



Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

INSPECTIEBEZOEKEN IN (UNIVERSITARIE) CENTRA VOOR AMBULANTE REVALIDATIE EN REFERENTIECENTRA VOOR AUTISME

Syntheserapport

COLOFON

Verantwoordelijke uitgever

Karine Moykens
Secretaris-generaal
Departement Zorg
Simon Bolivarlaan 17, 1000 Brussel
www.departementzorg.be

Samenstelling

Departement Zorg
Zorginspectie

Productcoördinatie en vormgeving

Afdeling Communicatie en IT - Team Communicatie

Depotnummer

D/2025/3241/362

Uitgave

Oktober 2025

INHOUD

1	INLEIDING – TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE	5
2	MANAGEMENTSAMENVATTING	6
3	TOEZICHT BIJ GGZ-REVALIDATIEVOORZIENINGEN	10
3.1	Situering	10
3.2	Ontwikkeling traject GGZ-revalidatievoorzieningen	10
3.2.1	Sectorale bevraging na plaatsbezoeken	10
3.2.2	Specifiek traject GGZ-revalidatie	14
3.2.3	Aanpassingen na proefinspecties	17
3.2.4	Opbouw van dit rapport	18
4	INSPECTIEVASTSTELLINGEN IN CENTRA VOOR AMBULANTE REVALIDATIE	20
4.1	Organisatie en zorgaanbod	20
4.2	Kwaliteitsbeleid	21
4.2.1	Achtergrond	21
4.2.2	Werkwijze	22
4.2.3	Vaststellingen	23
4.2.4	Conclusie	25
4.3	Multidisciplinariteit	26
4.3.1	Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens	26
4.3.2	Zorgplan	28
4.3.3	Multidisciplinair overleg	30
4.3.4	Communicatie met externe zorgverleners	32
4.4	Rechten	35
4.4.1	Inzage en afschrift dossier	35
4.4.2	Klachtrecht	37
4.4.3	Privacy	38
4.4.4	Zelfbeschikking	39
4.4.5	Rolstoeltoegankelijkheid	41
4.5	Veiligheid	42
4.5.1	Veiligheid van personen	42
4.5.2	Medicatiebeleid	43
4.5.3	Bewaring van dossiergegevens	46
5	INSPECTIEVASTSTELLINGEN IN UNIVERSITAIRE CENTRA VOOR AMBULANTE REVALIDATIE	48
5.1	Organisatie en zorgaanbod	48
5.2	Kwaliteitsbeleid	48
5.3	Multidisciplinariteit	50
5.3.1	Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens	50
5.3.2	Zorgplan	51
5.3.3	Multidisciplinair overleg	52
5.3.4	Communicatie met externe zorgverleners	53

5.4	Rechten	55
5.4.1	Inzage en afschrift dossier	55
5.4.2	Klachtrecht	55
5.4.3	Privacy	56
5.4.4	Zelfbeschikking	56
5.4.5	Rolstoeltoegankelijkheid	57
5.5	Veiligheid	58
5.5.1	Veiligheid van personen	58
5.5.2	Medicatiebeleid	58
5.5.3	Bewaring van dossiergegevens	58
6	INSPECTIEVASTSTELLINGEN IN REFERENTIECENTRA VOOR AUTISME	60
6.1	Organisatie en zorgaanbod	60
6.2	Kwaliteitsbeleid	60
6.3	Multidisciplinariteit	62
6.3.1	Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens	62
6.3.2	Plan van aanpak	63
6.3.3	Multidisciplinair overleg	64
6.3.4	Communicatie met externe zorgverleners	65
6.4	Rechten	66
6.4.1	Inzage en afschrift dossier	66
6.4.2	Klachtrecht	67
6.4.3	Zelfbeschikking	67
6.4.4	Rolstoeltoegankelijkheid	68
6.5	Veiligheid	69
6.5.1	Veiligheid van personen	69
6.5.2	Medicatiebeleid	69
6.5.3	Bewaring van dossiergegevens	69
7	BIJLAGE MET VERWACHTINGEN	71
7.1	Referenties	71
7.2	Kwaliteitsbeleid	72
7.3	Multidisciplinariteit	72
7.3.1	Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens	72
7.3.2	Zorgplan	73
7.3.3	Multidisciplinair overleg	74
7.3.4	Communicatie met externe zorgverleners	74
7.4	Rechten	75
7.4.1	Klachtrecht	75
7.4.2	Inzage en afschrift dossier	75
7.4.3	Privacy	76
7.4.4	Zelfbeschikking	76
7.4.5	Rolstoeltoegankelijkheid	77
7.5	Veiligheid	78
7.5.1	Veiligheid van personen	78
7.5.2	Medicatiebeleid	78
7.5.3	Bewaring van dossiergegevens	79
8	LIJST MET AFKORTINGEN	81

1 INLEIDING – TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

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

- > organisaties 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.

Hiertoe behoren onder andere de voorzieningen met een revalidatieovereenkomst, die worden erkend door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg (voorheen: agentschap Zorg en Gezondheid).

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

- > het concrete functioneren van voorzieningen controleren, toetsen, checken en vaststellen om de conformiteit met de regelgeving en geformaliseerde afspraken te controleren;
- > rapporteren en advies verlenen aan afdelingen van het Departement Zorg en agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;
- > advies verlenen over de conformiteit aan de voorzieningen die het departement inspecteert of aan begunstigen;
- > beleidsrelevante informatie signaleren aan afdelingen van het departement en aan de agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Zo wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- > de verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening van de voorzieningen;
- > de rechtmatige besteding van overheidsmiddelen;
- > een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

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. Informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de [Gegevensbeschermingsautoriteit](#).

Uitgebreide informatie is beschikbaar op de website van [Zorginspectie](#).

2 MANAGEMENTSAMENVATTING

In het kader van de zesde staatshervorming (2014) werden de voorzieningen met een revalidatie-overeenkomst door de federale overheid naar de gemeenschappen overgedragen: sinds 2019 hebben deze voorzieningen een revalidatieovereenkomst met de Vlaamse overheid.

Een eerste inspectieronde bij alle 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.

In de eerste fase van deze inspectieronde werden alle residentiële campussen geïnspecteerd. In een tweede fase kwamen de ambulante voorzieningen voor psychosociale revalidatie en voor verslavingszorg aan bod. In een derde en laatste fase tenslotte werden **de (universitaire) centra voor ambulante revalidatie** en de **referentiecentra voor autisme** geïnspecteerd.

Dit syntheserapport heeft betrekking op de centra voor ambulante revalidatie (CAR).

De vaststellingen van de universitaire centra voor ambulante revalidatie (UCAR) en de referentiecentra voor autisme (RCA) staan, gezien het kleine aantal en de specificiteit, in detail beschreven in hoofdstukken vijf en zes.

Er bestaat geen specifiek referentiekader met normen of verwachtingen betreffende de kwaliteit van de zorg voor de GGZ-voorzieningen met een revalidatieovereenkomst.

De keuze van de inspectieonderwerpen 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. Vanuit deze regelgeving en richtlijnen/referentiekaders werd, in samenspraak met de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg (voorheen: agentschap Zorg en Gezondheid), een ontwerp van verwachtingskader voor de GGZ-voorzieningen met revalidatieovereenkomst opgesteld als toetsingsinstrument voor deze inspectieronde.

Er werden vier thema's gekozen voor deze inspectieronde: **kwaliteitsbeleid, multidisciplinariteit, rechten en veiligheid**.

Voor elk van de onderwerpen binnen de vier thema's werd nagegaan of er afspraken (**PDSA**) waren, of de afspraken werden opgevolgd (**PDSA**) en of er daarover verbeteracties waren (**PDSA**). Aan de hand van de dossiercontrole werd nagegaan of de afspraken in de praktijk werden toegepast (**PDSA**). Daarnaast werden (ouders van) zorggebruikers bevraagd over de toepassing van deze afspraken in de praktijk, namelijk over het geven van informatie en het krijgen van inspraak.

Om aan de verwachtingen te kunnen voldoen, is het noodzakelijk dat de voorziening beschikt over **afspraken** rond de betreffende onderwerpen. Die afspraken kunnen mondeling of schriftelijk zijn (bv. de verwachtingen over de opmaak van een zorgplan kunnen geëxpliciteerd worden onder de 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 werd er toch nog voor geopteerd om zowel mondelinge als schriftelijke afspraken te aanvaarden.**

Uit dit rapport blijkt dat er voor de meeste onderwerpen afspraken waren. Uit de dossiercontroles en de gesprekken met (ouders van) zorggebruikers bleek dat de gecontroleerde onderwerpen voldeden aan de verwachtingen over kwaliteit van zorg. Voor de meeste onderwerpen werd de toepassing van de eigen afspraken opgevolgd, werden er cijfergegevens verzameld en werden verbeteracties opgezet.

De voornaamste knelpunten werden gezien bij de dossiervorming en bij het waarborgen van de rechten van patiënt.

Hieronder volgen de belangrijkste inspectievaststellingen over de centra voor ambulante revalidatie.

Niettegenstaande de kleinschaligheid van vele centra voor ambulante revalidatie werd op de meeste campussen een uitgewerkt **kwaliteitsbeleid** gezien.

- > Overall was er een uitgeschreven **missie/visie/opdrachtverklaring**; op een meerderheid van de campussen was dit vertaald in een **uitgeschreven beleidsplan**.
- > Overall werd kwaliteit **op directieniveau besproken** en op nagenoeg alle campussen was er iemand als **verantwoordelijke aangesteld voor het kwaliteitsbeleid**. De verantwoordelijke was op iets minder dan de helft van de campussen deels vrijgesteld voor deze opdracht; meestal had iemand van de medewerkers ook vorming gevolgd over kwaliteit.
- > Op het merendeel van de campussen werden **(ouders van) zorggebruikers/familie/context betrokken bij het beleid** van de voorziening.
- > Afspraken over **instroombeleid en vorming** waren grotendeels schriftelijk opgemaakt.
- > Overall waren er **cijfergegevens** over toegankelijkheid, doelgroep en behandeltraject en gebeurden tevredenheidsmetingen bij (ouders van) zorggebruikers. Nagenoeg overall gebeurden ook tevredenheidsmetingen bij medewerkers.
- > Verschillende **methodieken** werden gebruikt voor de **evaluatie en verbetering van de kwaliteit** van de eigen werking. Er liepen overall meerdere **verbeteracties die planmatig werden aangepakt**.

Voor de geïnspecteerde thema's werd telkens gezocht naar **afspraken (PDSA)**.

> **Multidisciplinariteit**

- Er waren afspraken over nagenoeg alle gecontroleerde **essentiële zorggegevens in het dossier** (identificatiegegevens van de huisarts en de verwijzer, omschrijving van de hulpvraag, informatie over medicatiegebruik, informatie over minderjarige kinderen).
- Over nagenoeg alle gezochte aspecten van het **zorgplan** waren er afspraken (inhoud van het zorgplan, betrokkenen bij opmaak, timing voor opmaak en voor evaluatie). Voor de meerderheid van de campussen was de intern vooropgestelde timing voor opmaak van het zorgplan binnen de 90 dagen na de start van de begeleiding (op het einde van de onderzoeksfase of vroeger).
- Er waren afspraken over beide gezochte aspecten van het **multidisciplinair overleg (MDO)** over de zorggebruikers (frequentie en verslaggeving van de conclusie). De intern vooropgestelde timing voor het eerste MDO was op nagenoeg alle campussen binnen de 90 dagen na de start van de begeleiding.
- Nagenoeg overall waren er afspraken over de **communicatie met externe zorgverleners** bij opstart en afronding van een begeleiding. Op alle campussen waren er afspraken over de opmaak en het versturen van een eindverslag.

> **Rechten**

- Er waren nagenoeg overall afspraken over **inzage en afschrift** van het zorgdossier.
- Overall waren er afspraken over het indienen van **klachten** en was er een klachtbehandelaar aangeduid.
- Er was overall schriftelijke informatie voor de (ouders van) zorggebruikers over de **afspraken/regels**.
- Over het vragen van toestemming aan (ouders van) zorggebruikers voor het **delen van informatie met huisarts en vervolgzorg** waren er bijna overall afspraken.

> Veiligheid

- Bij de meerderheid van de campussen waren er afspraken over het omgaan met agressie-incidenten en incidenten n.a.v. **seksueel grensoverschrijdend gedrag**.

Via dossiercontroles en bevraging van (ouders van) zorggebruikers werd nagegaan of deze afspraken in de praktijk werden toegepast (PDSA).

> Multidisciplinariteit

- De afspraken over de gecontroleerde **essentiële zorggegevens in het dossier** (identificatiegegevens van de huisarts en de verwijzer, omschrijving van de hulpvraag, informatie over medicatiegebruik, informatie over minderjarige kinderen) werden in de praktijk systematisch toegepast.
- In alle gecontroleerde dossiers waren **zorgplannen** opgemaakt.
- Systematische **betrokkenheid van de (ouders van) zorggebruikers** bij het zorgplan kon worden aangetoond in de dossiercontrole. Daarnaast vertelden ook nagenoeg alle bevraagde (ouders van) zorggebruikers dat ze betrokken werden bij de opmaak van hun zorgplan.
- In nagenoeg alle gecontroleerde dossiers kon een **multidisciplinair overleg** (MDO) met een conclusie aangetoond worden.
- Uit de dossiercontrole bleek dat er systematisch **eindverslagen** worden opgemaakt bij de afronding van een begeleiding.

> Rechten

- De meeste (ouders van) zorggebruikers die bevraagd werden gaven aan dat ze **informatie kregen** over de mogelijkheid tot **inzage** van hun dossier.
- De grote meerderheid van de bevraagde (ouders van) zorggebruikers gaf aan **geïnformeerd** te zijn over de mogelijkheid om **klacht** in te dienen.
- Nagenoeg alle (ouders van) zorggebruikers gaven aan dat ze **geïnformeerd** waren over de **afspraken/regels**.
- De meeste van de (ouders van) zorggebruikers gaven aan **inspraak** te hebben in de afspraken/regels.
- In het merendeel van de gecontroleerde dossiers werd informatie gevonden over al of niet toestemming geven voor het **delen van informatie externe zorgverleners**.
- Nagenoeg alle (ouders van) zorggebruikers gaven aan dat hen toestemming werd gevraagd voor het delen van informatie met de **huisarts**.

> Veiligheid

- Er was overal aandacht voor **agressiepreventie**. Haast overal waren er meerdere mogelijkheden voor opvang van medewerkers na een ingrijpend incident.

Er werd nagegaan of de afspraken werden **opgevolgd** (PDSA) en of er **verbeteracties** (PDSA) waren hierover.

> Multidisciplinariteit

- Bijna overal werd opgevolgd of de gemaakte afspraken werden toegepast en er waren overal verbeteracties over het noteren van **essentiële zorggegevens in het dossier**.
- Rond het **zorgplan** waren er bijna overal verbeteracties en werden de afspraken over het zorgplan opgevolgd.
- Bij de meerderheid waren er verbeteracties rond de **multidisciplinaire overlegmomenten** (MDO) en was er opvolging van de gemaakte afspraken.

> **Rechten**

- Op de meerderheid van de campussen werden cijfergegevens verzameld over **klachten** en liepen er verbeteracties op basis van klachten.
- Nagenoeg overal werden **afspraken/regels** geëvalueerd door medewerkers en/of (ouders van) zorggebruikers. Op de meerderheid van de campussen werden verbeteracties over afspraken/regels benoemd.
- Doorgaans werden de afspraken over het **delen van informatie** met externe zorgverleners opgevolgd en liepen er hierrond ook verbeteracties.

> **Veiligheid**

- De meeste campussen hielden cijfers bij over **incidenten** en hadden over dit aspect verbeteracties lopen.

Tijdens deze eerste inspectieronde werden een aantal **verbetermogelijkheden** opgemerkt.

> **Multidisciplinariteit**

- Een belangrijke verbetermogelijkheid die rechtstreeks verband houdt met de kwaliteit van zorg situeert zich op vlak van de **dossiervorming**. Bij de meerderheid van de campussen was het **zorgdossier versnipperd en/of niet helemaal toegankelijk voor alle betrokken zorgmedewerkers**. Niet alle essentiële zorggegevens waren zo op elk moment voor alle betrokkenen beschikbaar.

> **Rechten**

- Hoewel er nagenoeg overal algemene afspraken waren over **inzage en afschrift** van het zorgdossier, waren niet al deze afspraken in lijn met de wettelijke voorwaarden uit de wet op de patiëntenrechten (timing antwoord, mogelijkheden vraagstelling, kostprijs).
- Er zijn verbetermogelijkheden rond de **toegankelijkheid van de klachtbehandeling**: op de helft van de campussen werden er geen (rechtstreekse) contactgegevens van de klachtbehandelaar vermeld in de communicatie naar de (ouders van de) zorggebruiker en op een aantal campussen konden (formele) klachten enkel schriftelijk worden ingediend.
- De (ouders van) zorggebruikers konden niet overal **weigeren om informatie te delen** met de huisarts.
- In de helft van alle voorzieningen waren er **infrastructurele knelpunten op vlak van rolstoel-toegankelijkheid**.

> **Veiligheid**

- Op de helft van de campussen was de **medicatievoorraad niet beveiligd** voor zorggebruikers of andere onbevoegden.
- In meer dan de helft van de campussen werden **papieren zorgdossiers onveilig bewaard**.

3 TOEZICHT BIJ GGZ-REVALIDATIEVOORZIENINGEN

3.1 SITUERING

In het kader van de zesde staatshervorming (2014) werden de voorzieningen met een revalidatie-overeenkomst door de federale overheid aan de gemeenschappen overgedragen: sinds 2019 hebben deze voorzieningen een revalidatieovereenkomst met de Vlaamse overheid.

Psychosociale revalidatie, ook wel revalidatie binnen de geestelijke gezondheidszorg of GGZ-revalidatie genoemd, is gericht op het verminderen van beperkingen die bijvoorbeeld door een stoornis of verslaving zijn ontstaan. De revalidatie is gericht op het terugwinnen van zelfstandigheid zodat de persoon opnieuw een volwaardige plaats in de maatschappij kan innemen.

De behandeling bestaat uit gespecialiseerde medische, psychosociale en paramedische tussenkomsten door een team van verschillende therapeuten. Dit team werkt onder toezicht van een revalidatiearts. Afhankelijk van wat de therapeutische doelstellingen zijn, gebeurt de behandeling individueel of in groepsverband. De meeste van deze voorzieningen bieden ambulante hulp aan (dit is hulp zonder opname in de voorziening). Er zijn ook revalidatiecentra met residentiële afdelingen (dit betekent dat de zorggebruiker er verblijft). Enkele revalidatiecentra werken zowel ambulant als residentieel.

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).

3.2 ONTWIKKELING TRAJECT GGZ-REVALIDATIEVOORZIENINGEN

3.2.1 Sectorale bevraging na plaatsbezoeken

De Vlaamse overheid koos ervoor om via plaatsbezoeken een eerste zicht te krijgen op een aantal van deze voorzieningen. In eerste instantie (2017) legde het toenmalige agentschap Zorg en Gezondheid een aantal verkennende bezoeken af.

Doorheen 2018 werd, in overleg tussen de sector en de overheid, besloten dat Zorginspectie enkele aanvullende plaatsbezoeken zou uitvoeren. Die plaatsbezoeken werden opgevat als een vorm van testinspectie, waarbij de werking van de voorziening werd benaderd vanuit de volgende thema's:

- > behandeltraject
- > medicatieverstrekking (indien aanwezig)
- > samenwerking netwerk (andere partners)
- > continuïteit van zorg
- > participatie zorggebruiker en context
- > gesprek met cliënten.

Op het einde van de dag werd feedback gegeven over de vaststellingen tijdens het bezoek.

Deze plaatsbezoeken werden uitgevoerd van maart tot mei 2019. Zorginspectie bezocht 9 voorzieningen, met name 3 residentiële en 6 ambulante inspectiepunten.

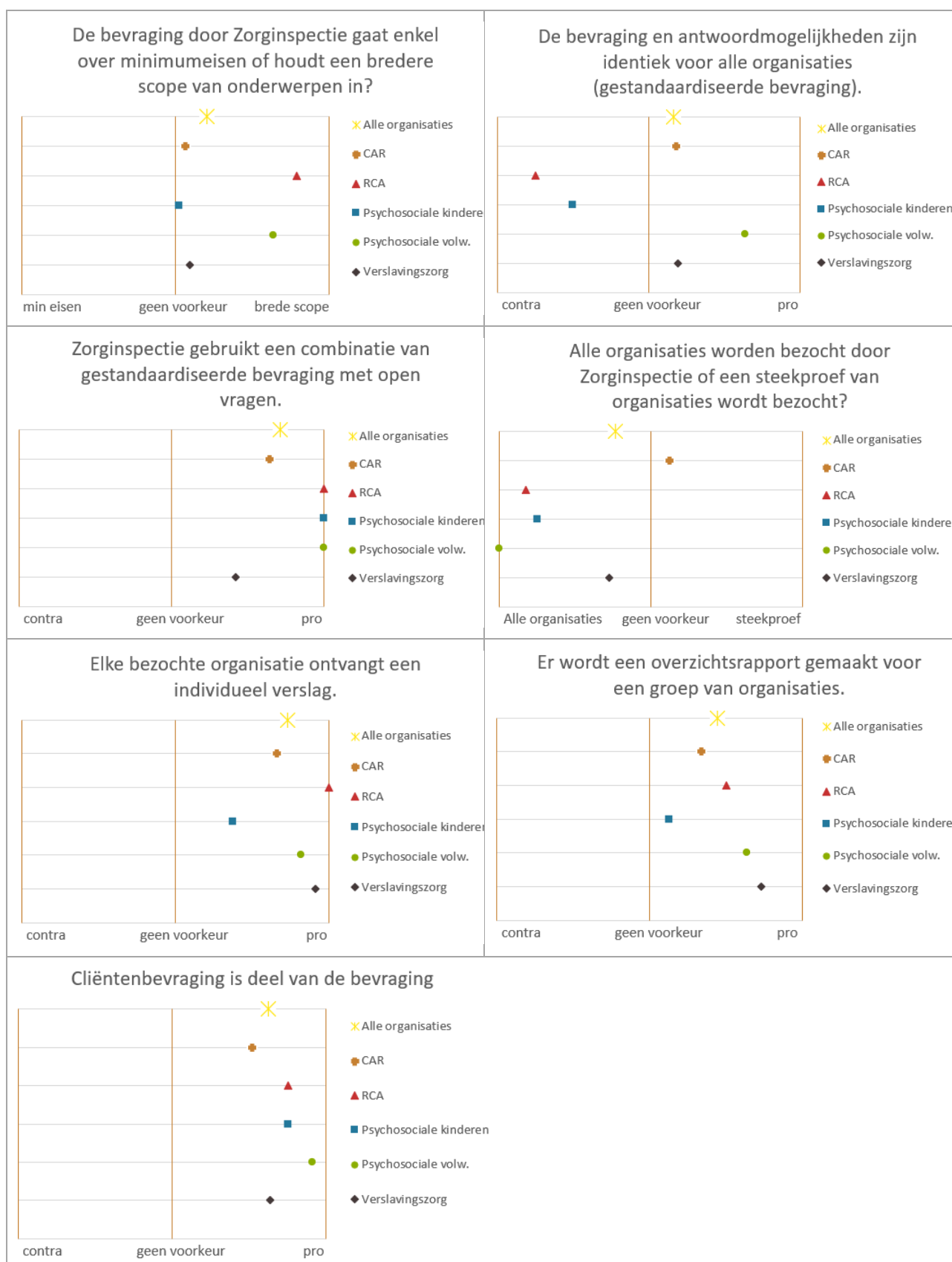
- > Residentiële voorzieningen
 - Crisiscentrum en Therapeutische gemeenschap De Spiegel Leuven
 - Psychosociaal revalidatiecentrum TG De Evenaar Antwerpen
 - De Dauw Wortegem-Petegem
- > Ambulante voorzieningen
 - MSOC Oostende
 - Dagcentrum De Sleutel Brugge
 - Revalidatiecentrum Inghelburch Brugge
 - CAR Ter Kouter Deinze
 - RCA Leuven
 - De Appelboom Genk

Na de plaatsbezoeken organiseerden Zorginspectie en het toenmalige agentschap Zorg en Gezondheid een overlegmoment per type revalidatieovereenkomst (in juni en september 2019) waarop alle GGZ-revalidatievoorzieningen en de respectievelijke koepelorganisaties werden uitgenodigd. Tijdens die vergaderingen werd feedback gegeven over de uitgevoerde plaatsbezoeken, zowel door Zorginspectie als door de bezochte organisaties. Vervolgens gaf Zorginspectie toelichting bij haar missie en visie, en werden de mogelijkheden en beperkingen bij het toezicht geschetst. Daarbij werd bijvoorbeeld aangegeven dat Zorginspectie niet bevoegd is om uitspraken te doen over individueel (medisch/therapeutisch) handelen.

