

**DEPARTEMENT  
WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN**

**Zorginspectie**

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 Brussel

T 02 553 34 34

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

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

////////////////////////////////////  
**INSPECTIEVERSLAG GGZ-VOORZIENING MET EEN  
REVALIDATIEOVEREENKOMST**  
////////////////////////////////////

**INSPECTIEPUNT**

Naam De Dauw  
Adres Moregemplein 3, 9790 Wortegem-Petegem

**INRICHTENDE MACHT**

Naam De Dauw  
Juridische vorm vzw  
Adres Moregemplein 3, 9790 Wortegem-Petegem

**UITBATINGSPLAATS**

Naam De Dauw  
Adres Moregemplein 3, 9790 Wortegem-Petegem

**INSPECTIEBEZOEK**

Bezoek Aangekondigde inspectie op 13/12/2021 (9:00-15:00)  
Datum laatste vaststelling 14/12/2021  
Verslagnummer V-2021-KULI-0003  
Inspecteurs Koenraad Fierens  
Kurt Lievens  
Tania Vandommele  
Lindsay Vissenaekens  
Gesprekspartners Zie 1.2.

# INHOUD

<b>1. Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1 Toezicht door Zorginspectie	4
1.2 Inspectiemethodiek	4
1.3 Verwachtingskader	7
1.4 Opbouw van dit verslag	8
<b>2. Organisatie en zorgaanbod</b>	<b>10</b>
2.1 Organisatie	10
2.2 Zorgaanbod	11
<b>3. Kwaliteitsbeleid</b>	<b>14</b>
3.1 Algemeen kwaliteitsbeleid	14
3.2 Verbeterbeleid	15
3.2.1 Zicht op eigen werking (gegevens verzamelen en analyseren)	15
3.2.2 Verbeteracties	16
3.3 Samenvatting resultaten kwaliteitsbeleid	17
3.3.1 Zoals verwacht	17
3.3.2 Verbeterpunten	17
<b>4. Multidisciplinaire werking</b>	<b>18</b>
4.1 Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens	18
4.2 Zorgplan	21
4.3 Multidisciplinair overleg (MDO)	24
4.4 Communicatie met externe zorgverleners (continuïteit)	26
4.4.1 Verwijzer	27
4.4.2 Huisarts	27
4.4.3 Vervolgzorg	27
4.4.4 Eindverslag	27
4.5 Samenvatting resultaten multidisciplinaire werking	28
4.5.1 Zoals verwacht	28
4.5.2 Verbeterpunten	30
<b>5. Rechten</b>	<b>31</b>
5.1 Inzage in en afschrift van het dossier	31
5.2 Klachtrecht	32
5.3 Privacy	33
5.4 Zelfbeschikking	35
5.5 Rolstoeltoegankelijkheid	38
5.6 Samenvatting resultaten rechten	39
5.6.1 Zoals verwacht	39
5.6.2 Verbeterpunten	39

<b>6. Veiligheid .....</b>	<b>41</b>
6.1 Veiligheid van personen.....	41
6.2 Bewaring van dossiergegevens.....	43
6.3 Medicatiebeleid .....	44
6.4 Samenvatting resultaten veiligheid .....	48
6.4.1 Zoals verwacht.....	48
6.4.2 Verbeterpunten .....	50
<b>7. Algemeen besluit.....</b>	<b>51</b>
7.1 Overzicht resultaten .....	51
7.2 Globale beoordeling .....	52

# 1. INLEIDING

## 1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

### Situering Zorginspectie

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

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

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

### Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

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

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

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

### Hoe werkt Zorginspectie?

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

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

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

## 1.2 INSPECTIEMETHODIEK

### Situering

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

Er bestaan verschillende soorten GGZ-voorzieningen met een revalidatieovereenkomst:

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

Zorginspectie werkte een specifiek traject uit voor deze voorzieningen.

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

### **Inspectietraject**

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

### **Inspectieproces**

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

## Werkwijze

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

## Concrete aanpak

- Schema dagplanning

	inspecteur 1	inspecteur 2	inspecteur 3	inspecteur 4
9u - 9.30u	kennismaking en afspraken rond het verloop van de dag			
9.30u - 12u	gesprek met zorggebruikers	gesprek over multidisciplinariteit	gesprek over organisatie, zorgaanbod en kwaliteitsbeleid	gesprek over beleid rond medicatie
		dossiersteekproef afgesloten dossiers	dossiersteekproef lopende dossiers	infrastructuur rolstoel-toegankelijkheid
12u - 13u	lunch en onderling overleg (inspecteurs alleen)			
13u - 14.30u	gesprek rond veiligheid	dossiersteekproef afgesloten dossiers	dossiersteekproef lopende dossiers	dossiersteekproef lopende dossiers
	gesprek rond rechten			
14.30u - 15u	overleg tussen inspecteurs			
15u - 16u	terugkoppeling, vragen en toelichting bij de vaststellingen			

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

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

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

- Bij voorzieningen met meerdere deelwerkingen werd dit, indien de werking verschillend was (bv. aparte schriftelijke afspraken), in het verslag vermeld. Van elke bezochte deelwerking werden een aantal dossiers ingekeken; de bevindingen hierrond worden telkens per deelwerking vermeld in het verslag.
- Het ontwerpverslag werd per e-mail bezorgd aan de voorziening. Vervolgens was een periode van 14 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het inspectieverslag via een gemotiveerde reactienota te formuleren. Op basis hiervan kon het ontwerpverslag aangepast worden. Het verslag werd ook aan Zorg en Gezondheid bezorgd, voor verdere opvolging.

### 1.3 VERWACHTINGSKADER

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

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

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

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

- Referentiekader voor de psychiatrische ziekenhuizen (PZ): algemeen, module medicatie en module vrijheidsbeperkende maatregelen (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-voor-psychiatrische-ziekenhuizen>);
- Referentiekader voor de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) ([https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader%20CGG\\_DEFINITIEF\\_0.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader%20CGG_DEFINITIEF_0.pdf));
- Referentiekader voor de Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT) (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader%20PVT%202019.pdf>);
- Referentiekader voor de Initiatieven Beschut Wonen (IBW) ([https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader\\_BW\\_2019\\_0.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader_BW_2019_0.pdf));
- KOC (Kenniscentrum Hulpmiddelen – Vlaamse Overheid) (<https://www.hulpmiddeleninfo.be/hulpmiddeleninfos.html>);
- Handboek toegankelijkheid publieke gebouwen (<https://www.toegankelijkgebouw.be/Handboek/Sanitair/Toilet/tabid/89/Default.aspx>);
- Kwaliteitsdecreet Geestelijke Gezondheidszorg (van toepassing voor de andere voorzieningen binnen GGZ);
- Kindreflex;
- Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (treedt in werking op 1 juli 2022).

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

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

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

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

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

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

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

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

**<https://www.departementwvg.be/home-zorginspectie-organisaties-ggz-revalidatie>**.

## **1.4 OPBOUW VAN DIT VERSLAG**

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

Als eerste thema worden aspecten van het algemene kwaliteitsbeleid van de voorziening beschreven. Het is een weergave van de inspectievaststellingen m.b.t. de globale manier waarop de voorziening omgaat met



afspraken, hoe men zicht verwerft op de eigen werking en welke verbeteracties op basis van deze gegevens worden uitgevoerd.

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

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

Het verslag van deze inspectie kan opgevraagd worden via het invulformulier op onze website:

**<https://www.departementwvg.be/aanvraag-passieve-openbaarheid-van-bestuur-zorginspectie>** of door een schriftelijke vraag te richten aan Zorginspectie, Koning Albert II-laan 35, bus 31, 1030 Brussel.

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

## 2. ORGANISATIE EN ZORGAANBOD

### 2.1 ORGANISATIE

De Dauw werd opgericht in 1979, heeft sinds 1979 een revalidatieovereenkomst met het RIZIV en sinds 2019 met de Vlaamse overheid. Het betreft een voorziening voor psychosociale revalidatie van kinderen en jongeren.

De voorziening is niet erkend door het VAPH.

Directiecomité:

Bart Flobert	Algemeen directeur
Effy Vanspranghe	Therapeutisch directeur
Dr. Jan Coessens	Medisch directeur

De drie directieleden werken allen deeltijds in De Dauw. In september 2019 werd de (voorheen) fulltime algemene directie opgesplitst in een deel algemene directie en een deel therapeutisch directeur.

De algemeen directeur is ook algemeen directeur in Centrum voor Ambulante Revalidatie Ter Eecken en in kinderdagverblijf De Blokkendoos.

De therapeutisch directeur is ook werkzaam als psycholoog/psychotherapeut in een multidisciplinaire privé-praktijk.

De medisch directeur is ook 4 uur per week actief als coördinator van een klein project Beschut Wonen en een halve dag per week in de polikliniek van Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge.

De Dauw heeft enkel een zorgaanbod op de locatie die geïnspecteerd werd. Het betreft een residentieel aanbod voor 18 kinderen en jongeren (van 6 tot 18 jaar) met een autismespectrumstoornis en/of een psychotische kwetsbaarheid, die reeds een hulpverleningstraject doorlopen hebben.

overzicht disciplines teamleden	aantal	VTE
Psychologen/psychotherapeuten	3	2
Coördinatoren	3	2,2
Maatschappelijk werker	1	0,7
Ergotherapeuten	4	2,8
Psychomotorisch therapeut/kinesist	2	1,3
Logopedisten	3	1,9
Psychiatrisch verpleegkundige	1	0,9
Opvoeders / bachelors in de psychologie	4	7,8
Nachtopvoeders	4	2,9
Arts (kinderpsychiater)	1	0,4
Therapeutisch directeur	1	0,6
<b>totaal</b>	<b>27</b>	<b>23,5</b>

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

De voorziening werkt niet met ervaringsdeskundigen. Er zetelt wel een ouder in de Raad van Bestuur en 1 personeelslid is ook ouder van een kind met ASS/psychotische kwetsbaarheid.

## 2.2 ZORGAANBOD

De Dauw biedt residentiële zorg voor kinderen en jongeren van 6 tot 18 jaar met als meest voorkomende diagnoses: complexe ontwikkelingsstoornissen (ASS, MCDD, psychotische kwetsbaarheid, ...) en vaak co-morbiditeit (hechtingsstoornissen, ADHD, gedragsstoornissen,...). Het cognitief niveau van de kinderen is meestal (rand-) normaal beaafd.

In principe is de zorg vrijwillig, maar soms wordt het complexer, bijvoorbeeld als de ouders heel erg vragende partij zijn voor een opname maar de jongere zelf is dat niet, of als er toch tussenkomst is van de rechtbank in bepaalde situaties. De Dauw is geen gezinsvervangend tehuis maar wel een behandlings-/revalidatiecentrum met internaat gericht op re-integratie.

In- en exclusiecriteria:

Er moet een doorverwijzing zijn door een kinderpsychiater (3e lijn) en er is al een diagnose van ontwikkelingsstoornis(sen). De nood aan revalidatie- én behandelaanbod (maar geen nood aan een gesloten setting) is duidelijk en behandeldoelen zijn aanwezig die passend zijn bij de betrokken leefgroep. Agressie staat niet op de voorgrond maar kan wel secundair zijn, er is nood aan een intensieve residentiële behandeling, samenwerking met de context is mogelijk, het gaat niet om een gedwongen opname en/of plaatsing.

