

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 Brussel

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG: GGZ-VOORZIENING MET EEN REVALIDATIE- OVEREENKOMST

INRICHTENDE MACHT

Naam	Revalidatiecentrum De Appelboom
Juridische vorm	vzw
Ondernemingsnummer	0419404244
Adres	Arbeidsstraat 64, 3600 Genk

INSPECTIEPUNT

Naam	De Appelboom
Adres	Arbeidsstraat 64, 3600 Genk
Dossiernummer	7.74.003.57

UITBATINGSPLAATS

Naam	REV774 De Appelboom Genk
Adres	Arbeidsstraat 64, 3600 Genk

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	18/10/2022
Verslagnummer	ZI-2022-00099
Inspecteurs	Koenraad Fierens Kurt Lievens

INSPECTIEBEZOEK

De Appelboom

Aangekondigde inspectie op 17/10/2022 (9:00-15:00)

Gesprekspartners Zie 1.2.

INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding	4
1.1	Toezicht door Zorginspectie	4
1.2	Inspectiemethodiek	4
1.3	Verwachtingskader	7
1.4	Opbouw van dit verslag	8
2.	Organisatie en zorgaanbod	10
2.1	Organisatie	10
2.2	Zorgaanbod	11
3.	Kwaliteitsbeleid	13
3.1	Algemeen kwaliteitsbeleid	13
3.2	Verbeterbeleid	14
3.2.1	Zicht op eigen werking (gegevens verzamelen en analyseren)	14
3.2.2	Verbeteracties	15
3.3	Samenvatting resultaten kwaliteitsbeleid	16
3.3.1	Zoals verwacht	16
3.3.2	Verbeterpunten	16
4.	Multidisciplinaire werking	17
4.1	Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens	17
4.2	Zorgplan	19
4.3	Multidisciplinair overleg (MDO)	20
4.4	Communicatie met externe zorgverleners (continuïteit)	22
4.4.1	Verwijzer	23
4.4.2	Huisarts	23
4.4.3	Vervolgzorg	23
4.4.4	Eindverslag	23
4.5	Samenvatting resultaten multidisciplinaire werking	24
4.5.1	Zoals verwacht	24
4.5.2	Verbeterpunten	25
5.	Rechten	26
5.1	Inzage in en afschrift van het dossier	26
5.2	Klachtrecht	27
5.3	Privacy	29
5.4	Zelfbeschikking	30
5.5	Rolstoeltoegankelijkheid	32
5.6	Samenvatting resultaten rechten	33
5.6.1	Zoals verwacht	33
5.6.2	Verbeterpunten	33

6.	Veiligheid	34
6.1	Veiligheid van personen	34
6.2	Bewaring van dossiergegevens	35
6.3	Medicatiebeleid	36
6.4	Samenvatting resultaten veiligheid	39
6.4.1	Zoals verwacht	39
6.4.2	Verbeterpunten	39
7.	Algemeen besluit	40
7.1	Overzicht resultaten	40
7.2	Globale beoordeling	41

1. INLEIDING

1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

Situering Zorginspectie

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

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

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

Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

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

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

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

Hoe werkt Zorginspectie?

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

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

Meer informatie is te vinden op onze website: www.zorginspectie.be.

1.2 INSPECTIEMETHODIEK

Situering

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

Er bestaan verschillende soorten GGZ-voorzieningen met een revalidatieovereenkomst:

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

Zorginspectie werkte een specifiek traject uit voor deze voorzieningen.

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

Inspectietraject

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

Inspectieproces

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

Werkwijze

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

Concrete aanpak

- Schema dagplanning

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

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

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

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

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

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

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

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

Per vestigingsplaats werden een aantal dossiers ingekeken van 1 deelwerking.

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

Het verslag werd ook aan Zorg en Gezondheid bezorgd, voor verdere opvolging.

1.3 VERWACHTINGSKADER

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

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

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

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

- Referentiekader voor de psychiatrische ziekenhuizen (PZ): algemeen, module medicatie en module vrijheidsbeperkende maatregelen (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-voor-psychiatrische-ziekenhuizen>);
- Referentiekader voor de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) (https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader%20CGG_DEFINITIEF_0.pdf);
- Referentiekader voor de Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT) (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader%20PVT%202019.pdf>);
- Referentiekader voor de Initiatieven Beschut Wonen (IBW) (https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader_BW_2019_0.pdf);
- KOC (Kenniscentrum Hulpmiddelen – Vlaamse Overheid) (<https://www.hulpmiddeleninfo.be/hulpmiddeleninfos.html>);
- Handboek toegankelijkheid publieke gebouwen (<https://www.toegankelijkgebouw.be/Handboek/Sanitair/Toilet/tabid/89/Default.aspx>);
- Kwaliteitsdecreet Geestelijke Gezondheidszorg (van toepassing voor de andere voorzieningen binnen GGZ);

- Kindreflex;
- Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (voor wat betreft de elementen die in werking treden op 1 juli 2022).