Zowel tijdens als na de overlegmomenten kregen alle voorzieningen en koepelorganisaties de kans om via een schriftelijke bevraging een voorkeur aan te geven voor bepaalde aspecten van het verdere traject. De responsgraad op die bevraging zag er als volgt uit:

- > alle organisaties binnen de verslavingszorg (11)
- > 11 van de 15 organisaties psychosociale revalidatie voor volwassenen
- > alle organisaties psychosociale revalidatie voor kinderen (4)
- > alle referentiecentra autisme (4)
- > 38 van de 50 centra ambulante revalidatie (sommige gaven aan te antwoorden voor verschillende organisaties).

Hieronder worden de antwoorden op elke vraag grafisch weergegeven. Er werd voor gekozen om per vraag een gemiddelde score per type revalidatieovereenkomst en over alle organisaties te berekenen.



De laatste vraag ging over het al dan niet maken van subgroepen voor inspectie/verslaggeving. Aangezien de respondenten bij het beantwoorden van deze vraag een wisselende invulling gaven aan het begrip 'subgroep', was het niet aangewezen om een visuele voorstelling te maken van de antwoorden op deze vraag.

- > De organisaties verslavingszorg hadden als groep geen voorkeur over de vraag of Zorginspectie de verslavingszorg als één groep moet benaderen.
- > De CAR hadden een lichte voorkeur om als één groep van CAR benaderd te worden.
- > De organisaties psychosociale revalidatie voor volwassenen, de organisaties psychosociale revalidatie voor kinderen en de RCA wensten niet dat alle revalidatieovereenkomsten samen als één groep bekeken worden.
- > Eén van de voorstellen om te groeperen was de vraag naar differentiatie tussen ambulante en residentiële voorzieningen.

Uit de bevraging kwamen de volgende algemene conclusies naar voren.

- > De antwoorden op de vraag over minimumeisen versus bredere bevraging van topics waren divers: men zag voordelen van beide scenario's. Een combinatie, de afwisseling of stapsgewijze opbouw in de tijd (dus doorheen verschillende inspecties) werden als opties vermeld.
- > De overgrote meerderheid van de organisaties was voorstander van een individueel verslag, met daarnaast een overzichtsrapport.
- > Men verkoos tijdens de inspecties een combinatie van een gestandaardiseerde bevraging met open vragen. Enerzijds wou men eenvormigheid, eenduidigheid en vergelijkbaarheid; anderzijds wou men voldoende aandacht voor de eigenheid van en de verschillen tussen organisaties.
- > De meerderheid was voorstander van cliëntenbevragingen.
- > De meerderheid gaf de voorkeur aan inspecties bij alle organisaties.

Niettegenstaande het feit dat Zorginspectie geen uitspraken kan doen over individueel handelen, stelde de sector uitdrukkelijk de vraag om vooral aandacht te geven aan de inhoud van de zorg eerder dan te focussen op administratieve vereisten en procedures.

Alle organisaties voor GGZ-revalidatie kregen de uitnodiging om tijdens het overleg aan te geven welke onderwerpen m.b.t. kwaliteit van zorg zij belangrijk vonden. Deze antwoorden werden verwerkt en worden voorgesteld aan de hand van onderstaande woordenwol.



Zorginspectie heeft de resultaten van deze bevraging meegenomen bij het concreet uitwerken van een specifiek traject m.b.t. GGZ-revalidatie.

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.

3.2.2 Specifiek traject GGZ-revalidatie

Hieronder volgt de concrete beschrijving van het traject, het inspectieproces, de concrete werkwijze en aanpak tijdens de inspecties, zoals dat ook werd gecommuniceerd naar de sector zelf.

3.2.2.1 Inspectietraject

- > Tijdens deze ronde werden inspecties uitgevoerd in alle GGZ-voorzieningen met een revalidatie-overeenkomst.
- > Voorzieningen die gesitueerd zijn binnen een psychiatrisch ziekenhuis (PZ) en als dusdanig eerder werden geïnspecteerd door Zorginspectie werden niet meegenomen in dit traject. Concreet gaat het om het centrum voor kinderspsychiatrische aandoeningen GAUZZ in PZ Multiversum en om de moeder-kindeenheden in PZ Bethanië en in PZ Karus.
- > In de eerste fase van de inspectieronde, namelijk van september 2021 tot januari 2022, werden alle residentiële campussen geïnspecteerd.
- > In een tweede fase (vanaf februari 2022 tot oktober 2022) werden de ambulante voorzieningen voor psychosociale revalidatie (voor kinderen en volwassenen) en voor verslavingszorg geïnspecteerd. Voorzieningen die zowel residentiële als ambulante zorg aanbieden (bv. binnen de verslavingszorg), konden zo twee aparte inspecties krijgen. Van de voorzieningen die ambulante zorg aanbieden, werd minstens één campus bezocht.
- > In een laatste fase (tussen januari 2023 en december 2024) werden alle centra voor ambulante revalidatie (CAR), universitaire centra voor ambulante revalidatie (UCAR) en alle referentiecentra voor autisme (RCA) geïnspecteerd. Van deze voorzieningen werd één campus bezocht. Dit syntheserapport heeft betrekking op deze voorzieningen.

3.2.2.2 Inspectieproces

- > Alle inspecties gebeurden aangekondigd.
- > Voor elke inspectie werd één dag ter plaatse voorzien.
- > Tijdens de inspecties was er aandacht voor de eigenheid en specificiteit van de voorzieningen. Daarbij werd de methodiek van een gestandaardiseerde bevraging gebruikt, in combinatie met open vragen.
- > Ter voorbereiding van de inspectie ter plaatse werd door de voorziening een voorbereidende vragenlijst ingevuld. Daarnaast werden heel wat documenten opgevraagd, bv. als bijlage van de voorbereidende vragenlijst. Enkele voorbeelden hiervan zijn schriftelijke afspraken, vergaderverslagen van beleids- en overlegorganen en uitgeschreven beleidsplannen.
- > Tijdens de gesprekken ter plaatse werd dieper ingegaan op de informatie die tijdens de voorbereidende fase verkregen werd.
- > Van elke inspectie werd een individueel inspectieverslag opgemaakt. Daarnaast werden er, door de gegevens uit meerdere verslagen samen te voegen, syntheserapporten 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 konden verbeterpunten voor een voorziening of (een deel van) de sector geformuleerd worden, met opvolging door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg (ELGEZ).

3.2.2.3 Werkwijze inspecties

Voor het toezicht op de kwaliteit van de zorg baseert Zorginspectie zich zo veel mogelijk op objectief aantoonbare vaststellingen. Daarom vormden 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.

Objectiveerbare gegevens, zoals de elementen uit de dossiers van zorggebruikers en de informatie die gevonden kan worden in schriftelijke afspraken, werden bekomen door een gestandaardiseerde bevraging. Dit heeft tot gevolg dat de wijze van inspecteren uniform was voor alle voorzieningen.

Voor elk onderwerp werd 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 konden brengen.

3.2.2.4 Concrete aanpak inspecties

De vaststellingen in de inspectieverslagen 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 dossiers van zorggebruikers (bv. zorgplan, eindverslagen, medicatieschema's en registratiegegevens).

Er gebeurde, via een steekproef, een controle 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. Er werd aan de voorzieningen gevraagd volgende lijsten te maken:

- > 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 werd bij het begin van de inspectie een selectie gemaakt van dossiers die effectief werden gecontroleerd. De dossiercontrole gebeurde in aanwezigheid van een medewerker, die desgewenst toelichting kon verschaffen.

Bij de dossierinzage engageert Zorginspectie zich, in overeenstemming met de bepalingen in het Toezichtdecreet, tot het [zorgvuldig omgaan met persoons- en gezondheidsgegevens](#).

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

3.2.2.5 Verwachtingskader

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

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

- > Wet betreffende de rechten van de patiënt
- > Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
- > Universele Verklaring van de Rechten van de Mens
- > Verdrag inzake de Rechten van het Kind
- > VN-verdrag inzake personen met een handicap
- > Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).

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

- > Referentiekader voor de psychiatrische ziekenhuizen (PZ): algemeen, module medicatie en module vrijheidsbeperkende maatregelen
([Referentiekader psychiatrische ziekenhuizen](#))
- > Referentiekader voor de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)
([Referentiekader centra voor geestelijke gezondheidszorg](#))
- > Referentiekader voor de Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT)
([Referentiekader psychiatrische verzorgingstehuizen](#))
- > Referentiekader voor de Initiatieven van Beschut Wonen (IBW)
([Referentiekader initiatieven van beschut wonen](#))
- > KOC (Kenniscentrum Hulpmiddelen - Vlaamse overheid) ([Hulpmiddeleninfo](#))
- > Handboek toegankelijkheid publieke gebouwen ([Handboek toegankelijkheid publieke gebouwen](#))
- > Kwaliteitsdecreet Geestelijke Gezondheidszorg 2003 (van toepassing voor de andere voorzieningen binnen GGZ) ([Decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen](#))
- > Kindreflex ([Kindreflex](#))
- > Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg
([Wet kwaliteitsvolle praktijkvoering gezondheidszorg](#))

De specifieke verwachtingen per onderwerp, die gebaseerd zijn op deze wetgeving of richtlijnen, zijn in een bijlage aan het syntheserapport toegevoegd.

Bij de beoordeling van de vaststellingen op het vlak van kwaliteitsmanagement werd gezocht, in lijn met de basiselementen uit het Vlaams kwaliteitsdecreet van 2003, naar een antwoord op de volgende vier 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)?

In functie van deze inspecties werd, vanuit de regelgeving en richtlijnen/referentiekaders, een verwachtingskader voor de GGZ-voorzieningen met revalidatieovereenkomst opgesteld, in samenspraak met de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg (voorheen: agentschap Zorg en Gezondheid). Deze verwachtingen staan in het individuele inspectieverslag bij elk onderwerp vermeld (letterlijk geciteerd uit de betreffende regelgeving en/of referentiekaders). Als een voorziening voor een bepaald onderwerp niet aan de verwachting voldeed, werd 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 in een procedure of 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 werd er toch nog voor geopteerd om zowel mondelinge als schriftelijke afspraken te aanvaarden.

Ook de verwachtingen rond 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 het beantwoorden aan een verwachting in minder dan 75% van de gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden. De steekproef moest 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 was in deze 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 van het Departement Zorg (ELGEZ) zal de stand van zaken rond deze verbeterpunten ook opvolgen. Een aantal verbeterpunten die een directe link hebben met kwaliteit van zorg en/of patiëntveiligheid werden als prioritair aan te pakken gedefinieerd. Deze prioritaire verbeterpunten krijgen in elk geval voorrang bij de opvolging door ELGEZ.

De volledige lijst van deze [prioritaire verbeterpunten](#) staat op de website van Zorginspectie.

3.2.3 Aanpassingen na proefinspecties

Na de communicatie van de grote lijnen van het traject voor GGZ-revalidatievoorzieningen en de timing van de 3 opeenvolgende fasen, maakte Zorginspectie werk van een inspectie-instrument dat tijdens het volledige traject (dus bij residentiële én ambulante voorzieningen) kon worden gehanteerd.

Om dit inspectie-instrument te toetsen aan de praktijk werden proefinspecties gepland bij 5 voorzieningen, van maart tot mei 2020. Omwille van de coronacrisis konden deze inspecties niet in die periode plaatsvinden.

In 2021 werden de reguliere werkzaamheden binnen Zorginspectie opnieuw opgenomen. Er werd besloten om de oorspronkelijk gekozen testvoorzieningen uit te breiden met 2 CAR. Deze 7 voorzieningen (3 residentiële en 4 ambulante inspectiepunten) werden in april en mei 2021 bezocht.

Residentiële voorzieningen

- Katarsis Genk
- Tsedek Ekeren
- RKJ De Sleutel Eeklo

Ambulante voorzieningen

- MSOC Gent
- Centrum voor spraak- en taalpathologie Bree
- CAR Ter Eecken Oudenaarde
- Psychosociaal revalidatiecentrum Sonar Heverlee

Nadat alle proefinspecties waren afgerond, volgde een feedbackoverleg (juni 2021) met alle bezochte voorzieningen. Zowel de proefvoorzieningen als Zorginspectie stelden vast dat het oorspronkelijke doel, namelijk een correct beeld geven van de voorziening én een hefboom betekenen voor kwaliteitsverbetering, onvoldoende werd gerealiseerd.

- > Door de keuze van de onderwerpen en de manier waarop die werden uitgewerkt, kon niet steeds een correct beeld worden gegeven van de voorziening (soms was dat beeld te negatief, soms te positief).
- > Het luik kwaliteitsbeleid bleek onvoldoende afgestemd op de realiteit van de voorzieningen.
- > De specificiteit van de werking kon onvoldoende worden gevat.
- > Voor de voorzieningen was het onduidelijk wat precies de verwachtingen waren van de overheid.

Een herwerking van het instrument bleek dus noodzakelijk.

Tijdens een communicatiemoment waarop de volledige sector GGZ-revalidatie werd uitgenodigd (jun 2021) werd toegelicht op welke manier het inspectie-instrument werd herwerkt om te kunnen beantwoorden aan het vooropgestelde doel.

- > Correct beeld geven van de voorziening
 - Bepaalde onderwerpen herwerken, andere onderwerpen toevoegen en nog andere schrappen.
 - Het luik kwaliteitsbeleid niet enkel algemeen belichten, maar ook per geïnspecteerd thema.
 - Specificiteit en goede werking meer zichtbaar maken.
- > Hefboom betekenen voor kwaliteitsverbetering
 - Verduidelijken wat precies wordt verwacht en waarom de overheid dat belangrijk vindt.
 - Link leggen tussen afspraken en dagelijkse praktijk.
 - Ook in ambulante voorzieningen bevraging zorggebruikers toevoegen.

Bovendien werd benadrukt dat het inspectieverslag in eerste instantie een verbeterinstrument is voor de voorziening zelf. In dit eerste traject bij GGZ-revalidatievoorzieningen wil Zorginspectie de voorzieningen stimuleren tot de publicatie van het inspectieverslag (met eventuele verbeteracties) op de eigen website; bij volgende inspecties zal Zorginspectie het inspectieverslag zelf publiceren.

Op basis van de bevraging bij de organisaties voor GGZ-revalidatie en vanuit haar expertise heeft Zorginspectie volgende thema's gekozen voor deze inspectieronde: kwaliteitsbeleid, multidisciplinaire werking, rechten en veiligheid.

3.2.4 Opbouw van dit rapport

In hoofdstuk vier worden de inspectievaststellingen van de ambulante centra voor revalidatie beschreven. Het eerste luik (organisatie en zorgaanbod) is eerder beschrijvend. Bij de volgende vier thema's: kwaliteitsbeleid, multidisciplinariteit, rechten en veiligheid is er telkens een beschrijving van de achtergrond en de werkwijze, vooraleer de vaststellingen aan bod komen en er een conclusie wordt geformuleerd.

In hoofdstukken vijf en zes worden de inspectievaststellingen weergegeven voor de universitaire centra voor ambulante revalidatie en voor de referentiecentra voor autisme. Er werd voor gekozen om deze vaststellingen niet samen te voegen met de vaststellingen van de ambulante centra voor revalidatie gezien de specificiteit van de werking en het verschil qua doelgroepen. Omwille van het kleine aantal UCAR (3) en RCA (4) geeft het rapport voor deze types voorzieningen enkel de vaststellingen weer en worden hieraan geen groepsconclusies gekoppeld.

Na de vaststellingen wordt telkens voor elk onderwerp in een tabel een overzicht gegeven van de vastgestelde verbeterpunten; de prioritaire verbeterpunten zijn in kleur aangeduid.

Voor elk van de onderwerpen van de vier volgende hoofdstukken werd nagegaan of er over deze aspecten afspraken waren (PDSA), of ze werden opgevolgd (PDSA) en of er daarover verbeteracties waren (PDSA). Aan de hand van de dossiercontrole werd nagegaan of de afspraken in de praktijk werden toegepast (PDSA). Daarnaast werden (ouders van) zorggebruikers bevraagd over de toepassing van die afspraken in de praktijk, namelijk over het geven van informatie en het krijgen van inspraak.

Over alle centra voor ambulante revalidatie heen werden:

- > 440 dossiers ingekeken van zorggebruikers die op het moment van inspectie in begeleiding waren (na minstens twee maanden en vijf FTF begeleiding).
Er werden 5 dossiers van meerderjarige zorggebruikers bekeken en 435 van minderjarigen.
- > 435 dossiers gecontroleerd van zorggebruikers voor wie de begeleiding minstens een week voor de inspectie werd afgerond.
- > 139 (ouders van) zorggebruikers gesproken. Soms verschilt het aantal bevraagde (ouders van) zorggebruikers naargelang het onderwerp. Voor sommige onderwerpen was het niet aan de orde om alle (ouders van) zorggebruikers te bevragen (bv. zorggebruikers die geen huisarts hadden) of waren er (ouders van) zorggebruikers die zich niet alles konden herinneren (bv. bij reeds lange behandeling).

Over de 3 universitaire centra voor ambulante revalidatie heen werden:

- > 30 dossiers ingekeken van zorggebruikers die op het moment van inspectie in begeleiding waren (na minstens twee maanden en vijf FTF begeleiding).
Er werden 19 dossiers van meerderjarige zorggebruikers bekeken en 1 van een minderjarige.
- > 30 zorgdossiers gecontroleerd van zorggebruikers voor wie de begeleiding minstens een week voor de inspectie werd afgerond.
- > 13 (ouders van) zorggebruikers gesproken.

Over de 4 referentiecentra voor autisme heen werden:

- > 40 dossiers ingekeken van zorggebruikers die op het moment van inspectie in begeleiding waren (van zorggebruikers waarbij het diagnostisch traject was afgerond).
Er werden 2 dossiers van meerderjarige zorggebruikers bekeken en 38 van minderjarigen.
- > 40 zorgdossiers gecontroleerd van zorggebruikers voor wie het diagnostisch traject minstens een week voor de inspectie werd afgerond.
- > 5 (ouders van) zorggebruikers gesproken.

4 INSPECTIEVASTSTELLINGEN IN CENTRA VOOR AMBULANTE REVALIDATIE

4.1 ORGANISATIE EN ZORGAANBOD

Tussen januari 2023 en december 2024 bezocht Zorginspectie 44 centra voor ambulante revalidatie (CAR).

Een CAR kan bestaan uit verschillende campussen. De 44 geïnspecteerde centra voor ambulante revalidatie bieden zorg op 52 campussen. Van elke voorziening werd 1 campus bezocht. Van de 44 bezochte campussen richtten 26 campussen zich enkel op minderjarige zorggebruikers.

Op 14 campussen waren er meerdere teams die instonden voor de begeleiding van verschillende doelgroepen. Aangezien er voor sommige onderwerpen verschillende afspraken waren, werd bij deze campussen 1 specifieke doelgroep (deelwerking) gekozen voor het bevragen van de afspraken en voor de dossiercontrole.

Tabel 4.1: Overzicht bezochte centra voor ambulante revalidatie

Voorzieningen	Aantal campussen
CAR Noordhoek	1
CAR Land van Halle en Asse	2
Revalidatiecentrum Ter Eecken	1
CAR Wegwijs	1
Waas Revalidatiecentrum Lokeren	1
Centrum voor Ambulante Revalidatie Buggenhout	1
Revalidatiecentrum Ter Linde	1
CAR Genk	1
CAR Antenne 3000	1
Centrum voor Spraak- en Taalpathologie	1
CAR DAT	2
CAR Brussel	1
CAR Hasselt	2
CAR Glorieux	1
CAR De Steijger	1
CAR Ascendere	4
CAR De Hert	1
Revalidatiecentrum De Poolster	1
Antwerps Revalidatiecentrum	1
CAR Stappie	1
CARrewiel	3
CAR Sint-Lievenspoort	1
Revalidatiecentrum Noorderkempen	1
CAR Kapelhof	1
CAR Horizon	1
Het Veer, centrum voor ambulante revalidatie	1
Centrum voor ambulante revalidatie Roeselare	1

CAR 't Vlot	1
Centrum voor Functionele Revalidatie	1
CAR Oostakker	1
CAR De Klinker Ieper	1
Zeplin CAR Lovenjoel	1
CAR Impuls	1
CAR De Klinker Knokke-Heist	1
CAR De Kindervriend	1
CAR Bolt	1
CAR Therapeutisch Zorgpunt N	1
CAR 't Veld	1
Revalidatiecentrum Overleie	1
CAR Ter Kouter	1
Centrum Ambulante Revalidatie Spermalie	1
Zeplin CAR Woluwe	1
CAR Elora	1
CAR Accent	1

- > Op 13 campussen werd nazorg geboden (bv. huisbezoeken na de periode van begeleiding, monodisciplinaire behandeling, contacten met vervolgzorg). 39 campussen werkten outreachend (bv. klasobservaties, observaties of therapie in de thuiscontext).
- > Op 6 campussen werkte men met ervaringsdeskundigen.
- > Op 7 campussen was er telkens 1 langdurig (langer dan zes maanden) openstaande functie: 3 voor een kinder- en jeugdpsychiater, 2 voor een logopedist, 1 voor een boekhouder en 1 voor een facilitair medewerker.