Organisatie van het zorgaanbod:

Er zijn 3 teams/deelwerkingen:

- Indigo ontvangt de jongste doelgroep (6 à 12 jaar);
- Oker staat in voor de pubers (12 à 14 jaar);
- Blauw begeleidt de adolescenten (14 à 18 jaar).

Alle teams zijn multidisciplinair samengesteld. De leiding per team gebeurt door een tandem (psycholoog en coördinator). Kinderpsychiater en therapeutisch directeur zijn teamoverschrijdend betrokken bij alle multidisciplinaire vergaderingen.

In De Dauw wordt gewerkt met een multidisciplinair zorgaanbod op maat (individuele psychologische begeleiding/psychotherapie/psycho-educatie, logopedie, kine, ergo, ...) met expertises naar aanpak voor de specifieke doelgroep. Er is telkens een link naar generalisatie m.b.t. het dagelijkse leven (de therapeuten staan ook in voor begeleiding bij vaardigheden zoals eten, wassen, vrije tijd, ...). Daarnaast is er de groepswerking, enerzijds in de vorm van ateliers gericht op onder andere sociaal-communicatieve vaardigheden (bijvoorbeeld expressie atelier, actualiteit, de week/het weekeinde, groepsvergaderingen, ...) en anderzijds in de vorm van begeleiding bij dagelijkse activiteiten (zoals eten, wassen, vrije tijd, ...). Er is ook aandacht voor ouderbegeleiding (psycho-educatie, begeleiding verwerking, omgaan met moeilijk gedrag, betekenis van het gedrag, ...) en voor samenwerking met scholen/leerkrachten (individueel onderwijs, opstart school) en andere organisaties (bv. vrijetijdsorganisatie).

Verloop van een zorgtraject:

Er gebeurt een doorverwijzing door een kinderpsychiater en de aanmeldingsprocedure wordt gevolgd onder coördinatie van de maatschappelijk werker. Er volgen verschillende intakegesprekken met verschillende betrokkenen (met de ouders en met het kind). Indien er op het intake-team beslist wordt tot opname, komt het kind op de wachtlijst terecht voor de betrokken leefgroep of wordt een startdatum vastgelegd.

Er is een observatieperiode van 3 maanden na de opstart. Doelstelling is basisrust installeren en het kind leren kennen.

Het kind krijgt een therapieprogramma bestaande uit ateliers en leefgroepsactiviteiten, waaronder vaak ook gestructureerde en begeleide vrije tijd.

Wekelijks of tweewekelijks zijn er vanaf de start ouderbegeleidingsgesprekken.

Wekelijks is er een multidisciplinair teammoment (MT) waarop het kind kan worden besproken. Na 3 maanden is er een grondige bespreking (waarbij aan de hand van richtvragen wordt nagegaan of een verdere opname haalbaar en zinvol is), en na 6 maanden wordt het individueel handelingsplan (IHP) op punt gesteld. Daarna wordt er ongeveer driemaandelijks een tussentijdse evaluatie (TE) gehouden per kind op het MT en jaarlijks een IHP. Hierin worden de therapiedoelstellingen overlopen en indien nodig bijgesteld.

Tijdens de observatieperiode is er in de regel nog geen connectie met een school. Na het opmaken of bijstellen van het IHP wordt contact genomen met een school voor opstart van tijdelijk onderwijs aan huis (TOAH) of permanent onderwijs aan huis (POAH) (= individueel onderwijs op maat, meestal 4 uur per week) en op termijn – indien aangewezen – opnieuw een (deeltijdse) schoolopstart.

Het thema "onderwijs" behoorde niet tot de scope van deze inspectie.

Er wordt gewerkt aan een algemeen psychologisch welbevinden vanuit een holistische multidisciplinaire kijk op het kind (rekening houden met diagnoses/moeilijkheden maar ook met talenten en sterktes), aan heel concrete meetbare doelstellingen op vlak van zelfredzaamheid (aan de hand van dagelijkse observaties), aan aanpak probleemgedrag/agressie, aan contextbegeleiding (psycho-educatie, begeleiding verwerking, begeleiding moeilijkheden thuissituatie, ...). Algemeen achterliggend doel is de re-integratie van het kind.

De Dauw werkt niet outreachend, maar er wordt wel gedurende een drietal maanden nazorg geboden. Dit uit zich vooral in verdere afrondende ouderbegeleiding en opvolging van het kind in zijn nieuwe structuur (school, andere voorziening) of thuis en door deelname aan verder overleg.

Elk van de drie teams beschikt over 6 eenpersoonskamers voor opname.

De Dauw benoemt zichzelf als een semi-gesloten voorziening. De deuren zijn niet letterlijk op slot, maar een kind moet altijd toestemming vragen om de voorziening te mogen verlaten. De enige ruimte die onvrijwillig op slot wordt gedaan is die van de BR (beveiligde ruimte). Deze ruimte is sinds 2010 in gebruik om zorggebruikers af te zonderen in geval van aanhoudende agressie. De ruimte en alle aspecten die hiermee te maken hebben (procedure, cijfers, uitvoering, ...) werden tijdens deze inspectie niet beoordeeld.

Alle zorg is vrijwillig, maar soms is de jeugdrechtbank ook betrokken (bijvoorbeeld omwille van schoolweigering). Dit maakt het in ongeveer 30 procent van de gevallen wel moeilijker om vanuit eigen motivatie te werken. De ouders van het kind kunnen in principe de behandeling beëindigen wanneer ze dit willen.

Gemiddeld verblijven er 17 kinderen in de voorziening, a rato van 3 jaar opname. De meerderheid zijn jongens (doelgroep ASS: prevalentie bij jongens is veel hoger dan bij meisjes) maar sinds 2016 wordt wel een stijging in de cijfers van de aanmeldingen van meisjes genoteerd (2016: 15% vs. 2020: 21%).

In 2020 verbleven er in totaal 20 verschillende kinderen in de voorziening, waarvan 4 nieuwe opnames.

Op het moment van inspectie zijn 17 zorggebruikers opgenomen.

De belangrijkste verwijzers zijn MFC's (Multifunctionele Centra) en de kinderpsychiatrie. Soms zijn het de ouders zelf die hun kind aanmelden, maar er is steeds een verwijfsbrief nodig van een kinderpsychiater.

Toegankelijkheid van het zorgaanbod:

- Op [www.dedauw.org](http://www.dedauw.org) is informatie te vinden over doelgroepen/visie en werking/inclusie-criteria/aanmeldingsprocedure/contactgegevens. Daarnaast is er een gedetailleerd onthaalboekje per team/leefgroep dat besproken en meegegeven wordt aan de ouders en het kind bij het laatste contact voor de opname.
- Door De Dauw worden quasi geen financiële drempels vermeld voor een opname. Ouders betalen slechts een minimale bijdrage.

- De voorziening is gelegen in het centrum van Moregem (deelgemeente van Wortegem-Petegem); er is een bushalte op 1,7 km en een station op 3,5 km. Er is ook een belbushalte op 100 m.
- Er zijn volgende drempelverlagende initiatieven om de toegankelijkheid tot de zorg te vergroten:
  - o als het financiële aspect toch nog een probleem zou zijn, wordt individueel bekeken of er een extra tegemoetkoming kan zijn (bijvoorbeeld als een kind start met het leren rijden met openbaar vervoer, doet De Dauw een tussenkomst in de kosten);
  - o regelmatig aanbod voor ouders via informele initiatieven met een hapje en een drankje;
  - o website werd opgefrist en toegankelijker gemaakt voor ouders;
  - o per team / groep zorggebruikers foto's van de dagelijkse therapieën en activiteiten online plaatsen voor ouders.

### 3. KWALITEITSBELEID

#### Verwachtingen

##### Uit GGZ-referentiekaders:

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

#### 3.1 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID

##### Vaststellingen

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

Deze documenten werden geactualiseerd in 2020.

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

Het algemeen beleidsplan bevat:

- duidelijke doelstellingen;
- acties.

Het algemeen beleidsplan bevat geen:

- timing.

Het directietrio is voor De Dauw aangeduid als verantwoordelijke voor het kwaliteitsbeleid.

Er zijn geen VTE vrijgesteld voor het kwaliteitsbeleid.

De afgelopen 5 jaar werd vorming gevolgd rond kwaliteitsbeleid met ondersteuning van externe organisaties (BDO, MINT, ESF-project).

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

Zorggebruikers worden op volgende manier betrokken bij het beleid:

De kinderen hebben inspraak rond de werking van de leefgroep, o.a. via bewonersvergaderingen. Er is ook een bevraging geweest (via Unicef) rond de ervaringen m.b.t. hun opname.

Familie wordt op volgende manier betrokken bij het beleid:

Er is de mogelijkheid om ideeën aan te brengen via oudergesprekken en er worden mogelijkheden gecreëerd voor ouders om hun inbreng te doen of feedback te geven op bepaalde beslissingen. Een lid van de Raad van Bestuur is ouder van een kind met een autismeproblematiek en spreekt soms ook vanuit de rol van ervaringsdeskundige.

De voorziening heeft schriftelijke afspraken over:

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

De voorziening heeft mondelinge afspraken over:

- wachtlijstbeleid.

Interne afspraken worden t.a.v. de medewerkers gecommuniceerd via overlegmomenten, via algemene e-mails (voor belangrijke leefgroepoverschrijdende zaken), korte mondelinge bespreking op een algemene personeelsvergadering (gekoppeld aan de algemene vormingsdagen), aan het begin van een multidisciplinair teammoment (MT), ...

Schriftelijke afspraken worden bewaard op een server (centraal intranet) onder de algemene noemer "info personeel" en in afsprakenboeken per leefgroep.

## 3.2 VERBETERBELEID

### 3.2.1 Zicht op eigen werking (gegevens verzamelen en analyseren)

Volgende methodieken worden gebruikt om zicht te krijgen op de (kwaliteit van de) eigen werking:

- jaarverslag;
- SWOT-analyse;
- zorggebruikersbevraging;
- via externe begeleiding (inhoudelijke supervisie en begeleiding op organisatieniveau door BDO en MINT).

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

- Toegankelijkheid:
  - o gemiddelde wachttijd afgelopen jaar;
  - o % dat vanuit aanmelding instroomt;
  - o zicht op redenen van niet-instroom, al dan niet na aanmelding.

- Doelgroep:
  - o aantal bereikte zorggebruikers;
  - o demografische gegevens zorggebruikers;
  - o verwijzers;
  - o welke problematieken/diagnoses.
- Behandeling:
  - o gemiddelde behandelduur;
  - o maximale duur.
- Vorming medewerkers:
  - o jaarlijks aantal gevolgde uren vorming;
  - o aard van de gevolgde vorming per medewerker.
- Ervaringen van medewerkers:
  - o er is in samenwerking met Mediwet om de 4 jaar een anonieme bevraging rond het psychosociaal welbevinden van de medewerkers; uit deze resultaten zijn een aantal werkgroepen rond thema's voortgevloeid.
- Ervaringen van zorggebruikers:
  - o telefonische bevraging van (ouders van) ex-zorggebruikers met een intern verslag over de onderzoeksresultaten.

De resultaten van de behandeling worden niet systematisch verzameld d.m.v. uitkomstenmetingen.