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4 OPBOUW VAN DIT VERSLAG

Dit verslag bestaat uit verschillende hoofdstukken. Na de inleiding (hoofdstuk 1) en een beschrijving van de voorziening en het zorgaanbod (hoofdstuk 2) volgen de thematische hoofdstukken (kwaliteitsbeleid, multidisciplinaire werking, rechten en veiligheid) waarvoor de inspectieresultaten worden beschreven. Waar van

toepassing werd ook de werkwijze vermeld die tijdens de inspectie werd gehanteerd. Het verslag eindigt met een algemeen besluit.

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

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

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

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

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

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

2. ORGANISATIE EN ZORGAANBOD

2.1 ORGANISATIE

De Appelboom werd opgericht in 1979, heeft sinds 1981 een revalidatieovereenkomst met het RIZIV en sinds 2019 met de Vlaamse overheid. Het betreft een overeenkomst inzake psychosociale revalidatie voor kinderen en jongeren.

De Appelboom is niet erkend door het VAPH.

Directiecomité:

Frank Bartholomé	algemeen directeur
Hilde Olivie	medisch directeur

De algemeen directeur is ook coördinator van het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen Leuven-Hasselt. De medisch directeur is ook medisch directeur bij dienstencentrum Sint Oda en kinder- en revalidatiearts in het Expertisecentrum Autisme UPC KU Leuven en in het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen Leuven-Hasselt.

De Appelboom is een dagbehandelingscentrum voor peuters en kleuters met een autismespectrumstoornis (ASS), al dan niet met een verstandelijke beperking. Het gaat om kinderen waarbij ten gevolge van een aangeboren (maar meestal niet-identificeerbare) stoornis in de hersenwerking de ontwikkeling van relaties met anderen, communicatie en verbeelding afwijkend verlopen.

De Appelboom heeft een zorgaanbod op 1 locatie, waar deze inspectie ook plaats vond. Op deze campus is er enkel een ambulante aanbod.

Overzicht disciplines teamleden	aantal	totaal VTE
Maatschappelijk werker	1	0,50
Ergotherapeut	1	0,70
Pedagoog	3	2,53
Hoofdopvoeder	1	0,84
Opvoeder	9	6,87
Logopedist	1	0,70
Arts:		
- Kinder- en revalidatiearts	1	0,34
Huishoudhulp	3	1,34

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

De voorziening werkt niet met ervaringsdeskundigen.

2.2 ZORGAANBOD

De Appelboom heeft een zorgaanbod voor peuters en kleuters met (vermoeden van) ASS, met een matige tot ernstige graad van disfunctioneren (bepaald door de ernst van de autisme-gerelateerde symptomen, door de bijkomende co-morbiditeit en/of secundaire problemen, of door een combinatie van beide).

Kinderen jonger dan 2 jaar, kinderen ouder dan 5 jaar bij aanmelding en kinderen met een ontwikkelingsleeftijd van minder dan 12-15 maanden komen in principe niet in aanmerking. Er moet ook sprake zijn van enige leerbaarheid en gerichtheid.

De voornaamste verwijzers (sinds 2018) zijn het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen Leuven-Hasselt (39%), het Kinder-Psychiatrisch Centrum Genk (29%), het Expertisecentrum Autisme (8%), Centra voor Ambulante Revalidatie (4%) en scholen (4%).

Het zorgaanbod:

- De zorg wordt aangeboden door 1 multidisciplinair team, en bestaat uit:
 - o een intensief revalidatieaanbod met multidisciplinaire behandeling van het kind;
 - o begeleiding en ondersteuning van de context (gezin/familie, school, andere betrokken instanties).
- Een typisch zorgtraject verloopt als volgt:
 - o Module 1

Na telefonische aanmelding (door verwijzer of ouders) worden het diagnoseverslag en bijkomende gegevens/verslagen van het kind opgevraagd en verzameld. Nadien volgt bespreking op het maandelijkse opnameteam (arts, psycholoog/orthopedagoog, groepschef en maatschappelijk werker). Als beslist wordt dat een behandeling in De Appelboom kan starten, volgt een kennismaking en rondleiding voor de ouders, naast een intakegesprek met de ouders en een observatie van het kind.
 - o Module 2

Tijdens de wachttijd wordt een voortraject opgestart. Contextbegeleiding zorgt dat de gezins- en schoolomgeving al vertrouwd geraken met de basisvaardigheden in de behandeling en revalidatie van een kind met een complexe vorm van autisme. Dit kan bestaan uit samenwerking met het bestaande aanbod van thuisbegeleiding, CAR, school in combinatie met ondersteuningsnetwerk, begeleiding in buitengewoon onderwijs, observatie van de thuiscontext en de natuurlijke interactiepatronen, psycho-educatie, het uitwerken en aanleren van ondersteunende communicatie, het leren structuur en duidelijkheid aanbieden, ouder-kind sessies. Ook medische opvolging maakt deel uit van het voortraject. Frequentie: ongeveer wekelijks.
 - o Module 3

Dagopname van het kind met multidisciplinaire behandeling, zowel binnen de autisme-specifieke leefgroep als met individuele en groepstherapieën. Frequentie: 5 dagen per week.

