van een ander CAR of een andere hulpverlening voldoet aan de interne voorwaarden van therapieduur (m.a.w. er is nog een therapiesaldo). In geval er geen therapiesaldo meer is, is een extra jaar enkel mogelijk na goedkeuring van de directieraad.
  - o Zorggebruikers met een lopende beslissing en therapie in een ander CAR voldoen aan dezelfde voorwaarden als de andere aanmelders:

- Deze overschakeling betekent om praktische en/of inhoudelijke redenen een meerwaarde.
- De overschakeling voldoet aan de interne voorwaarden van therapieduur.
- Een jaar extra uitzondering is mogelijk na goedkeuring directieraad.

Bij vrije ruimte in het programma krijgt dergelijk dossier voorrang.

#### Inclusie- en exclusiecriteria voor vroegrevalidatie:

- Kadert binnen één van de doelgroepen van de conventie CAR qua hulpvraag en problematiek.
- Wanneer het enkel over comfortzorg zou gaan dan wordt doorgestuurd naar andere gespecialiseerde diensten.

#### Inclusie- en exclusiecriteria voor peuters en kleuters:

- Op basis van de hulpvraag van de aanmelder:
  - o Er is reeds een zorgtraject doorlopen (bij voorkeur ook met het CLB), waarbij de geboden hulp ontoereikend blijkt te zijn. Bij het beoordelen van het doorlopen zorgtraject wordt gekeken naar de duur en de intensiteit van het reeds doorlopen zorgtraject.

##### Richtlijn duur van het traject:

- bij peuters en 1<sup>e</sup> kleuter reeds 3 maanden hulp;
- bij 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> kleuter reeds 6 maanden geboden hulp.
- o Voor kinderen van het buitengewoon kleuteronderwijs:
  - het kind kan pas aangemeld worden na een aanpassingsperiode van +/- 8 weken op school;
  - advies van de klassenraad en op vraag van de ouders;
  - de ondersteuning door de school is ontoereikend zodat multidisciplinaire revalidatie door het CAR een noodzakelijke aanvulling is aan de zorg van de leerling.

Voor peuters en kleuters met een gehoorproblematiek of een NAH worden andere interne criteria toegepast (zie verder).

#### Inclusie- en exclusiecriteria voor kinderen van de lagere school:

- Op basis van de hulpvraag van de aanmelder:
  - o De aanmelding gebeurt voor de start van het 4<sup>e</sup> leerjaar (deadline: voor de sluitingsperiode grote vakantie).
  - o Er is reeds een zorgtraject doorlopen (bij voorkeur ook met het CLB), waarbij de geboden hulp ontoereikend blijkt te zijn. Bij het beoordelen van het doorlopen zorgtraject wordt gekeken naar de duur, intensiteit en het effect van het reeds doorlopen zorgtraject.

##### Richtlijn duur van het traject:

- 1<sup>e</sup> leerjaar reeds 6 maanden hulp;
- 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> leerjaar minstens 9 maanden hulp.
- o Leerling buitengewoon lager onderwijs:
  - het kind kan pas aangemeld worden na een aanpassingsperiode van +/- 8 weken op school;
  - advies van de klassenraad en op vraag van de ouders;
  - de ondersteuning door de school is ontoereikend zodat multidisciplinaire revalidatie door het CAR een noodzakelijke aanvulling is aan de zorg van de leerling.
- Praktische en administratieve voorwaarden:
  - o De ouders zijn bereid buiten de schooluren te komen.
  - o De ouders voorzien eigen vervoer naar CAR Ter Kouter (beperkt vervoer mogelijk door het CAR).

Voor kinderen van de lagere school met een gehoorproblematiek of een NAH worden andere interne criteria toegepast (zie verder).

Inclusie- en exclusiecriteria voor gehoor:

- Kadert binnen één van de doelgroepen van de conventie CAR qua hulpvraag en problematiek.
- Wegens onvoldoende expertise worden volgende doelgroepen doorgestuurd naar andere gespecialiseerde diensten:
  - o de zorggebruiker kiest voor Vlaamse gebarentaal;
  - o zorggebruikers met een hersenstamimplantaat.
- Zorggebruikers met tinnitus zonder gehoorverlies worden doorgestuurd naar andere gespecialiseerde diensten.

Inclusie- en exclusiecriteria voor NAH:

- Kadert binnen één van de doelgroepen van de conventie CAR qua hulpvraag en problematiek.
- Ambulante revalidatie moet haalbaar zijn:
  - o De persoon kan zittend naar het CAR gebracht worden.
  - o Er moet minstens 30 min actieve medewerking kunnen zijn.
  - o De transfert van de persoon moet haalbaar zijn met een actieve tillift of een draaischijf.
- Volgende doelgroepen worden doorverwezen naar andere gespecialiseerde diensten:
  - o Terminale personen: de verwachte levensduur van de persoon is zeer kort (minder dan 1 maand).
  - o Personen met wegloupedrag en/of agressief gedrag. (omwille van veiligheid van andere zorggebruikers en het feit dat de accommodatie van Ter Kouter daartoe niet aangepast is).

Het zorgaanbod:

- De behandelingen worden aangeboden door aparte units met een eigen multidisciplinair team, waaraan een groep van therapeuten structureel wordt toegewezen, om expertise op te bouwen. De 6 units binnen de conventie zijn "NAH", "kleuters", "gehoor", "ASS", "ADHD" en "Complexe leerstoornissen (CLS)".