### 3.2.2 Verbeteracties

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

- Aanpassing van de aanmeldingsprocedure: de intakes gebeuren sneller dan vroeger, waarbij voldoende tijd voorzien wordt voor ouders om te kijken of een opname in De Dauw iets is wat ze echt willen.
- Ontwikkeling en ingebruikname van een elektronisch dossier (EPD) ter vervanging van het vroegere papieren dossier.
- Initiatieven rond hantering van agressie, in de vorm van een opleiding "Persoonlijke VeiligheidsTechnieken" (PVT) en denkkaders zoals preventie vanuit een meer autismegerichte benadering en geweldloos verzet. Tevens is er gewerkt aan het verfijnen van de procedure "opvang van een medewerker na agressie".
- Acties m.b.t. het beter opleiden en begeleiden van stagiairs met link naar rekrutering en inscholing van nieuwe medewerkers.
- Ontwikkeling en implementatie van een referent-systeem waarbij elk teamlid specifiek de organisatie van de zorg voor een bepaald kind mee helpt opvolgen.
- Ingebruikname van een geoptimaliseerd systeem van uurroosters i.f.v. verhoogde voorspelbaarheid voor de kinderen en meer basisrust.
- Verbetering van de interne teamcommunicatie. Verslaggeving gebeurt gedetailleerd, er zijn meer overdrachtsmomenten geïnstalleerd (vast 's morgens, 's middags, om 16u en bij de overgang naar de nacht).

Uit een lijst van verbeteracties van de laatste 5 jaar werden 3 verbeteracties geselecteerd (inscholing, aanmeldingsprocedure, hantering agressie) en gecontroleerd op de aanwezigheid van een aantal onderwerpen (doelstelling, motivatie, acties, timing, evaluatie van de resultaten).

Voor alle 3 geselecteerde verbeteracties werd een doelstelling geformuleerd.



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

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

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

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

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

### 3.3 SAMENVATTING RESULTATEN KWALITEITSBELEID

#### 3.3.1 Zoals verwacht

##### Algemeen kwaliteitsbeleid

- De voorziening heeft schriftelijke afspraken rond:
  - inclusiecriteria;
  - exclusiecriteria;
  - inscholing nieuwe medewerkers;
  - vorming medewerkers.
- Kwaliteitsonderwerpen betreffende de eigen werking worden binnen de voorziening besproken op directieniveau (aantoonbaar met verslaggeving).

##### Verbeterbeleid

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

#### 3.3.2 Verbeterpunten

##### Algemeen kwaliteitsbeleid

- De voorziening heeft een algemeen beleidsplan, maar hierin ontbreekt een duidelijke timing.
- De voorziening heeft geen schriftelijke afspraken rond:
  - wachtlijstbeleid.

## 4. MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

### 4.1 TOEGANKELIJKHEID EN BESCHIKBAARHEID VAN ZORGGEGEVENS

#### Verwachtingen

##### Uit GGZ-referentiekaders:

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

##### Uit regelgeving/richtlijnen:

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

#### Werkwijze dossiercontrole

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

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

## Vaststellingen

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

- de identificatiegegevens van de huisarts;
- de identificatiegegevens van de verwijzer;
- de omschrijving van de hulpvraag van de zorggebruiker;
- het overzicht van het huidig medicatieschema.

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

- de informatie dat de zorggebruiker geen medicatie neemt.

Het dossier van zorggebruikers is een elektronisch dossier (EPD).

Het EPD bevat volgende onderdelen:

- overzichtsgegevens:
  - gegevensfiche;
  - administratie en facturatie;
  - intakegegevens;
  - medische gegevens;
  - medicatiefiche;
  - ontvluchttingsformulier;
  - doorverwijzingsgegevens;
  - vrijheidsbeperking;
  - suïcidepreventie.
- inhoudelijke gegevens en verslagen
  - anamnese en observatie;
  - individueel handelingsplan (IHP);
  - tussentijdse evaluatie;
  - belangrijke afspraken;
  - ouderbegeleiding;
  - psychotherapie;
  - kinderpsychiatrische opvolging;
  - testing;
  - externen (scholen, zorgboeren, vrijetijdsorganisaties,...);
  - multidisciplinaire therapie/ ateliers;
  - dagdagelijkse observaties leefgroep.

Het dossier van zorggebruikers bestaat uit één geïntegreerd geheel.

Alle gecontroleerde dossierdelen zijn toegankelijk voor alle betrokken teamleden.

De voorziening volgt de interne afspraken betreffende de toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van de zorggegevens op:

- de psychologen zijn verantwoordelijk voor alle informatie m.b.t. het IHP; de verpleegkundige en de arts bewaken de info in het medisch luik; de referent bewaakt of alle andere nodige informatie op de juiste plaats in het EPD wordt ingevoerd;
- verschillende vormen van multidisciplinair overleg (tussentijdse evaluatie en IHP) gebeuren aan de hand van het dossier (dat tijdens de vergaderingen geprojecteerd wordt), waardoor hiaten en fouten in de beschikbare informatie snel gedetecteerd worden.

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

- Ongeveer drie jaar geleden werd het (zelf ontwikkelde) EPD ingevoerd.
- Sindsdien wordt de indeling en het gebruik van het EPD voortdurend geoptimaliseerd. Afspraken in dit verband worden vooral gemaakt tijdens het tandemoverleg (bestaande uit de tandems van de drie leefgroepen, aangevuld met de therapeutisch en medisch directeur).

Dit resulteerde de voorbije periode onder meer in:

- o toevoeging van een luik rond suïcidepreventie;
- o toevoeging van een luik rond vrijheidsbeperkende maatregelen;
- o meer aandacht voor GDPR;
- o meer standaardisering in bevraging en verwerking van zorggebruikersgegevens.

Er werden 17 lopende dossiers gecontroleerd (allemaal van minderjarigen) (waarvan 5 dossiers van leefgroep Indigo, 6 dossiers van leefgroep Oker en 6 dossiers van leefgroep Blauw) op aanwezigheid van informatie over een aantal onderwerpen. Volgende vaststellingen werden gedaan in deze dossiersteekproef:

**Indigo:**

- In alle 5 gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de huisarts gevonden.
- In alle 5 gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de verwijzer gevonden.
- In alle 5 gecontroleerde dossiers werd een omschrijving van de hulpvraag van de zorggebruiker gevonden.
- In alle 5 gecontroleerde dossiers werd info rond huidig medicatiegebruik gevonden of de informatie dat de zorggebruiker geen medicatie neemt.

**Oker:**

- In de 6 gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de huisarts gevonden.
- In de 6 gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de verwijzer gevonden.
- In de 6 gecontroleerde dossiers werd een omschrijving van de hulpvraag van de zorggebruiker gevonden.
- In de 6 gecontroleerde dossiers werd info rond huidig medicatiegebruik gevonden of de informatie dat de zorggebruiker geen medicatie neemt.

**Blauw:**

- In alle 6 gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de huisarts gevonden.
- In alle 6 gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de verwijzer gevonden.
- In alle 6 gecontroleerde dossiers werd een omschrijving van de hulpvraag van de zorggebruiker gevonden.
- In alle 6 gecontroleerde dossiers werd info rond huidig medicatiegebruik gevonden of de informatie dat de zorggebruiker geen medicatie neemt.

## 4.2 ZORGPLAN

### Verwachtingen

#### Uit GGZ-referentiekaders:

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

#### Uit regelgeving/richtlijnen

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

### Werkwijze dossiercontrole

We zochten in de dossiers (na minstens 2 maanden opname) naar zorgplannen van zorggebruikers.

Vervolgens werd nagegaan of het zorgplan werd opgesteld volgens de interne afspraken m.b.t. timing voor het opstellen van het zorgplan.

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

### Vaststellingen

De interne term voor het zorgplan is "individueel handelingsplan" (IHP), waarin per zorggebruiker een individueel plan van aanpak met doelstellingen wordt opgemaakt. Verder in dit verslag wordt de naam zorgplan gebruikt.

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

- De inhoud:
  - Er is een sjabloon aanwezig. Dit sjabloon omvat volgende onderdelen:
    - anamnese/geschiedenis;
    - ouderwerking;
    - huidige situatie/evolutie:
      - medisch;
      - klinisch-diagnostisch;

- handelingsgericht luik:
  - toekomstperspectief;
  - werkmethodes en aanpak die werkt en die we behouden;
  - werkmethodes en aanpak die we bijsturen of uitproberen.
- Wie moet participeren bij de opmaak van het zorgplan.
- Timing voor het opstellen:
  - Het individueel handelingsplan resulteert uit het multidisciplinaire teamoverleg (MT) dat georganiseerd wordt na 3 maanden opname (waarbij aan de hand van richtvragen voornamelijk wordt nagegaan of een verdere opname haalbaar en zinvol is) en na 6 maanden opname (waarbij het IHP op punt wordt gesteld).
- Timing voor het evalueren:
  - Het IHP wordt 1 keer per jaar grondig geëvalueerd. Tussendoor gebeurt er (in theorie om de 3 maanden, in de praktijk 1 à 2 keer) een beknoptere evaluatie, en zijn er ook korte teambesprekingen op de wekelijkse teamvergadering.

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

- wekelijks of tweewekelijks wordt een gesprek voorzien tussen ouders en psychotherapeut/ouderbegeleider;
- na één jaar (en daarna ook 1 keer per jaar) wordt een grondige evaluatie gepland met de ouders, waarbij beslist wordt of de behandeling al dan niet voor een jaar wordt verlengd;
- daarnaast zijn er regelmatig gesprekken bij de kinderpsychiater (in elk geval minstens na elke IHP-bespreking, samen met de psychotherapeut en soms ook de referent).

Zorggebruikers geven aan dat ze inspraak hadden bij de opmaak of evaluatie van hun zorgplan.

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

- naast ouders kunnen ook andere belangrijke familieleden (bv. grootouders) deelnemen aan de wekelijkse of tweewekelijkse gesprekken;
- er wordt regelmatig schooloverleg georganiseerd en er is tussentijds overleg met de leerkrachten; er is ook regelmatig overleg met het CLB;
- verwijzers worden in het begin betrokken en indien nodig ook nog nadien;
- er wordt voor doorverwijzing contact genomen met de betrokkenen (via bezoek, overleg, ...);
- als de Jeugdrechtbank betrokken is, is er regelmatig overleg met de consulent;
- er is indien nodig contact met mensen van vrijetijdsorganisaties (bv. trainer van sportclub), zorgboeren, ...

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

- de coördinator van elke leefgroep volgt op welke kinderen op welke datum moeten worden besproken en communiceert dit tijdig aan alle betrokkenen, om te verzekeren dat iedereen tijdig de nodige informatie aanlevert.

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

- non violent resistance (NVR) werd als vaste rubriek toegevoegd aan het IHP;
- men zoekt naar een methode om de informatie uit het IHP vlotter en efficiënter te laten doorstromen naar en te laten resulteren in (eind)verslaggeving.

**Indigo:**

In 5 dossiers van zorggebruikers die meer dan 2 maanden opgenomen waren, werd er gekeken of er een zorgplan aanwezig was.

In alle 5 gecontroleerde dossiers werd een zorgplan gevonden.

In alle 5 gecontroleerde dossiers werd een zorgplan gevonden volgens de interne vooropgestelde timing (namelijk na 6 maanden).

Bij 3 zorggebruikers jonger dan 12 jaar werd zowel voor het kind als de ouders nagegaan of deze betrokken werden bij het opstellen van het zorgplan. Zowel voor de kinderen als voor de ouders kon dit in alle 3 dossiers aangetoond worden.

Bij 2 zorggebruikers tussen 12 en 18 jaar werd zowel voor de adolescent als de ouder nagegaan of deze betrokken werden bij het opstellen van het zorgplan. Dit was het geval voor de ouders in de 2 dossiers en voor de kinderen in 1 van de 2 dossiers.