4.2 KWALITEITSBELEID

4.2.1 Achtergrond

Goede kwaliteit van zorg is een gezamenlijke becommernis van zorggebruikers, zorgverleners, zorgorganisaties, beroepsgroepen en de overheid. Recht op kwaliteitsvolle zorg is dan ook een van de belangrijkste patiëntenrechten. Het leveren van goede zorg is ook de basis van de deontologische code van zorgverleners.

Zorg is kwaliteitsvol als die zorg de gewenste zorgresultaten heeft. Om die resultaten te bereiken, moet de zorg een aantal aspecten omvatten. De zes originele dimensies voor kwaliteit zijn in 2001 geformuleerd door het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM): zorg moet veilig, effectief, patiëntgericht, tijdig, efficiënt en billijk zijn:

- > Veilige zorg vermijdt dat patiënten letsels of schade oplopen.
- > Effectieve of doeltreffende zorg is gebaseerd op actuele wetenschappelijke kennis en voorkomt onder- en overgebruik door zorg te verlenen enkel en alleen als patiënten er baat bij hebben.
- > Patiëntgerichte zorg gaat uit van de individuele voorkeuren, noden en waarden van patiënten zodat zorgverleners zich bij klinische beslissingen laten leiden door wat de patiënten belangrijk vinden.
- > Tijdige zorg kent zo weinig mogelijk wachttijden en uitstel van zorg, want die berokkenen schade bij patiënten en bij zorgverleners.

- > Efficiënte of doelmatige zorg houdt in dat men op een doordachte en verantwoorde manier omgaat met de beschikbare middelen, voorraden en apparatuur zodat men verspilling vermijdt.
- > Billijke zorg garandeert dat iedereen dezelfde kwaliteit van zorg krijgt, onafhankelijk van bijvoorbeeld geslacht, afkomst, woonplaats of socio-economische achtergrond.

De WHO voegt in haar definitie van kwaliteitsvolle zorg het aspect 'integrale zorg' toe.

- > Integrale zorg stoelt op de realiteit dat een patiënt meer is dan zijn of haar ziekte; zorgverleners moeten dus niet alleen kijken naar biomedische factoren maar naar alle aspecten die bepalend zijn voor de ziekte en het genezingsproces.

Een uitgewerkt kwaliteitsbeleid is een belangrijk fundament voor voorzieningen om kwaliteitsvolle zorg waar te maken. Het Vlaams kwaliteitsdecreet (het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen) beschrijft kwaliteitsbeleid als de intenties van een voorziening met betrekking tot kwaliteit en de wegen daar naartoe, om de kwaliteit van zorg te meten, te evalueren en waar nodig te verbeteren met gerichte acties. Het kwaliteitsbeleid dient in overeenstemming te zijn met het algemeen beleid van de voorziening en moet een basis leggen voor formulering van de kwaliteitsdoelstellingen. Het kwaliteitsbeleid steunt op de deelname van alle medewerkers en streeft naar voordelen voor de gebruikers, de medewerkers, de voorziening en de samenleving. Het kwaliteitsbeleid bestaat uit ten minste een missie, een visie, doelstellingen en een strategie.

In mei 2019 werd op federaal niveau een 'Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg' in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd, die geleidelijk en in delen wordt geïmplementeerd. Daarin staan verschillende voorwaarden uitgeschreven die moeten vervuld worden om kwalitatieve zorg te kunnen leveren.

Ook het VIKZ (Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg) hanteert voor kwaliteit van zorg de definitie die gebaseerd is op de zes pijlers van IOM: "Kwaliteit van zorg is de mate waarin de zorg, geleverd voor personen en patiëntengroepen, de gewenste zorgresultaten verbetert. Om dit te kunnen bereiken moet zorg veilig, effectief, tijdig, efficiënt, gelijkwaardig en persoonsgericht zijn." Het VIKZ voegt daar volgende principes aan toe:

- > de ervaring van de zorggebruiker staat centraal en geldt als belangrijkste uitgangspunt voor kwaliteit van zorg
- > kwaliteit van zorg is een gedeelde verantwoordelijkheid van de voorzieningen, in dialoog met de zorggebruiker, en van de overheid
- > kwaliteit van zorg wordt waar mogelijk wetenschappelijk onderbouwd
- > kwaliteit van zorg vereist transparantie, zowel wat de totstandkoming als de uitvoering, de monitoring en de evaluatie ervan betreft.

Over al deze stappen is openheid vereist.

4.2.2 Werkwijze

Tijdens verschillende overlegmomenten met GGZ-revalidatievoorzieningen werd de kleinschaligheid van organisaties als een beperkende factor benoemd voor het uitwerken van een professioneel kwaliteitsbeleid. De beperking zit met name in het tekort aan mankracht waardoor medewerkers niet vrijgesteld kunnen worden om dergelijk beleid uit te werken. Sommige organisaties zijn ingebed in een grotere organisatie of groep van organisaties en kunnen op die manier beroep doen op de expertise en middelen die beschikbaar zijn binnen de groep. Voorbeelden hiervan zijn het bieden van interne vorming, de ondersteuning door een kwaliteitscoördinator, de aanwezigheid van overkoepelende procedures, het beschikken over kwaliteitsindicatoren, deelname aan benchmarkmetingen ...

Het voorgaande maakt dat er mogelijk grote verschillen te verwachten waren qua maturiteitsniveau van het kwaliteitsbeleid tussen de verschillende GGZ-voorzieningen. Daarom is ervoor geopteerd om tijdens de inspecties een brede waaier van kwaliteitsaspecten te bevragen. De vragen gingen in eerste instantie over basiselementen zoals de formulering van een missie en een visie, de inbedding van kwaliteitsbeleid in de organisatie, het concreet formuleren van doelstellingen. Daarnaast werd ook gepeild naar hogere maturiteitsniveaus van kwaliteitsbeleid zoals bv. het bevragen van medewerkers en zorggebruikers, de gebruikte methodieken voor evaluatie en verbetering van de kwaliteit van zorg, het gebruik van uitkomstenmetingen om het individuele behandeltraject en/of het zorgbeleid bij te sturen en het betrekken van ervaringsdeskundigen en zorggebruikers.

In dit hoofdstuk worden drie aspecten (Plan, Study, Act) van de PDSA-cyclus bekeken.

Voor vijf onderwerpen werd op elke campus gezocht naar afspraken ('Plan' in de PDSA-cyclus). De keuze voor deze onderwerpen is gebaseerd op verwachtingen hieromtrent in referentiekaders voor andere GGZ-sectoren. Het gaat om in- en exclusiecriteria, omgaan met wachtlijsten, inscholing van nieuwe medewerkers en permanente vorming voor medewerkers.

Om te kunnen beoordelen of de GGZ-revalidatievoorzieningen het eigen handelen monitoren ('Study' in de PDSA-cyclus) werd op campusniveau nagegaan welke cijfergegevens aanwezig waren. Verder werd nagevraagd welke methodieken de voorzieningen gebruikten om zicht te krijgen op de kwaliteit van de eigen werking (op campusniveau).

Tenslotte werd gekeken of de voorzieningen op campusniveau aan de slag gingen met verbeteracties ('Act' in de PDSA-cyclus). Per campus werden telkens willekeurig drie verbeteracties gekozen om te checken op de aanwezigheid van doelstellingen, motivatie, acties, timing en evaluatie van de resultaten. Daarnaast werd nagegaan of deze onderwerpen uitgeschreven waren.

4.2.3 Vaststellingen

Alle 44 bezochte campussen hadden een uitgeschreven missie/visie/opdrachtverklaring. Voor 37 campussen was dit vertaald in een uitgeschreven beleidsplan. In deze beleidsplannen werd telkens gezocht naar de aanwezigheid van doelstellingen, acties en timing. In alle 40 beleidsplannen waren doelstellingen en acties beschreven; in 2 beleidsplannen ontbrak de timing van de acties.

Op de meerderheid van de campussen werden (de ouders van de) zorggebruikers/familie/context betrokken bij het beleid (40/44).

Op alle campussen werd kwaliteit besproken op directieniveau. Dit was aantoonbaar aan de hand van verslagen.

De verantwoordelijkheid voor het kwaliteitsbeleid was op 43 van de 44 campussen toegewezen aan één (22/43) of verschillende (21/43) medewerkers, bijvoorbeeld aan de directie (26/43), aan een kwaliteitscoördinator (9/43), aan een beleidsmedewerker (4/43), aan een leidinggevende (19/43) of aan een lid van het zorgteam (6/43). Op 20 van de 43 campussen waren deze medewerkers deels vrijgesteld voor deze opdracht, variërend van 0,05 VTE tot 0,8 VTE.

Op 42 van de 44 campussen volgde iemand van de medewerkers in de voorbije 5 jaar een vorming rond kwaliteitsbeleid.

De onderwerpen waarvoor afspraken werden gezocht, zijn hierna vermeld. Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen waar er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

- > inclusiecriteria (44/44)
- > exclusiecriteria (44/44)
- > wachtlijsten (44/37)
- > inscholing nieuwe medewerkers (43/38)
- > permanente vorming voor medewerkers (44/41).

43/44 campussen hadden afspraken voor alle gecontroleerde onderwerpen waarvan 34 campussen voor alle nagevraagde onderwerpen over schriftelijke afspraken beschikten.

Beschikbare cijfergegevens:

- > Voor alle 44 campussen werd vastgesteld dat er cijfergegevens waren over de toegankelijkheid, over doelgroepen en over de behandeling.
- > Op alle 44 campussen waren cijfergegevens beschikbaar over de gevolgde vorming van medewerkers.
- > Op alle 44 campussen werd de tevredenheid van (ouders van) zorggebruikers bevestigd. Op nagenoeg alle campussen (43/44) waren hierover ook cijfergegevens beschikbaar.
- > Op nagenoeg alle campussen (43/44) werd de tevredenheid van de medewerkers bevestigd. Op 34 van de 43 campussen gebeurde dit schriftelijk en waren er cijfergegevens beschikbaar.

Overzicht van de methodieken die gebruikt werden om zicht te krijgen op de kwaliteit van de eigen werking (aantallen tussen haakjes):

- > jaarverslag (43/44)
- > uitkomstmetingen (40/44)
- > opvolging en evaluatie van het beleidsplan (35/44)
- > indicatoren (andere dan de medewerkers-, zorggebruikersbevestiging en uitkomstmetingen die hierboven beschreven staan) (15/44)
- > SWOT-analyse (13/44)
- > interne audit (13/44)
- > overleg met andere CAR (11/44)
- > externe audit (10/44)
- > intervisie of supervisie (7/44)
- > inbreng van ervaringsdeskundigen (6/44).

Op alle campussen werden de voorbij vijf jaar meerdere verbeteracties uitgevoerd.

In totaal werden voor alle campussen samen 132 verbeteracties bevestigd (resultaten tussen haakjes):

- > doelstelling aanwezig (131/132)
- > motivatie geformuleerd (132/132)
- > acties uitgewerkt (131/132)
- > timing bepaald (126/132)
- > evaluatie uitgevoerd (123/132)
- > verbeteracties met alle vijf voorgaande elementen samen aanwezig (117/132)
 - verbeteracties met alle vijf voorgaande elementen **schriftelijk** uitgewerkt (82/132).

Tabel 4.2: Overzicht verbeterpunten kwaliteitsbeleid

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Geen algemeen beleidsplan (7x). Een algemeen beleidsplan, maar hierin ontbrak een timing (2x).	9/44
Geen schriftelijke afspraken rond inclusiecriteria.	0/44
Geen schriftelijke afspraken rond exclusiecriteria.	0/44
Geen schriftelijke afspraken rond wachtlijstbeleid.	7/44
Geen schriftelijke afspraken rond inscholing nieuwe medewerkers.	6/44
Geen schriftelijke afspraken rond vorming voor de medewerkers.	3/44
Kwaliteitsonderwerpen betreffende de eigen werking werden niet besproken op directieniveau (niet aantoonbaar met verslaggeving).	0/44
Er werden geen verbeteracties opgezet.	0/44
In geen enkele van de drie geselecteerde verbeteracties werden alle gecontroleerde onderwerpen (doelstelling, motivatie, acties, timing en evaluatie) gevonden.	2/44

4.2.4 Conclusie

Niettegenstaande de kleinschaligheid van vele centra voor ambulante revalidatie werd op de meeste campussen een uitgewerkt kwaliteitsbeleid gezien. Overal was er een uitgeschreven missie/visie/opdrachtverklaring; op een meerderheid van de campussen was dit vertaald in een uitgeschreven beleidsplan. Overal werd kwaliteit op directieniveau besproken en op nagenoeg alle campussen was er iemand als verantwoordelijke aangesteld voor het kwaliteitsbeleid. De verantwoordelijke was op iets minder dan de helft van de campussen deels vrijgesteld voor deze opdracht; meestal had iemand van de medewerkers ook vorming gevolgd over kwaliteit.

Op het merendeel van de campussen werden (ouders van) zorggebruikers/familie/context betrokken bij het beleid van de voorziening.

Afspraken over instroombeleid en vorming waren grotendeels schriftelijk opgemaakt. Overal waren er cijfergegevens over toegankelijkheid, doelgroep en behandeltraject en gebeurden tevredenheidsmetingen bij (ouders van) zorggebruikers. Nagenoeg overal gebeurden ook tevredenheidsmetingen bij medewerkers.

Verschillende methodieken werden gebruikt voor de evaluatie en verbetering van de kwaliteit van de eigen werking. Er liepen overal meerdere verbeteracties die planmatig werden aangepakt.

4.3 MULTIDISCIPLINARITEIT

Kenmerkend voor de revalidatiesector is de multidisciplinaire zorg die wordt geleverd. Uit de bevraging van organisaties over wat zij zelf zien als te inspecteren onderwerpen m.b.t. kwaliteit van zorg, kwam multidisciplinariteit als een prioritair onderwerp naar voren.

In deze inspectieronde werden volgende aspecten van multidisciplinariteit gecontroleerd:

- > toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens voor alle bij de zorg betrokken zorgverleners
- > opmaak van het zorgplan met doelstellingen en acties door het team en de betrokkenheid van de (ouders van de) zorggebruiker bij de opmaak
- > multidisciplinair overleg (MDO) over het zorgplan
- > communicatie met externe zorgverleners (verwijzer, huisarts en vervolgzorg).

Telkens werd nagegaan of er omtrent deze aspecten afspraken (PDSA) waren, of ze werden opgevolgd (PDSA) en of er verbeteracties waren m.b.t. dit aspect (PDSA). Aan de hand van een dossiercontrole werd nagegaan of die zorggegevens te vinden waren in het dossier en of de afspraken in de praktijk werden toegepast en (ouders van) zorggebruikers werden bevraagd over hun betrokkenheid bij het zorgplan (PDSA).

4.3.1 Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens

4.3.1.1 Achtergrond

Een geïntegreerd multidisciplinair zorgdossier ondersteunt de informatiedeling en afstemming binnen het team van zorgverleners en is zo de basis voor goede kwaliteit van zorg. Concreet betekent dit o.a. dat de relevante dossierinformatie van alle betrokken zorgmedewerkers (medische en niet-medische disciplines) samen bewaard wordt en dat deze informatie ook toegankelijk is voor alle betrokken zorgverleners.

4.3.1.2 Werkwijze

Een dossier werd als geïntegreerd beschouwd indien:

- > het volledig elektronisch was en alle onderdelen gelinkt waren met het centrale zorgdossier of
- > het volledig op papier was waarbij alle papieren bewaard werden in één map en op één locatie of
- > het deels elektronisch was en alle onderdelen gelinkt waren met het centrale zorgdossier, deels op papier was en waarbij het deel op papier bewaard werd in één map op één locatie.

Een dossier werd 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 konden.

De PDSA-cyclus werd bekeken: er werd nagegaan of er afspraken waren i.v.m. de plaats van het noteren van enkele gegevens in het dossier, of deze afspraken werden opgevolgd en of er hierover verbeteracties waren in de voorbije jaren.

Dossiers werden gecontroleerd op aanwezigheid van essentiële informatie die toegankelijk zou moeten zijn voor de betrokken zorgverleners over volgende onderwerpen:

- > de identificatiegegevens van de huisarts
- > de identificatiegegevens van de verwijzer
- > de omschrijving van de hulpvraag van de zorggebruiker

- > het overzicht van het huidige medicatieschema of de informatie dat de zorggebruiker geen medicatie neemt
- > informatie over minderjarige kinderen.

4.3.1.3 Vaststellingen

In de meerderheid van de campussen (42/44) bestond het zorgdossier uit een combinatie van elektronische bestanden en papieren documenten. 2 campussen werkten met een volledig elektronisch zorgdossier. Voor een minderheid van de campussen (8/44) kon worden vastgesteld dat er gewerkt werd met een geïntegreerd zorgdossier.

In 35 van de 44 campussen was het dossier toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners.

De zorggegevens waarvoor op de 44 campussen afspraken werden gezocht zijn hierna vermeld.

Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen waar er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

Het controleren van een afspraak over informatie betreffende minderjarige kinderen was slechts in 8 van de 44 campussen relevant omdat in de andere campussen de zorggebruikers zelf minderjarig waren of omdat er tijdens inspectie een deelwerking werd gekozen die enkel zorg bood aan minderjarige zorggebruikers.

Afspraken over waar volgende zorggegevens in het dossier moesten genoteerd worden:

- > identificatiegegevens van de huisarts (43/42)
- > identificatiegegevens van de verwijzer (44/43)
- > de hulpvraag van de zorggebruiker (44/44)
- > medicatiegebruik (43/42)
- > dat de zorggebruiker geen medicatie neemt (41/24)
- > informatie over minderjarigen (7/4).

40/44 campussen hadden afspraken voor alle gecontroleerde onderwerpen waarvan 23 campussen voor alle nagevraagde onderwerpen over schriftelijke afspraken beschikten.

Over de vijf bovenstaande onderwerpen werd vervolgens nagegaan hoe de afspraken in de praktijk werden toegepast. Hiervoor werden in alle campussen dossiersteekproeven gedaan.

Er werden in totaal 440 dossiers ingekeken.

- > In 5 gecontroleerde dossiers was genoteerd dat de zorggebruiker geen huisarts had. In 421 van de 435 overige dossiers werden identificatiegegevens van de huisarts gevonden en in 14 dossiers werd geen informatie over de huisarts gevonden of werden geen identificatiegegevens van de huisarts gevonden.
- > 23 (ouders van) zorggebruikers kwamen op eigen initiatief naar de organisatie (geen verwijzer); in alle 417 dossiers met verwijzer waren er identificatiegegevens over de verwijzer.
- > In alle 440 dossiers was een hulpvraag genoteerd.
- > In 372/440 dossiers werd informatie gevonden over medicatiegebruik (een medicatieschema of de melding dat de zorggebruiker geen medicatie nam).
- > Er werden in totaal 5 dossiers van meerderjarigen bekeken; enkel in deze dossiers werd gezocht naar informatie over aanwezigheid van minderjarige kinderen. In 4/5 dossiers werd informatie gevonden over al dan niet aanwezigheid van minderjarige kinderen.

De afspraken over dossiergegevens (toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van gegevens) werden op 42 van de 44 campussen opgevolgd. Op alle 44 campussen waren er verbeteracties voor deze onderwerpen. Op 42 van de 44 campussen waren er afspraken over dossiergegevens, was er opvolging van de toepassing van de afspraken én waren er verbeteracties voor deze onderwerpen.

Tabel 4.3: Overzicht verbeterpunten toegankelijkheid en beschikbaarheid zorggegevens

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Het dossier van zorggebruikers was versnipperd	36/44
Niet alle zorggebruikersgegevens waren toegankelijk voor de betrokken teamleden.	9/44
Er waren niet voor alle gezochte elementen afspraken over waar ze genoteerd moesten worden in het dossier.	4/44
In < 75% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over (de identificatiegegevens van) de huisarts (enkel berekend op de dossiers met huisarts en zonder weigering om informatie te delen).	2/44
In < 75% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over (de identificatiegegevens van) de verwijzer (enkel berekend op de dossiers met verwijzing).	0/43*
In < 75% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over de hulpvraag van de patiënt.	0/44
In < 75% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over medicatiegebruik.	9/44

* Wanneer er in de gecontroleerde dossiers geen 75% werd gehaald, werd een verbeterpunt geformuleerd. Deze beoordeling gebeurde alleen als er minimum vijf dossiers werden bekeken, waardoor de noemer varieert.

4.3.1.4 Conclusie

Bij de meerderheid van de campussen was het zorgdossier versnipperd en/of niet helemaal toegankelijk voor alle betrokken zorgmedewerkers. Niet alle essentiële zorggegevens waren zo op elk moment voor alle betrokkenen beschikbaar op die campussen.

Over nagenoeg alle gecontroleerde essentiële zorggegevens waren er afspraken over waar deze genoteerd moeten worden in het dossier. Uit de dossiercontrole bleek dat die afspraken in de praktijk systematisch werden toegepast.

Op bijna alle campussen werd opgevolgd of de gemaakte afspraken werden toegepast en overal liepen er verbeteracties over zorggegevens in het dossier.

4.3.2 Zorgplan

4.3.2.1 Achtergrond

Het is noodzakelijk dat er, binnen een redelijke termijn, voor elke zorggebruiker door het multidisciplinair team een zorgplan wordt opgemaakt met minstens de doelstellingen en de geplande acties. Dit heeft zijn belang voor de kwaliteit van de zorg o.a. met het oog op de afstemming over de aanpak en de doelstellingen.

De visie op de zorggebruiker als participant en belangrijke actor in het eigen zorgproces heeft de laatste jaren veel aan belang gewonnen. De zorggebruiker is expert in de eigen aandoening en is een noodzakelijke schakel voor de aanpak van problemen. Recenter wint ook de betrokkenheid van familie en relevante derden aan belang binnen de GGZ-sector.