Tijdens de inspectie werd gefocust op de unit "ASS" wanneer specifieke afspraken werden bevestigd en tijdens de dossiercontrole.

Aanmeldingen kunnen rechtstreeks gebeuren maar er moet steeds een verwijfsbrief zijn vooraleer er kan gestart worden met onderzoek of therapie. De belangrijkste verwijfsbriefers in 2023 waren de school en het CLB (50%), een arts (15%) en het ziekenhuis (13,5%). Bij 7% van de meldingen zochten de ouders op eigen initiatief contact.

- Verloop zorgtraject
  - o De melding kan telefonisch of via de website gebeuren. Daarna wordt gestart met de informatieverzameling door o.a. vragenlijsten. Een synthese van al deze gegevens wordt in een ICF (Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren)-schema of verslag geplaatst. Aan de hand van deze informatie wordt op het opnameteam beslist of onderzoek in het CAR aangewezen is.
  - o Tijdens de onderzoeksfase wordt aan de hand van een grondig multidisciplinair onderzoek de problematiek in kaart gebracht en indien mogelijk wordt reeds een diagnose gesteld. Hierbij wordt het ontwikkelings- en/of functioneringsniveau van de zorggebruiker geëvalueerd en wordt nagegaan of de zorggebruiker voldoet aan de inschrijvingscriteria voor terugbetaling. Bij het

intakegesprek wordt de hulpvraag verfijnd en worden verwachtingen en bijkomende anamnesegegevens opgevraagd. Daarnaast worden praktische afspraken overlopen en wordt informatie gegeven over o.a. de werking van het CAR, verloop van het onderzoek en de onderzoekshypothese. Daarna worden naargelang de noodzaak onderzoeksmomenten ingepland. Tenslotte vinden tijdens het diagnosteam, met alle betrokken onderzoekers en waar mogelijk aangevuld met de arts en de maatschappelijk werker, volgende stappen plaats:

- Stellen van een diagnose of werkhypothese voor verdere diagnostiek.
  - Omschrijven van de hulpverlening die inhoudelijk aansluit bij hulpvraag en diagnose of werkhypothese.
  - Afwegen of het CAR de aangewezen hulpvorm is om de omschreven hulp te verstrekken.
  - Nagaan of de zorggebruiker voldoet aan de inschrijvingscriteria voor één van onze doelgroepen.
- Tijdens een adviesgesprek met ouders en psycholoog worden de resultaten van het onderzoek meegedeeld. De psycholoog vervolledigt het onderzoeksverslag met inbegrip van therapiedoelen en werkpunten. De zorggebruiker ontvangt een kopie van dit onderzoeksverslag. Daarnaast worden afspraken rond de concrete planning in het uurrooster gemaakt en wordt de aanvraag voor terugbetaling opgemaakt. Bij overgang naar behandeling wordt het behandelend team geïnformeerd.
  - Therapie wordt hoofdzakelijk aangeboden onder de vorm van individuele sessies, al dan niet aangevuld met groepsbehandelingen. De revalidatie omvat tussenkomsten vanuit verschillende disciplines (medisch, logopedie, ergotherapie, kinesithérapie, psychotherapie en sociaal werk) in een gecoördineerd aanbod en in nauw onderling overleg. De context wordt doorheen het volledige revalidatietraject betrokken.  
Baby's, peuters, kleuters, kinderen uit het buitengewoon onderwijs en kinderen/jongeren met NAH volgen therapie tijdens de schooluren. Lagere schoolkinderen en jongeren uit het secundair onderwijs komen na de schooluren. Volwassen zorggebruikers kunnen zowel tijdens als na de schooluren komen.  
Eén van de therapeuten uit het team wordt het aanspreekpunt voor de ouders en is de brugfiguur tussen het CAR en externe betrokkenen (bv. school of CLB).  
De behandelingsduur wordt door het team bepaald, rekening houdend met interne afspraken en in overleg met de betrokkenen.
  - De behandeling wordt beëindigd op basis van een multidisciplinair teamoverleg en bij voorkeur met wederzijds akkoord. Het initiatief hiertoe kan genomen worden door de zorggebruiker, de context of het CAR. Het CAR gaat de beëindiging voorbereiden door een zo goed mogelijke informatieoverdracht aan de zorggebruiker of de context. Er wordt ook de mogelijkheid voorzien om het revalidatietraject vroeger dan verwacht af te sluiten waarbij een clause wordt voorzien om het revalidatietraject indien nodig terug op te nemen. Het eindverslag wordt bezorgd aan ouders, zorggebruiker, school, CLB, verwijzer, huisarts en indien noodzakelijk aan de vervolgzorg (mits goedkeuring van de zorggebruiker). Het behandelende team zoekt bij de voorbereiding van de stopzetting naar mogelijke alternatieve ondersteuning of biedt informatie en advies betreffende mogelijke alternatieven aan de zorggebruiker. Met de (ouders van de) zorggebruiker kan een afsluitend gesprek worden gevoerd.

- In 2023 werden 260 zorggebruikers ambulantly begeleid.
- Waarvan 103 nieuw opgestarte zorgtrajecten.
- Op het moment van inspectie zijn in totaal 250 zorggebruikers in begeleiding (actieve dossiers).