**Oker:**

In 6 dossiers van zorggebruikers die meer dan 2 maanden opgenomen waren, werd er gekeken of er een zorgplan aanwezig was.

In alle 6 gecontroleerde dossiers werd een zorgplan gevonden.

In alle 6 gecontroleerde dossiers werd een zorgplan gevonden volgens de interne vooropgestelde timing (namelijk na 6 maanden).

Bij de 6 zorggebruikers tussen 12 en 18 jaar werd zowel voor de adolescent als voor de ouder nagegaan of deze betrokken werden bij het opstellen van het zorgplan. Zowel voor de kinderen als voor de ouders kon dit in alle 6 dossiers aangetoond worden.

**Blauw:**

In 6 dossiers van zorggebruikers die meer dan 2 maanden opgenomen waren, werd er gekeken of er een zorgplan aanwezig was.

In alle 6 gecontroleerde dossiers werd een zorgplan gevonden.

In alle 6 gecontroleerde dossiers werd een zorgplan gevonden volgens de interne vooropgestelde timing (namelijk na 6 maanden).

Bij 6 zorggebruikers tussen 12 en 18 jaar werd zowel voor de adolescent als de ouder nagegaan of deze betrokken werden bij het opstellen van het zorgplan. In alle 6 gecontroleerde dossiers kon de betrokkenheid van de ouders worden aangetoond, in 5 van de 6 gecontroleerde dossiers kon ook de betrokkenheid van de adolescent worden aangetoond.

## 4.3 MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG (MDO)

### Verwachtingen

#### Uit GGZ-referentiekaders:

- Het individueel dossier ondersteunt de multidisciplinaire werking. Dit betekent onder meer dat elke betrokken hulpverlener minimaal de informatie in het dossier noteert die van belang is voor de multidisciplinaire bespreking, dat de conclusies van de multidisciplinaire bespreking in het dossier worden genoteerd en dat alle betrokken hulpverleners toegang hebben tot deze informatie.
- Elk zorgproces dat langer dan 6 maanden loopt, wordt minstens halfjaarlijks intercollegiaal besproken, waarbij de doelstellingen, de behandelstatus en de opportuniteit van verdere behandeling/begeleiding aan bod komen.
- Elke patiënt komt regelmatig aan bod op de multidisciplinaire teamvergadering. Een verslag hiervan komt in het multidisciplinaire patiëntendossier.

### Werkwijze dossiercontrole

We zochten in de gecontroleerde dossiers (na minstens 2 maanden opname) naar notities of verslagen van MDO.

Voor alle gecontroleerde dossiers werd gecheckt of er tijdens de opname een MDO werd georganiseerd.

Vervolgens werd nagegaan of het eerste MDO georganiseerd werd volgens de interne afspraken m.b.t. timing voor het MDO.

Daarnaast werd voor de gecontroleerde dossiers met een behandelduur vanaf 6 maanden ook gecheckt of er een notitie van minstens 1 MDO aanwezig was.

### Vaststellingen

Volgende overlegmomenten worden georganiseerd voor multidisciplinaire besprekingen (naast de dagelijkse overdrachtmomenten):

- Per leefgroep is er wekelijks een multidisciplinair teammoment (MT), waarop alle teamleden aanwezig zijn, evenals de psychiater en de therapeutisch directeur.

Voor de multidisciplinaire besprekingen beschikt de voorziening over schriftelijke afspraken:

- Frequentie  
Het MT vindt wekelijks plaats; tijdens het MT gebeuren tussentijdse evaluaties (in theorie voor elk kind om de drie maanden) en IHP-besprekingen (voor elk kind 1 keer per jaar); tussendoor kan een zorggebruiker ook altijd kort besproken worden.
- Conclusie
  - Voor de tussentijdse evaluaties is er een sjabloon dat gebruikt wordt voor de voorbereiding. Na bespreking wordt dit document het verslag, dat vervolgens wordt opgeladen in het EPD.
  - Het IHP wordt na bespreking geactualiseerd door de psychologen, en vervolgens opgeladen in het EPD.
  - Korte tussentijdse besprekingen worden eerst genoteerd in het sjabloon van het MT-overleg; de referent van elke besproken zorggebruiker voert later de relevante informatie in in het EPD.

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

- de coördinator van elke leefgroep volgt op welke kinderen op welke datum moeten worden besproken en communiceert dit tijdig aan alle betrokkenen, om te verzekeren dat iedereen tijdig de nodige informatie aanlevert;
- de psychologen zijn verantwoordelijk voor de integratie van de resultaten van de besprekingen in het IHP.



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

- het sjabloon voor de tussentijdse evaluaties werd geoptimaliseerd;
- in het IHP worden de doelstellingen duidelijker voor elk atelier opgesplitst of doorvertaald;
- vroeger werd tijdens de IHP-bespreking alles voorgesteld door de psychologen; nu doet elke discipline dit voor haar eigen luik; dit zorgt voor meer mede-eigenaarschap en verantwoordelijkheid.

#### **Indigo:**

Er werden 5 dossiers gecontroleerd betreffende multidisciplinaire overlegmomenten.

In alle 5 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat er een MDO georganiseerd werd.

In alle 5 gecontroleerde MDO was een conclusie aanwezig met betrekking tot het verdere beleid.

In alle 5 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat ten minste 1 MDO georganiseerd werd binnen de interne vooropgestelde timing (namelijk na 3 maanden).

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

In 3 van de 5 gecontroleerde dossiers was de behandelduur langer dan 6 maanden.

In alle 3 gecontroleerde dossiers met een behandelduur langer dan 6 maanden kon aangetoond worden dat ten minste 1 MDO georganiseerd werd.

#### **Oker:**

Er werden 6 dossiers gecontroleerd betreffende multidisciplinaire overlegmomenten.

In alle 6 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat er een MDO georganiseerd werd.

In alle 6 gecontroleerde MDO was een conclusie aanwezig met betrekking tot het verdere beleid.

In alle 6 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat ten minste 1 MDO georganiseerd werd binnen de interne vooropgestelde timing (namelijk: 3 maanden).

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

In alle 6 gecontroleerde dossiers was de behandelduur langer dan 6 maanden en kon aangetoond worden dat ten minste 1 MDO georganiseerd werd.

#### **Blauw:**

Er werden 6 dossiers gecontroleerd betreffende multidisciplinaire overlegmomenten.

In alle 6 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat er een MDO georganiseerd werd.

In alle 6 gecontroleerde MDO was een conclusie aanwezig met betrekking tot het verdere beleid.

In alle 6 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat ten minste 1 MDO georganiseerd werd binnen de interne vooropgestelde timing (namelijk na 3 maanden).

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

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

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

## 4.4 COMMUNICATIE MET EXTERNE ZORGVERLENERS (CONTINUÏTEIT)

### Verwachtingen

#### Uit GGZ-referentiekaders:

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

#### Uit regelgeving/richtlijnen:

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

### Werkwijze dossiercontrole

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

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

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

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

## **Vaststellingen**

### **4.4.1 Verwijzer**

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

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

De communicatie aan de verwijzer bij opstart gebeurt mondeling.

De communicatie aan de verwijzer bij afronding gebeurt mondeling of schriftelijk.

### **4.4.2 Huisarts**

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

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

De communicatie aan de huisarts bij opstart gebeurt schriftelijk.

De communicatie aan de huisarts bij afronding gebeurt schriftelijk.

Er zijn geen afspraken over het versturen van een eindverslag naar de huisarts bij afronding van de begeleiding.

### **4.4.3 Vervolgzorg**

Er zijn mondelinge afspraken over het versturen van een eindverslag naar de vervolgzorg bij afronding van de begeleiding. De afspraak bestaat erin dat enkel een eindverslag wordt verstuurd als de vervolgzorg daar om vraagt, en wanneer de ouders hun toestemming hebben gegeven.

### **4.4.4 Eindverslag**

Er zijn geen afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag in het kader van continuïteit van zorg.

De timing voor het versturen van een eindverslag is niet vastgelegd. De psycholoog en de maatschappelijk werker spreken telkens een datum af.

#### **Indigo:**

Er werden 2 dossiers ingekeken van zorggebruikers waarvan de begeleiding minstens een week voor de inspectie werd afgerond.

In geen van beide dossiers werd een eindverslag gevonden.

#### **Oker:**

Er werd 1 dossier ingekeken van zorggebruikers waarvan de begeleiding minstens een week voor de inspectie werd afgerond.

In dit dossier werd geen eindverslag gevonden.

**Blauw:**

Er werden 4 dossiers ingekeken van zorggebruikers waarvan de begeleiding minstens een week voor de inspectie werd afgerond.

In 1 van de 4 gecontroleerde dossiers werd geen eindverslag gevonden.

In 3 van de 4 gecontroleerde dossiers werd een eindverslag gevonden.

Er werden 3 eindverslagen bekeken; hierbij waren er:

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

Geen enkel eindverslag bevatte alle gecontroleerde info.

Bij gebrek aan interne afspraken rond inhoudelijke elementen van het eindverslag kon niet gecontroleerd worden of deze nageleefd werden.

## **4.5 SAMENVATTING RESULTATEN MULTIDISCIPLINAIRE WERKING**

Betreffende de resultaten uit de dossiersteekproef:

- gezien het aantal afgesloten dossiers in de steekproef per team/deelwerking telkens minder is dan 5, leiden die resultaten niet tot een beoordeling voor het onderwerp "communicatie met externe zorgverleners";
- gezien het aantal lopende dossiers van zorggebruikers die minstens 6 maanden in opname waren in leefgroep Indigo minder is dan 5, leiden die resultaten niet tot een beoordeling voor het onderwerp "MDO".

### **4.5.1 Zoals verwacht**

#### **Organisatiebreed:**

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

- Voor alle gezochte elementen zijn er afspraken over waar deze in het dossier genoteerd worden.
- Er wordt gewerkt met een geïntegreerd multidisciplinair dossier van zorggebruikers.
- Alle dossierdelen zijn toegankelijk voor alle betrokken teamleden.

##### **Zorgplan**

- Er zijn afspraken over alle gezochte elementen met betrekking tot het zorgplan.
- Er zijn afspraken over inspraak van de ouders van de zorggebruiker bij de opmaak of evaluatie van het zorgplan.

##### **MDO**

- Er zijn afspraken over alle gezochte elementen met betrekking tot het MDO.

##### **Communicatie met externe zorgverleners**

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

- Er zijn afspraken over het op de hoogte brengen van de verwijzer wanneer een begeleiding wordt afgerond.
- Er zijn afspraken over het op de hoogte brengen van de huisarts wanneer een begeleiding wordt opgestart.
- Er zijn afspraken over het op de hoogte brengen van de huisarts wanneer een begeleiding wordt afgerond.
- Er zijn afspraken over het versturen van een eindverslag naar de vervolgzorg bij afronding van de begeleiding.

#### **Indigo:**

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

- Aan de hand van de 5 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat er systematisch gewerkt wordt m.b.t. de aanwezigheid van informatie over de volgende gecontroleerde onderwerpen ( $\geq 75\%$ ):
  - identificatiegegevens of info over huisarts (5/5 in orde);
  - identificatiegegevens of info over verwijzer (5/5 in orde);
  - hulpvraag van de zorggebruiker (5/5 in orde);
  - informatie rond huidig medicatiegebruik (5/5 in orde).