Verdere ondersteuning van het gezin en de context via oudergesprekken en via ambulante begeleiding (ouders komen ter plaatse in De Appelboom) en mobiele begeleiding (outreach).

Gemiddeld na 1,5 jaar behandeling volgt een doorverwijzing.
 - o Module 4

Het natraject zorgt er voor dat de bereikte winst in functioneren na ontslag voor langere periode geconsolideerd wordt in de thuis- en schoolomgeving.

De doelstelling van de revalidatie is integratie naar huis en onderwijs. Het merendeel van de kinderen wordt georiënteerd naar het (meestal buitengewoon) onderwijs, een kleiner deel naar een schoolvervangende dagbesteding. Transfer en onderhoud van de aangeleerde vaardigheden na de dagopname wordt door de voorziening als zeer belangrijk beschouwd, zowel naar de thuissituatie als de nieuwe (school of andere) omgeving. Om dit proces te initiëren en te bestendigen worden

de handvatten en de opgedane kennis rond het kind concreet en ter plaatse mee geïntegreerd in de nieuwe omgeving van het kind. Frequentie: 1 keer per maand.

o Module 5

Continue opvolging van de evolutie van het kind en zijn omgeving doorheen het zorgtraject (evaluatie van o.a. evolutie van ontwikkeling van het kind, verdere noden van kind en gezin, opstellen van nieuwe behandelingsdoelstellingen, aanpassing van behandelmodaliteit, tevredenheid, ...)

Tijdens het traject van het kind wordt er op de schakelmomenten voorzien in een assessment en verdere opvolging van de belangrijkste functiedomeinen van het kind.

Dit gebeurt aan de hand van een wetenschappelijk gevalideerd instrumentarium, wat toelaat om de behandeling maximaal af te stemmen op de noden van elk individueel kind. Aggregatie en analyse van de gegevens van alle kinderen laat ook toe om het klinisch beleid bij te sturen in functie van een betere outcome.

- In 2021 werden 26 zorggebruikers ambulantly begeleid (21 jongens en 5 meisjes), waarvan 12 nieuw opgestarte zorgtrajecten.
- Op het moment van inspectie zijn 17 zorggebruikers in dagopname; daarnaast zijn er 4 kinderen in het voortraject en 9 kinderen in het natraject.
- Nazorg wordt geboden zoals hierboven beschreven (Module 4).
- Zoals eveneens hierboven beschreven, wordt doorheen de verschillende modules outreachend gewerkt. Dit aanbod is gericht naar de bredere context van het kind (gezin/familie, kribbe of school, betrokken hulpverleners (CAR, thuisbegeleiding, ...)).

Toegankelijkheid van het zorgaanbod:

- Op www.deappelboom.org is informatie te vinden over doelgroep/aanmeldingsprocedure/contactgegevens/duur van een traject.
- Het zorgaanbod bestaat volledig uit vrijwillige zorg.
- De organisatie geeft aan dat er slechts heel uitzonderlijk financiële drempels zijn die de toegang tot de zorg bemoeilijken.
Eventuele drempels zijn eerder van praktisch-organisatorische aard: het gezin moet zelf instaan voor het dagelijks brengen en halen van de kinderen, en ook op andere vlakken wordt een groot engagement van het gezin verwacht (frequente oudergesprekken, aanwezigheid bij outreachend zorg, ...).
- De voorziening ligt aan de rand van het stadscentrum van Genk en is bereikbaar met het openbaar vervoer: er is een bushalte vlakbij. Het dichtstbijzijnde treinstation ligt op meer dan 5 km afstand.
- Er zijn volgende drempelverlagende initiatieven om de toegankelijkheid tot de zorg te vergroten:
 - o Laagdrempelige aanmelding (telefonisch door ouders en/of doorverwijzer).
 - o Ouders worden geholpen bij het aanvragen van de zorgtoeslag en bij eventuele andere administratieve/financiële aspecten.

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 missie/visie. Deze werd uitgeschreven in 2019.

De voorziening heeft een algemeen beleidsplan voor 2022.