4.3.2.2 Werkwijze

De PDSA-cyclus werd bekeken: er werd nagegaan of er afspraken waren i.v.m. het zorgplan, of deze afspraken werden opgevolgd en of er hierover verbeteracties waren in de voorbije jaren.

Er werd in de dossiers gezocht naar zorgplannen van zorggebruikers (na minstens twee maanden en vijf FTF begeleiding).

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.

(Ouders van) Zorggebruikers werden bevraagd over hun betrokkenheid bij de opmaak van het zorgplan.

4.3.2.3 Vaststellingen

De afspraken die bij de 44 campussen werden gezocht over het zorgplan zijn hierna vermeld.

Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen waar er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

- > Afspraken over de inhoud van het zorgplan (44/44)
- > Afspraken over wie betrokken moest worden bij de opmaak van het zorgplan (44/41)
- > Afspraken over de timing voor het opstellen van het zorgplan (43/37)
 - Op 1 campus was er geen interne timing vooropgesteld voor het opstellen van het zorgplan.
 - In de 43 overige campussen varieerde de intern vooropgestelde timing voor het opstellen van het zorgplan tussen 30 en 180 dagen na de start van de onderzoeksfase. Op 40 van de 43 campussen was de intern vooropgestelde timing voor opmaak van het zorgplan binnen de 90 dagen na de start van de begeleiding (op het einde van de onderzoeksfase of vroeger).
- > Afspraken over de timing voor het evalueren van het zorgplan (44/40).

43 van de 44 campussen hadden voor alle vier gecontroleerde onderwerpen afspraken en die waren voor 34 campussen allemaal schriftelijk.

Er werd vastgesteld dat alle 44 campussen afspraken hadden over de inspraak van (ouders van de) zorggebruikers in hun zorgplan, voor 43 campussen waren dit schriftelijke afspraken.

134 van de 139 (ouders van) zorggebruikers die bevraagd werden, gaven aan dat ze betrokken waren bij de opmaak van hun zorgplan.

Daarnaast gaven alle 44 campussen aan dat de familie/context in de verschillende fases van het zorgtraject betrokken werden.

In verband met het zorgplan werd vervolgens nagegaan hoe de afspraken in de praktijk werden toegepast. Hiervoor werden in alle campussen dossiersteekproeven gedaan. Er werden in totaal 440 dossiers ingekeken van zorggebruikers die in begeleiding waren.

- > Er werd in alle 440 dossiers een zorgplan gevonden.
- > In 392/420 dossiers werd het zorgplan opgemaakt binnen de eigen afgesproken timing.
 - In de 20 overige dossiers kon niet gecontroleerd worden of het zorgplan werd opgemaakt binnen de eigen afgesproken timing aangezien er op 1 campus geen interne timing voor opmaak van het zorgplan werd vooropgesteld en voor de dossiers die werden gecontroleerd op een andere campus kon de datum van opmaak van het zorgplan niet achterhaald worden.
- > In 413/440 dossiers kon de betrokkenheid van de zorggebruiker of de ouders van een minderjarige zorggebruiker bij de opmaak van het zorgplan aangetoond worden.
 - 435 van de 440 gecontroleerde dossiers waren van minderjarige zorggebruikers. Bij 115/435 dossiers kon de betrokkenheid van de minderjarige zelf bij opmaak van het zorgplan worden aangetoond (waarvan 98 kinderen jonger dan 12 jaar en 17 adolescenten).

De afspraken over de opmaak van het zorgplan werden in de meeste campussen opgevolgd (41/44). 42 van de 44 campussen konden verbeteracties benoemen in verband met het zorgplan. Voor 39 campussen waren er zowel afspraken over het zorgplan, was er opvolging van de toepassing van de afspraken en waren er verbeteracties hieromtrent.

Tabel 4.4: Overzicht verbeterpunten zorgplan

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren niet over alle gezochte elementen met betrekking tot het zorgplan afspraken.	1/44
Er waren geen afspraken over inspraak van de (ouders van de) zorggebruiker bij de opmaak of evaluatie van het zorgplan.	0/44
In < 75% van de gecontroleerde dossiers met een zorgplan kon aangetoond worden dat (de ouders van) de zorggebruikers inspraak hadden bij de opmaak van het zorgplan.	5/44
Na minstens 2 maanden / 5 FTF begeleiding werd er in < 75% van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden.	0/44
Er werd in < 75% van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden volgens de intern vooropgestelde timing.	3/42*

* Op 2 campussen kon niet gecontroleerd worden of het zorgplan werd opgemaakt volgens de intern vooropgestelde timing aangezien er op 1 campus geen interne timing vooropgesteld werd en op een andere campus kon de datum van opmaak van het zorgplan niet achterhaald worden.

4.3.2.4 Conclusie

Over nagenoeg alle gezochte aspecten van het zorgplan waren er afspraken. Voor 90% van de campussen was de intern vooropgestelde timing voor opmaak van het zorgplan binnen de 90 dagen na de start van de begeleiding (op het einde van de onderzoeksfase of vroeger).

In alle gecontroleerde dossiers werd een zorgplan gevonden.

Systematische betrokkenheid van de (ouders van) zorggebruikers kon worden aangetoond in de dossiercontrole. Nagenoeg alle bevraagde (ouders van) zorggebruikers vertelden dat ze betrokken werden bij de opmaak van hun zorgplan.

Bijna overal was er opvolging of de gemaakte afspraken werden toegepast en liepen er verbeteracties over het zorgplan.

4.3.3 Multidisciplinair overleg

4.3.3.1 Achtergrond

Multidisciplinariteit verwijst in de eerste plaats naar de zorg die door een multidisciplinair team wordt verleend. Ten tweede verwijst het ook naar de regelmatige afstemming binnen dit team over de gezondheidsinformatie en de (evolutie van de) behandeling van de zorggebruiker. Regelmatig multidisciplinair overleg is daarvoor noodzakelijk.

4.3.3.2 Werkwijze

De PDSA-cyclus werd bekeken: er werd nagegaan of er afspraken waren i.v.m. de multidisciplinaire bespreking van zorggebruikers, of die afspraken werden opgevolgd en of er hierover verbeteracties waren in de voorbije jaren.

In dossiers werd gezocht naar notities of verslagen van MDO (na minstens twee maanden en vijf FTF begeleiding):

- > Voor alle gecontroleerde dossiers werd gecheckt of er tijdens de begeleiding een MDO werd georganiseerd en of hiervan een conclusie te vinden was in het dossier.
- > Vervolgens werd nagegaan of het eerste MDO over de zorggebruiker georganiseerd werd volgens de interne afspraken m.b.t. timing voor het eerste MDO.
- > Daarnaast werd voor de gecontroleerde dossiers met een begeleidingsduur van minstens zes maanden ook gecheckt of er een notitie van minstens één MDO aanwezig was.

4.3.3.3 Vaststellingen

De afspraken die werden gezocht over het multidisciplinair overleg bij de 44 campussen zijn hierna vermeld. Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen waar er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

- > Afspraken over de frequentie van het MDO (44/39)
- > Afspraken over de conclusie van het MDO (44/44).

Op 1 campus was er geen interne timing vooropgesteld voor het eerste MDO. In de 43 overige campussen varieerde de intern vooropgestelde timing voor het eerste MDO tussen 30 en 365 dagen na de start van de onderzoeksfase.

Op 41 van de 43 campussen is de intern vooropgestelde timing voor het eerste MDO binnen de 90 dagen na de start van de begeleiding (op het einde van de onderzoeksfase of vroeger).

De afspraken over het MDO werden in de meerderheid van de campussen opgevolgd (41/44).

40 campussen konden verbeteracties benoemen in verband met het MDO. Voor 38 campussen waren er zowel afspraken over het MDO, was er opvolging van de toepassing van de afspraken en waren er verbeteracties hieromtrent.

In verband met het MDO werd vervolgens nagegaan hoe de afspraken in de praktijk werden toegepast. Daarvoor werden in alle campussen dossiersteekproeven gedaan, in totaal 440 dossiers.

- > Er werd in 439/440 dossiers een notitie over een MDO gevonden.
- > In 433/439 dossiers met een MDO was er een conclusie te vinden.
- > In 10 dossiers kon niet gecontroleerd worden of het eerste MDO gebeurde binnen de eigen afgesproken timing aangezien er op deze campus geen interne timing voor het eerste MDO werd vooropgesteld. In 406 van de overige 430 dossiers kon aangetoond worden dat het MDO binnen de eigen afgesproken timing gebeurde.
- > Voor 426 dossiers waren de zorggebruikers minstens zes maanden in begeleiding. In 425 van deze dossiers was er minstens één MDO te vinden.

Tabel 4.5: Overzicht verbeterpunten multidisciplinair overleg

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren niet voor alle gezochte elementen met betrekking tot het MDO afspraken.	0/44
Er kon in < 75% van de gecontroleerde dossiers van zorggebruikers die minstens zes maanden in begeleiding waren, aangetoond worden dat er een MDO georganiseerd werd.	0/44
Er kon in < 75% van de gecontroleerde dossiers aangetoond worden dat een MDO georganiseerd werd binnen de intern vooropgestelde timing.	3/43*
Er werd voor < 75% van de gecontroleerde MDO een conclusie gevonden.	0/44

* Op 1 campus kon niet gecontroleerd worden of het eerste MDO gebeurde volgens de intern vooropgestelde timing aangezien er op deze campus hiervoor geen interne timing vooropgesteld werd.

4.3.3.4 Conclusie

Over beide gezochte aspecten van het MDO waren er afspraken. De intern vooropgestelde timing voor het eerste MDO was op nagenoeg alle campussen binnen de 90 dagen na de start van de begeleiding.

In nagenoeg alle gecontroleerde dossiers kon een MDO met een conclusie aangetoond worden.

Op de meeste campussen werd opgevolgd of de gemaakte afspraken werden toegepast en waren er verbeteracties rond het MDO.

4.3.4 Communicatie met externe zorgverleners

4.3.4.1 Achtergrond

Goede zorgverlening vereist goede communicatie en afstemming met externe zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor een zorggebruiker (o.a. verwijzers, huisarts en eventuele vervolgzorg).

4.3.4.2 Werkwijze

Afspraken over communicatie met externe zorgverleners werden bevraagd.

In de dossiers van zorggebruikers waarvan de begeleiding minstens een week was afgerond werd gezocht naar een eindverslag.

Deze eindverslagen werden gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over de 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 een contactpersoon.

Er werd nagevraagd wat de voorziening zelf verwacht als inhoudelijke elementen die in een eindverslag aanwezig moeten zijn. Vervolgens werden de eindverslagen bekeken op het vlak van het naleven van de interne afspraken rond inhoudelijke elementen.

4.3.4.3 Vaststellingen

De afspraken die werden gezocht over communicatie met externe zorgverleners bij de 44 campussen zijn hierna vermeld. Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen waar er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

- > Afspraken over communicatie met de verwijzer bij opstart van een begeleiding (43/36)
- > Afspraken over communicatie met de verwijzer bij afronding van een begeleiding (43/37)
- > Afspraken over communicatie met de huisarts bij opstart van een begeleiding (41/29)
- > Afspraken over communicatie met de huisarts bij afronding van een begeleiding (43/34)
- > Afspraken over het versturen van een eindverslag naar de huisarts bij afronding van de begeleiding (44/35)
- > Afspraken over het versturen van een eindverslag naar de vervolgzorg bij afronding van de begeleiding (44/25)
- > Afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag (44/41).

In 21 van de 44 campussen was de timing voor het versturen van het eindverslag vastgelegd.

In verband met de communicatie met externe zorgverleners werd vervolgens nagegaan hoe de afspraken in de praktijk werden toegepast. Er werden over alle campussen heen 435 dossiers ingekeken van zorggebruikers voor wie de begeleiding minstens een week voor de inspectie werd afgerond.

- > Er werd in 424/435 dossiers een eindverslag gevonden (er werd niet nagegaan of deze eindverslagen verstuurd werden).
- > In 372/424 eindverslagen was de periode van de begeleiding vermeld.
- > In 419/424 eindverslagen was de probleemomschrijving vermeld.
- > In 420/424 eindverslagen stond een beschrijving van de evolutie/verloop van het traject.
- > In 386/424 eindverslagen stond informatie over de nodige nazorg/verdere verwijzing.
- > In 416/424 eindverslagen waren de naam van een contactpersoon binnen de voorziening en contactgegevens vermeld.
- > In 338/424 eindverslagen waren alle 5 hierboven gecontroleerde items aanwezig.
- > 349/424 eindverslagen voldeden volledig aan de interne afspraken rond inhoudelijke elementen van het eindverslag.

Tabel 4.6: Overzicht verbeterpunten communicatie met externe zorgverleners

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren geen afspraken over het op de hoogte brengen van de verwijzer wanneer een begeleiding wordt opgestart.	1/44
Er waren geen afspraken over het op de hoogte brengen van de verwijzer wanneer een begeleiding wordt afgerond.	1/44
Er waren geen afspraken over het op de hoogte brengen van de huisarts wanneer een begeleiding wordt opgestart.	3/44
Er waren geen afspraken over het op de hoogte brengen van de huisarts wanneer een begeleiding wordt afgerond.	1/44
Er waren geen afspraken over het versturen van een eindverslag naar de huisarts bij afronding van de begeleiding.	0/44
Er waren geen afspraken over het versturen van een eindverslag naar de vervolgzorg bij afronding van de begeleiding.	0/44
Er waren geen afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag.	0/44
Er werd in < 75% van de gecontroleerde dossiers een eindverslag gevonden.	1/44
Er kon in < 75% van de gecontroleerde eindverslagen informatie gevonden worden over volgende gecontroleerde onderwerpen:	14/44
> vermelding van de periode van begeleiding	5/44
> probleemomschrijving	0/44
> beschrijving van de evolutie/verloop van het traject	0/44
> informatie over de nodige nazorg/verdere verwijzing	7/44
> naam van een contactpersoon en contactgegevens.	2/44
Er kon in < 75% van de gecontroleerde eindverslagen aangetoond worden dat de inhoudelijke elementen, volgens de interne afspraken, aanwezig waren.	10/44

4.3.4.4 Conclusie

Nagenoeg overal waren er afspraken over de communicatie met externe zorgverleners bij opstart en afronding van een begeleiding. Op alle campussen waren er afspraken over het versturen van een eindverslag naar externe zorgverleners en over de minimale inhoud van een eindverslag. Bij iets minder dan de helft van de campussen was de timing voor het versturen van een eindverslag vastgelegd.

Uit de dossiercontrole bleek dat er systematisch eindverslagen werden opgemaakt bij de afronding van een begeleiding.

4.4 RECHTEN

De wet betreffende de patiëntenrechten vormt de basis voor de verschillende verwachtingen binnen dit thema. Tijdens de inspecties werd ingezoomd op een aantal rechten die in deze wet zijn geformuleerd, zoals het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer, het klachtrecht, het recht op een zorgvuldig bijgehouden zorgdossier en het recht op inzage en afschrift van dit dossier.

Rolstoeltoegankelijkheidsvereisten zijn gebaseerd op het artikel over toegankelijkheid uit de rechten van de mens.

4.4.1 Inzage en afschrift dossier

4.4.1.1 Achtergrond

Het recht op inzage en afschrift van het dossier staat beschreven in de wet op de patiëntenrechten.

De oorspronkelijke wet van 22 augustus 2002 werd in de loop van deze inspectieronde, namelijk op 6 februari 2024, gewijzigd en zorgde voor enkele belangrijke veranderingen. Zo geeft de vernieuwde wet de patiënten inzage in hun volledige dossier, met uitzondering van gegevens over derden.

Voorheen konden persoonlijke notities van zorgverleners uitgesloten worden van het recht op inzage.

Zorginspectie vond het belangrijk om de voorzieningen die geïmpacteerd werden door deze wetswijziging enige tijd te geven alvorens hierop te inspecteren. Daarom paste Zorginspectie vanaf maart 2024 de inspectiemethodiek en individuele verslaggeving aan door de volgende elementen uit de inspectieverslagen te schrappen, terwijl ze voorheen wel beoordeeld werden:

- > Alleen persoonlijke notities of elementen over derden kunnen onttrokken worden aan het recht op inzage/afschrift.
- > Wanneer de vertrouwenspersoon van de patiënt een beroepsbeoefenaar is, worden de persoonlijke notities niet onttrokken aan het recht op inzage/afschrift.

Gelet op deze wetswijziging, worden in dit syntheserapport alleen vaststellingen beschreven over de aspecten die onveranderd bleven, namelijk:

- > 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 kan (mondeling of schriftelijk) aan de beroepsbeoefenaar vragen om rechtstreeks zijn/haar patiëntendossier in te kijken.
- > 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.

4.4.1.2 Werkwijze

Afspraken over inzage en afschrift van het zorgdossier werden bevraagd. Daarbij werd gezocht naar bovenstaande elementen uit de wet betreffende de patiëntenrechten.

Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen, daarna het aantal keer dat er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

(Ouders van) Zorggebruikers werden bevraagd over de informatie die ze kregen over inzage in dossier.

4.4.1.3 Vaststellingen

Er waren afspraken over inzage in het dossier (44/42/38).

Inhoudelijk werd in deze afspraken gekeken naar volgende elementen:

- > de vraag tot inzage kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden (42/31/22)
- > inzage binnen de 15 dagen (42/34/25)
- > de afspraken voldeden aan beide bovenstaande criteria (42/28/16).

Er waren afspraken over afschrift van dossier (44/43/38).

In deze afspraken werden volgende elementen bekeken:

- > de vraag tot afschrift kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden (43/28/19)
- > afschrift binnen de 15 dagen (43/34/26)
- > het afschrift is gratis (43/36/27)
- > de afspraken voldeden aan alle drie de bovenstaande criteria (43/23/13).

Een meerderheid van de campussen (37/44) had schriftelijke informatie voor (ouders van) zorggebruikers over de mogelijkheden tot inzage en afschrift van zorgdossier.

94 van de 109 bevraagde (ouders van) zorggebruikers (86%) gaven aan dat ze informatie kregen over de mogelijkheid tot inzage in hun dossier. 71 van deze 94 geïnformeerde (ouders van) zorggebruikers verklaarden dat ze schriftelijke informatie kregen.

Tabel 4.7: Overzicht verbeterpunten inzage en afschrift dossier

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren geen afspraken over inzage in het dossier.	2/44
De afspraken over inzage in het dossier waren niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving.	14/42*
Er waren geen afspraken over het opvragen van een afschrift van het dossier.	1/44
De afspraken over het opvragen van een afschrift van het dossier waren niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving.	20/43*
Er was geen schriftelijke informatie beschikbaar voor (ouders van) zorggebruikers over het recht tot inzage en afschrift van het dossier.	7/44

* Noemer = aantal campussen met afspraken

4.4.1.4 Conclusie

Hoewel er nagenoeg overal algemene afspraken waren over inzage en afschrift van het zorgdossier, waren niet al deze afspraken in lijn met de wettelijke voorwaarden uit de wet op de patiëntenrechten.

De meeste (ouders van) zorggebruikers gaven aan dat ze informatie kregen over de mogelijkheid tot inzage van hun dossier.

4.4.2 Klachtrecht

4.4.2.1 Achtergrond

Wanneer (ouders van) zorggebruikers klachten hebben over de zorg die ze kregen, dan moet het voor hen duidelijk zijn hoe en bij wie ze die klachten kunnen indienen. De basisvoorwaarden daaromtrent zijn te vinden in de wet betreffende de patiëntenrechten. De redenen waarom een (ouder van een) zorggebruiker klacht indient, kunnen divers zijn: het kan een manier zijn om meer informatie te krijgen over wat er mis liep, het kan een stap zijn om te voorkomen dat een probleem zich herhaalt bij andere zorggebruikers, het kan impliciet een vraag zijn naar excuses ... Voor voorzieningen zijn klachten dan weer een kans om te leren en te verbeteren. Klachten kunnen immers een belangrijke informatiebron zijn bij het streven naar continue kwaliteitsverbetering.

4.4.2.2 Werkwijze

Er werd nagegaan of er afspraken waren over het indienen van klachten, wie als klachtbehandelaar was aangeduid, of de klachtbehandelaar toegankelijk was en of klachten zowel mondeling als schriftelijk konden worden ingediend.

Wat de toegankelijkheid van de klachtbehandelaar betreft, werden de volgende elementen nagekeken:

- > Wordt de klachtbehandelaar bekend gemaakt?
- > Worden contactgegevens van de klachtbehandelaar gecommuniceerd?
- > Is de klachtbehandelaar rechtstreeks en zonder drempels toegankelijk?

(Ouders van) Zorggebruikers werden gevraagd of zij geïnformeerd werden over de mogelijkheid om een klacht in te dienen.

De PDSA-cyclus werd bekeken: er werd nagegaan of er afspraken waren i.v.m. het indienen van klachten, of het aantal ingediende klachten werd bijgehouden en of er hierover verbeteracties waren in de voorbije jaren.

4.4.2.3 Vaststellingen

Op alle 44 campussen waren er schriftelijke afspraken over het indienen van klachten en was het duidelijk wie als klachtbehandelaar aangeduid was.

Op 22 van de 44 campussen was deze klachtbehandelaar rechtstreeks en zonder drempels toegankelijk.

Op de overige 22 campussen werden de contactgegevens van de klachtbehandelaar niet actief gecommuniceerd of waren er geen rechtstreekse contactgegevens.

Op alle 44 campussen was er een interne klachtbehandelaar. In 17 campussen was er daarnaast ook een externe klachtbehandelaar.

Volgende functies werden vermeld als interne klachtbehandelaar: directie (35/44), het gehele zorgteam (4/44), een leidinggevende (1/44) en de kwaliteitscoördinator (4/44).

Bij 35 campussen konden klachten zowel mondeling als schriftelijk ingediend worden. Op 9 campussen konden (formeel) klachten enkel schriftelijk worden ingediend.

Alle campussen hadden schriftelijke informatie voor (ouders van) zorggebruikers over de mogelijkheden om klachten te uiten.

88 van de 118 (ouders van) zorggebruikers (75%) die werden bevraagd over klachtrecht gaven aan dat ze geïnformeerd waren over de mogelijkheden om een klacht in te dienen; 73 hiervan verklaarden dat ze schriftelijke informatie kregen.

Het merendeel van de campussen verzamelde cijfers over klachten (37/44). Op nagenoeg alle campussen (43/44) kon men verbeteracties benoemen naar aanleiding van klachten. Voor 37 campussen waren er zowel cijfers over klachten als verbeteracties.