- Er wordt geen nazorg geboden. Er wordt wel gezorgd voor een doorverwijzing op het einde van de revalidatieperiode en nadien is de voorziening ook steeds bereikbaar voor vragen van ouders van zorggebruikers.
- Er wordt op volgende manieren outreachend gewerkt:
  - o behandeling in de context van de zorggebruiker (bv. thuis of op school);
  - o contextprestaties met andere relevante niet-zorg actoren (bv. begeleiden van leerkrachten in de klas, kinderverzorgers in de kinderopvang en de jeugdbeweging bij de aanpak van de zorggebruiker).

Toegankelijkheid van het zorgaanbod:

- Op [www.terkouter.be](http://www.terkouter.be) is informatie te vinden over doelgroep/aanmeldings-procedure/contactgegevens/prijs/duur van een traject.
- Het zorgaanbod bestaat uit vrijwillige zorg.
- Volgende financiële drempels worden vermeld door de organisatie: het remgeld en de kosten voor het vervoer kunnen een obstakel vormen.
- De voorziening is gelegen in Deinze en is bereikbaar met het openbaar vervoer: er is een bushalte op 100 m en een station op 3 km.
- Er zijn volgende drempelverlagende initiatieven om de toegankelijkheid tot de zorg te vergroten:
  - o Indien de financiële bijdrage een drempel vormt, kan de directieraad een (tijdelijke) vrijstelling verlenen.
  - o Aanmelding is zowel telefonisch als digitaal mogelijk.
  - o Ouders kunnen ondersteuning krijgen bij het invullen van de vragenlijsten.
  - o Tijdens de opstart van de onderzoeken wordt er herhaaldelijk telefonisch contact opgenomen met de ouders en afspraken worden bevestigd via e-mail of brief als extra herinnering.
  - o Er wordt een duidelijke en eenvoudige taal gebruikt.
  - o Vervoer is beschikbaar binnen een vooraf bepaalde regio (uitzondering is mogelijk in geval van kansarmoede en na goedkeuring directieraad).
  - o Indien nodig kan de sociale dienst begeleiden, bv. bij het aanvragen van een zorgtoeslag of bij een toeleiding naar het OCMW of CAW.

### 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 herzien in 2021.

De voorziening heeft een algemeen beleidsplan (voor de periode 2024).

Het algemeen beleidsplan bevat:

- duidelijke doelstellingen;
- acties;
- timing.



De twee afdelingshoofden zijn voor CAR Ter Kouter aangeduid als verantwoordelijke voor het kwaliteitsbeleid. Deze worden hier niet specifiek voor vrijgesteld.

De afgelopen 5 jaar werd vorming gevolgd rond kwaliteitsbeleid.

- Deelname aan informatievergaderingen/vormingsmomenten georganiseerd door de Vlaamse Overheid over kwaliteitsindicatoren.
- Aanwezigheid op de sectorvergaderingen van het Comité CAR van het Vlaams Welzijnsverbond en de Federatie CAR (ledenvergaderingen en werkgroepen zoals kwaliteit) en deelname aan het overlegplatform CAR.

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:

- Suggesties en opmerkingen kunnen zowel mondeling als schriftelijk (via e-mail) worden doorgegeven. Tevredenheid wordt op verschillende momenten bevraagd o.a. tijdens oudergesprekken en via schriftelijke tevredenheidsmetingen.

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 de personeelsvergadering, de dienstnota, de tweewekelijkse nieuwsbrief en de unitvergadering. Dringende communicatie gebeurt mondeling (gesprek of telefoon) of via e-mail.

Schriftelijke afspraken zijn beschreven in een kwaliteitshandboek, het arbeidsreglement, de werkinstructies en in de dienstnota's. Deze afspraken zijn toegankelijk voor alle medewerkers op het intranet.

## **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;
- zorggebruikersbevraging;
- opvolging/evaluatie beleidsplan;
- medewerkersbevraging.

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

- Toegankelijkheid:
  - o aantal zorggebruikers in aanmeldingsfase, onderzoeksfase, behandelfase;
  - o wachttijd tussen aanmelding en onderzoek (per aanmeldingsklacht);
  - o wachttijd tussen onderzoek en start therapie (volgens leeftijd);
  - o wachttijd tussen aanmelding en start therapie (volgens leeftijd);

- gevolg op aanmelding en onderzoek in hetzelfde jaar.
- Doelgroep:
  - aantal bereikte zorggebruikers;
  - leeftijd, geslacht en stoornis;
  - herkomst van zorggebruikers;
  - dagactiviteit van zorggebruikers;
  - comorbiditeiten;
  - aanmeldingsklacht;
  - verwijzers.
- Behandeling:
  - aantal zorggebruikers in nazorg;
  - reden stopzetting behandeling;
  - revalidatieduur bij ontslag;
  - therapieduur in maanden;
  - uitkomstenmetingen.