Het algemeen beleidsplan bevat:

- duidelijke doelstellingen;
- acties;
- timing.

Binnen De Appelboom zijn er meerdere mensen aangeduid als verantwoordelijken voor het kwaliteitsbeleid:

- het operationeel en algemeen beleid wordt opgevolgd door het dagelijks bestuur (algemeen directeur – medisch directeur – hoofdopvoeder);
- voor inhoudelijke beleidsaspecten wordt bijkomend overlegd met de orthopedagogen;
- de maatschappelijk werker waakt over de actualisering van het kwaliteitshandboek.

Voor het kwaliteitsbeleid wordt maandelijks 0,5 dag voorzien.

De afgelopen 5 jaar werd geen vorming gevolgd rond kwaliteitsbeleid.

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

De ouders van zorggebruikers worden niet betrokken bij het beleid. De voorziening bereidt op het moment van de inspectie wel een aantal initiatieven voor om ouders en grootouders op verschillende (beleids)niveaus te betrekken.

De voorziening heeft schriftelijke afspraken over:

- inclusiecriteria;
- exclusiecriteria;
- wachtlijstbeleid;
- vorming medewerkers (permanente vorming).

De voorziening heeft mondelinge afspraken over:

- vorming voor nieuwe medewerkers (inscholing).

Interne afspraken worden t.a.v. de medewerkers gecommuniceerd via het kwaliteitshandboek, het anti-handboek, protocollen, schriftelijke afspraken, variarondes (wekelijks) en/of personeelsvergaderingen.

Schriftelijke afspraken zijn beschreven in het kwaliteitshandboek, het anti-handboek, protocollen, verslagen van variaronde/personeelsvergaderingen. Deze documenten worden digitaal doorgestuurd en zijn ook raadpleegbaar op de server.

3.2 VERBETERBELEID

3.2.1 Zicht op eigen werking (gegevens verzamelen en analyseren)

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

- jaarverslag;
- opvolging/evaluatie van het algemeen beleidsplan;
- jaarlijkse wetenschappelijke vergadering;
- outcome-metingen;
- zorggebruikersbevraging;
- medewerkersbevraging.

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

- Toegankelijkheid:
 - o aantal kinderen op de wachtlijst;
 - o gemiddelde wachttijd afgelopen jaar;
 - o % dat vanuit wachtlijst instroomt;
 - o zicht op redenen van niet-instroom, al dan niet na aanmelding;
 - o wachttijden in de verschillende fases van de behandeling.

- Doelgroep:
 - o aantal bereikte zorggebruikers;
 - o demografische gegevens zorggebruikers;
 - o verwijzers;
 - o welke problematieken/diagnoses.
- Behandeling:
 - o gemiddelde behandelduur;
 - o maximale duur;
 - o % zorggebruikers in nazorg;
 - o uitkomstenmetingen.

De resultaten van de behandeling worden systematisch verzameld d.m.v. uitkomstenmetingen: op verschillende momenten (tijdens het voortraject, bij de start van de dagopname, bij het einde van de dagopname en op het einde van het natraject) worden verschillende gevalideerde vragenlijsten afgenomen.

Deze resultaten worden zowel op individueel niveau gebruikt (om het zorgtraject te evalueren) als op groepsniveau (om het aangeboden zorgprogramma te evalueren).
- Vorming medewerkers:
 - o jaarlijks aantal gevolgde uren vorming.
- De ervaringen van medewerkers worden schriftelijk bevestigd:
 - o In 2020 werd een online tevredenheidsvragenlijst afgenomen; de werkgroep "psychosociale risico's" verzamelde de resultaten en werkte samen met de directie aan verbeteracties.
- De ervaringen van zorggebruikers over de werking worden mondeling en schriftelijk bevestigd:
 - o Om de 4 à 6 weken is er een oudergesprek; naast de evolutie van het kind, doelstellingen en aanpak kunnen ook vragen/zorgen/bemerkingen van ouders aan bod komen.
 - o Ouders vullen steeds een tevredenheidsvragenlijst in op het einde van het voortraject, bij het einde van de dagopname en bij het einde van het natraject.
 - o Op het einde van module 3 (dagopname) worden ouders mondeling bevestigd naar hun ervaringen tijdens de afgelopen opname.