Tabel 4.8: Overzicht verbeterpunten klachtrecht

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren geen afspraken over het indienen van klachten.	0/44
Er was geen klachtbehandelaar aangeduid.	0/44
Er werden problemen rond toegankelijkheid van de klachtbehandeling vastgesteld: geen (rechtstreekse) contactgegevens van de klachtbehandelaar vermeld.	22/44
Klachten konden enkel schriftelijk worden ingediend.	9/44
Er was geen schriftelijke informatie beschikbaar voor (ouders van) zorggebruikers over de mogelijkheid tot het uiten van klachten.	0/44

4.4.2.4 Conclusie

Overall waren er afspraken over het indienen van klachten en was er een klachtbehandelaar aangeduid. Er zijn verbetermogelijkheden wat betreft de toegankelijkheid van de klachtbehandeling: op de helft van de campussen werden er geen (rechtstreekse) contactgegevens van de klachtbehandelaar vermeld en op een aantal campussen konden (formele) klachten enkel schriftelijk worden ingediend.

Driekwart van de bevroagde (ouders van) zorggebruikers gaf aan geïnformeerd te zijn over de mogelijkheden om een klacht in te dienen.

Op de meerderheid van de campussen werden cijfergegevens verzameld over klachten en liepen er verbeteracties op basis van klachten.

4.4.3 Privacy

4.4.3.1 Achtergrond

Het is belangrijk dat (ouders van) zorggebruikers geïnformeerd worden over de geldende afspraken/regels binnen een voorziening.

4.4.3.2 Werkwijze

De beschikbare informatie over de afspraken/regels werd bevroagd. (Ouders van) Zorggebruikers werden bevroagd over de geldende afspraken/regels en de informatie die ze hierover kregen.

De PDSA-cyclus werd bekeken: er werd nagegaan of er schriftelijke informatie beschikbaar was over de afspraken/regels, of de afspraken/regels geëvalueerd werden en of er hierover verbeteracties waren in de voorbije jaren.

4.4.3.3 Vaststellingen

Op alle campussen was er over de afspraken/regels schriftelijke informatie beschikbaar voor (ouders van) zorggebruikers .

Er werden 139 (ouders van) zorggebruikers bevraagd over de informatie die ze kregen over de afspraken/regels:

- > 138 gaven aan dat ze informatie gekregen hadden over de afspraken/regels, 128 van hen gaven aan dat deze informatie schriftelijk was.
- > 136 gaven aan dat ze volledig geïnformeerd waren over alle afspraken/regels.
- > 139 gaven aan dat alle afspraken/regels duidelijk waren voor hen.

Op 42 van de 44 campussen werden de afspraken/regels geëvalueerd. Die evaluatie gebeurde op 30 campussen door (ouders van) zorggebruikers en op 39 campussen door medewerkers. Verbeteracties over afspraken/regels waren er op 40 van de 44 campussen. Op 40 van de 44 campussen was er zowel sprake van een evaluatie als van verbeteracties.

115 van de 139 (ouders van) zorggebruikers gaven aan dat ze inspraak hadden in de afspraken/regels.

4.4.3.4 Conclusie

Op alle bezochte campussen was er schriftelijke informatie voor de (ouders van) zorggebruikers over de afspraken/regels.

Nagenoeg alle bevraagde (ouders van) zorggebruikers gaven aan dat ze geïnformeerd werden over de afspraken/regels.

Nagenoeg overal werden afspraken/regels geëvalueerd door medewerkers en/of (ouders van) zorggebruikers; de meeste van de bevraagde (ouders van) zorggebruikers gaven aan inspraak te hebben in de afspraken/regels. Op de meerderheid van de campussen werden verbeteracties over afspraken/regels benoemd.

4.4.4 Zelfbeschikking

4.4.4.1 Achtergrond

Voor het delen van gezondheidsinformatie met externe zorgverleners moeten (ouders van) zorggebruikers hun toestemming geven.

4.4.4.2 Werkwijze

De PDSA-cyclus werd bekeken: er werd nagegaan of er afspraken waren i.v.m. het vragen van toestemming aan (ouders van) zorggebruikers voor het delen van informatie met externe zorgverleners, of deze afspraken werden opgevolgd en of er hierover verbeteracties waren in de voorbije jaren.

De praktijk van het vragen van toestemming voor het delen van informatie met huisarts en vervolgzorg werd nagegaan d.m.v. een dossiercontrole en door bevraging van (ouders van) zorggebruikers.

- > Er werd zowel in de actieve als in de afgesloten dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, gezocht 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.
- > (Ouders van) Zorggebruikers werden bevraagd over het geven van toestemming voor het delen van informatie met de huisarts.

4.4.4.3 Vaststellingen

Overal waren er afspraken voor het vragen van toestemming aan (ouders van) zorggebruikers voor het delen van informatie met de huisarts. Op 43 van de 44 campussen waren er hierover schriftelijke afspraken en werd de toestemming voor het delen van informatie op een schriftelijke manier gegeven. Op 1 campus gaven de (ouders van) zorggebruikers mondeling toestemming.

In 43 van de 44 campussen waren er afspraken voor het vragen van toestemming aan (ouders van) zorggebruikers voor het delen van informatie met de vervolgzorg. Op 39 van de 43 campussen waren er hierover schriftelijke afspraken en werd de toestemming voor het delen van informatie op een schriftelijke manier gegeven. Op 4 campussen gaven de (ouders van) zorggebruikers mondeling toestemming.

Op 4 van de 44 campussen kon de (ouder van de) zorggebruiker niet weigeren om toestemming te geven voor het delen van informatie met de huisarts. Het delen van informatie met de vervolgzorg kon wel op alle campussen geweigerd worden. In een kleine minderheid van de campussen (11/44) werd eenzelfde algemene toestemming gebruikt voor het delen van informatie met externen, zonder te specificeren met wie.

Er werd bevraagd of er steeds in het dossier genoteerd werd of (ouders van) zorggebruikers al dan niet toestemming gaven voor het delen van informatie.

- > In de meerderheid van de campussen (38/44) werd volgens het interne beleid steeds in het dossier genoteerd of (ouders van) zorggebruikers al dan niet toestemming gaven voor het delen van informatie met de huisarts.
- > In 31 van de 44 campussen werd volgens het interne beleid steeds in het dossier genoteerd of (ouders van) zorggebruikers al dan niet toestemming gaven voor het delen van informatie met de vervolgzorg.

In de dossiercontrole werden de volgende zaken vastgesteld:

- > In 747 van 828 dossiers van zorggebruikers die aangaven dat ze een huisarts hebben, werd informatie gevonden over al of niet toestemming voor het delen van informatie met de huisarts (waarvan 731 toestemmingen en 16 weigeringen).
- > In 167 van 231 dossiers van zorggebruikers waarvoor vervolgzorg gepland was, werd informatie gevonden over al of niet toestemming voor het delen van informatie met de vervolgzorg (waarvan 166 toestemmingen en 1 weigering).

118 van de 121 bevraagde (ouders van) zorggebruikers gaven aan dat hen toestemming werd gevraagd voor het delen van informatie met de huisarts, 102 van hen verklaarden deze toestemming schriftelijk gegeven te hebben.

De afspraken over toestemming voor het delen van informatie met externe zorgverleners werden bij 39 van de 44 campussen opgevolgd. Bij 38 van de 44 campussen waren er verbeteracties over toestemming voor het delen van informatie met externe zorgverleners. Bij 36 van de 44 campussen waren er zowel afspraken, was er opvolging van de toepassing van de afspraken en waren er verbeteracties hierover.

Tabel 4.9: Overzicht verbeterpunten zelfbeschikking

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren geen afspraken over het vragen van toestemming aan (ouders van) zorggebruikers voor het delen van informatie met de huisarts.	0/44
(Ouders van) Zorggebruikers konden niet weigeren om informatie te delen met de huisarts.	4/44
In < 75% van de gecontroleerde (actieve en afgesloten) dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, kon aangetoond worden dat er toestemming gevraagd werd aan de (ouders van de) zorggebruiker om informatie te delen met de huisarts.	4/44

4.4.4.4 Conclusie

Overal waren er afspraken over het vragen van toestemming aan (ouders van) zorggebruikers voor het delen van informatie met huisarts. Op 1 campus na was dit ook het geval voor het delen van informatie met de vervolgzorg.

(Ouders van) Zorggebruikers konden niet overal weigeren om informatie te delen met de huisarts.

Nagenoeg alle bevraagde (ouders van) zorggebruikers gaven aan dat hun toestemming werd gevraagd voor het delen van informatie met de huisarts.

Op de meerderheid van de campussen was er een afspraak om toestemming en weigering voor het delen van informatie met de huisarts systematisch te noteren in het zorgdossier. In mindere mate was dit het geval voor het delen van informatie met de vervolgzorg.

In het merendeel (90%) van de gecontroleerde dossiers werd informatie gevonden over al of niet toestemming geven voor het delen van informatie met de huisarts. In 72% van de gecontroleerde dossiers werd deze toestemming of weigering gevonden voor het delen van informatie met de vervolgzorg.

Doorgaans werden de afspraken opgevolgd en liepen er hierrond ook verbeteracties.

4.4.5 Rolstoeltoegankelijkheid

4.4.5.1 Achtergrond

Rolstoeltoegankelijkheid van de zorgvoorzieningen behoort tot de basisrechten van iedere persoon met een beperking.

4.4.5.2 Werkwijze

Via een rondgang in de voorziening werd nagegaan of de infrastructuur rolstoeltoegankelijk was.

Hiervoor werden de volgende zaken bekeken:

- > Zijn er voor rolstoelgebruikers onoverbrugbare drempels?
- > Is er een rolstoeltoegankelijke lift (liftopening minstens 90 cm breed en met automatische schuifdeuren en voldoende ruimte voor een rolstoelgebruiker met begeleider)? (dit element werd enkel nagegaan wanneer er geen therapielokaal was op het gelijkvloers)
- > Is er een rolstoeltoegankelijk toilet met een aangepaste wastafel, vaste handgreep, voldoende ruimte en een deur die naar buiten open draait?
- > Is er een rolstoeltoegankelijke gespreks-/therapieruimte?

4.4.5.3 Vaststellingen

Op 22 van de 44 campussen werd geen enkel probleem vastgesteld op het vlak van rolstoeltoegankelijkheid.

De 22 overige campussen hadden één of meerdere verbeterpunten qua rolstoeltoegankelijkheid:

- > Bij 2 campussen was de rolstoeltoegankelijkheid van het gebouw beperkt door drempels.
- > 22 campussen hadden geen rolstoeltoegankelijk toilet met een aangepaste wastafel, vaste handgreep, voldoende ruimte en een deur die naar buiten open draait.
- > 2 campussen hadden geen rolstoeltoegankelijke gespreksruimte.

Tabel 4.10: Overzicht verbeterpunten rolstoeltoegankelijkheid

Vastgesteld verbeterpunt	Aantal campussen met verbeterpunt
Tijdens de inspectie werden problemen op het vlak van rolstoeltoegankelijkheid vastgesteld.	22/44

4.4.5.4 Conclusie

In de helft van de campussen waren er infrastructurele knelpunten op vlak van rolstoeltoegankelijkheid.

4.5 VEILIGHEID

Veiligheid van zorg is een belangrijke dimensie van kwaliteit van zorg. Veiligheid heeft zowel betrekking op de zorggebruikers als op de medewerkers van de voorzieningen.

4.5.1 Veiligheid van personen

4.5.1.1 Achtergrond

Goede zorg is veilige zorg, zowel voor de zorggebruikers als voor de medewerkers. Preventie van agressie-incidenten en van seksueel grensoverschrijdend gedrag is hiervan een aspect.

4.5.1.2 Werkwijze

De afspraken over het omgaan met agressie-incidenten en incidenten n.a.v. seksueel grensoverschrijdend gedrag werden bevraagd. Er werd gepeild naar het preventief agressiebeleid en naar de mogelijkheden qua opvang voor medewerkers na incidenten.

De PDSA-cyclus werd bekeken: er werd nagegaan of er afspraken waren i.v.m. omgaan met incidenten, of er hierover cijfers waren en of er verbeteracties waren in de voorbije jaren.

4.5.1.3 Vaststellingen

Op 42/44 campussen waren er afspraken over het omgaan met agressie-incidenten: op 37 campussen waren dit schriftelijke afspraken. 39/44 campussen hadden schriftelijke afspraken over het omgaan met incidenten n.a.v. seksueel grensoverschrijdend gedrag: op 5 campussen waren er hierover geen afspraken.

Alle 44 campussen hadden aandacht voor agressiepreventie:

- > Bij 15/44 werden de huisregels (o.a. over agressie) gecommuniceerd.
- > Bij 29/44 werden voor zorggebruikers sessies emotieregulatie georganiseerd, bv. psycho-educatie, emotiethermometer, rots en water, impulscontrole.
- > Bij 15/44 werden risico-inschattingen gebruikt voor agressie.
- > Bij 18/44 gebruikte men een signaleringsplan.
- > Bij 36/44 volgden de medewerkers vorming rond omgaan met agressie.
- > Bij 10/44 was er een alarmknop voor de medewerkers.
- > Bij 29/44 was er extra personeel voorzien i.f.v. agressiepreventie.
- > Bij 20/44 waren er nog andere acties: o.a. een werkgroep agressie, open en respectvolle communicatie, aangepaste infrastructuur, veiligheidsrondes, incidentanalyses en herstelgesprekken.

Alle 44 campussen organiseerden opvang voor medewerkers na incidenten:

- > Bij 40/44 was er een intern team voor de eerste opvang na incidenten.
- > Bij 42/44 was er externe psychologische begeleiding mogelijk.
- > Bij 33/44 waren er incidentbesprekingen binnen het team.

De meerderheid van de campussen (31/44) had cijfers over incidenten naar aanleiding van agressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Eveneens een meerderheid van de campussen (37/44) benoemde verbeteracties naar aanleiding van incidenten. Bij 31 van de 44 campussen waren er zowel cijfers als verbeteracties.

Tabel 4.11: Overzicht verbeterpunten veiligheid van personen

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren geen afspraken over het omgaan met agressie.	2/44
Er waren geen afspraken over het omgaan met incidenten voor seksueel grensoverschrijdend gedrag.	5/44

4.5.1.4 Conclusie

Er waren bijna overal afspraken over het omgaan met agressie-incidenten; op de meerderheid van de campussen waren er ook afspraken over het omgaan met incidenten n.a.v. seksueel grensoverschrijdend gedrag. Er was overal aandacht voor agressiepreventie en nagenoeg overal waren er meerdere mogelijkheden voor opvang van medewerkers na een ingrijpend incident.

De meeste campussen hielden cijfers bij over incidenten en hadden over dit aspect verbeteracties lopen.

4.5.2 Medicatiebeleid

4.5.2.1 Achtergrond

Medicatieveiligheid is een breed begrip. Het gaat om de kwaliteit van geneesmiddelen maar ook om het juiste gebruik ervan door zorgverleners en voorzieningen die geneesmiddelen voorschrijven, bewaren en toedienen. Het medicatieproces moet dan ook zo veilig mogelijk verlopen om de kans op fouten en schade voor de zorggebruiker te beperken.

Bij het voorschrijven, bewaren en toedienen van geneesmiddelen is het belangrijk dat zorgverleners beschikken over actuele medicatiegegevens. Het medicatieschema biedt een globaal overzicht van alle geneesmiddelen die voor een zorggebruiker werden voorgeschreven en/of zonder voorschrift aan hem werden afgeleverd. Zulk schema is voor de zorgverleners een belangrijk hulpmiddel voor de correcte toediening en inname van de medicatie.

Wanneer (een deel van) de informatiestroom schriftelijk verloopt, is herhaaldelijk overschrijven geen uitzondering, met als gevolg een verhoogde kans op fouten. Dit risico wordt vermeden door het gebruik van een elektronisch medicatieschema. Dit vermijdt bovendien ook fouten omwille van onleesbaarheid van een handschrift.

Om een overzicht te houden over welke zorggebruiker wanneer welk(e) geneesmiddel(en) heeft gekregen, moeten medicatietoedieningen worden genoteerd. Indien dit niet gebeurt, weet een collega-zorgverlener niet of de zorggebruiker het geneesmiddel al dan niet heeft gekregen. Ook wanneer de zorggebruiker geneesmiddelen weigert of niet inneemt, moet dit genoteerd worden in het dossier zodat het duidelijk is dat de zorggebruiker deze niet heeft ingenomen en de reden waarom.

Het is eveneens belangrijk dat geneesmiddelen veilig worden bewaard zodat het gebruik door personen die daartoe niet bevoegd zijn wordt vermeden.

Tijdens het medicatieproces, dat loopt van voorschrijven tot en met het toedienen van een geneesmiddel, kunnen medicatie-incidenten ontstaan met soms grote gevolgen. Ook wanneer een zorggebruiker daarvan (nog) geen schade heeft ondervonden, is het van belang dat medicatie-incidenten worden gemeld en besproken zodat men daaruit kan leren en verbeteren om herhaling van het incident te vermijden.

4.5.2.2 Werkwijze

De afspraken over het medicatiebeleid werden bevraagd.

Medicatieschema's die voor de bedeling van de medicatie worden gebruikt, werden gecontroleerd op:

- > identificatie zorggebruiker (naam, voornaam en geboortedatum/uniek zorggebruikersnummer)
- > validatie arts = ondertekend op papier of opgemaakt/gevalideerd door de arts in het elektronisch dossier
- > naam, dosis en innamefrequentie van het geneesmiddel
- > toegankelijkheid voor het teamlid dat de medicatie toedient.

De controle van medicatie gebeurde bij de klaargezette medicatie of in de medicatievoorraad.

- > Bij unidose verpakkingen moet de naam van de medicatie, de dosis en de vervaldatum aanwezig zijn.
- > Indien geen unidose verpakkingen of medicatie in bulk, dan geldt het volgende:
 - Bij blisterverpakking worden bij het klaarzetten van de medicatie de nodige pillen afgeknipt langs de kant waar geen vervaldatum staat. De kant van de blister met de vervaldatum blijft behouden in de voorraad.
 - Medicatie uit bulkverpakking wordt klaargezet in een verpakking met een duidelijke vermelding van de productnaam en dosis, of niet op voorhand klaargezet en rechtstreeks uit de verpakking gehaald op het moment van toediening.
 - Medicatie in blister zonder eenheidsafleveringsverpakking wordt klaargezet in een verpakking met een duidelijk vermelding van de productnaam en dosis.
 - De vervaldatum moet steeds controleerbaar zijn in de patiëntvoorraad op de afdeling.
- > De medicatievoorraad van de zorggebruikers bevat een eenduidige identificatie van de patiënt (naam, voornaam en geboortedatum/dossiernummer).

- > Een nieuwe verpakking wordt slechts geopend wanneer de vorige volledig is opgebruikt. Bovenstaande werkwijze garandeert dat er per geneesmiddel slechts 1 verpakking tegelijk is geopend. Op die manier is de vervaldatum van de klaargezette medicatie ondubbelzinnig te vinden in de voorraad.
- > Ingeval de vervaldatum zich op het ene uiteinde van de blister bevindt en het lotnummer aan de andere kant van de blister, wordt de zijde met de vervaldatum behouden in de voorraad (meer kans op vervallen medicatie dan op terugroeping van medicatie). Wanneer deze procedure wordt gehanteerd en dit geneesmiddel ooit wordt teruggeroepen, wordt de hele voorraad uit het distributiesysteem verwijderd.
- > Het opnieuw opbergen van een onvolledige pil in de originele verpakking is enkel toegelaten wanneer men de sluiting van de resterende pil kan garanderen. In dit scenario wordt de te gebruiken partiële pil klaargelegd in de medicatiebakjes voor de volgende dag. De resterende onvolledige pil wordt bewaard in de blister of apart recipiënt, waarop de productnaam, dosis en vervaldatum zichtbaar zijn. Indien dit niet mogelijk is, wordt de resterende onvolledige pil na het klaarzetten verwijderd onder de geldende regels van medisch afval (gelet op het mogelijke misbruik).

De PDSA-cyclus werd bekeken: er werd nagegaan of er afspraken waren i.v.m. medicatiebeleid, of er cijfergegevens waren over medicatiebeleid en of er hierover verbeteracties waren in de voorbije jaren.

4.5.2.3 Vaststellingen

Op 42 van de 44 campussen werd medicatie voorgeschreven.

Er werd slechts op 6 campussen medicatie bewaard, klaargezet en toegediend.

Bij 3 van deze 6 campussen was de toegang tot de medicatievoorraad beveiligd voor zorggebruikers of onbevoegden.

Wat betreft medicatiebeleid werd nagegaan of er over een aantal aspecten afspraken waren in de verschillende campussen. Deze aspecten zijn hierna opgesomd. Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen, daarna het aantal keer dat er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

- > Medische opvolging van zorggebruikers die medicatie voorgeschreven krijgen (42/42/32)
- > Omgaan met medicatie-incidenten (6/5/4)
- > Validatie van het medicatieschema door de arts (6/6/4)
- > Noteren van inname van medicatie (6/4/4)
- > Noteren van niet-inname van medicatie (6/4/2)
- > Noteren van de reden van niet-inname van medicatie (6/2/2)
- > Continuïteit van het medicatiebeleid bij ontslag (de zorggebruiker en/of de huisarts en/of de vervolgzorg krijgt bij ontslag een medicatieschema) (6/5/4).
Bij 2 campussen was de afspraak dat de (ouders van de) zorggebruiker een medicatieschema krijgt bij ontslag; bij 4 campussen kreeg de huisarts een medicatieschema in het eindverslag; bij 1 campus kreeg ook de vervolgzorg een medicatieschema.

De steekproeven van medicatieschema's en geneesmiddelen waren te klein om relevante conclusies te trekken.

Op 1 van de 6 campussen die medicatie verstrekten, waren er cijfergegevens beschikbaar over medicatiebeleid en/of medicatie-incidenten. Bij 4 van de 6 campussen waren er verbeteracties over medicatiebeleid en/of medicatie-incidenten.

Tabel 4.12: Overzicht verbeterpunten medicatiebeleid

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren geen afspraken over het omgaan met medicatie-incidenten.	1/6*
Er waren geen afspraken die de continuïteit m.b.t. het medicatiebeleid bij beëindiging van de begeleiding waarborgen.	1/6*
De medicatievoorraad was niet beveiligd voor zorggebruikers of andere onbevoegden.	3/6*
Er waren geen afspraken rond validatie van het medicatieschema door een arts.	0/6*
Er waren geen afspraken met betrekking tot het toedienen van medicatie over volgende aspecten:	
> Er moet genoteerd worden in het dossier wanneer de zorggebruiker de voorgeschreven medicatie heeft gekregen.	2/6*
> Er moet genoteerd worden in het dossier wanneer de zorggebruiker de voorgeschreven medicatie niet heeft ingenomen.	2/6*
> De reden van niet-inname van medicatie moet genoteerd worden in het dossier.	4/6*

* Noemer = aantal campussen dat medicatie verstrekt

4.5.2.4 Conclusie

In de meeste campussen werd medicatie voorgeschreven. Er was steeds medische opvolging van zorggebruikers die medicatie voorgeschreven kregen.