De resultaten van de behandeling worden systematisch verzameld d.m.v. uitkomstenmetingen: testresultaten op disciplineniveau worden gebruikt om de evolutie te objectiveren. Deze resultaten worden gebruikt om de individuele trajecten te evalueren.
- Vorming medewerkers:
  - jaarlijks gevolgde vormingen;
  - jaarlijks aantal gevolgde uren vorming;
  - gespendeerd vormingsbudget.
- De ervaringen van medewerkers worden mondeling en schriftelijk bevraagd tijdens:
  - de vijfjaarlijkse ontwikkelgesprekken met het afdelingshoofd;
  - een schriftelijke welzijnsbevraging (vijfjaarlijks en laatste bevraging in 2021);
  - het afscheidsgesprek door de algemeen directeur met medewerkers die uit dienst gaan.
- Ervaringen zorggebruikers:
  - De ervaringen van ouders van zorggebruikers over de werking werden schriftelijk bevraagd in 2022 aan de hand van de sectorbrede bevraging met de Vlaamse CliëntZorgMonitor, een initiatief van de Federatie van de Vlaamse CAR.
  - De tevredenheid van (ouders van) zorggebruikers worden mondeling bevraagd op het moment dat de opties voor een nieuwe periode worden besproken. Daarnaast wordt bij oudercontacten de tevredenheid bevraagd.

### 3.2.2 Verbeteracties

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

- herclustering van de twee afdelingen;
- reorganisatie structuur, voorbereiding, verslaggeving en opvolging vergaderingen directieraad;
- aanpassing personeelsbegeleiding via 360° ontwikkelgesprekken;
- afspraken efficiënt vergaderen;
- wachtlijstproblematiek: actualisering aanmeldingsprocedure en maximale behandelingsduur;
- meer specifieke behandeldoelen stellen;
- evolueren naar een meer geïntegreerd zorgdossier op basis van verbetering guidance;
- aanbevelingen omgang met gescheiden ouders;
- uitwerken van procedure "stop therapie met clause voor heraanmelding";
- uitwerken van een elektronisch systeem voor de planning in de vakanties;

- visietekst agressiebeheersingsbeleid uitgewerkt n.a.v. een concrete dreiging van agressie t.a.v. een therapeut;
- project "respectvol omgaan met elkaar" uitgewerkt.

Uit een lijst van verbeteracties van de laatste 5 jaar werden 3 verbeteracties geselecteerd ("meer specifieke behandeldoelen stellen", "wachlijstproblematiek: actualisering aanmeldingsprocedure en maximale behandelingsduur" en "herclustering van de twee afdelingen") en gecontroleerd op de aanwezigheid van een aantal onderwerpen (doelstelling, motivatie, acties, timing, evaluatie van de resultaten).

Voor 1 van de 3 geselecteerde verbeteracties werden alle gecontroleerde onderwerpen gevonden.

Voor alle 3 de geselecteerde verbeteracties werd een doelstelling geformuleerd.

Voor alle 3 de geselecteerde verbeteracties werd een motivatie (link met verzamelde cijfers of gegevens) gevonden.

Voor alle 3 de geselecteerde verbeteracties werden te nemen acties (hoe de verbeteractie uitwerken) bepaald.

Voor 2 van de 3 geselecteerde verbeteracties werd een timing (over welke periode realiseren, tijdsfad) vooropgesteld.

Voor 2 van de 3 geselecteerde verbeteracties werden de resultaten opgevolgd/geëvalueerd.

Geen van de 3 verbeteracties zijn volledig uitgeschreven voor de gecontroleerde onderwerpen; ze werden mondeling toegelicht.

### **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;
  - wachlijstbeleid;
  - 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 één van de drie 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 onderdelen:
  - In Caremanager zitten administratieve gegevens (contactgegevens, beslissing en goedkeuring revalidatie), gegevens van de huisarts en de verwijzer, de therapieplanning en een inhoudelijk spoor van elk contact met de zorggebruiker (neerslag van alle therapieën, alle oudergesprekken, elk team- en schooloverleg en de neerslag van de consulten bij pediater en NKO-arts).
  - Het digitale dossier van de zorggebruikers staat op Sharepoint in een map per zorggebruiker en bestaat uit de volgende onderdelen:
    - map per therapiejaar met gescoorde vragenlijsten, aanvragen voor verlenging therapie, onderzoeks-, verlengings- en evolutieverslagen en het ICF-document;
    - map “externe verslagen”;
    - map “administratie”;
    - map “zorgtoeslag”;
    - guidance (=chronologische historiek van het therapieverloop met neerslag van alle multidisciplinaire overlegmomenten van het onderzoeks- en behandelteam, van contacten met naasten, school en andere zorgverleners en van de consulten van de kinderpsychiater);
    - eindverslag.
- Het papieren dossier bestaat uit volgende onderdelen:
  - Sommige therapeuten hebben in hun lokaal een dossierkast met een mapje per zorggebruiker die ze begeleiden met hierin de neerslag van de gegeven therapieën en testresultaten.
  - De medewerkers van de sociale dienst hebben een aantal lopende dossiers van zorggebruikers in hun bureau.
  - In een kast in het administratief lokaal aan het onthaal zijn een aantal mapjes van lopende dossiers van de sociale dienst aanwezig die wachten op inscannen in het digitaal dossier.

Het dossier van zorggebruikers is versnipperd: alle gegevens zijn verspreid over de hierboven beschreven onderdelen.

Digitale dossieronderdelen zijn toegankelijk voor alle betrokken therapeuten, maar sommige papieren onderdelen zijn niet steeds vlot toegankelijk voor alle teamleden: sommige therapeuten sluiten hun dossierkast af op het moment dat ze niet aanwezig zijn en nemen de sleutel mee naar huis.

Minimale/belangrijke informatie wordt doorgegeven aan collega's aan de hand van notities in Caremanager en in de guidance.