3.2.2 Verbeteracties

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

- Verbetering in de totaalwerking dankzij uitbreiding van de revalidatieovereenkomst sinds januari 2021 waarmee meer diversifiëring in behandelmodaliteiten mogelijk werd, evenals verhoging van de kwaliteit van het aanbod en uitbreiding van de begeleidingscapaciteit (uitbouw van het modulair systeem, meer op maat van de zorgvraag, met flexibiliteit in duur en intensiteit in de verschillende modules).
- Gebruik van de Schaal voor Emotionele Ontwikkeling (SEO).
- Uitbouw van de outreachende werking.
- Implementatie elektronisch patiëntendossier.
- Optimaliseren en uniform maken van ondersteunde communicatie, onder meer aan de hand van spraakcomputers.
- Samenstellen van informatie en materiaal omtrent psycho-educatie van broers en zussen.
- Focusgroepen, waarin medewerkers hun expertise onderling doorgeven en samen creatief nadenken over verbetering; onderwerpen die de voorbije 5 jaar aan bod kwamen:
 - o crea-activiteiten (2018)
 - o grove motoriek (2018)
 - o moeilijke situaties in het gezin van een kind met ASS (2019)

- dagdagelijkse activiteiten structureren (2020)
- outreach (2021)
- herwerken sjabloon ortho-verslag (2021)
- ondersteunende communicatie (2022)

Uit een lijst van verbeteracties van de laatste 5 jaar werden 3 verbeteracties geselecteerd (vernieuwde werking, gebruik van SEO, ondersteunende communicatie) en gecontroleerd op de aanwezigheid van een aantal onderwerpen (doelstelling, motivatie, acties, timing, evaluatie van de resultaten).

Voor alle drie de geselecteerde verbeteracties zijn alle gecontroleerde onderwerpen uitgeschreven.

3.3 SAMENVATTING RESULTATEN KWALITEITSBELEID

3.3.1 Zoals verwacht

Algemeen kwaliteitsbeleid

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

Verbeterbeleid

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

3.3.2 Verbeterpunten

Algemeen kwaliteitsbeleid

- De voorziening heeft geen schriftelijke afspraken rond:
 - inscholing van nieuwe medewerkers.

4. MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

4.1 TOEGANKELIJKHEID EN BESCHIKBAARHEID VAN ZORGGEGEVENS

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Werkwijze dossiercontrole

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

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

Vaststellingen

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

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

Het dossier van zorggebruikers bestaat uit:

- een elektronisch gedeelte (enerzijds een EPD, anderzijds elektronische documenten op de server, zoals het medicatieschema en verslagen van speelgroepoverleg met onder meer casusgebonden informatie),
- een papieren gedeelte (documenten in een map per zorggebruiker, die bewaard wordt in het onthaal, en daarnaast een afdruk van het medicatieschema, die bewaard wordt bij de medicatievoorraad).

Het dossier van zorggebruikers is versnipperd.

Alle gecontroleerde dossierdelen zijn toegankelijk voor alle betrokken teamleden.

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

Volgende vaststellingen werden gedaan in deze dossiersteekproef:

- In alle 10 de gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de huisarts gevonden.
- In alle 10 de gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de verwijzer gevonden.
- In alle 10 de gecontroleerde dossiers werd een omschrijving van de hulpvraag van de zorggebruiker gevonden.
- In alle 10 de gecontroleerde dossiers werd info over medicatiegebruik gevonden of de informatie dat de zorggebruiker geen medicatie neemt.

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

De voorziening heeft volgende verbeteracties opgezet betreffende de toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van de zorggegevens: invoering van het EPD (KWS) in 2018 met meerdere gestandaardiseerde sjablonen.

4.2 ZORGPLAN

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen

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

Werkwijze dossiercontrole

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

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

Vaststellingen

De interne term voor het zorgplan is "handelingsplan" 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:

- Inhoud: er is een sjabloon aanwezig.
Dit sjabloon omvat een integratief beeld van het kind, opgesteld vanuit alle verzamelde informatie uit verschillende disciplines, waaruit vervolgens behandelingsdoelen worden opgesteld. Domeinen die worden besproken: sociaal, spel, spraak/taal/communicatie, motoriek, cognitie, zelfredzaamheid, gedrag en emotie, sensorisch profiel, medisch-biologisch en samenwerking met ouders.
- Wie moet participeren bij de opmaak van het zorgplan.
- Timing voor het opstellen:
De vooropgestelde timing stelt dat er een zorgplan moet zijn ten laatste 3 maanden na de start van de opname.
- Timing voor het evalueren:

Om de 6 maanden wordt het zorgplan geëvalueerd en bijgesteld. Dit wordt weergegeven in de evolutiebespreking.

Er zijn schriftelijke afspraken over de inspraak van de ouders van de zorggebruiker bij de opmaak of evaluatie van het zorgplan. Het kwaliteitshandboek beschrijft hoe ouders systematisch samen met de begeleiding het zorgplan van hun kind opmaken en evalueren.

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

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

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

In alle 10 de gecontroleerde dossiers werd een zorgplan gevonden.