Slechts op 6 van de 44 campussen werd ook medicatie bewaard, klaargezet en toegediend. Op 3 van deze campussen was de medicatievoorraad niet beveiligd voor zorggebruikers of andere onbevoegden.

4.5.3 Bewaring van dossiergegevens

4.5.3.1 Achtergrond

Elke zorggebruiker heeft recht op een zorgvuldig bijgehouden dossier dat op een veilige plaats wordt bewaard. Zowel de toegang tot elektronische zorgdossiers als tot papieren dossiers moet beveiligd zijn voor onbevoegden.

4.5.3.2 Werkwijze

Er werd nagegaan of elektronische dossiers beveiligd waren met een persoonlijke logincode en of de papieren dossiers bewaard werden in een afgesloten ruimte of afgesloten kast die niet toegankelijk was voor onbevoegden (bv. poetspersoneel) of zorggebruikers.

4.5.3.3 Vaststellingen

In de meerderheid van de campussen (42/44) bestond het zorgdossier uit een combinatie van elektronische bestanden en papieren documenten. De resterende 2 campussen werkten met een volledig elektronisch zorgdossier.

Bij alle 44 campussen die volledig of deels elektronisch werkten, waren het elektronisch dossier en/of de elektronische documenten beveiligd met een persoonlijke inlogcode.

Bij 23 van de 42 campussen die deels met papieren dossiers werkten, was de toegang daartoe beperkt tot de zorgmedewerkers.

Afgesloten zorgdossiers (zowel elektronische als papieren versies) werden veilig bewaard op 24 van de 44 campussen.

In 19 van de 44 campussen werden zowel de actieve dossiers (elektronisch en/of papier) als de afgesloten dossiers op een veilige manier bewaard. Op alle 25 campussen waar de toegang tot de dossiers niet beperkt werd tot enkel de betrokken zorgmedewerkers had ook het poetspersoneel toegang tot de dossiers; op 3 campussen hadden ook de (ouders van) zorggebruikers toegang.

Tabel 4.13: Overzicht verbeterpunten bewaring van dossiergegevens

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Het dossier van zorggebruikers (elektronisch en/of papier) werd niet veilig bewaard.	25/44
Niet enkel de medewerkers die rechtstreeks betrokken waren bij de zorg van een bepaalde zorggebruiker hadden toegang tot deze zorggebruikersgegevens.	25/44

4.5.3.4 Conclusie

In meer dan de helft van de campussen werden papieren zorgdossiers onveilig bewaard (niet bewaard in een afgesloten ruimte of kast).

5 INSPECTIEVASTSTELLINGEN IN UNIVERSITAIRE CENTRA VOOR AMBULANTE REVALIDATIE

Hieronder volgen de vaststellingen van de 3 universitaire centra voor ambulante revalidatie. Aangezien het aantal UCAR (3) te klein is om relevantie groepsconclusies te trekken, worden enkel de vaststellingen weergegeven en de tabellen met verbeterpunten; de prioritaire verbeterpunten zijn in kleur aangeduid. De beschrijving van de achtergrond en de werkwijze werd niet herhaald (zie in hoofdstuk 4) tenzij deze verschillend was van de werkwijze bij de CAR.

5.1 ORGANISATIE EN ZORGAANBOD

In november-december 2023 bezocht Zorginspectie 3 universitaire centra voor ambulante revalidatie (UCAR). De 3 geïnspecteerde UCAR bieden zorg aan zowel minder- als meerderjarigen.

Een universitair centrum voor ambulante revalidatie is een dienst van een universitair ziekenhuis die is ingebed in de dienst Neus-, Keel- en Oorziekten (gelaats- en halsheelkunde). In de 3 UCAR waren er telkens 3 teams die instonden voor de begeleiding van de verschillende doelgroepen (stem- en slikstoornissen, gehoorstoornissen, spraak- en taalstoornissen, ontwikkelingsstoornissen). Aangezien er voor sommige onderwerpen verschillende afspraken waren voor de drie teams, werd telkens 1 specifieke doelgroep (stem- en slikstoornissen) gekozen voor het bevragen van de afspraken en voor de dossiercontrole.

Tabel 5.1: Overzicht bezochte universitaire centra voor ambulante revalidatie

Voorzieningen	Aantal campussen
Universitair Revalidatiecentrum voor Communicatiestoornissen UZA	1
UZ Gent Centrum voor gehoor- en spraakrevalidatie "Ter Sprake"	1
Revalidatiecentrum voor gehoor- en spraakgestoorden - UZ Gasthuisberg	1

- > Op alle 3 campussen werd outreachend gewerkt (bv. gesprekken met scholen/andere therapeuten) en werd nazorg geboden (bv. opvolgzittingen, contact met ouders na de begeleidingsperiode).
- > Op alle 3 campussen werkte men met ervaringsdeskundigen.
- > Op geen enkele campus waren er op het moment van inspectie langdurig (langer dan zes maanden) openstaande functies.

5.2 KWALITEITSBELEID

Alle 3 bezochte campussen hadden een uitgeschreven missie/visie/opdrachtverklaring en een uitgeschreven beleidsplan. In alle 3 beleidsplannen waren doelstellingen en acties beschreven; in 1 beleidsplan ontbrak de timing van de acties.

Op alle 3 campussen werden (de ouders van de) zorggebruikers/familie/context betrokken bij het beleid.

Op alle campussen werd kwaliteit besproken op directieniveau. Dit was aantoonbaar aan de hand van verslagen.

Voor de 3 UCAR was de verantwoordelijkheid voor het kwaliteitsbeleid toegewezen aan meerdere kwaliteitscoördinatoren die verantwoordelijk zijn voor het kwaliteitsbeleid binnen het ziekenhuis waartoe het UCAR behoort.

Op alle 3 campussen volgde iemand van de medewerkers van het team van de UCAR in de voorbije 5 jaar een vorming rond kwaliteitsbeleid.

De onderwerpen waarvoor afspraken werden gezocht, zijn hierna vermeld. Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen waar er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

- > inclusiecriteria (3/3)
- > exclusiecriteria (3/3)
- > wachtlijsten (1/3)
- > inscholing nieuwe medewerkers (3/3)
- > permanente vorming voor medewerkers (3/3).

Alle 3 campussen hadden afspraken voor alle gecontroleerde onderwerpen waarvan 1 campus voor alle nagevraagde onderwerpen over schriftelijke afspraken beschikten.

Beschikbare cijfergegevens:

- > Voor alle 3 campussen werd vastgesteld dat er cijfergegevens waren over doelgroepen en over de behandeling. Op 2 van de 3 campussen waren er ook cijfergegevens over de toegankelijkheid.
- > Op alle 3 campussen waren cijfergegevens beschikbaar over de gevolgde vorming van medewerkers.
- > Op alle 3 campussen waren cijfergegevens beschikbaar over de tevredenheid van (ouders van) zorggebruikers.
- > Op alle campussen werd de tevredenheid van de medewerkers bevraagd. Op 2 van de 3 campussen gebeurde dit schriftelijk en waren er cijfergegevens beschikbaar.

Overzicht van de methodieken die gebruikt werden om zicht te krijgen op de kwaliteit van de eigen werking (aantallen tussen haakjes):

- > jaarverslag (3/3)
- > inbreng van ervaringsdeskundigen (3/3)
- > opvolging en evaluatie van het beleidsplan (3/3)
- > SWOT-analyse (3/3)
- > uitkomstmetingen (3/3)
- > interne audit (2/3)
- > externe audit (2/3)
- > indicatoren (1/3).

Op alle campussen werden de voorbije vijf jaar meerdere verbeteracties uitgevoerd.

In totaal werden voor alle campussen samen 9 verbeteracties bekeken (resultaten tussen haakjes):

- > doelstelling aanwezig (9/9)
- > motivatie geformuleerd (9/9)
- > acties uitgewerkt (9/9)
- > timing bepaald (9/9)
- > evaluatie uitgevoerd (9/9)
- > verbeteracties met alle vijf voorgaande elementen samen aanwezig (9/9)
 - verbeteracties met alle vijf voorgaande elementen **schriftelijk** uitgewerkt (9/9).

Tabel 5.3: Overzicht verbeterpunten kwaliteitsbeleid

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Een algemeen beleidsplan, maar hierin ontbrak een timing van de acties.	1/3
Geen schriftelijke afspraken rond inclusiecriteria.	0/3
Geen schriftelijke afspraken rond exclusiecriteria.	0/3
Geen schriftelijke afspraken rond wachtlijstbeleid.	2/3
Geen schriftelijke afspraken rond inscholing nieuwe medewerkers.	0/3
Geen schriftelijke afspraken rond vorming voor de medewerkers.	0/3
Kwaliteitsonderwerpen betreffende de eigen werking werden niet besproken op directieniveau (niet aantoonbaar met verslaggeving).	0/3
Er werden geen verbeteracties opgezet.	0/3
In geen enkele van de drie geselecteerde verbeteracties werden alle gecontroleerde onderwerpen (doelstelling, motivatie, acties, timing en evaluatie) gevonden.	0/3

5.3 MULTIDISCIPLINARITEIT

5.3.1 Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens

Op 1 campus bestond het zorgdossier uit een combinatie van elektronische bestanden en papieren documenten. 2 campussen werkten met een volledig elektronisch zorgdossier.

Op alle 3 campussen kon worden vastgesteld dat er gewerkt werd met een geïntegreerd zorgdossier dat toegankelijk was voor alle betrokken zorgverleners.

De zorggegevens waarvoor op de 3 campussen afspraken werden gezocht, zijn hierna vermeld. Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen waar er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

Afspraken over waar volgende zorggegevens in het dossier moesten genoteerd worden:

- > identificatiegegevens van de huisarts (3/3)
- > identificatiegegevens van de verwijzer (3/3)
- > de hulpvraag van de zorggebruiker (3/3)
- > medicatiegebruik (3/3)
- > dat de zorggebruiker geen medicatie neemt (3/1).

Aangezien de UCAR zich vooral focussen op somatische zorg werd de specifieke eis over de Kindreflex die van toepassing is voor de geestelijke gezondheidszorg hier niet gecontroleerd.

Over de vier bovenstaande onderwerpen werd vervolgens nagegaan hoe de afspraken in de praktijk werden toegepast. Hiervoor werden in alle campussen dossiersteekproeven gedaan.

Er werden in totaal 30 dossiers ingekeken.

- > In 29 dossiers werden identificatiegegevens van de huisarts gevonden en in 1 dossier werd geen informatie over de huisarts gevonden of werden geen identificatiegegevens van de huisarts gevonden.
- > 4 (ouders van) zorggebruikers kwamen op eigen initiatief naar de organisatie (geen verwijzer); in alle 26 dossiers met verwijzer waren er identificatiegegevens over de verwijzer.
- > In 27/30 dossiers was een hulpvraag genoteerd.

- > In alle 30 dossiers werd informatie gevonden over medicatiegebruik (een medicatieschema of de melding dat de zorggebruiker geen medicatie nam).

De afspraken over dossiergegevens (toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van gegevens) werden op 2 van de 3 campussen opgevolgd. Op alle 3 campussen waren er verbeteracties voor deze onderwerpen.

Tabel 5.5: Overzicht verbeterpunten toegankelijkheid en beschikbaarheid zorggegevens

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Het dossier van zorggebruikers was versnipperd	0/3
Niet alle zorggebruikersgegevens waren toegankelijk voor de betrokken teamleden.	0/3
Er waren niet voor alle gezochte elementen afspraken over waar ze genoteerd moesten worden in het dossier.	0/3
In < 75% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over (de identificatiegegevens van) de huisarts (enkel berekend op de dossiers met huisarts en zonder weigering om informatie te delen).	0/3
In < 75% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over (de identificatiegegevens van) de verwijzer (enkel berekend op de dossiers met verwijzing).	0/3
In < 75% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over de hulpvraag van de patiënt.	0/3
In < 75% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over medicatiegebruik.	0/3

5.3.2 Zorgplan

De afspraken die bij de 3 campussen werden gezocht over het zorgplan zijn hierna vermeld. Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen waar er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

- > Afspraken over de inhoud van het zorgplan (3/3).
- > Afspraken over wie betrokken moest worden bij de opmaak van het zorgplan (3/3).
- > Afspraken over de timing voor het opstellen van het zorgplan (3/1).
In de 3 campussen varieerde de intern vooropgestelde timing voor het opstellen van het zorgplan tussen 1 en 14 dagen na de start van de begeleiding.
- > Afspraken over de timing voor het evalueren van het zorgplan (3/3).

Er werd vastgesteld dat alle 3 campussen afspraken hadden over de inspraak van (ouders van de) zorggebruikers in hun zorgplan, voor 2 campussen waren dit schriftelijke afspraken.

In verband met het zorgplan werd vervolgens nagegaan hoe de afspraken in de praktijk werden toegepast. Hiervoor werden in alle campussen dossiersteekproeven gedaan. Er werden in totaal 30 dossiers ingekeken van zorggebruikers die in begeleiding waren.

- > Er werd in alle 30 dossiers een zorgplan gevonden.
- > In alle 30 dossiers werd het zorgplan opgemaakt binnen de eigen afgesproken timing.
- > In 18/30 dossiers kon de betrokkenheid van de zorggebruiker of de ouders van een minderjarige zorggebruiker bij de opmaak van het zorgplan aangetoond worden.

Alle 13 (ouders van) zorggebruikers die bevraagd werden gaven aan dat ze betrokken waren bij de opmaak van hun zorgplan.
Daarnaast gaven alle 3 campussen aan dat de familie/context in de verschillende fases van het zorgtraject betrokken worden.

In de 3 campussen werden de afspraken over de opmaak van het zorgplan opgevolgd en konden verbeteracties benoemd worden in verband met het zorgplan.

Tabel 5.7: Overzicht verbeterpunten zorgplan

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren niet over alle gezochte elementen met betrekking tot het zorgplan afspraken.	0/3
Er waren geen afspraken over inspraak van de (ouders van de) zorggebruiker bij de opmaak of evaluatie van het zorgplan.	0/3
In < 75% van de gecontroleerde dossiers met een zorgplan kon aangetoond worden dat (de ouders van) de zorggebruikers inspraak hadden bij de opmaak van het zorgplan.	1/3
Na minstens 2 maanden / 5 FTF begeleiding werd er in < 75% van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden.	0/3
Er werd in < 75% van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden volgens de intern vooropgestelde timing.	0/3

5.3.3 Multidisciplinair overleg

De afspraken die werden gezocht over het multidisciplinair overleg bij de 3 campussen zijn hierna vermeld. Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen waar er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

- > Afspraken over de frequentie van het MDO (3/2)
- > Afspraken over de conclusie van het MDO (3/3).

In de 3 campussen varieerde de intern vooropgestelde timing voor het eerste MDO tussen 7 en 14 dagen na de start van de begeleiding.

De afspraken over het MDO werden in 1 van de 3 campussen opgevolgd. Alle 3 campussen konden verbeteracties benoemen in verband met het MDO.

In verband met het MDO werd vervolgens nagegaan hoe de afspraken in de praktijk werden toegepast. Daarvoor werden in alle campussen dossiersteekproeven gedaan, in totaal in 30 dossiers.

- > Er werd in 28/30 dossiers een notitie over een MDO gevonden.
- > In alle 28 dossiers met een MDO was er een conclusie te vinden.
- > In 27/30 dossiers kon worden aangetoond dat het MDO binnen de eigen afgesproken timing gebeurde.
- > Voor 14 dossiers waren de zorggebruikers minstens zes maanden in begeleiding. In 12 van deze dossiers was er minstens één MDO te vinden.

Tabel 5.9: Overzicht verbeterpunten multidisciplinair overleg

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren niet voor alle gezochte elementen met betrekking tot het MDO afspraken.	0/3
Er kon in < 75% van de gecontroleerde dossiers van zorggebruikers die minstens zes maanden in begeleiding waren, aangetoond worden dat er een MDO georganiseerd werd.	0/2*
Er kon in < 75% van de gecontroleerde dossiers aangetoond worden dat een MDO georganiseerd werd binnen de intern vooropgestelde timing.	0/3
Er werd voor < 75% van de gecontroleerde MDO een conclusie gevonden.	0/3

* Noemer = aantal campussen waar dossiers gecontroleerd werden van zorggebruikers die minstens zes maanden in begeleiding waren.

5.3.4 Communicatie met externe zorgverleners

De afspraken die werden gezocht over communicatie met externe zorgverleners zijn hierna vermeld. Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen waar er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

- > Afspraken over communicatie met de verwijzer bij opstart van een begeleiding (2/2)
- > Afspraken over communicatie met de verwijzer bij afronding van een begeleiding (3/2)
- > Afspraken over communicatie met de huisarts bij opstart van een begeleiding (2/2)
- > Afspraken over communicatie met de huisarts bij afronding van een begeleiding (3/3)
- > Afspraken over het versturen van een eindverslag naar de huisarts bij afronding van de begeleiding (3/3)
- > Afspraken over het versturen van een eindverslag naar de vervolgzorg bij afronding van de begeleiding (3/0)
- > Afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag (3/3).

In 1 van de 3 campussen was de timing voor het versturen van het eindverslag vastgelegd.

In verband met de communicatie met externe zorgverleners werd vervolgens nagegaan hoe de afspraken in de praktijk werden toegepast. Er werden over alle campussen heen 30 dossiers ingekeken van zorggebruikers voor wie de begeleiding minstens een week voor de inspectie werd afgerond.

- > Er werd in 24/30 dossiers een eindverslag gevonden (er werd niet nagegaan of deze eindverslagen verstuurd werden).
- > In 18/24 eindverslagen was de periode van de begeleiding vermeld.
- > In alle 24 eindverslagen was de probleemomschrijving vermeld.
- > In 22/24 eindverslagen stond een beschrijving van de evolutie/verloop van het traject.
- > In alle 24 eindverslagen stond informatie over de nodige nazorg/verdere verwijzing.
- > In 23/24 eindverslagen waren de naam van een contactpersoon binnen de voorziening en contactgegevens vermeld.
- > In 18/24 eindverslagen waren alle 5 hierboven gecontroleerde items aanwezig.
- > 19/24 eindverslagen voldeden volledig aan de interne afspraken rond inhoudelijke elementen (wat de voorziening zelf verwacht als inhoudelijke elementen die in een eindverslag aanwezig moeten zijn).

Tabel 5.11: Overzicht verbeterpunten communicatie met externe zorgverleners

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren geen afspraken over het op de hoogte brengen van de verwijzer wanneer een begeleiding wordt opgestart.	1/4
Er waren geen afspraken over het op de hoogte brengen van de verwijzer wanneer een begeleiding wordt afgerond.	0/4
Er waren geen afspraken over het op de hoogte brengen van de huisarts wanneer een begeleiding wordt opgestart.	1/4
Er waren geen afspraken over het op de hoogte brengen van de huisarts wanneer een begeleiding wordt afgerond.	0/4
Er waren geen afspraken over het versturen van een eindverslag naar de huisarts bij afronding van de begeleiding.	0/4
Er waren geen afspraken over het versturen van een eindverslag naar de vervolgzorg bij afronding van de begeleiding.	0/4
Er waren geen afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag.	0/4
Er werd in < 75% van de gecontroleerde dossiers een eindverslag gevonden.	1/4
Er kon in < 75% van de gecontroleerde eindverslagen informatie gevonden worden over volgende gecontroleerde onderwerpen:	1/4
> vermelding van de periode van begeleiding	1/4
> probleemomschrijving	0/4
> beschrijving van de evolutie/verloop van het traject	0/4
> informatie over de nodige nazorg/verdere verwijzing	0/4
> naam van een contactpersoon en contactgegevens.	0/4
Er kon in < 75% van de gecontroleerde eindverslagen aangetoond worden dat de inhoudelijke elementen, volgens de interne afspraken, aanwezig waren.	1/4

5.4 RECHTEN

5.4.1 Inzage en afschrift dossier

Er waren afspraken over inzage in het dossier (3/3/3).

Inhoudelijk werd in deze afspraken gekeken naar volgende elementen:

- > de vraag tot inzage kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden (3/3/2)
- > inzage binnen de 15 dagen (3/2/2)
- > de afspraken voldeden aan beide bovenstaande criteria (3/2/1).

Er waren afspraken over afschrift van dossier (3/3/3).

In deze afspraken werden volgende elementen bekeken:

- > de vraag tot afschrift kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden (3/3/2)
- > afschrift binnen de 15 dagen (3/3/3)
- > het afschrift is gratis (3/3/3)
- > de afspraken voldeden aan alle drie de bovenstaande criteria (3/3/2).

Alle 3 campussen hadden schriftelijke informatie voor (ouders van) zorggebruikers over de mogelijkheden tot inzage en afschrift van zorgdossier.

9 van de 10 bevraagde (ouders van) zorggebruikers gaven aan dat ze informatie kregen over de mogelijkheid tot inzage in hun dossier. 1 van deze 9 geïnformeerde (ouders van) zorggebruikers verklaarde schriftelijke informatie gekregen te hebben.

Tabel 5.13: Overzicht verbeterpunten inzage en afschrift dossier

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren geen afspraken over inzage in het dossier.	0/3
De afspraken over inzage in het dossier waren niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving.	1/3
Er waren geen afspraken over het opvragen van een afschrift van het dossier.	0/3
De afspraken over het opvragen van een afschrift van het dossier waren niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving.	0/3
Er was geen schriftelijke informatie beschikbaar voor (ouders van) zorggebruikers over het recht tot inzage en afschrift van het dossier.	0/3

5.4.2 Klachtrecht

Op alle 3 campussen waren er schriftelijke afspraken over het indienen van klachten en was de interne ombudspersoon van het universitair ziekenhuis aangeduid als klachtbehandelaar. Op alle campussen was deze klachtbehandelaar rechtstreeks en zonder drempels toegankelijk en konden klachten zowel mondeling als schriftelijk ingediend worden.

Alle campussen hadden schriftelijke informatie voor (ouders van) zorggebruikers over de mogelijkheden om klachten te uiten.

1 van de 8 (ouders van) zorggebruikers die werden bevraagd over klachtrecht gaf aan geïnformeerd te zijn over de mogelijkheden om een klacht in te dienen; deze (ouder van een) zorggebruiker verklaarde deze informatie schriftelijke gekregen te hebben.

Alle 3 campussen verzamelden cijfers over klachten. Op 2 van de 3 campussen kon men verbeteracties benoemen naar aanleiding van klachten.