##### **Zorgplan**

- In  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers met een zorgplan kon aangetoond worden dat de ouders van de zorggebruikers inspraak hebben bij de opmaak van het zorgplan (5/5 in orde).
- Na minstens 2 maanden opname werd er in  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden (5/5 in orde).
- Er werd in  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden volgens de interne vooropgestelde timing (5/5 in orde).

##### **MDO**

- Er kon in  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers aangetoond worden dat een MDO georganiseerd werd binnen de interne vooropgestelde timing (5/5 in orde).
- Er werd voor  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde MDO een conclusie gevonden (5/5 in orde).

#### **Oker:**

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

- Aan de hand van de 6 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat er systematisch gewerkt wordt m.b.t. de aanwezigheid van informatie over de volgende gecontroleerde onderwerpen ( $\geq 75\%$ ):
  - identificatiegegevens of info over huisarts (6/6 in orde);
  - identificatiegegevens of info over verwijzer (6/6 in orde);
  - hulpvraag van de zorggebruiker (6/6 in orde);
  - informatie rond huidig medicatiegebruik (6/6 in orde).

##### **Zorgplan**

- In  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers met een zorgplan kon aangetoond worden dat de ouders van de zorggebruikers inspraak hebben bij de opmaak van het zorgplan (6/6 in orde).

- Na minstens 2 maanden opname werd er in  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden (6/6 in orde).
- Er werd in  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden volgens de interne vooropgestelde timing (6/6 in orde).

#### **MDO**

- Er kon in  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers van zorggebruikers die minstens 6 maanden in opname/begeleiding waren, aangetoond worden dat er een MDO georganiseerd werd (6/6 in orde).
- Er kon in  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers aangetoond worden dat een MDO georganiseerd werd binnen de interne vooropgestelde timing (6/6 in orde).
- Er werd voor  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde MDO een conclusie gevonden (6/6 in orde).

#### **Blauw:**

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

- Aan de hand van de 6 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat er systematisch gewerkt wordt m.b.t. de aanwezigheid van informatie over de volgende gecontroleerde onderwerpen ( $\geq 75\%$ ):
  - identificatiegegevens of info over huisarts (6/6 in orde);
  - identificatiegegevens of info over verwijzer (6/6 in orde);
  - hulpvraag van de zorggebruiker (6/6 in orde);
  - informatie rond huidig medicatiegebruik (6/6 in orde).

##### **Zorgplan**

- In  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers met een zorgplan kon aangetoond worden dat de ouders van de zorggebruikers inspraak hebben bij de opmaak van het zorgplan (6/6 in orde).
- Na minstens 2 maanden opname werd er in  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden (6/6 in orde).
- Er werd in  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden volgens de interne vooropgestelde timing (6/6 in orde).

#### **MDO**

- Er kon in  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers van zorggebruikers die minstens 6 maanden in opname/begeleiding waren, aangetoond worden dat er een MDO georganiseerd werd (5/5 in orde).
- Er kon in  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde dossiers aangetoond worden dat een MDO georganiseerd werd binnen de interne vooropgestelde timing (6/6 in orde).
- Er werd voor  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde MDO een conclusie gevonden (6/6 in orde).

#### **4.5.2 Verbeterpunten**

##### **Communicatie met externe zorgverleners**

- Er zijn geen afspraken over het versturen van een eindverslag naar de huisarts bij afronding van de begeleiding.
- Er zijn geen afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag.

## 5. RECHTEN

### 5.1 INZAGE IN EN AFSCHRIFT VAN HET DOSSIER

#### Verwachtingen

##### Uit GGZ-referentiekaders:

- Er is een algemene informatiebrochure waarin (verwezen wordt naar een specifieke brochure waarin) de patiëntenrechten en de klachtenprocedure in duidelijke taal voor patiënt en familie worden toegelicht. Deze brochure(s) wordt/worden bij opname aan elke patiënt bezorgd.
- De cliënt krijgt tijdens het intakeproces voldoende en duidelijke informatie m.b.t. de werking van de voorziening. De voorziening beschikt over een website en andere informatiedragers, met o.a. volgende geactualiseerde informatie: cliëntenrechten en klachtenregeling. De informatiedragers zijn begrijpbaar, beschikbaar en bekend.
- In het huishoudelijk reglement worden de rechten van de patiënt benoemd en beschreven. Bijkomend communiceert de voorziening via een website of andere informatiedragers omtrent contactgegevens, cliëntenrechten en klachtenregeling, beroepsgeheim, financiële bijdrage en informatie over waar men terecht kan in noodsituaties.

##### Uit regelgeving/richtlijnen:

- De patiënt heeft recht op inzage in het hem betreffend patiëntendossier. Aan het verzoek van de patiënt tot inzage in het hem betreffend patiëntendossier wordt onverwijld en ten laatste binnen 15 dagen na ontvangst ervan gevolg gegeven. De persoonlijke notities van een beroepsbeoefenaar en gegevens die betrekking hebben op derden zijn van het recht op inzage uitgesloten. Op zijn verzoek kan de patiënt zich laten bijstaan door of zijn inzagerecht uitoefenen via een door hem aangewezen vertrouwenspersoon. Indien deze laatste een beroepsbeoefenaar is, heeft hij ook inzage in de persoonlijke notities (in dit geval is het verzoek van de patiënt schriftelijk geformuleerd en worden het verzoek en de identiteit van de vertrouwenspersoon opgetekend in of toegevoegd aan het patiëntendossier).
- De patiënt heeft recht op afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffend patiëntendossier, volgens dezelfde regels als hierboven vermeld bij recht tot inzage. Volgens de Europese algemene verordening gegevensbescherming, wordt de eerste kopie van het patiëntendossier kosteloos aan de patiënt verstrekt.

#### Vaststellingen

Er zijn schriftelijke afspraken over inzage in het dossier.

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

- de vraag tot inzage kan enkel schriftelijk gesteld worden ("*mits ondertekend aanvraagformulier inzage en afschrift cliëntendossier*").

Er zijn mondelinge afspraken over inzage in het dossier.

Deze afspraken bevatten volgend element uit de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- de termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het dossier is niet langer dan 15 dagen.

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

- bepaalde onderdelen van het dossier (dagelijkse notities) worden onttrokken aan het recht tot inzage, ook al betreft het geen persoonlijke notities of elementen over derden;

- wanneer de vertrouwenspersoon van de zorggebruiker een beroepsbeoefenaar is, worden de persoonlijke notities toch onttrokken aan het recht tot inzage.

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

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

- de vraag voor afschrift kan enkel schriftelijk gesteld worden ("*mits ondertekend aanvraagformulier inzage en afschrift cliëntendossier*").

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

Deze afspraken bevatten volgend element uit de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- de termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het dossier is niet langer dan 15 dagen.

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

- gepaalde onderdelen van het dossier (dagelijkse notities) worden onttrokken aan het recht tot afschrift, ook al betreft het geen persoonlijke notities of elementen over derden;
- wanneer de vertrouwenspersoon van de zorggebruiker een beroepsbeoefenaar is, worden de persoonlijke notities toch onttrokken aan het recht tot afschrift.

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

- op de website; deze informatie (onder "gegevensbeschermingsbeleid") is echter zeer moeilijk te vinden en is niet in een toegankelijke taal opgesteld.

## 5.2 KLACHTRECHT

### Verwachtingen

#### Uit GGZ-referentiekaders:

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



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

- De patiënt heeft het recht een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door de "wet betreffende de rechten van de patiënt" neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie. De ombudsfunctie heeft volgende opdrachten: 1° het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen; 2° het bemiddelen bij de klachten met het oog op het bereiken van een oplossing; 3° het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een in 2° bedoelde oplossing; 4° het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie; 5° het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een klacht.
- De klachten kunnen schriftelijk (brief, fax, e-mail) of mondeling (telefoon, persoonlijk contact op afspraak) bij de bevoegde ombudspersoon geformuleerd worden.
- Het huishoudelijk reglement dat de specifieke modaliteiten inzake de organisatie, de werking en de klachtenprocedure bepaalt, is beschikbaar in het ziekenhuis of op de administratieve zetel van het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg. Het reglement van de federale ombudsdienst is beschikbaar op het secretariaat van de Federale commissie "Rechten van de patiënt". Elke geïnteresseerde kan het huishoudelijk reglement inzien.

### **Vaststellingen**

Er zijn schriftelijke afspraken over het indienen van klachten.

Er zijn meerdere interne klachtenbehandelaars aangeduid.

De klachtenbehandelaars zijn daarnaast ook directeur (algemeen, therapeutisch en medisch directeur).

Volgende vaststellingen werden gedaan rond toegankelijkheid van de klachtbehandeling:

- er gebeurt bekendmaking via het contract met de Dauw dat ouders tekenen bij de start van de opname;
- er worden geen contactgegevens vermeld in het contract;
- er is rechtstreekse toegang mogelijk.

Klachten kunnen zowel mondeling als schriftelijk worden ingediend.

Er is voor (ouders van) zorggebruikers schriftelijke informatie beschikbaar over de mogelijkheid tot het uiten van klachten maar er staan geen contactgegevens (geen telefoonnummer en geen e-mailadres) in het contract op de plaats waar het recht vermeld staat.

Over de ingediende klachten worden geen cijfers/gegevens verzameld.

Het aantal klachten in het vorige kalenderjaar werd niet bijgehouden.

De voorbije jaren werden geen verbeteracties opgezet naar aanleiding van klachten.

## **5.3 PRIVACY**

### **Verwachtingen**

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

- In het kader van het onthaalproces worden de zorggebruikers geïnformeerd over de huis- en afdelingsregels, inclusief het gevoerde vrijheidsbeperkende beleid met bijzondere aandacht voor privacy. Bij

minderjarigen en in geval van wilsonbekwaamheid wordt de familie/context hierover eveneens geïnformeerd.

- De onthaalbrochure bevat volgende informatie:
  - algemene informatie;
  - voorstelling van de afdeling;
  - de toepasselijke huisregels van de afdeling (dagindeling, bezoek, telefoon, sleutels kamer, ...);
  - inhoudelijke informatie omtrent de werking van de afdeling;
  - activiteitenprogramma van de afdeling.

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

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

#### **Vaststellingen**

Volgende controlemaatregelen worden toegepast:

- kamercontrole;
- bagagecontrole (zelden);
- controle op communicatie in- en uitgaand (telefoon).

Er worden geen alcohol- of drugcontrole en lichaamscontrole toegepast. Er is geen controle op post en e-mail.

Voor volgende controlemaatregelen zijn er schriftelijke afspraken:

- kamercontrole;
- bagagecontrole;
- controle op communicatie in- en uitgaand (telefoon).

Er is schriftelijke informatie voor (ouders van) zorggebruikers voorzien over volgende toegepaste controlemaatregel:

- controle op communicatie in- en uitgaand (telefoon): er is schriftelijke informatie over de beperkingen van het GSM-gebruik in de onthaalboekjes van de verschillende leefgroepen;
- kamercontrole: er is schriftelijke informatie over de controle op netheid tijdens het poetsmoment.

Er is geen informatie voor (ouders van) zorggebruikers voorzien over volgende toegepaste controlemaatregel:

- bagagecontrole.

Zorggebruikers geven tijdens de bevraging aan dat volgende controlemaatregelen gebeuren: kamercontrole, controle op communicatie (telefoon).

Zorggebruikers geven aan dat ze info kregen over deze controlemaatregelen.