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

Volgende vaststellingen werden gedaan in deze dossiersteekproef:

- In 1 gecontroleerd dossier was genoteerd dat de zorggebruiker geen huisarts heeft.  
In alle 9 de overige gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de huisarts gevonden.
- In 1 gecontroleerd dossier was genoteerd dat de zorggebruiker zichzelf op eigen initiatief aanmeldde.  
In alle 9 de overige 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 8 van de 10 gecontroleerde dossiers werd info over medicatiegebruik gevonden of de informatie dat de zorggebruiker geen medicatie neemt; in 2 gecontroleerde dossiers werd hierover geen informatie gevonden.

De voorziening volgt de interne afspraken betreffende de toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van de zorggegevens op. Ze gebruikt daarvoor volgende methodes: de administratief directeur controleert via steekproeven of alle noodzakelijke gegevens in de dossiers staan. Daarnaast wordt dit ook opgevolgd door de betrokken coördinator van de unit.

De voorziening heeft volgende verbeteracties opgezet betreffende de toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van de zorggegevens: Er werden werkinstructies opgemaakt met de afspraken rond het noteren van zorggegevens en opmaak van het dossier.

## 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 therapieplan waarin per zorggebruiker een individueel plan van aanpak met doelstellingen wordt opgemaakt. Verder in dit verslag wordt de naam zorgplan gebruikt.

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

- De inhoud:
  - Er is een sjabloon aanwezig. Dit sjabloon omvat volgende onderdelen:
    - leren/toepassen van kennis;
    - algemene taken en eisen;
    - communicatie;
    - mobiliteit;
    - zelfverzorging;
    - huishouden;
    - tussenmenselijke interacties/relaties;
    - belangrijke levensgebieden;
    - maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven;
    - welbevinden.
- Wie moet participeren bij de opmaak van het zorgplan.
- Timing voor het opstellen
  - Het zorgplan wordt opgemaakt door het diagnoseteam na afronden van de onderzoeken, ten laatste 3 maanden na start van de onderzoeken.
- Timing voor het evalueren
  - Het zorgplan wordt op regelmatige basis tussentijds geëvalueerd naar aanleiding van een schooloverleg, een oudercontact of op indicatie en minstens jaarlijks voor bespreking van de verlengingsaanvraag.

Er zijn schriftelijke afspraken over de inspraak van de (ouders van de) zorggebruiker bij de opmaak of evaluatie van het zorgplan. Ouders van zorggebruikers worden uitgenodigd na de onderzoeksfase voor een adviesgesprek met de psycholoog, waar de vaststellingen en het voorgestelde zorgplan worden besproken.

Daarnaast is er ook een gesprek met de ouders bij verlenging van therapie en zijn de ouders ook aanwezig bij schoolbesprekingen.

(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: naast de hierboven beschreven betrokkenheid van de ouders, worden vragenlijsten verstuurd aan CLB/school, ouders, leerkrachten en eventueel aan andere belangrijke naasten/derden. Soms zijn er observaties thuis, op school en in de kinderopvang. Ouders of naasten kunnen therapie sessies bijwonen. Er zijn feedbackgesprekken voor of na therapie sessies met ouders, grootouders of naasten, voor bepaalde kinderen wordt gewerkt met een heen- en weerschriftje. Op regelmatige basis worden ook oudercursussen/groepsbehandelingen (bv. ADHD, taalmaatjes) met ouders georganiseerd. Indien aangewezen wordt ook ouderbegeleiding georganiseerd.

In 10 dossiers van zorggebruikers van "unit ASS" 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 start van de onderzoeken).

Bij 10 zorggebruikers jonger dan 12 jaar werd zowel voor het kind als de ouder nagegaan of deze betrokken werden bij het opstellen van het zorgplan. In alle 10 de gecontroleerde dossiers kon de betrokkenheid van de ouders aangetoond worden en in 1 dossier kon ook de betrokkenheid van het kind 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 administratief directeur, de betrokken coördinator van de unit en de verantwoordelijke contactpersoon voor het dossier controleren of de noodzakelijke multidisciplinaire overlegmomenten voor de bespreking van het zorgplan tijdig ingepland worden en controleren of de verslagen van deze overlegmomenten volledig zijn.

De voorbije jaren werden volgende verbeteracties opgezet i.v.m. het zorgplan: invoering van discipline-overschrijdende werking via het ICF-kader en het aanpassen van de verschillende sjablonen naar aanleiding hiervan, invoering van het digitaal dossier op Sharepoint.

## 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:

- Diagnosteteam: gaat wekelijks door en elke zorggebruiker wordt na afronden van de onderzoeksfase (ten laatste 3 maanden na start van de onderzoeken) besproken. Hierbij zijn alle betrokken onderzoekers en indien mogelijk de arts en de maatschappelijk werker aanwezig.
- Startteam: gaat door op het moment dat er nieuwe zorggebruikers opstarten. Elke zorggebruiker wordt bij opstart van de therapie besproken door het behandelend team en door minstens 1 van de teamleden van het onderzoeksteam (indien niemand van het onderzoeksteam deel uitmaakt van het behandelend team).
- Doorgeefteam: gaat door op het moment dat een zorggebruiker overgaat naar een ander behandelteam. Hierbij wordt elke zorggebruiker besproken door het "oude" en het "nieuwe" behandelteam.
- Verlengingsteam: gaat door op het moment dat er een verlengingsaanvraag voor therapie moet gebeuren. Elke zorggebruiker wordt jaarlijks besproken door het multidisciplinaire behandelteam.
- Team in functie van opvolging/evaluatie/bijsturing: gaat door op indicatie met de betrokken therapeuten.
- Eindteam: Elke zorggebruiker wordt voor het beëindigen van de therapie besproken door het volledige multidisciplinaire behandelteam.