Tabel 5.15: Overzicht verbeterpunten klachtrecht

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren geen afspraken over het indienen van klachten.	0/3
Er was geen klachtbehandelaar aangeduid.	0/3
Er werden problemen rond toegankelijkheid van de klachtbehandeling vastgesteld.	0/3
Klachten konden enkel schriftelijk worden ingediend.	0/3
Er was geen schriftelijke informatie beschikbaar voor (ouders van) zorggebruikers over de mogelijkheid tot het uiten van klachten.	0/3

5.4.3 Privacy

Op alle campussen was er over de afspraken/regels schriftelijke informatie beschikbaar voor (ouders van) zorggebruikers.

Er werden 13 (ouders van) zorggebruikers bevraagd over de informatie die ze kregen over de afspraken/regels:

- > 12 gaven aan dat ze informatie gekregen hadden over de afspraken/regels, 10 van hen gaven aan dat deze informatie schriftelijk was.
- > 12 gaven aan dat ze volledig geïnformeerd waren over alle afspraken/regels.
- > 12 gaven aan dat alle afspraken/regels duidelijk waren voor hen.

Op 2 van de 3 campussen werden de afspraken/regels geëvalueerd. Die evaluatie gebeurde op beide campussen door medewerkers en op 1 van deze campussen ook door (ouders van) zorggebruikers. Verbeteracties over afspraken/regels waren er op 2 van de 3 campussen. 8 van de 13 (ouders van) zorggebruikers gaven aan dat ze inspraak hadden in de afspraken/regels.

5.4.4 Zelfbeschikking

Op 2 van de 3 campussen waren er afspraken voor het vragen van toestemming aan (ouders van) zorggebruikers voor het delen van informatie met de huisarts. Op beide campussen waren er hierover schriftelijke afspraken en werd de toestemming zelf ook schriftelijk gegeven. De (ouder van de) zorggebruiker kon op alle campussen weigeren om toestemming te geven voor het delen van informatie met de huisarts.

In 2 van de 3 campussen waren er afspraken voor het vragen van toestemming aan (ouders van) zorggebruikers voor het delen van informatie met de vervolgzorg. Op beide campussen waren er hierover schriftelijke afspraken en werd de toestemming zelf ook schriftelijk gegeven. Op beide campussen kon de (ouder van de) zorggebruiker weigeren om toestemming te geven voor het delen van informatie met de vervolgzorg.

In 1 van de 3 campussen werd eenzelfde algemene toestemming gebruikt voor het delen van informatie met externen, zonder te specificeren met wie.

Er werd bevraagd of er steeds in het dossier genoteerd werd of (ouders van) zorggebruikers al dan niet toestemming gaven voor het delen van informatie.

- > In 2 van de 3 campussen werd volgens het interne beleid steeds in het dossier genoteerd of (ouders van) zorggebruikers al dan niet toestemming gaven voor het delen van informatie met de huisarts.
- > In 2 van de 3 campussen werd volgens het interne beleid steeds in het dossier genoteerd of (ouders van) zorggebruikers al dan niet toestemming gaven voor het delen van informatie met de vervolgzorg.

In de dossiercontrole werden de volgende zaken vastgesteld:

- > In 5 van 59 dossiers van zorggebruikers die aangaven dat ze een huisarts hebben, werd informatie gevonden over al of niet toestemming voor het delen van informatie met de huisarts (alle 5 gaven toestemming).
- > In 1 van 1 dossiers van zorggebruikers waarvoor vervolgzorg gepland was, werd informatie gevonden over al of niet toestemming voor het delen van informatie met de vervolgzorg (1 gaf toestemming).

Alle 10 van de 11 bevraagde (ouders van) zorggebruikers gaven aan dat hen toestemming werd gevraagd voor het delen van informatie met de huisarts; 5 van hen gaf aan deze toestemming schriftelijk gegeven te hebben.

De afspraken over toestemming voor het delen van informatie met externe zorgverleners werden bij geen enkele campus opgevolgd. Bij 2 van de 3 campussen waren er verbeteracties over toestemming voor het delen van informatie met externe zorgverleners.

Tabel 5.17: Overzicht verbeterpunten zelfbeschikking

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren geen afspraken over het vragen van toestemming aan (ouders van) zorggebruikers voor het delen van informatie met de huisarts.	1/3
(Ouders van) zorggebruikers konden niet weigeren om informatie te delen met de huisarts.	0/3
In < 75% van de gecontroleerde (actieve en afgesloten) dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, kon aangetoond worden dat er toestemming gevraagd werd aan de (ouders van de) zorggebruiker om informatie te delen met de huisarts.	3/3

5.4.5 Rolstoeltoegankelijkheid

Op geen enkel van de 3 campussen werd een probleem vastgesteld op het vlak van rolstoeltoegankelijkheid. Alle campussen hadden een rolstoeltoegankelijk toilet met een aangepaste wastafel, vaste handgreep, voldoende ruimte en een deur die naar buiten open draait, een rolstoeltoegankelijke lift en een rolstoeltoegankelijke gespreksruimte.

Tabel 5.19: Overzicht verbeterpunten rolstoeltoegankelijkheid

Vastgesteld verbeterpunt	Aantal campussen met verbeterpunt
Tijdens de inspectie werden problemen op het vlak van rolstoeltoegankelijkheid vastgesteld.	0/3

5.5 VEILIGHEID

5.5.1 Veiligheid van personen

Op alle 3 campussen waren er schriftelijke afspraken over het omgaan met agressie-incidenten en over het omgaan met incidenten n.a.v. seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Alle 3 campussen hadden aandacht voor agressiepreventie:

- > Bij 2/3 werden de huisregels (o.a. over agressie) gecommuniceerd.
- > Bij 1/3 volgden de medewerkers vorming rond omgaan met agressie.
- > Bij 2/3 was er een alarmknop voor de medewerkers.
- > Bij 1/3 was er een werkgroep agressie die preventieve acties formuleert en implementeert.

Alle 3 campussen organiseerden opvang voor medewerkers na incidenten:

- > Bij alle 3 was er een intern team voor de eerste opvang na incidenten.
- > Bij alle 3 was er externe psychologische begeleiding mogelijk.
- > Bij alle 3 waren er incidentbesprekingen binnen het team.

Op alle 3 campussen waren er cijfers over incidenten naar aanleiding van agressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. 2 van de 3 campussen benoemde verbeteracties naar aanleiding van incidenten.

Tabel 5.21: Overzicht verbeterpunten veiligheid van personen

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren geen afspraken over het omgaan met agressie.	0/3
Er waren geen afspraken over het omgaan met incidenten voor seksueel grensoverschrijdend gedrag.	0/3

5.5.2 Medicatiebeleid

Op 1 van de 3 campussen werd medicatie voorgeschreven. Op deze campus waren er mondelinge afspraken over de opvolging van zorggebruikers die medicatie voorgeschreven krijgen.

Op geen enkel van de 3 campussen werd medicatie bewaard, klaargezet en toegediend.

5.5.3 Bewaring van dossiergegevens

Bij 1 van de 3 campussen bestond het zorgdossier uit een combinatie van elektronische bestanden en papieren documenten. 2 campussen werkten met een volledig elektronisch zorgdossier.

Bij alle 3 campussen waren het elektronisch dossier en/of de elektronische documenten beveiligd met een persoonlijke inlogcode.

Bij de campus die deels met papieren dossiers werkte, was de toegang daartoe niet beperkt tot de zorgmedewerkers. Op deze campus had ook het poetspersoneel toegang tot de papieren dossiers. Afgesloten zorgdossiers (zowel elektronische als papieren versies) werden veilig bewaard op alle campussen.

In 2 van de 3 campussen werden zowel de actieve dossiers (elektronisch en/of papier) als de afgesloten dossiers op een veilige manier bewaard.

Tabel 5.23: Overzicht verbeterpunten bewaring van dossiergegevens

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Het dossier van zorggebruikers (elektronisch en/of papier) werd niet veilig bewaard.	1/3
Niet enkel de medewerkers die rechtstreeks betrokken waren bij de zorg van een bepaalde zorggebruiker hadden toegang tot deze zorggebruikersgegevens.	1/3

6 INSPECTIEVASTSTELLINGEN IN REFERENTIECENTRA VOOR AUTISME

Hieronder volgen de vaststellingen van de 4 referentiecentra voor autisme. Aangezien het aantal RCA (4) te klein is om relevantie conclusies te trekken, worden enkel de vaststellingen weergegeven en de tabellen met verbeterpunten; de prioritaire verbeterpunten zijn in kleur aangeduid. De beschrijving van de achtergrond en de werkwijze werd niet herhaald (zie in hoofdstuk 4) tenzij deze verschillend was van de werkwijze bij de CAR.

6.1 ORGANISATIE EN ZORGAANBOD

In oktober-november 2023 bezocht Zorginspectie 4 referentiecentra voor autisme (RCA). Een RCA maakt deel uit van een universitair ziekenhuis, al dan niet in samenwerking met andere ziekenhuizen.

De 4 geïnspecteerde RCA bieden zorg op 15 campussen.

Van elk RCA werd 1 campus bezocht.

Op alle 4 campussen waren er meerdere teams die instonden voor de begeleiding van verschillende doelgroepen (minderjarigen en meerderjarigen, diagnostiek en behandelcoördinatie).

Van de 4 bezochte campussen richtten 2 campussen zich enkel op minderjarige zorggebruikers.

Tabel 5.2: Overzicht bezochte referentiecentra voor autisme

Voorzieningen	Aantal campussen
Expertisecentrum voor Autismespectrumstoornissen UZ Leuven Gasthuisberg	3
Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen Antwerpen	6
RCA UZ Gent	4
Referentiecentrum voor Autismespectrumstoornissen UZ Brussel	2

- > Op alle 4 campussen werd outreachend gewerkt (bv. klasobservaties, observaties in crèche).
- > Op 1 campus werkte men met ervaringsdeskundigen.
- > Op geen enkele campus waren er op het moment van inspectie langdurig (langer dan zes maanden) openstaande functies.

6.2 KWALITEITSBELEID

Alle 4 bezochte campussen hadden een uitgeschreven missie/visie/opdrachtverklaring.

Voor 1 campus was dit vertaald in een uitgeschreven beleidsplan met doelstellingen, acties en timing specifiek voor de zorggebruikers van het RCA. Op de 3 andere campussen was er een beleidsplan op niveau van de voorziening waartoe het RCA behoort, maar hierin waren geen doelstellingen en acties opgesteld specifiek voor de zorggebruikers van het RCA.

Op 3 van de 4 campussen werden (de ouders van de) zorggebruikers/familie/context betrokken bij het beleid.

Op alle campussen werd kwaliteit besproken op directieniveau. Dit was aantoonbaar aan de hand van verslagen. Voor de 4 RCA was de verantwoordelijkheid voor het kwaliteitsbeleid toegewezen aan meerdere kwaliteitscoördinatoren die verantwoordelijk zijn voor het kwaliteitsbeleid binnen het ziekenhuis waartoe het RCA behoort. Deze kwaliteitscoördinatoren werken ziekenhuisbrede projecten uit die ook van toepassing zijn voor het RCA. Daarnaast kan het RCA op vraag beroep doen op deze kwaliteitscoördinatoren.

Op 3 van de 4 campussen volgde iemand van de medewerkers van het team van het RCA in de voorbije 5 jaar een vorming rond kwaliteitsbeleid.

De onderwerpen waarvoor afspraken werden gezocht, zijn hierna vermeld. Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen waar er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

- > inclusiecriteria (4/4)
- > exclusiecriteria (4/4)
- > wachtlijsten (3/2)
- > inscholing nieuwe medewerkers (4/3)
- > permanente vorming voor medewerkers (4/3).

3/4 campussen hadden afspraken voor alle gecontroleerde onderwerpen waarvan 1 campus voor alle nagevraagde onderwerpen over schriftelijke afspraken beschikten.

Beschikbare cijfergegevens:

- > Voor alle 4 campussen werd vastgesteld dat er cijfergegevens waren over doelgroepen en over de behandeling. Op 3 van de 4 campussen waren er ook cijfergegevens over de toegankelijkheid.
- > Op alle 4 campussen waren cijfergegevens beschikbaar over de gevolgde vorming van medewerkers.
- > Op 3 van de 4 campussen waren cijfergegevens beschikbaar over de tevredenheid van (ouders van) zorggebruikers.
- > Op alle campussen werd de tevredenheid van de medewerkers bevraagd. Op 3 van de 4 campussen gebeurde dit schriftelijk en waren er cijfergegevens beschikbaar.

Overzicht van de methodieken die gebruikt werden om zicht te krijgen op de kwaliteit van de eigen werking (aantallen tussen haakjes):

- > jaarverslag (4/4)
- > inbreng van ervaringsdeskundigen (1/4)
- > opvolging en evaluatie van het beleidsplan (1/4)
- > SWOT-analyse (1/4)
- > uitkomstmetingen (1/4)
- > interne audit (1/4).

Op alle campussen werden de voorbije vijf jaar meerdere verbeteracties uitgevoerd.

In totaal werden voor alle campussen samen 12 verbeteracties bekeken (resultaten tussen haakjes):

- > doelstelling aanwezig (12/12)
- > motivatie geformuleerd (10/12)
- > acties uitgewerkt (12/12)
- > timing bepaald (12/12)
- > evaluatie uitgevoerd (10/12)
- > verbeteracties met alle vijf voorgaande elementen samen aanwezig (10/12)
 - verbeteracties met alle vijf voorgaande elementen **schriftelijk** uitgewerkt (4/12).

Tabel 5.4: Overzicht verbeterpunten kwaliteitsbeleid

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Een algemeen beleidsplan, maar hierin ontbraken acties, doelstellingen en timing specifiek voor de zorggebruikers van het RCA.	3/4
Geen schriftelijke afspraken rond inclusiecriteria.	0/4
Geen schriftelijke afspraken rond exclusiecriteria.	0/4
Geen schriftelijke afspraken rond wachtlijstbeleid.	2/4
Geen schriftelijke afspraken rond inscholing nieuwe medewerkers.	1/4
Geen schriftelijke afspraken rond vorming voor de medewerkers.	1/4
Kwaliteitsonderwerpen betreffende de eigen werking werden niet besproken op directieniveau (niet aantoonbaar met verslaggeving).	0/4
Er werden geen verbeteracties opgezet.	0/4
In geen enkele van de drie geselecteerde verbeteracties werden alle gecontroleerde onderwerpen (doelstelling, motivatie, acties, timing en evaluatie) gevonden.	0/4

6.3 MULTIDISCIPLINARITEIT

6.3.1 Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens

Op 2 van de 4 campussen bestond het zorgdossier uit een combinatie van elektronische bestanden en papieren documenten. 2 campussen werkten met een volledig elektronisch zorgdossier. Voor 3 van de 4 campussen kon worden vastgesteld dat er gewerkt werd met een geïntegreerd zorgdossier. Op alle 4 campussen was zorgdossier toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners.

De zorggegevens waarvoor afspraken werden gezocht, zijn hierna vermeld. Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen waar er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

Het controleren van een afspraak over informatie betreffende minderjarige kinderen was slechts bij 1 van de 4 campussen relevant omdat in de andere campussen de zorggebruikers zelf minderjarig waren of omdat er tijdens inspectie een deelwerking werd gekozen die enkel zorg bood aan minderjarige zorggebruikers.

Afspraken over waar volgende zorggegevens in het dossier moesten genoteerd worden:

- > identificatiegegevens van de huisarts (4/4)
- > identificatiegegevens van de verwijzer (4/3)
- > de hulpvraag van de zorggebruiker (4/4)
- > medicatiegebruik (4/4)
- > dat de zorggebruiker geen medicatie neemt (4/3)
- > informatie over minderjarigen (1/1).

Over de vijf bovenstaande onderwerpen werd vervolgens nagegaan hoe de afspraken in de praktijk werden toegepast. Hiervoor werden in alle campussen dossiersteekproeven gedaan.

Er werden in totaal 40 dossiers ingekeken van zorggebruikers waarbij het diagnostisch traject was afgerond.

- > In alle 40 dossiers werden identificatiegegevens van de huisarts gevonden.
- > 3 (ouders van) zorggebruikers kwamen op eigen initiatief naar de organisatie (geen verwijzer); in alle 37 dossiers met verwijzer waren er identificatiegegevens over de verwijzer.
- > In alle 40 dossiers was een hulpvraag genoteerd.
- > In 34/40 dossiers werd informatie gevonden over medicatiegebruik (een medicatieschema of de melding dat de zorggebruiker geen medicatie nam).
- > Er werden in totaal 2 dossiers van meerderjarigen bekeken; enkel in deze dossiers werd gezocht naar informatie over aanwezigheid van minderjarige kinderen. In beide dossiers werd informatie gevonden over al dan niet aanwezigheid van minderjarige kinderen.

Op alle 4 campussen waren er afspraken over dossiergegevens, was er opvolging van de toepassing van de afspraken én waren er verbeteracties voor deze onderwerpen.

Tabel 5.6: Overzicht verbeterpunten toegankelijkheid en beschikbaarheid zorggegevens

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Het dossier van zorggebruikers was versnipperd	1/4
Niet alle zorggebruikersgegevens waren toegankelijk voor de betrokken teamleden.	0/4
Er waren niet voor alle gezochte elementen afspraken over waar ze genoteerd moesten worden in het dossier.	0/4
In < 75% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over (de identificatiegegevens van) de huisarts (enkel berekend op de dossiers met huisarts en zonder weigering om informatie te delen).	0/4
In < 75% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over (de identificatiegegevens van) de verwijzer (enkel berekend op de dossiers met verwijzing).	0/4
In < 75% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over de hulpvraag van de patiënt.	0/4
In < 75% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over medicatiegebruik.	1/4

6.3.2 Plan van aanpak

De afspraken die bij de 4 campussen werden gezocht over het plan van aanpak zijn hierna vermeld. Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen waar er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

- > Afspraken over de inhoud van het plan van aanpak (4/4).
- > Afspraken over wie betrokken moest worden bij de opmaak van het plan van aanpak (4/4).
- > Afspraken over de verantwoordelijke voor evalueren van het plan van aanpak (4/2).

Er werd vastgesteld dat alle 4 campussen schriftelijke afspraken hadden over de inspraak van (ouders van de) zorggebruikers in hun plan van aanpak.

Alle 5 (ouders van) zorggebruikers die bevraagd werden, gaven aan dat ze betrokken waren bij de opmaak van hun plan van aanpak.

Daarnaast gaven alle 4 campussen aan dat de familie/context in de verschillende fases van het diagnostisch traject betrokken worden.

In verband met het plan van aanpak werd vervolgens nagegaan hoe de afspraken in de praktijk werden toegepast. Hiervoor werden in alle campussen dossiersteekproeven gedaan. Er werden in totaal 40 dossiers ingekeken van zorggebruikers waarbij het diagnostisch traject was afgerond.

- > Er werd in alle 40 dossiers een plan van aanpak gevonden.
- > In 33/40 dossiers kon de betrokkenheid van de zorggebruiker of de ouders van een minderjarige zorggebruiker bij de opmaak van het plan van aanpak aangetoond worden. 38/40 gecontroleerde dossiers waren van minderjarige zorggebruikers.
Bij 9/33 dossiers kon de betrokkenheid van de minderjarige zelf bij opmaak van het plan van aanpak worden aangetoond (waarvan 1 kind jonger dan 12 jaar en 8 adolescenten).

In de 4 campussen werden de afspraken over de opmaak van het plan van aanpak opgevolgd en konden verbeteracties benoemd worden in verband met het plan van aanpak.

Tabel 5.8: Overzicht verbeterpunten plan van aanpak

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren niet over alle gezochte elementen met betrekking tot het plan van aanpak afspraken.	0/4
Er waren geen afspraken over inspraak van de (ouders van de) zorggebruiker bij de opmaak of evaluatie van het plan van aanpak.	0/4
In < 75% van de gecontroleerde dossiers met een plan van aanpak kon aangetoond worden dat (de ouders van) de zorggebruikers inspraak hadden bij de opmaak van het plan van aanpak.	1/4
Bij afronding van het diagnostisch traject werd er in < 75% van de gecontroleerde dossiers een plan van aanpak gevonden.	0/4

6.3.3 Multidisciplinair overleg

De afspraken die werden gezocht over het multidisciplinair overleg bij de 4 campussen zijn hierna vermeld. Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen waar er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

- > Afspraken over de frequentie van het MDO (4/1)
- > Afspraken over de conclusie van het MDO (4/3).

Op de 4 campussen was de intern vooropgestelde timing voor het eerste MDO vlak voor of op de dag van het adviesgesprek (na afronding van alle onderzoeken).

De afspraken over het MDO werden in 3 van de 4 campussen opgevolgd. Alle 4 campussen konden verbeteracties benoemen in verband met het MDO.

In verband met het MDO werd vervolgens nagegaan hoe de afspraken in de praktijk werden toegepast. Er werden in totaal 40 dossiers ingekeken van zorggebruikers waarbij het diagnostisch traject was afgerond.

- > Er werd in alle 40 dossiers een notitie over een MDO gevonden.
- > In 38/40 dossiers met een MDO was er een conclusie te vinden.
- > In alle 40 dossiers kon worden aangetoond dat het MDO binnen de eigen afgesproken timing gebeurde.

Tabel 5.10: Overzicht verbeterpunten multidisciplinair overleg

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren niet voor alle gezochte elementen met betrekking tot het MDO afspraken.	0/4
Er kon in < 75% van de gecontroleerde dossiers aangetoond worden dat een MDO georganiseerd werd binnen de intern vooropgestelde timing.	0/4
Er werd voor < 75% van de gecontroleerde MDO een conclusie gevonden.	0/4

6.3.4 Communicatie met externe zorgverleners

De afspraken die werden gezocht over communicatie met externe zorgverleners zijn hierna vermeld. Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen waar er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

- > Afspraken over communicatie met de verwijzer bij afronding van een diagnostisch traject (4/4)
- > Afspraken over communicatie met de huisarts bij afronding van een diagnostisch traject (4/3)
- > Afspraken over het versturen van een eindverslag naar de huisarts bij afronding van het diagnostisch traject (4/3)
- > Afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag (4/4).

In alle 4 campussen was de timing voor het versturen van het eindverslag vastgelegd.

In verband met de communicatie met externe zorgverleners werd vervolgens nagegaan hoe de afspraken in de praktijk werden toegepast. Er werden over alle campussen heen 40 dossiers ingekeken van zorggebruikers voor wie het diagnostisch traject minstens een week voor de inspectie werd afgerond.