Zorggebruikers geven aan dat ze hierover schriftelijk werden geïnformeerd.

Zorggebruikers worden schriftelijk geïnformeerd over de leefregels in de onthaalboekjes van de drie leefgroepen.

Zorggebruikers geven tijdens de bevraging aan dat ze schriftelijk en mondeling op de hoogte zijn gebracht van sommige leefregels.

Zorggebruikers geven tijdens de bevraging aan dat de regels duidelijk zijn voor hen.

Zorggebruikers geven aan dat er volgende consequenties zijn bij het overtreden van de leefregels:

- De consequenties zijn verschillend per leefgroep (bv. duur van kamerrust, 24-uurs rustprogramma in Blauw). De benamingen van de consequenties zijn aangepast aan de leeftijd van de jongere. Zo gebruikt men in Indigo de termen "egel", "raket" en "duikboot" om de gradaties aan te geven, gaande van een waarschuwing, je vluchtroute gebruiken tot verplichte rust op de kamer.
- Bij herhaaldelijke of aanhoudende agressie is een mogelijke consequentie dat je naar de "beveiligde kamer" wordt gebracht. Bij de rondleiding bij opname wordt deze isolatieruimte getoond aan de zorggebruikers.

Zorggebruikers geven aan dat ze inspraak hebben in de leefregels op de volgende manier: in alle leefgroepen worden wekelijks leefgroepvergaderingen gehouden waarbij de leefregels kunnen aan bod komen. Dit gebeurt aan de hand van een kringgesprek in Indigo, een kindvergadering in Oker, een ideeënbus in Indigo en Oker. De door de zorggebruikers in vraag gestelde leefregels en voorstellen worden daarna door het team besproken tijdens de multidisciplinaire teamvergaderingen.

De leefregels werden de voorbije jaren geëvalueerd door:

- medewerkers;
- zorggebruikers.

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

- het oplijsten van alle leefregels in Oker;
- het gebruik van een GSM met 4G werd vanaf de leeftijd van 12 jaar mogelijk op vraag van de zorggebruikers;
- het prikkelarmer maken van de leefgroep in Oker.

## 5.4 ZELFBESCHIKKING

### **Verwachtingen**

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

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

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

- De gezondheidszorgbeoefenaar heeft toegang tot persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de patiënt die worden bijgehouden en bewaard door andere gezondheidszorgbeoefenaars op voorwaarde dat de patiënt voorafgaand zijn geïnformeerde toestemming tot deze toegang gaf.  
De patiënt kan bij het verlenen van de in het eerste lid bedoelde toestemming bepaalde gezondheidszorgbeoefenaars uitsluiten.
- De gezondheidszorgbeoefenaar mag een aan de gang zijnde behandeling van een patiënt niet onderbreken zonder vooraf alle voorzieningen te hebben getroffen om de continuïteit van de zorg te garanderen.

- De gezondheidszorgbeoefenaar stelt met het oog op deze continuïteit de patiënt in kennis van de gezondheidszorgbeoefenaar die behoort tot hetzelfde gezondheidszorgberoep en die beschikt over dezelfde bekwaamheid waar de patiënt voor opvolging terecht kan indien hijzelf niet beschikbaar is voor zijn praktijkvoering.
- De gezondheidszorgbeoefenaar deelt, mits toestemming van de patiënt aan een ander behandelend gezondheidszorgbeoefenaar door de patiënt aangewezen om hetzij de diagnose, hetzij de behandeling voort te zetten of te vervolledigen, alle daaromtrent nuttige of noodzakelijke informatie mee.

### **Werkwijze dossiercontrole**

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

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

### **Vaststellingen**

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

De ouders van de zorggebruiker kunnen weigeren om informatie te delen met de huisarts (door het niet ondertekenen van het formulier).

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

Het formulier "toestemming om informatie door te geven of op te vragen aan derden" omvat een algemene toestemming zonder verdere specificering aan wie de info wordt opgevraagd of met wie de info mag gedeeld worden.

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

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

De ouders van de zorggebruiker kunnen weigeren om informatie te delen met de vervolgzorg.

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

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

De voorziening volgt de interne afspraken rond het vragen van toestemming voor het delen van info met externe zorgverleners niet op.

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

- het ontwikkelen en in gebruik nemen van het toestemmingsformulier voor het delen van info met derden en het toestemmingsformulier voor het delen van info i.v.m. medicatie met de huisarts.

**Indigo:**

Er werd 1 afgesloten dossier van een zorggebruiker die aangaf een huisarts te hebben, gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts:

- In dit dossier werd geen informatie gevonden over het delen van informatie met de huisarts.

Er werden 5 lopende dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts.

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

In het gecontroleerde afgesloten dossier was geen vervolgzorg gepland. Er kon dus niet gecontroleerd worden op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de vervolgzorg.

**Oker:**

Er werd 1 afgesloten dossier van een zorggebruiker die aangaf een huisarts te hebben, gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts:

- In dit dossier werd geen informatie gevonden over het delen van informatie met de huisarts.

Er werden 6 lopende dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts.

- In alle 6 gecontroleerde dossiers werd informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts gevonden (waarvan de ouders van 6 zorggebruikers toestemming gaven).

In het gecontroleerde afgesloten dossier was geen vervolgzorg gepland. Er kon dus niet gecontroleerd worden op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de vervolgzorg.

**Blauw:**

Er werden 3 afgesloten dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts:

- In 1 van de 3 gecontroleerde dossiers werd informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts gevonden (de ouders van deze zorggebruiker gaven toestemming).
- In 2 van de 3 gecontroleerde dossiers werd geen informatie gevonden over het delen van informatie met de huisarts.

Er werden 6 lopende dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts.

- In alle 6 gecontroleerde dossiers werd informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts gevonden (waarvan de ouders van 6 zorggebruikers toestemming gaven).

Er werd 1 afgesloten dossier van een zorggebruiker met vervolgzorg gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de vervolgzorg.

- In dit dossier werd informatie over toestemming tot het delen van informatie met de vervolgzorg gevonden (de ouders van de zorggebruiker gaven toestemming).

## 5.5 ROLSTOELTOEGANKELIJKHEID

### Verwachtingen

#### Uit GGZ-referentiekaders:

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

#### Uit regelgeving/richtlijnen:

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

### Vaststellingen

Volgende vaststellingen werden gedaan rond rolstoeltoegankelijkheid:

- Er is geen rolstoeltoegankelijke gespreksruimte/therapielokaal.
- Er is geen rolstoeltoegankelijke lift.
- Er is geen rolstoeltoegankelijk toilet.
- Er is geen rolstoeltoegankelijke zorggebruikerskamer met aangepast toilet/lavabo en spiegel.
- Er is geen rolstoeltoegankelijke douche/bad in de voorziening
- Er zijn meerdere onoverbrugbare hoogteverschillen voor rolstoelgebruikers (drempels en trappen).

## 5.6 SAMENVATTING RESULTATEN RECHTEN

### 5.6.1 Zoals verwacht

#### Organisatiebreed

##### Inzage en afschrift van het dossier

- Er zijn afspraken over inzage in het dossier.
- Er zijn afspraken over het opvragen van een afschrift van het dossier.
- Er is schriftelijke informatie beschikbaar voor (ouders van) zorggebruikers over het recht tot inzage en afschrift van het dossier.

##### Klachtrecht

- Er zijn afspraken over het indienen van klachten.
- Er is een klachtenbehandelaar aangeduid.
- Klachten kunnen zowel mondeling als schriftelijk worden ingediend.
- Er is schriftelijke informatie beschikbaar voor (ouders van) zorggebruikers over de mogelijkheid tot het uiten van klachten.

##### Privacy

- Voor alle toegepaste controlemaatregelen zijn er afspraken.

##### Zelfbeschikking

- Er zijn afspraken over het vragen van toestemming aan zorggebruikers voor het delen van informatie met de huisarts.
- De zorggebruiker kan weigeren om informatie te delen met de huisarts.

#### Oker

##### Zelfbeschikking

- In  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde (lopende en afgesloten) dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, kon aangetoond worden dat er toestemming gevraagd wordt aan de zorggebruiker om informatie te delen met de huisarts (6/7 in orde).

#### Blauw

##### Zelfbeschikking

- In  $\geq 75\%$  van de gecontroleerde (lopende en afgesloten) dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, kon aangetoond worden dat er toestemming gevraagd wordt aan de zorggebruiker om informatie te delen met de huisarts (7/9 in orde).

### 5.6.2 Verbeterpunten

#### Organisatiebreed:

##### Inzage en afschrift van het dossier

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

### **Klachtrecht**

- Tijdens de inspectie werden volgende problemen rond toegankelijkheid van de klachtbehandeling vastgesteld: er zijn geen contactgegevens vermeld van de klachtenbehandelaar.

### **Rolstoeltoegankelijkheid**

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

### **Indigo:**

#### **Zelfbeschikking**

- In <75% van de gecontroleerde (lopende en afgesloten) dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, kon aangetoond worden dat er toestemming gevraagd wordt aan de zorggebruiker om informatie te delen met de huisarts (4/6 in orde).



## 6. VEILIGHEID

### 6.1 VEILIGHEID VAN PERSONEN

#### Verwachtingen

##### Uit GGZ-referentiekaders:

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

#### Vaststellingen

Er zijn schriftelijke afspraken over het omgaan met incidenten voor volgend onderwerp:

- agressie.

Er zijn mondelinge afspraken over het omgaan met incidenten voor volgend onderwerp:

- seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG).

Er wordt op volgende manier aandacht geschonken aan agressiepreventie:

- Er worden aan de zorggebruikers huisregels gecommuniceerd i.v.m. agressie.
- In de ateliers die doorgaan voor de zorggebruikers, is agressie één van de thema's.

- Er wordt gewerkt met risico-inschattingen bij opname. Zware agressie kan een exclusiecriteria zijn bij opname. Tijdens het verblijf wordt er aan de hand van risico-inschattingen beslist tot individuele afspraken bij herhaaldelijke agressie.
- Er wordt gewerkt met individuele signaleringsplannen ("stress-coping-plannen") met aandacht voor het herkennen van vroege signalen, het leren aanvoelen van opkomende boosheid, emotieregulatie-strategieën, zoals het gebruik van emotiethermometer en verkeerslichten, en individuele afspraken rond vluchtwegen.
- Men hanteert het gedachtegoed en de technieken van "NVR" (Non Violent Resistance) en "nieuwe autoriteit" waarbij er wordt ingezet op de-escaleren werken, controle van eigen gedrag en werken met relatie- en herstelgebaren. In dit kader doet men soms een "mandjesoefening" ("three baskets") om het werken aan ongewenst gedrag te prioriteren.
- Er wordt aandacht besteed aan het structureren van de vrije tijd tegen verbeeldingsproblemen en verveling die soms aan de basis liggen van agressie. Door voorspelbaarheid te bieden, werkt men angstreducerend.
- Het hele team heeft opleiding gevolgd over NVR en de opleiding zit ook vervat in de inscholing van nieuwe medewerkers. Medewerkers volgen tweemaal per jaar een interne opleiding persoonlijke veiligheidstechnieken. Daarnaast volgden medewerkers basisopleidingen rond ASS, communicatie en prikkelgevoeligheid in het kader van preventie van agressie.
- De bestaffing werd in 2019 aangepast (naar aanleiding van incidenten) zodat er steeds 2 nachtmedewerkers zijn i.p.v. 1 in het kader van veiligheid.
- Er is een procedure "hantering agressie".
- Per team is er om de 6 weken supervisie onder leiding van een externe psychotherapeut die affiniteit heeft met de doelgroep. Hier worden casussen besproken.
- Tijdens de denkdag in oktober 2021 werd er aandacht geschonken aan het thema agressie (brainstorm-sessie).