Voor alle hierboven vernoemde multidisciplinaire besprekingen beschikt de voorziening over schriftelijke afspraken betreffende:

- Frequentie overlegmomenten: zie hierboven.
- Conclusie: er wordt gewerkt met sjablonen.

Er werden 10 dossiers van "unit ASS" 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 start van de onderzoeken).

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

In alle 9 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 psycholoog van het onderzoeksteam volgt alles op m.b.t het onderzoeksteam, de coördinatoren van de units zorgen dat de noodzakelijke MDO tijdig ingepland worden en kijken na of de verslagen in orde zijn.

De voorbije jaren werden volgende verbeteracties opgezet i.v.m. het MDO: tijdens elk MDO moet er aandacht zijn voor de vooropgestelde doelstellingen en moeten deze geëvalueerd worden.

## **4.4 COMMUNICATIE MET EXTERNE ZORGVERLENERS (CONTINUÏTEIT)**

### **Verwachtingen**

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

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

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

- De gezondheidszorgbeoefenaar heeft toegang tot persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de patiënt die worden bijgehouden en bewaard door andere gezondheidszorgbeoefenaars op voorwaarde dat de patiënt voorafgaand zijn geïnformeerde toestemming tot deze toegang gaf.  
De patiënt kan bij het verlenen van de in het eerste lid bedoelde toestemming bepaalde gezondheidszorgbeoefenaars uitsluiten.
- De gezondheidszorgbeoefenaar stelt met het oog op deze continuïteit de patiënt in kennis van de gezondheidszorgbeoefenaar die behoort tot hetzelfde gezondheidszorgberoep en die beschikt over dezelfde bekwaamheid waar de patiënt voor opvolging terecht kan indien hijzelf niet beschikbaar is voor zijn praktijkvoering.

- De gezondheidszorgbeoefenaar deelt, mits toestemming van de patiënt, aan een ander behandelend gezondheidszorgbeoefenaar door de patiënt aangewezen om hetzij de diagnose, hetzij de behandeling voort te zetten of te vervolledigen, alle daaromtrent nuttige of noodzakelijke informatie mee.

## **Werkwijze dossiercontrole**

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

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

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

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

## **Vaststellingen**

### **4.4.1 Verwijzer**

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

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

De communicatie aan de verwijzer bij opstart gebeurt schriftelijk.

De communicatie aan de verwijzer bij afronding gebeurt schriftelijk.

### **4.4.2 Huisarts**

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

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

De communicatie aan de huisarts bij opstart gebeurt schriftelijk.

De communicatie aan de huisarts bij afronding gebeurt schriftelijk.

Er zijn schriftelijke afspraken over het versturen van een eindverslag naar de huisarts bij afronding van de begeleiding. De afspraak bestaat erin dat het eindverslag per post of digitaal wordt verstuurd aan de huisarts door een administratief medewerker.

### **4.4.3 Vervolgzorg**

Er zijn schriftelijke afspraken over het versturen van een eindverslag naar de vervolgzorg bij afronding van de begeleiding. De afspraak bestaat erin dat het eindverslag, mits toestemming van de ouders, wordt bezorgd aan de vervolgzorg.

#### 4.4.4 Eindverslag

Er zijn schriftelijke afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag in het kader van continuïteit van zorg: Er is een sjabloon voorzien, met volgende onderdelen:

- persoonsgegevens;
- begin- en einddatum revalidatie;
- anamnese;
- behandelingsdoelen en werkpunten gedurende het afgelopen jaar;
- verworven resultaten;
- gestelde diagnoses;
- verder te nemen maatregelen.

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

Er werden 10 dossiers ingekeken van zorggebruikers van "unit ASS" 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:

- 8 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.

8 van de 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 persoonsgegevens;
- 8 met begin- en einddatum revalidatie;
- 10 met anamnese;
- 10 met behandelingsdoelen en werkpunten gedurende het afgelopen jaar;
- 10 met verworven resultaten
- 10 met gestelde diagnoses;
- 10 met verder te nemen maatregelen.

8 van de 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 (9/9 in orde);
  - identificatiegegevens of contactinfo verwijzer (9/9 in orde);
  - hulpvraag van de zorggebruiker (10/10 in orde);

- informatie over medicatiegebruik (8/10 in orde);

### **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  $\geq 75\%$  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  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden (10/10 in orde).
- Er werd in  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden volgens de intern vooropgestelde timing (10/10 in orde).

### **MDO**

- Er zijn afspraken over alle gezochte elementen met betrekking tot het MDO.
- Er kon in  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers van zorggebruikers die minstens 6 maanden in begeleiding waren, aangetoond worden dat er een MDO georganiseerd werd binnen de 6 maanden (9/9 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 (8/10 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 ( $\geq 75\%$ ):

- persoonsgegevens (10/10 in orde);
- begin- en einddatum revalidatie (8/10 in orde);
- anamnese (10/10 in orde);
- behandelingsdoelen en werkpunten gedurende het afgelopen jaar (10/10 in orde);
- verworven resultaten (10/10 in orde);
- gestelde diagnoses (10/10 in orde);
- verder te nemen maatregelen (10/10 in orde).