In 5 van de 10 gecontroleerde dossiers werd een zorgplan gevonden volgens de intern vooropgestelde timing (namelijk na 3 maanden). In 5 van de 10 gecontroleerde dossiers werd geen zorgplan gevonden volgens de intern vooropgestelde timing.

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

De voorziening volgt de interne afspraken (bv. m.b.t. inhoud/timing/participanten bij de opmaak van het zorgplan/evaluatie) van het zorgplan op. Ze gebruikt daarvoor volgende methodes: de planning voor de teamvergaderingen (opmaak zorgplan) wordt zodanig gemaakt dat alle kinderen volgens de gewenste timing worden ingepland. Deze planning vindt automatisch een plaats in het EPD.

Volgens de voorziening blijkt uit de opvolging dat er geen verbeteracties nodig waren i.v.m. het zorgplan.

4.3 MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG (MDO)

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Werkwijze dossiercontrole

We zochten in de gecontroleerde dossiers (na minstens 2 maanden en 5 FTF begeleiding) naar notities of verslagen van MDO.

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

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

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

Vaststellingen

Volgende overlegmomenten worden georganiseerd voor multidisciplinaire besprekingen:

- Teamvergadering: multidisciplinaire bespreking gehouden over elk kind om de 6 maanden (bij opstart vindt de eerste teamvergadering 3 maanden na de start plaats). Deelnemers: alle betrokken disciplines. Verslag wordt opgemaakt.
- Leefgroepoverleg: bespreken van kindspecifieke aanpak tussen de zorgverleners, 1x om de twee weken of ad hoc. Deelnemers: unit-begeleiders + groepschef + psycholoog/orthopedagoog. Verslag wordt opgemaakt.
- Overleg orthopedagoog-ergotherapeut: tweewekelijkse afstemming rond casussen. Deelnemers: ergotherapeut, orthopedagoog. Verslaggeving/notities wordt schriftelijk verwacht.
- Overleg orthopedagoog-logopedist: tweewekelijkse afstemming rond casussen. Deelnemers: logopedist en orthopedagoog. Verslaggeving/notities wordt schriftelijk verwacht.
- Outreach-overleg gebeurt tweemaandelijks met als doel outreachcasussen te bespreken met schriftelijk verslag. Deelnemers: leefgroepbegeleiders, de orthopedagogen, de hoofdopvoeder en groepschef.
- Opnameteam komt met variabele frequentie bij elkaar (gemiddeld tweemaandelijks) om kinderen op de wachtlijst te bespreken i.f.v. opname. Deelnemers: medisch directeur, psycholoog/orthopedagoog, maatschappelijk werker, hoofdopvoeder. Verslaggeving/notities: maatschappelijk werker houdt diverse lijsten bij m.b.t. aanmeldingen/opnames/POAH (permanent onderwijs aan huis).

Voor alle voorgaande multidisciplinaire besprekingen beschikt de voorziening over schriftelijke afspraken met betrekking tot frequentie en de verwachte conclusie.

Er werden 10 dossiers gecontroleerd betreffende multidisciplinaire overlegmomenten.

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

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

In alle 10 de gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat ten minste 1 MDO georganiseerd werd binnen de intern vooropgestelde timing (namelijk: 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 10 de gecontroleerde dossiers was de behandelduur langer dan 6 maanden.

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

De voorziening volgt de interne afspraken (bv. m.b.t. frequentie en conclusie) van het MDO per zorggebruiker op. Ze gebruikt daarvoor volgende methode: de planning voor de teamvergaderingen (evaluatie zorgplan) wordt zodanig gemaakt dat alle kinderen volgens de gewenste timing worden ingepland. Deze planning vindt automatisch een plaats in het EPD.

Volgens de voorziening blijkt uit de opvolging dat er geen verbeteracties nodig waren i.v.m. het MDO.

4.4 COMMUNICATIE MET EXTERNE ZORGVERLENERS (CONTINUÏTEIT)

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Werkwijze dossiercontrole

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

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

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

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

Vaststellingen

4.4.1 Verwijzer

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

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

De communicatie aan de verwijzer bij opstart gebeurt mondeling.

De communicatie aan de verwijzer bij afronding gebeurt schriftelijk.

4.4.2 Huisarts

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

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

De communicatie aan de huisarts bij opstart gebeurt mondeling.

De communicatie aan de huisarts bij afronding gebeurt schriftelijk.

Er zijn schriftelijke afspraken over het versturen van een eindverslag naar de huisarts bij afronding van de begeleiding. De afspraak bestaat erin dat de huisarts steeds schriftelijk wordt geïnformeerd over het resultaat van de behandeling.

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 het eindverslag van de revalidatie (dagopname) steeds wordt opgestuurd/bezorgd aan de vervolgzorg.