- > Er werd in 39/40 dossiers een eindverslag gevonden (er werd niet nagegaan of deze eindverslagen verstuurd werden).
- > In 28/39 eindverslagen was de periode van de begeleiding vermeld.
- > In alle 39 eindverslagen was de probleemomschrijving vermeld.
- > In alle 39 eindverslagen stond een overzicht van de onderzoeken en de testresultaten.
- > In alle 39 eindverslagen was een diagnose vermeld.
- > In 38/39 eindverslagen stond informatie over de nodige nazorg/verdere verwijzing.
- > In alle 39 eindverslagen waren de naam van een contactpersoon binnen de voorziening en contactgegevens vermeld.
- > In 28/39 eindverslagen waren alle 6 hierboven gecontroleerde items aanwezig.
- > 37/39 eindverslagen voldeden volledig aan de interne afspraken rond inhoudelijke elementen (wat de voorziening zelf verwacht als inhoudelijke elementen die in een eindverslag aanwezig moeten zijn).

Tabel 5.12: Overzicht verbeterpunten communicatie met externe zorgverleners

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren geen afspraken over het op de hoogte brengen van de verwijzer wanneer een diagnostisch traject wordt afgerond.	0/4
Er waren geen afspraken over het op de hoogte brengen van de huisarts wanneer een diagnostisch traject wordt afgerond.	0/4
Er waren geen afspraken over het versturen van een eindverslag naar de huisarts bij afronding van het diagnostisch traject.	0/4
Er waren geen afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag.	0/4
Er werd in < 75% van de gecontroleerde dossiers een eindverslag gevonden.	0/4
Er kon in < 75% van de gecontroleerde eindverslagen informatie gevonden worden over volgende gecontroleerde onderwerpen:	1/4
> vermelding van de periode van begeleiding	1/4
> probleemomschrijving	0/4
> overzicht van de onderzoeken en de testresultaten	0/4
> diagnose	0/4
> informatie over de nodige nazorg/verdere verwijzing	0/4
> naam van een contactpersoon en contactgegevens.	0/4
Er kon in < 75% van de gecontroleerde eindverslagen aangetoond worden dat de inhoudelijke elementen, volgens de interne afspraken, aanwezig waren.	0/4

6.4 RECHTEN

6.4.1 Inzage en afschrift dossier

Er waren afspraken over inzage in het dossier (4/4/4).

Inhoudelijk werd in deze afspraken gekeken naar volgende elementen:

- > de vraag tot inzage kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden (4/4/3)
- > inzage binnen de 15 dagen (4/3/3)
- > de afspraken voldeden aan beide bovenstaande criteria (4/3/2).

Er waren afspraken over afschrift van dossier (4/4/4).

In deze afspraken werden volgende elementen bekeken:

- > de vraag tot afschrift kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden (4/4/3)
- > afschrift binnen de 15 dagen (4/4/4)
- > het afschrift is gratis (4/4/4)
- > de afspraken voldeden aan alle drie de bovenstaande criteria (4/4/3).

Alle 4 campussen hadden schriftelijke informatie voor (ouders van) zorggebruikers over de mogelijkheden tot inzage en afschrift van zorgdossier.

1 van de 2 bevraagde (ouders van) zorggebruikers gaf aan schriftelijke informatie gekregen te hebben over de mogelijkheid tot inzage in het dossier.

Tabel 5.14: Overzicht verbeterpunten inzage en afschrift dossier

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren geen afspraken over inzage in het dossier.	0/4
De afspraken over inzage in het dossier waren niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving.	1/4
Er waren geen afspraken over het opvragen van een afschrift van het dossier.	0/4
De afspraken over het opvragen van een afschrift van het dossier waren niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving.	0/4
Er was geen schriftelijke informatie beschikbaar voor (ouders van) zorggebruikers over het recht tot inzage en afschrift van het dossier.	0/4

6.4.2 Klachtrecht

Op alle 4 campussen waren er schriftelijke afspraken over het indienen van klachten.

Op alle 4 campussen was de interne ombudspersoon van het ziekenhuis waartoe het RCA behoort, aangeduid als klachtbehandelaar. Op 1 van de 4 campussen was naast de interne ombudspersoon ook een externe klachtbehandelaar aangeduid.

Op alle campussen was de klachtbehandelaar rechtstreeks en zonder drempels toegankelijk en konden klachten zowel mondeling als schriftelijk ingediend worden.

Alle campussen hadden schriftelijke informatie voor (ouders van) zorggebruikers over de mogelijkheden om klachten te uiten.

3 van de 4 campussen verzamelden cijfers over klachten. Op alle 4 campussen kon men verbeteracties benoemen naar aanleiding van klachten.

Tabel 5.16: Overzicht verbeterpunten klachtrecht

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren geen afspraken over het indienen van klachten.	0/4
Er was geen klachtbehandelaar aangeduid.	0/4
Er werden problemen rond toegankelijkheid van de klachtbehandeling vastgesteld: geen (rechtstreekse) contactgegevens van de klachtbehandelaar vermeld.	0/4
Klachten konden enkel schriftelijk worden ingediend.	0/4
Er was geen schriftelijke informatie beschikbaar voor (ouders van) zorggebruikers over de mogelijkheid tot het uiten van klachten.	0/4

6.4.3 Zelfbeschikking

Overall waren er afspraken voor het vragen van toestemming aan (ouders van) zorggebruikers voor het delen van informatie met de huisarts. Op 3 van de 4 campussen waren er hierover schriftelijke afspraken en werd de toestemming zelf ook schriftelijk gegeven.

De (ouder van de) zorggebruiker kon op alle campussen weigeren om toestemming te geven voor het delen van informatie met de huisarts.

Er werd bevraagd of er steeds in het dossier genoteerd werd of (ouders van) zorggebruikers al dan niet toestemming gaven voor het delen van informatie. In sommige voorzieningen wordt enkel genoteerd als er een weigering is; in andere voorzieningen wordt enkel de toestemming genoteerd.

- > In alle 4 campussen werd volgens het interne beleid steeds in het dossier genoteerd of (ouders van) zorggebruikers al dan niet toestemming gaven voor het delen van informatie met de huisarts.

In de dossiercontrole werden de volgende zaken vastgesteld:

- > In 56 van 80 dossiers van zorggebruikers die aangaven dat ze een huisarts hebben, werd informatie gevonden over al of niet toestemming voor het delen van informatie met de huisarts (waarvan 54 toestemmingen en 2 weigeringen).

Alle 4 bevraagde (ouders van) zorggebruikers gaven aan dat hen toestemming werd gevraagd voor het delen van informatie met de huisarts; geen enkele van hen gaf aan deze toestemming schriftelijk gegeven te hebben.

De afspraken over toestemming voor het delen van informatie met externe zorgverleners werden bij geen enkele campus opgevolgd. Bij 3 van de 4 campussen waren er verbeteracties over toestemming voor het delen van informatie met externe zorgverleners.

Tabel 5.18: Overzicht verbeterpunten zelfbeschikking

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren geen afspraken over het vragen van toestemming aan (ouders van) zorggebruikers voor het delen van informatie met de huisarts.	0/4
(Ouders van) zorggebruikers konden niet weigeren om informatie te delen met de huisarts.	0/4
In < 75% van de gecontroleerde (actieve en afgesloten) dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, kon aangetoond worden dat er toestemming gevraagd werd aan de (ouders van de) zorggebruiker om informatie te delen met de huisarts.	3/4

6.4.4 Rolstoeltoegankelijkheid

Op 3 van de 4 campussen werd geen enkel probleem vastgesteld op het vlak van rolstoeltoegankelijkheid. 1 campus had geen rolstoeltoegankelijk toilet met een aangepaste wastafel, vaste handgreep, voldoende ruimte en een deur die naar buiten open draait.

Tabel 5.20: Overzicht verbeterpunten rolstoeltoegankelijkheid

Vastgesteld verbeterpunt	Aantal campussen met verbeterpunt
Tijdens de inspectie werden problemen op het vlak van rolstoeltoegankelijkheid vastgesteld.	1/4

6.5 VEILIGHEID

6.5.1 Veiligheid van personen

Op alle 4 campussen waren er schriftelijke afspraken over het omgaan met agressie-incidenten en over het omgaan met incidenten n.a.v. seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Alle 4 campussen hadden aandacht voor agressiepreventie:

- > Bij 1/4 werden de huisregels (o.a. over agressie) gecommuniceerd.
- > Bij 4/4 volgden de medewerkers vorming rond omgaan met agressie.
- > Bij 1/4 was er een alarmknop voor de medewerkers.
- > Bij 1/4 was er extra personeel voorzien i.f.v. agressiepreventie.
- > Bij 1/4 werd nabijheid gevraagd van de bewakingsdienst indien nodig.

Alle 4 campussen organiseerden opvang voor medewerkers na incidenten:

- > Bij alle 4 was er een intern team voor de eerste opvang na incidenten.
- > Bij 3/4 was er externe psychologische begeleiding mogelijk.
- > Bij 2/4 waren er incidentbesprekingen binnen het team.

Op alle 4 campussen waren er cijfers over incidenten naar aanleiding van agressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag en konden verbeteracties benoemd worden naar aanleiding van incidenten.

Tabel 5.22: Overzicht verbeterpunten veiligheid van personen

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Er waren geen afspraken over het omgaan met agressie.	0/4
Er waren geen afspraken over het omgaan met incidenten voor seksueel grensoverschrijdend gedrag.	0/4

6.5.2 Medicatiebeleid

Op 3 van de 4 campussen werd medicatie voorgeschreven. Op alle 3 campussen waren er afspraken over de opvolging van zorggebruikers die medicatie voorgeschreven krijgen; bij 2 van de 3 campussen waren dit schriftelijke afspraken.

Op geen enkel van de 4 campussen werd medicatie bewaard, klaargezet en toegediend.

6.5.3 Bewaring van dossiergegevens

Bij 2 van de 4 campussen bestond het zorgdossier uit een combinatie van elektronische bestanden en papieren documenten. 2 campussen werkten met een volledig elektronisch zorgdossier.

Bij alle 4 campussen waren het elektronisch dossier en/of de elektronische documenten beveiligd met een persoonlijke inlogcode.

Bij 1 van de 2 campussen die deels met papieren dossiers werkten, was de toegang daartoe niet beperkt tot de zorgmedewerkers.

Afgesloten zorgdossiers (zowel elektronische als papieren versies) werden veilig bewaard op alle campussen.

In 3 van de 4 campussen werden zowel de actieve dossiers (elektronisch en/of papier) als de afgesloten dossiers op een veilige manier bewaard. Op de campus waar de toegang tot de dossiers niet beperkt werd tot enkel de betrokken zorgmedewerkers had ook het poetspersoneel en de (ouders van) zorggebruikers toegang tot de papieren dossiers.

Tabel 5.24: Overzicht verbeterpunten bewaring van dossiergegevens

Vastgestelde verbeterpunten	Aantal campussen met verbeterpunt
Het dossier van zorggebruikers (elektronisch en/of papier) werd niet veilig bewaard.	1/4
Niet enkel de medewerkers die rechtstreeks betrokken waren bij de zorg van een bepaalde zorggebruiker hadden toegang tot deze zorggebruikersgegevens.	1/4

7 BIJLAGE MET VERWACHTINGEN

7.1 REFERENTIES

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

1. Wet betreffende de rechten van de patiënt
2. Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
3. Universele Verklaring van de Rechten van de Mens
4. Verdrag inzake de Rechten van het Kind
5. VN-verdrag inzake personen met een handicap
6. Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)

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

7. Referentiekader voor de psychiatrische ziekenhuizen (PZ): algemeen, module medicatie en module vrijheidsbeperkende maatregelen
([Referentiekader psychiatrische ziekenhuizen](#))
8. Referentiekader voor de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)
([Referentiekader centra voor geestelijke gezondheidszorg](#))
9. Referentiekader voor de Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT)
([Referentiekader psychiatrische verzorgingstehuizen](#))
10. Referentiekader voor de Initiatieven Beschut Wonen (IBW)
([Referentiekader initiatieven van beschut wonen](#))
11. KOC (Kenniscentrum Hulpmiddelen – Vlaamse overheid) ([Hulpmiddeleninfo](#))
12. Handboek toegankelijkheid publieke gebouwen ([Handboek toegankelijkheid publieke gebouwen](#))
13. Kwaliteitsdecreet Geestelijke Gezondheidszorg (van toepassing voor de andere voorzieningen binnen GGZ)
([Decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen](#))
14. Kindreflex ([Kindreflex](#))
15. Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (treedt in werking op 1 juli 2022)
([Wet kwaliteitsvolle praktijkvoering gezondheidszorg](#))

7.2 KWALITEITSBELEID

Uit GGZ-referentiekaders

- > Het kwaliteitsbeleid bestaat uit ten minste een missie, een visie, doelstellingen en een strategie. (7)
- > Er wordt gewerkt met een duidelijk opgesteld beleidsplan (waarin inventarisatie van de doelstellingen, stappenplan, evaluatie van de doelstellingen beschreven zijn). (9)
- > Het kwaliteitsbeleid moet gericht zijn op de totaliteit van de organisatie. (7)
- > Het kwaliteitsdenken en het kwaliteitsbeleid zijn geïntegreerd in de volledige organisatie en niet enkel aan de top. (7)
- > Het kwaliteitsmanagementsysteem bestaat uit de organisatorische structuur, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures en processen. (7)
- > Er is een cliëntenstroomschema. Daarin worden de 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). (7)
- > Er is een adequaat en behoeftegestuurd vormings-, trainings- en opleidingsbeleid (VTO-beleid). (7)
- > De voorziening voert minstens om de 5 jaar een evaluatie van zijn werking op basis van een SWOT-analyse (sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen). (9)
- > De voorziening toont door middel van een zelfevaluatie aan hoe ze haar processen, structuren en resultaten bewaakt, beheerst en voortdurend verbetert. (7)
- > In die zelfevaluatie toont de voorziening minimaal aan:
 - hoe ze op systematische wijze gegevens verzamelt en registreert over de kwaliteit van de zorg
 - hoe ze de gegevens, bedoeld in 1°, aanwendt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren
 - welk stappenplan met tijdspad ze opstelt om de doelstellingen, bedoeld in 2°, te bereiken
 - hoe en met welke frequentie ze evalueert of de doelstellingen bereikt zijn
 - welke stappen ze onderneemt indien een doelstelling niet bereikt is. (7)
- > Verbeteracties moeten op een systematische manier geëvalueerd worden (PDSA-cyclus). (7)
- > De doelstellingen/verbeteracties worden SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden) geformuleerd. (7)

7.3 MULTIDISCIPLINARITEIT

7.3.1 Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens

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. (15)
 - 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. (8)

- > Patiëntendossier geïntegreerd
 - De voorziening legt voor elk cliëntsysteem waaraan hulpverlening wordt verstrekt, één multidisciplinair dossier aan, dat o.a. een behandelplan omvat. (8)

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. (15)
 - 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. (14)

7.3.2 Zorgplan

Uit GGZ-referentiekaders

- > Opmaak zorgplan
 - Bij start van de begeleiding wordt bij elke patiënt een behandelplan opgesteld. De patiënt heeft inspraak bij de opmaak van dit plan. (7)
 - 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. (9)
 - Er wordt voor elke cliënt ten laatste na het vierde face-to-face contact (FTF 4) een behandelplan opgesteld. (8)
- > Inspraak/evaluatie behandelplan
 - De voortgangstoetsing is goed georganiseerd (wie, frequentie, wijze waarop plan wordt bijgesteld, betrokkenheid team, patiënt, familie, ... is bepaald). (7)

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. (13)

7.3.3 Multidisciplinair overleg

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. (8)
- > 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. (8)
- > Elke patiënt komt regelmatig aan bod op de multidisciplinaire teamvergadering. Een verslag hiervan komt in het multidisciplinaire patiëntendossier. (7)

7.3.4 Communicatie met externe zorgverleners

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. (10)
- > Bij ontslag wordt een voorlopige ontslagbrief aan de huisarts opgestuurd. Deze bevat o.a. het medicatieschema. (7)
- > De huisarts en/of verwijzende arts wordt op de hoogte gesteld van de start van de begeleiding, het ontslag en de geplande vervolgzorg. (7)
- > 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. (8)
- > 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. (9)

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. (15)
- > 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. (15)
- > 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. (15)

7.4 RECHTEN

7.4.1 Klachtrecht

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 de start van de begeleiding 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. (7)
- > De zorggebruikers worden voldoende geïnformeerd over de interne ombudspersoon en diens bereikbaarheid. (10)
- > De voorziening beschikt over een interne klachtenprocedure. (10)
- > De voorziening voorziet een laagdrempelige interne klachtenregeling en communiceert dit aan de zorggebruikers via de gebruikelijke communicatiekanalen. (9)
- > Het doel en de werking van de externe ombudspersoon wordt systematisch aan de nieuwe zorggebruikers meegedeeld (contactgegevens, bereikbaarheid,...). (9)
- > De ombudspersoon is direct bereikbaar, zonder omslachtige procedures, en dit zowel persoonlijk, telefonisch als per e-mail. (7)

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. (1)
- > De klachten kunnen schriftelijk (brief, fax, e-mail) of mondeling (telefoon, persoonlijk contact op afspraak) bij de bevoegde ombudspersoon geformuleerd worden. (1)
- > 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. (1)

7.4.2 Inzage en afschrift dossier

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 de start van de begeleiding aan elke patiënt bezorgd. (7)
- > 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. (8)

- > 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. (10)

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. Gegevens die betrekking hebben op derden zijn van het recht op inzage uitgesloten. (1)
- > 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. (1)

7.4.3 Privacy

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. (7)
- > 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. (9)

7.4.4 Zelfbeschikking

Uit GGZ-referentiekaders

- > Bij ontslag wordt een voorlopige ontslagbrief aan de huisarts opgestuurd. Die bevat o.a. het medicatieschema. (7)
- > De huisarts en/of verwijzende arts wordt op de hoogte gesteld van de opname, het ontslag en de geplande vervolgzorg. (7)
- > Mits akkoord van cliënt zorgt de voorziening voor goede doorstroming van informatie. (8)
- > 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. (9)

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. (15)

- > 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. (15)
- > 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. (15)
- > 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. (15)

7.4.5 Rolstoeltoegankelijkheid

Uit GGZ-referentiekaders

- > De voorziening is voor patiënt en familie fysiek toegankelijk (ook voor mindervaliden, bv. voorzien in rolstoelen, hellende vlakken). (7)
- > De voorziening is aangepast aan de behoeften van mindervalide zorggebruikers.
 - Alle deuren naar lokalen die toegankelijk zijn voor zorggebruikers zijn breed genoeg om een rolstoel door te laten.
 - De kamers zijn voldoende ruim om bij mindervalide zorggebruikers te kunnen gebruik maken van ondersteunende materialen tijdens zorgmomenten.
 - De wastafels/spiegels zijn aangepast aan rolstoelgebruikers en zorggebruikers die zich zittend verzorgen.
 - Er is een bad, aangepast aan specifieke behoeften van zorgbehoevende zorggebruikers en/of rolstoelpatiënten. (9)

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. (5)
- > 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. (5)

7.5 VEILIGHEID

7.5.1 Veiligheid van personen

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. (7)
- > De organisatie beschikt over een uitgeschreven visie m.b.t. omgang met agressie en geweld. Daarin staat minimaal vermeld:
 - definitie van agressie en geweld (het gaat hier niet alleen over de fysieke en psychisch feitelijke agressie maar ook 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. (7)
- > 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. (7)
- > Er is een beleid rond crisissen, seksueel grensoverschrijdend gedrag, suïcidepreventie en Kindreflex. (10)
- > De voorziening beschikt over een intern beleid rond crisissituaties/crisissen. (9)
- > 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. (9)
- > De voorziening organiseert vorming voor personeelsleden rond het omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag. (9)

7.5.2 Medicatiebeleid

Uit GGZ-referentiekaders

- > De medicatiedistributie is beschreven in een of meerdere procedures, die actief kenbaar worden gemaakt. (7)
- > De procedure van medicatiedistributie bevat minimaal volgende items:
 - opstellen medicatieschema
 - klaarzetten medicatie
 - controle t.o.v. medicatieschema
 - controle vervaldata
 - omgaan met onvolledige tabletten. (7)
- > Er is een structuur die fouten en bijna-incidenten i.v.m. medicatiedistributie verzamelt, analyseert, en, op basis hiervan, verbeteracties voorstelt. (7)

- > Het aantal medicatie-incidenten wordt opgevolgd, geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd. (7)
- > Er werden, indien nodig, verbeteracties opgezet t.g.v. de registratie van medicatiefouten. De verbeteracties leiden ook tot objectiveerbare verbeteringen. (7)
- > 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. (7)
- > Het patiëntendossier bevat een overzicht van de medicatie die de patiënt nam voor de opname. (7)
- > 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. (7)
- > 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. (7)
- > 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. (7)
- > De vervaldatum is controleerbaar op de patiëntvoorraad op de afdeling. (7)
- > De verpleegkundige of zorgkundige (of student verpleegkunde onder supervisie), die de medicatie effectief toedient, registreert (paraaf of elektronische validatie) de toediening. (7)
- > De reden van het niet innemen van medicatie wordt genoteerd. (7)
- > De verantwoordelijke verpleegkundige moet te allen tijde een algemeen overzicht hebben van het medicatieschema van zijn/haar patiënten. (7)
- > 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. (7)
- > De geneesmiddelen worden bewaard in een lokaal dat voor patiënten niet vrij toegankelijk is. (7)

7.5.3 Bewaring van dossiergegevens

Uit regelgeving/richtlijnen

- > De patiënt heeft ten opzichte van de beroepsbeoefenaar recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier. (1)
- > 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. (15)

- > 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:
 - de finaliteit van de toegang bestaat uit het verstrekken van gezondheidszorg
 - de toegang is noodzakelijk voor de continuïteit en kwaliteit van het verstrekken van gezondheidszorg
 - de toegang beperkt zich tot de gegevens die dienstig en pertinent zijn in het kader van het verstrekken van gezondheidszorg. (15)
- > De noodzakelijke (technische en organisatorische) maatregelen worden genomen om een beveiligde verwerking van de persoonsgegevens te garanderen. (6)

8 LIJST MET AFKORTINGEN

CAR	Centrum voor Ambulante Revalidatie
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
FTF	Face-to-facecontact
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IBW	Initiatieven Beschut Wonen
IOM	Institute of Medicine
MDO	Multidisciplinair overleg
PDSA	Plan Do Study Act
PVT	Psychiatrische Verzorgingstehuizen
PZ	Psychiatrisch ziekenhuis
RCA	Referentiecentrum voor Autisme
UCAR	Universitair Centrum voor Ambulante Revalidatie
VTE	Voltijdsequivalent
WHO	World Health Organization