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

- Er kan beroep gedaan worden op een intern team van 3 opgeleide medewerkers voor de eerste opvang. Na het incident is er een debriefingsmoment met de coördinator van het team.
- Medewerkers zijn aanwezig op de bespreking na een incident. Het incident kan op het middagoverleg of tijdens de multidisciplinaire teamvergadering besproken worden, afhankelijk van de dringendheid of de nood aan bijkomende afspraken.
- Er kan beroep gedaan worden op externe psychologische begeleiding.
- Er wordt om de 6 weken supervisie georganiseerd.
- Medewerkers kunnen beroep doen op juridische bijstand.

Tijdens de nacht zijn er 2 medewerkers aanwezig. Eén medewerker bevindt zich op de gang waar de slaapkamers zijn. De andere nachtmedewerker is aanwezig in het bureau op de benedenverdieping.

De medewerkers die instaan voor de nachtschift houden toezicht op 18 zorggebruikers en hebben volgende kwalificaties:

- De 4 vaste nachtmedewerkers zijn allemaal opvoeder.

De medewerkers die instaan voor de nachtschift hebben volgende taken:

- De medewerker op de eerste verdieping staat in voor het toezicht op de gang met de slaapkamers. Hij doet 3 keer per nacht een ronde waarbij alle kamers worden gecontroleerd.
- De tweede medewerker heeft voornamelijk administratieve taken (bv. verslaggeving) en neemt een aantal praktische taken op (orde in de leefgroepen, wassen, vuilnis, auto opladen, ...).

De medewerkers die instaan voor de nachtshift krijgen op de volgende manier de noodzakelijke info over de zorggebruikers:

- briefing per leefgroep;
- toegang tot het dossier (dagverslag in EPD).

Over de incidenten m.b.t. veiligheid (agressie, SGOG) worden cijfers/gegevens verzameld: het aantal incidenten, het aantal isolaties, het aantal arbeidsongevallen omwille van agressie-incidenten, personeelsverloop met als reden agressie.

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

- PVT-training voor alle medewerkers;
- het gebruik van een wikkeldeken voor de jongere zorggebruikers;
- atelier seksualiteit.

## 6.2 BEWARING VAN DOSSIERGEGEVENS

### Verwachtingen

#### Uit regelgeving/richtlijnen:

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

### Vaststellingen

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

Dossiers van zorggebruikers waarbij de zorg werd beëindigd, worden in het EPD bewaard.

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

## 6.3 MEDICATIEBELEID

### Verwachtingen

#### Uit GGZ-referentiekaders:

- De medicatiedistributie is beschreven in een of meerdere procedures, die actief kenbaar worden gemaakt.
- De procedure van medicatiedistributie bevat minimaal volgende items:
  - opstellen medicatieschema;
  - klaarzetten medicatie;
  - controle t.o.v. medicatieschema;
  - controle vervaldatum;
  - omgaan met onvolledige tabletten.
- Er is een structuur die fouten en bijna-incidenten i.v.m. medicatiedistributie verzamelt, analyseert, en op basis hiervan, verbeteracties voorstelt.
- Het aantal medicatie-incidenten wordt opgevolgd, geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd.
- Er werden, indien nodig, verbeteracties opgezet t.g.v. de registratie van medicatiefouten. De verbeteracties leiden ook tot objectiveerbare verbeteringen.
- Bij opname wordt voor elke patiënt een behandelplan opgesteld. De patiënt heeft inspraak bij de opmaak van dit plan. Het persoonlijk behandelplan is multidisciplinair opgesteld en omvat huidige medicatie (naam, dosis, frequentie van inname = medicatieschema) en diagnose.
- Het patiëntendossier bevat een overzicht van de medicatie die de patiënt nam voor de opname.
- Bij ontslag wordt een medicatieschema beschikbaar gesteld om de continuïteit van zorg te waarborgen. Dit medicatieschema kan meegegeven worden met de patiënt, kan opgenomen worden in de ontslagbrief naar de huisarts of kan naar iedere betrokkene zorgverlener worden gestuurd.
- Het medicatievoorschrift/medicatieschema is correct, actueel en volledig. Een voorschrift is onvolledig indien één van de volgende elementen ontbreekt of niet correct is:
  - patientenidentificatie (naam, voornaam en geboortedatum, of naam, voornaam en uniek patiëntnummer);
  - correcte naam van het geneesmiddel (merknaam of generische naam);
  - dosis van het geneesmiddel;
  - frequentie en/of tijdstip van toedienen van het geneesmiddel;
  - elektronische of schriftelijke handtekening van de voorschrijvende arts.
- Er is een regelmatige controle van het medicatieschema door de behandelende arts (te verifiëren aan de hand van een elektronische notitie of een paraaf op het papieren medicatieschema); een goede controle van het medicatieschema, door behandelende arts, met inbreng van klinische informatie, heeft immers een duidelijke meerwaarde.
- De vervaldatum is controleerbaar op de patiëntvoorraad op de afdeling.
- De verpleegkundige of zorgkundige (of student verpleegkunde onder supervisie), die de medicatie effectief toedient, registreert (paraaf of elektronische validatie) de toediening.
- De reden van het niet innemen van medicatie wordt genoteerd.
- De verantwoordelijke verpleegkundige moet te allen tijde een algemeen overzicht hebben van het medicatieschema van zijn/haar patiënten.
- De nodige faciliteiten zijn voorzien om eventuele speciaal gereguleerde geneesmiddelen, zoals narcotica, afzonderlijk en afgesloten te bewaren, zowel op de afdelingen als in de apotheek. Hiervoor is een stockregistratie op de afdelingen ingevoerd, zodat op ieder moment kan gecontroleerd worden hoeveel en welke geneesmiddelen in de stock aanwezig moeten zijn en voor welke patiënten medicatie

die in de stock zat, gebruikt werd. Daarenboven moet narcotica afzonderlijk (= gescheiden van andere medicatie) bewaard worden.

- De geneesmiddelen worden bewaard in een lokaal dat voor patiënten niet vrij toegankelijk is.

### **Werkwijze controle medicatie en medicatieschema's**

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

- Naam zorggebruiker (naam, voornaam en geboortedatum/uniek zorggebruikersnummer/gezichtsfoto).
- Validatie arts = ondertekend op papier of opgemaakt/gevalideerd door de arts in het elektronisch dossier.
- Naam, dosis en innamefrequentie van het geneesmiddel.
- Medicatieschema toegankelijk voor team: in orde indien de info minstens beschikbaar is voor het teamlid dat de medicatie toedient/bedeelt of door 1 persoon van het aanwezige zorgpersoneel i.k.v. noodhulp indien het personeelslid dat de medicatie toedient/bedeelt niet aanwezig is.

De klaargezette medicatie werd als volgt beoordeeld:

- 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 patiëntenvoorraad 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).

## Vaststellingen

Er wordt medicatie voorgeschreven aan zorggebruikers door de arts van de voorziening.  
De Dauw verstrekt medicatie (bewaren, klaarzetten en toedienen).

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

Er zijn schriftelijke afspraken over het omgaan met medicatie-incidenten.

Er zijn geen afspraken rond validatie van het medicatieschema door de arts.

Er zijn schriftelijke 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.

Er zijn mondelinge afspraken met betrekking tot het toedienen van medicatie over volgende aspecten:

- Er moet genoteerd worden in het dossier wanneer de zorggebruiker de voorgeschreven medicatie niet heeft ingenomen.
- De reden van niet-inname van medicatie moet genoteerd worden in het dossier van de zorggebruiker.

Er zijn schriftelijke afspraken die de continuïteit m.b.t. het medicatiebeleid bij ontslag waarborgen: bij ontslag van het kind wordt het medicatieschema meegegeven met de ouders. Hiervoor beschikt men over een sjabloon.

De persoonlijke medicatievoorraad per zorggebruiker, noodmedicatie en verzorgingsmateriaal worden bewaard in de medicatiekast in het bureau van de verpleegkundige. Bij afwezigheid is het lokaal en de medicatiekast afgesloten. De sleutel van de medicatiekast wordt bewaard in een sleutelkastje met cijferslot. Medicatie wordt door de verpleegkundige klaargezet in dag-verdeelboxen op naam van de zorggebruiker voor 1 week. Deze verdeelboxen worden bewaard in een afgesloten kast in de leefgroep.

De medicatievoorraad is beveiligd voor zorggebruikers of andere onbevoegden.

Medicatieschema's worden elektronisch opgemaakt in het EPD (medicatiefiche) door de verpleegkundige. Elke opstart of wijziging door de arts wordt per e-mail naar de verpleegkundige gestuurd. De verpleegkundige past daarna de medicatiefiche in het EPD aan. Paraferen na toediening gebeurt op een afgedrukte versie van het medicatieplan. Deze afgedrukte versie is te vinden in de afgesloten medicatiekast in de leefgroep. Bij opstart, wijziging of aanpassing van medicatie wordt een aangepast medicatieplan door de verpleegkundige afgedrukt en in de medicatiekast van de leefgroep gestoken.

Volgend mogelijke risico rond het medicatieschema werd opgemerkt: het medicatieschema wordt niet gevalideerd door een arts. Medicatieschema's worden opgemaakt door de verpleegkundige. Er kan niet worden aangetoond in de medicatieschema's in het EPD, noch op de afgedrukte versie in de leefgroep dat deze gevalideerd worden door de arts.

Over medicatiebeleid/medicatie-incidenten worden geen cijfers/gegevens verzameld.

De voorbije jaren werden geen verbeteracties opgezet rond medicatiebeleid/medicatie-incidenten.

**Indigo:**

Er werden 10 geneesmiddelen gecontroleerd in de klaargezette medicatie of in de voorraad.

3/10 keer was de naam van de medicatie aanwezig.

4/10 keer was de dosis vermeld.

3/10 keer was de vervaldatum vermeld.

Er waren 3/10 geneesmiddelen met alle 3 de gecontroleerde gegevens.

Er werd medicatie gevonden zonder enige aanduiding van naam, dosis en vervaldatum (aantal 6/10).

Voor geen enkel geneesmiddel met vervaldatum was deze overschreden.

Voor alle 5 gecontroleerde zorggebruikers die medicatie verstrekt krijgen, is er een medicatieschema beschikbaar.

Het team heeft toegang tot het medicatieschema in het dossier van zorggebruikers.

Er werden 5 medicatieschema's gecontroleerd van zorggebruikers die medicatie verstrekt krijgen.

5/5 keer was de naam van de zorggebruiker vermeld.

0/5 keer was het schema gevalideerd (ondertekend/gecontroleerd) door de arts.

Er werden 10 geneesmiddelen in deze medicatieschema's gecontroleerd.

10/10 keer was de naam van het geneesmiddel vermeld.

10/10 keer was de dosis van het geneesmiddel vermeld.

10/10 keer was de innamefrequentie van het geneesmiddel vermeld.

**Oker:**

Er werden 10 geneesmiddelen gecontroleerd in de klaargezette medicatie of in de voorraad.

7/10 keer was de naam van de medicatie aanwezig.

7/10 keer was de dosis vermeld.