4.4.4 Eindverslag

Er zijn schriftelijke afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag in het kader van continuïteit van zorg: er is een vast sjabloon van eindverslag revalidatie in het EPD, waarin naast de opname- en ontslagdatum een aantal inleidende gegevens worden vermeld, conclusies uit de eindverslagen van de verschillende disciplines, een besluit, welke verwijzing gebeurde en wat de aandachtspunten voor verder beleid zijn.

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

Er werden 8 dossiers ingekeken van zorggebruikers waarvan de begeleiding minstens een week voor de inspectie werd afgerond.

In alle 8 de gecontroleerde dossiers werd een eindverslag gevonden.

Er werden 8 eindverslagen bekeken; hierbij waren er:

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

Alle 8 de eindverslagen bevatten alle gecontroleerde info.

Er werden 8 eindverslagen bekeken op het vlak van het naleven van de interne afspraken rond inhoudelijke elementen; hierbij waren er:

- 8 met opnamedatum;
- 8 met datum ontslag;
- 8 met inleidende gegevens
- 8 met conclusies uit de eindverslagen van de verschillende disciplines;
- 8 met een besluit;
- 8 met informatie over verwijzing en verder beleid.

Alle 8 de gecontroleerde eindverslagen bevatten alle gecontroleerde info.

4.5 SAMENVATTING RESULTATEN MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

4.5.1 Zoals verwacht

Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens

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

Zorgplan

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

MDO

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

Communicatie met externe zorgverleners

- Er zijn afspraken over het op de hoogte brengen van de verwijzer wanneer een begeleiding wordt opgestart.
- Er zijn afspraken over het op de hoogte brengen van de verwijzer wanneer een begeleiding wordt afgerond.
- Er zijn afspraken over het op de hoogte brengen van de huisarts wanneer een begeleiding wordt opgestart.
- Er zijn afspraken over het op de hoogte brengen van de huisarts wanneer een begeleiding wordt afgerond.
- Er zijn afspraken over het versturen van een eindverslag naar de huisarts bij afronding van de begeleiding.
- Er zijn afspraken over het versturen van een eindverslag naar de vervolgzorg bij afronding van de begeleiding.
- Er zijn afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag.
- Er werd in $\geq 75\%$ van de gecontroleerde dossiers een eindverslag gevonden (8/8 in orde).
- Aan de hand van de 8 gecontroleerde eindverslagen kon aangetoond worden dat er systematisch informatie aanwezig is over volgende gecontroleerde onderwerpen ($\geq 75\%$):
 - vermelding van de periode van begeleiding (8/8 in orde);
 - probleemomschrijving (8/8 in orde);
 - beschrijving van de evolutie/verloop van het traject (8/8 in orde);
 - informatie over de nodige nazorg/verdere verwijzing (8/8 in orde);
 - naam van de contactpersoon en contactgegevens (8/8 in orde).
- Aan de hand van de 8 gecontroleerde eindverslagen kon aangetoond worden dat de inhoudelijke elementen, volgens de interne afspraken, systematisch aanwezig waren ($\geq 75\%$):
 - opnamedatum (8/8 in orde);
 - datum ontslag (8/8 in orde);
 - inleidende gegevens (8/8 in orde);
 - conclusies uit de eindverslagen van de verschillende disciplines (8/8 in orde);
 - besluit (8/8 in orde);
 - informatie over verwijzing en verder beleid (8/8 in orde).

4.5.2 Verbeterpunten

Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens

- Het dossier van zorggebruikers is versnipperd.

Zorgplan

- Er werd in $< 75\%$ van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden volgens de intern vooropgestelde timing (5/10 in orde).

5. RECHTEN

5.1 INZAGE IN EN AFSCHRIFT VAN HET DOSSIER

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Vaststellingen

Er zijn schriftelijke afspraken over inzage in het dossier.

Deze afspraken rond inzage in het dossier bevatten 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 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 (via een webtoepassing of app).
- Bepaalde onderdelen van het dossier worden onttrokken aan het recht tot inzage, ook al betreft het geen persoonlijke notities of elementen over derden (enkele gevalideerde verslagen kunnen ingekeken worden).
- 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.

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

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

In de afspraken rond 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:

- Het eerste afschrift is niet gratis.

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

- algemene brochure (infobrochure en huisreglement voor ouders), met verwijzing naar een specifieke brochure (brochure over patiëntenrechten met info over inzage en afschrift van dossier) online.

De bevroegde ouders van zorggebruikers geven aan dat ze geen info kregen over de mogelijkheid tot inzage in of afschrift van hun dossier.

5.2 KLACHTRECHT

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Vaststellingen

Er zijn schriftelijke afspraken over het indienen van klachten.

Er zijn interne klachtenbehandelaars aangeduid.

De interne klachtenbehandelaars zijn de algemeen directeur en de medisch directeur.