#### **4.5.2 Verbeterpunten**

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

- Het dossier van zorggebruikers is versnipperd.
- Niet alle zorggebruikersgegevens zijn toegankelijk voor de betrokken teamleden.

## 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 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. Elk eerste afschrift is gratis.

#### 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.
- 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:

- Het afschrift is gratis (minstens het eerste).
- De termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het afschrift van het dossier is niet langer dan 15 dagen.

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

- De vraag voor afschrift kan enkel schriftelijk gesteld worden.

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

- dienstenovereenkomst;

- website.

2 (ouders van) zorggebruikers geven aan dat er informatie gegeven werd over de mogelijkheid tot inzage in het dossier.

1 (ouder van een) zorggebruiker geeft aan hierover geen informatie gekregen te hebben.

1 (ouder van een) zorggebruiker geeft aan zich niet meer te herinneren hierover geïnformeerd te zijn.

1 (ouder van een) zorggebruiker geeft aan hierover mondeling geïnformeerd te zijn en 1 (ouder van een) zorggebruiker geeft aan hierover zowel schriftelijk als mondeling geïnformeerd te zijn.

## 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 interne en externe klachtenbehandelaar aangeduid.

De interne klachtenbehandelaars zijn daarnaast directeur en afdelingshoofd.

De externe klachtenbehandelaar is in dienst bij de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg van Psyche vzw.

Volgende vaststellingen werden gedaan rond toegankelijkheid van de klachtbehandeling:

- Er gebeurt bekendmaking via de dienstenovereenkomst en de website.
- 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:

- dienstenovereenkomst;
- website.

3 (ouders van) zorggebruikers geven aan dat ze geïnformeerd werden over de manier waarop men klacht kan indienen. 1 (ouder van een) zorggebruiker geeft aan zich niet meer te herinneren hierover geïnformeerd te zijn.

2 (ouders van) zorggebruikers geven aan dat ze hierover schriftelijk werden geïnformeerd en 1 (ouder van een) zorggebruiker geeft aan hierover mondeling geïnformeerd te zijn.

Over de ingediende klachten worden volgende cijfers/gegevens verzameld:

- aantal;
- onderwerp;
- doorlooptijd;
- acties.

Het aantal klachten in het vorige kalenderjaar werd bijgehouden.

In 2023 waren er 3 klachten.

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

- De parkeermogelijkheden voor de zorggebruikers werden geoptimaliseerd.
- De afspraken omtrent de aanlevering van facturatiegegevens werden herzien zodat facturen sneller verstuurd worden.

## 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: schriftelijk via de dienstenovereenkomst en mondeling door de sociale dienst en de betrokken coördinator van de unit.

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

1 (ouder van een) zorggebruiker geeft tijdens de bevraging aan schriftelijk op de hoogte te zijn gebracht van alle afspraken/regels.

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

Alle (ouders van) zorggebruikers geven aan niet te weten of er consequenties zijn bij het overtreden van de afspraken/regels.

Alle (ouders van) zorggebruikers geven aan dat ze inspraak hebben in de afspraken/regels op de volgende manier: er wordt rekening gehouden met de mogelijkheden van de ouders en alles is bespreekbaar.

De afspraken/regels werden de voorbije jaren geëvalueerd door:

- medewerkers;
- (ouders van) zorggebruikers;

De voorbije jaren werd volgende verbeteractie opgezet i.v.m. afspraken/regels: er werden afspraken gemaakt over het maken van opnames tijdens de hulpverlening.

## 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 niet steeds genoteerd of (ouders van) de zorggebruiker al dan niet toestemming geven voor het delen van informatie met de huisarts. Het toestemmingsformulier wordt aan de (ouders van de) zorggebruiker bezorgd maar er wordt niet gecontroleerd of de formulieren terug bezorgd worden.

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

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

1 (ouder van een) zorggebruiker geeft aan zich niet meer te herinneren of hier al of niet toestemming voor werd gevraagd.

3 (ouders van) zorggebruikers geven aan schriftelijke en mondelinge toestemming gegeven te hebben.

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 niet steeds genoteerd of (ouders van) de zorggebruiker al of niet toestemming geven voor het delen van informatie met de vervolgzorg. Het toestemmingsformulier wordt aan de (ouders van de) zorggebruiker bezorgd maar er wordt niet gecontroleerd of de formulieren terug bezorgd worden. Daarnaast wordt de mondelinge bevestiging van de toestemming niet steeds genoteerd in het dossier.

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

Er werden 8 afgesloten dossiers van zorggebruikers van "unit ASS" die aangaven een huisarts te hebben, gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts.

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

Er werden 9 lopende dossiers van zorggebruikers van "unit ASS" die aangaven een huisarts te hebben, gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts.

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

Er werden 7 afgesloten dossiers van zorggebruikers van "unit ASS" met vervolgzorg gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de vervolgzorg.

- In 4 van de 7 gecontroleerde dossiers werd informatie over toestemming tot het delen van informatie met de vervolgzorg gevonden (waarvan alle 4 de zorggebruikers toestemming gaven).
- In 3 van de 7 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 volgend verbeteractie opgezet i.v.m. het vragen van toestemming voor het delen van info met externe zorgverleners: er werd een afzonderlijk toestemmingsformulier ontwikkeld waarop een duidelijke toestemming of weigering kan worden genoteerd.

## 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.
- 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 (17/17 in orde).