7/10 keer was de vervaldatum vermeld.

Er waren 7/10 geneesmiddelen met alle 3 gecontroleerde gegevens.

Er werd medicatie gevonden zonder enige aanduiding van naam, dosis en vervaldatum (aantal 3/10).

Voor geen enkel geneesmiddel met vervaldatum was deze overschreden.

Voor alle 5 gecontroleerde zorggebruikers die medicatie verstrekt krijgen, is er een medicatieschema beschikbaar.

Het team heeft toegang tot het medicatieschema in het dossier van zorggebruikers.

Er werden 5 medicatieschema's gecontroleerd van zorggebruikers die medicatie verstrekt krijgen.

5/5 keer was de naam van de zorggebruiker vermeld.

0/5 keer was het schema gevalideerd (ondertekend/gecontroleerd) door de arts.

Er werden 10 geneesmiddelen in deze medicatieschema's gecontroleerd.

10/10 keer was de naam van het geneesmiddel vermeld.

10/10 keer was de dosis van het geneesmiddel vermeld.

10/10 keer was de innamefrequentie van het geneesmiddel vermeld.

**Blauw:**

Er werden 10 geneesmiddelen gecontroleerd in de klaargezette medicatie of in de voorraad.

6/10 keer was de naam van de medicatie aanwezig.

6/10 keer was de dosis vermeld.

6/10 keer was de vervaldatum vermeld.

Er waren 6/10 geneesmiddelen met alle 3 gecontroleerde gegevens.

Er werd medicatie gevonden zonder enige aanduiding van naam, dosis en vervaldatum (aantal 4/10).

Voor geen enkel geneesmiddel met vervaldatum was deze overschreden.

Voor alle 5 gecontroleerde zorggebruikers die medicatie verstrekt krijgen, is er een medicatieschema beschikbaar.

Het team heeft toegang tot het medicatieschema in het dossier van zorggebruikers.

Er werden 5 medicatieschema's gecontroleerd van zorggebruikers die medicatie verstrekt krijgen.

5/5 keer was de naam van de zorggebruiker vermeld.

0/5 keer was het schema gevalideerd (ondertekend/gecontroleerd) door de arts.

Er werden 10 geneesmiddelen in deze medicatieschema's gecontroleerd.

10/10 keer was de naam van het geneesmiddel vermeld.

10/10 keer was de dosis van het geneesmiddel vermeld.

10/10 keer was de innamefrequentie van het geneesmiddel vermeld.

## 6.4 SAMENVATTING RESULTATEN VEILIGHEID

### 6.4.1 Zoals verwacht

#### **Organisatiebreed:**

##### **Veiligheid van personen**

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

##### **Bewaren van dossiergegevens**

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

##### **Medicatiebeleid**

- Er zijn afspraken over het omgaan met medicatie-incidenten.
- Er zijn afspraken die de continuïteit m.b.t. het medicatiebeleid bij ontslag waarborgen.
- De medicatievoorraad is beveiligd voor zorggebruikers of andere onbevoegden.
- Het teamlid dat medicatie toedient heeft toegang tot het medicatieschema in het dossier van zorggebruikers.
- Er zijn 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.



- Er moet genoteerd worden in het dossier wanneer de zorggebruiker de voorgeschreven medicatie niet heeft ingenomen.
- De reden van niet-inname van medicatie moet genoteerd worden in het dossier van de zorggebruiker.

**Indigo:**

**Medicatiebeleid**

- In de gecontroleerde geneesmiddelen, in de klaargezette medicatie of in de voorraad werd geen verval- len medicatie gevonden.
- In  $\geq 75\%$  van de 5 gecontroleerde dossiers van zorggebruikers die medicatie toegediend kregen werd een medicatieschema gevonden.
- Aan de hand van de 5 gecontroleerde medicatieschema's kon aangetoond worden dat er systematisch informatie aanwezig is over volgende gecontroleerde onderwerpen ( $\geq 75\%$ ):
  - naam van de zorggebruiker (5/5 in orde);
- Aan de hand van de 10 gecontroleerde geneesmiddelen in de medicatieschema's kon aangetoond worden dat er systematisch informatie aanwezig is over volgende gecontroleerde onderwerpen ( $\geq 75\%$ ):
  - naam van het geneesmiddel (10/10 in orde);
  - dosis (10/10 in orde);
  - innamefrequentie (10/10 in orde).

**Oker:**

**Medicatiebeleid**

- In de gecontroleerde geneesmiddelen, in de klaargezette medicatie of in de voorraad werd geen verval- len medicatie gevonden.
- In  $\geq 75\%$  van de 5 gecontroleerde dossiers van zorggebruikers die medicatie toegediend kregen werd een medicatieschema gevonden.
- Aan de hand van de 5 gecontroleerde medicatieschema's kon aangetoond worden dat er systematisch informatie aanwezig is over volgende gecontroleerde onderwerpen ( $\geq 75\%$ ):
  - naam van de zorggebruiker (5/5 in orde);
- Aan de hand van de 10 gecontroleerde geneesmiddelen in de medicatieschema's kon aangetoond worden dat er systematisch informatie aanwezig is over volgende gecontroleerde onderwerpen ( $\geq 75\%$ ):
  - naam van het geneesmiddel (10/10 in orde);
  - dosis (10/10 in orde);
  - innamefrequentie (10/10 in orde).

**Blauw:**

**Medicatiebeleid**

- In de gecontroleerde geneesmiddelen, in de klaargezette medicatie of in de voorraad werd geen verval- len medicatie gevonden.
- In  $\geq 75\%$  van de 5 gecontroleerde dossiers van zorggebruikers die medicatie toegediend kregen werd een medicatieschema gevonden.
- Aan de hand van de 5 gecontroleerde medicatieschema's kon aangetoond worden dat er systematisch informatie aanwezig is over volgende gecontroleerde onderwerpen ( $\geq 75\%$ ):
  - naam van de zorggebruiker (5/5 in orde);
- Aan de hand van de 10 gecontroleerde geneesmiddelen in de medicatieschema's kon aangetoond worden dat er systematisch informatie aanwezig is over volgende gecontroleerde onderwerpen ( $\geq 75\%$ ):
  - naam van het geneesmiddel (10/10 in orde);

- dosis (10/10 in orde);
- innamefrequentie (10/10 in orde).

## 6.4.2 Verbeterpunten

### Organisatiebreed:

#### Medicatiebeleid

- Er zijn geen afspraken rond validatie van het medicatieschema door een arts.

### Indigo:

#### Medicatiebeleid

- Voor <75% van de 10 gecontroleerde geneesmiddelen in de klaargezette medicatie of in de voorraad kon alle gecontroleerde info gevonden worden (naam medicatie, dosis en vervaldatum).
- Aan de hand van de 5 gecontroleerde medicatieschema's kon niet aangetoond worden dat er systematisch informatie aanwezig is over volgende gecontroleerde onderwerpen (<75%):
  - validatie door de arts (0/5 in orde).

### Oker:

#### Medicatiebeleid

- Voor <75% van de 10 gecontroleerde geneesmiddelen in de klaargezette medicatie of in de voorraad kon alle gecontroleerde info gevonden worden (naam medicatie, dosis en vervaldatum).
- Aan de hand van de 5 gecontroleerde medicatieschema's kon niet aangetoond worden dat er systematisch informatie aanwezig is over volgende gecontroleerde onderwerpen (<75%):
  - validatie door de arts (0/5 in orde).

### Blauw:

#### Medicatiebeleid

- Voor <75% van de 10 gecontroleerde geneesmiddelen in de klaargezette medicatie of in de voorraad kon alle gecontroleerde info gevonden worden (naam medicatie, dosis en vervaldatum).
- Aan de hand van de 5 gecontroleerde medicatieschema's kon niet aangetoond worden dat er systematisch informatie aanwezig is over volgende gecontroleerde onderwerpen (<75%):
  - validatie door de arts (0/5 in orde).

## 7. ALGEMEEN BESLUIT

### 7.1 OVERZICHT RESULTATEN

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

Gecontroleerde onderwerpen	Aantal zoals verwacht			Aantal verbeterpunten		
	Indigo	Oker	Blauw	Indigo	Oker	Blauw
<b>Kwaliteitsbeleid</b>						
Algemeen kwaliteitsbeleid	5/7	5/7	5/7	2/7	2/7	2/7
Verbeteracties	2/2	2/2	2/2	0/2	0/2	0/2
<b>Multidisciplinaire werking</b>						
Toegankelijkheid/beschikbaarheid van zorggegevens	7/7	7/7	7/7	0/7	0/7	0/7
Zorgplan	5/5	5/5	5/5	0/5	0/5	0/5
MDO	3/3	3/3	3/3	0/3	0/3	0/3
Communicatie met externe zorgverleners	5/7	5/7	5/7	2/7	2/7	2/7
<b>Rechten</b>						
Inzage/afschrift dossier	3/5	3/5	3/5	2/5	2/5	2/5
Klachtrecht	4/5	4/5	4/5	1/5	1/5	1/5
Privacy	1/1	1/1	1/1	0/1	0/1	0/1
Zelfbeschikking	2/3	3/3	3/3	1/3	0/3	0/3
Rolstoeltoegankelijkheid	0/1	0/1	0/1	1/1	1/1	1/1
<b>Veiligheid</b>						
Veiligheid personen	1/1	1/1	1/1	0/1	0/1	0/1
Bewaring dossiergegevens	2/2	2/2	2/2	0/2	0/2	0/2
Medicatiebeleid	13/16	13/16	13/16	3/16	3/16	3/16

## 7.2 Globale Beoordeling

In De Dauw zijn er drie deelwerkingen:

- Indigo behaalde voor de meeste onderwerpen die geïnspecteerd werden een beoordeling "zoals verwacht" (53/65).
- Oker behaalde voor de meeste onderwerpen die geïnspecteerd werden een beoordeling "zoals verwacht" (54/65).
- Blauw behaalde voor de meeste onderwerpen die geïnspecteerd werden een beoordeling "zoals verwacht" (54/65).

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

- Zorggebruikers en familie worden betrokken bij het beleid.
- De context (ouders, familieleden, verwijzers) wordt betrokken bij het zorgtraject.
- Minderjarigen worden betrokken bij de opmaak van het zorgplan.
- Afspraken rond toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van gegevens worden opgevolgd en dit leidt indien nodig tot verbeteracties.
- Afspraken rond zorgplan worden opgevolgd en dit leidt indien nodig tot verbeteracties.
- Afspraken rond MDO worden opgevolgd en dit leidt indien nodig tot verbeteracties.
- Leefregels worden geëvalueerd en dit leidt indien nodig tot verbeteracties.
- Incidentmeldingen betreffende agressie en SGOG worden opgevolgd en dit leidt indien nodig tot verbeteracties
- Niettegenstaande de financiering niet voorzien is in de conventie, investeert de voorziening toch in initiatieven voor nazorg.

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

- De voorziening heeft een algemeen beleidsplan, maar hierin ontbreekt een duidelijke timing.
- Er zijn geen afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag.
- De afspraken over inzage in het dossier zijn niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving.
- De afspraken over het opvragen van een afschrift van het dossier zijn niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving.
- Er zijn geen afspraken rond validatie van het medicatieschema door een arts.
- Voor <75% van de 10 gecontroleerde geneesmiddelen in de klaargezette medicatie of in de voorraad kon alle gecontroleerde info gevonden worden (naam medicatie, dosis en vervaldatum).