### **Rolstoeltoegankelijkheid**

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

## **5.6.2 Verbeterpunten**

### **Inzage en afschrift van het dossier**

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

## 6. VEILIGHEID

### 6.1 VEILIGHEID VAN PERSONEN

#### Verwachtingen

##### Uit GGZ-referentiekaders:

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

#### Vaststellingen

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

- agressie;
- seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG).

Er wordt op volgende manier aandacht geschonken aan agressiepreventie:

- Er worden aan de zorggebruikers afspraken/regels gecommuniceerd i.v.m. agressie.
- Er wordt gewerkt met individuele pasjes (met een omschrijving van triggers en mogelijke acties).
- Het aanpakken van agressie kan een onderdeel zijn van de therapie.
- Medewerkers volgden vorming over agressiepreventie.

- Medewerkers hebben een telefoon ter beschikking met een alarmknop.
- De bestaffing wordt aangepast (bv. nabijheid van een collega wordt voorzien bij een moeilijk gesprek).

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

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

Over de incidenten m.b.t. veiligheid (agressie, SGOG) worden cijfers/gegevens verzameld: in het feitenregister worden incidenten elektronisch geregistreerd.

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

- Het agressiebeheersingsbeleid werd ontwikkeld.
- Het protocol "respectvol omgaan met elkaar" werd opgesteld.
- Het onderwerp wordt regelmatig besproken tijdens personeelsvergaderingen.

## 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 lopende dossiers van zorggebruikers is niet beveiligd:

- Sommige papieren dossiers die bewaard worden in de therapielokalen van de therapeuten zitten in een afsluitbare dossierkast, maar de sleutel van deze kast wordt bewaard in een niet afsluitbare plaats in het therapielokaal (bv. in een niet-afsluitbare lade van het bureau).



- De papieren dossiers van de sociale dienst worden bewaard in het lokaal/bureel van de maatschappelijk assistent die het dossier opvolgt. De dossiers worden bewaard in een afsluitbare dossierkast, maar de sleutels van deze dossierkasten worden in alle 3 deze lokalen bewaard in een niet afsluitbare plaats (bv. lade van het bureau).

Dossiers van zorggebruikers waarbij de zorg werd beëindigd, worden bewaard in de kelder. Deze kelder is toegankelijk voor poetspersoneel en de klusjesdienst.

Niet enkel de medewerkers die rechtstreeks betrokken zijn bij de zorg van een bepaalde zorggebruiker hebben toegang tot deze zorggebruikersgegevens, waardoor de bescherming van persoons- en gezondheidsgegevens niet gegarandeerd is. De papieren lopende dossiers die bewaard worden in de lokalen van de sociale dienst, een aantal papieren lopende dossiers die bewaard worden in therapielokalen van therapeuten en de afgesloten papieren dossiers in de kelder zijn toegankelijk voor het poetspersoneel en de klusjesdienst.

## 6.3 MEDICATIEBELEID

### Verwachtingen

#### Uit GGZ-referentiekaders:

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

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

## Vaststellingen

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

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

Er zijn mondelinge 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
<b>Kwaliteitsbeleid</b>		
Algemeen kwaliteitsbeleid	7/7	0/7
Verbeteracties	2/2	0/2
<b>Multidisciplinaire werking</b>		
Toegankelijkheid/beschikbaarheid van zorggegevens	5/7	2/7
Zorgplan	5/5	0/5
MDO	4/4	0/4
Communicatie met externe zorgverleners	20/20	0/20
<b>Rechten</b>		
Inzage/afschrift dossier	4/5	1/5
Klachtrecht	5/5	0/5
Zelfbeschikking	3/3	0/3
Rolstoeltoegankelijkheid	1/1	0/1
<b>Veiligheid</b>		
Veiligheid personen	1/1	0/1
Bewaring dossiergegevens	0/2	2/2

### 7.2 GLOBALE BEOORDELING

CAR Ter Kouter behaalde voor de meeste onderwerpen die geïnspecteerd werden een beoordeling "zoals verwacht" (57/62).

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

- (Ouders van) zorggebruikers/familie/context worden betrokken bij het beleid.
- De resultaten van de behandeling worden systematisch verzameld d.m.v. uitkomstenmetingen.

- De context (ouders, grootouders, CLB, school, kinderopvang) wordt betrokken bij het zorgtraject.
- Minderjarigen worden betrokken bij de opmaak van het zorgplan.
- Afspraken rond toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van gegevens worden opgevolgd (d.w.z. dat er gegevens worden bijgehouden) en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Afspraken rond zorgplan worden opgevolgd (d.w.z. dat er gegevens worden bijgehouden) en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Afspraken rond MDO worden opgevolgd (d.w.z. dat er gegevens worden bijgehouden) en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Ingediende klachten worden opgevolgd (d.w.z. dat er gegevens worden bijgehouden) en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Afspraken/regels worden geëvalueerd en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Incidentmeldingen betreffende agressie en SGOG worden opgevolgd (d.w.z. dat er gegevens worden bijgehouden) en rond dit onderwerp zijn er verbeteracties.
- Er wordt outreachend gewerkt.

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

- De afspraken voor het opvragen van een afschrift van het dossier zijn niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving
- Informatie over de zorggebruiker is versnipperd.
- Niet alle zorgmedewerkers die betrokken zijn bij de zorg van de zorggebruiker hebben toegang tot diens relevante gegevens.