Volgende vaststellingen werden gedaan rond toegankelijkheid van de klachtbehandeling:

- Er gebeurt bekendmaking via de infobrochure voor ouders.
- Er worden contactgegevens vermeld voor de interne ombudspersonen.
- Er is rechtstreekse toegang mogelijk.

Klachten kunnen zowel mondeling als schriftelijk worden ingediend.

In de procedure en in de infobrochure voor ouders staat ook een externe ombudsfunctie vermeld, maar uit gesprek blijkt dat die in de praktijk niet bevoegd is voor De Appelboom.

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

- algemene brochure (infobrochure en huisreglement voor ouders), met verwijzing naar een specifieke brochure (brochure over patiëntenrechten met info over klachtbehandeling) online.

Drie van de vier bevraagde ouders geven aan dat ze niet geïnformeerd werden over de manier waarop men klacht kan indienen. Eén ouder geeft aan dit niet meer te weten. Alle bevraagde ouders geven wel aan dat ze ontevredenheid steeds kunnen aangeven bij de opvoeders of tijdens oudergesprekken.

Over de ingediende klachten worden geen cijfers/gegevens verzameld.

Het aantal klachten in het vorige kalenderjaar werd niet bijgehouden.

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

- de begeleidingsstijl van een opvoeder werd besproken tijdens een functioneringsgesprek;

- de vraag tot meer betrokkenheid van ouders leidde tot een grondige verkenning van de mogelijkheden om de participatie op verschillende niveaus te verhogen; dit wordt de komende maanden verder uitgewerkt.

5.3 PRIVACY

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Vaststellingen

Er worden geen controlemaatregelen toegepast (bv. bagagecontrole, alcohol- of drugcontrole, lichaamscontrole).

Ouders van zorggebruikers worden mondeling en schriftelijk geïnformeerd over de afspraken/regels. Bij het begin van het zorgtraject ontvangen de ouders een infobrochure/huisreglement dat moet ondertekend worden. Dit document wordt ook overlopen met de maatschappelijk werker, die verdere toelichting geeft.

Drie van de vier bevroegde ouders geven tijdens de bevraging aan dat ze schriftelijk en mondeling op de hoogte zijn gebracht van alle afspraken/regels. Eén ouder geeft aan dat sommige (bv. tijdelijke) afspraken enkel mondeling worden meegedeeld aan de persoon die het kind afhaalt (wat het risico inhoudt dat de informatie de ouders niet bereikt) en dat schriftelijke bevestiging dit zou kunnen verhelpen.

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

De bevroegde ouders geven aan dat ze geen weet hebben van consequenties bij het overtreden van de afspraken/regels.

Twee van de vier ouders geven aan dat ze inspraak hebben in de afspraken/regels op volgende manieren:

- tijdens het dagelijkse brengen en afhalen van de kinderen kan dit aangekaart worden bij de opvoeder;
- tijdens het zeswekelijkse oudergesprek met de orthopedagoog kunnen afspraken en regels ook besproken worden.

De twee andere ouders geven aan dat ze hun opmerkingen wel kunnen uitspreken tegenover de opvoeders en orthopedagogen, maar dat dit meestal niet tot aanpassing van de afspraken en regels leidt.

De afspraken/regels werden de voorbije jaren geëvalueerd door:

- Medewerkers: tijdens de diverse overlegmomenten kunnen ze kwesties aankaarten, die vervolgens doorstromen naar het beleidsoverleg.
- Ouders van zorggebruikers: tijdens oudergesprekken en tijdens evaluatiemomenten (bv. bespreking van de tevredenheidsvragenlijst) kunnen ze opmerkingen formuleren bij afspraken en regels.

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

- Het startuur van het dagprogramma werd gewijzigd.
- Evaluatie van het aantal weken afwezigheid (t.g.v. reizen) dat wordt toegestaan voor ouders en kinderen.

5.4 ZELFBESCHIKKING

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Werkwijze dossiercontrole

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

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

Vaststellingen

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

Ouders van zorggebruikers kunnen binnen de gebruikte methode niet weigeren om informatie te delen met de huisarts. Tijdens de dossiersteekproef werd in de gespreksnotities van één dossier toch een weigering gevonden van ouders die zich hadden verzet tegen het delen van bepaalde informatie. Daarnaast werd in hetzelfde dossier ook de eerder gegeven schriftelijke toestemming gevonden.

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

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

Eén bevroegde ouder geeft tijdens de bevraging aan dat gevraagd werd om toestemming te geven voor het delen van informatie met de huisarts. De toestemming werd schriftelijk gegeven. De 3 andere ouders geven aan dat ze zich niet kunnen herinneren of hen toestemming gevraagd werd.

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

Ouders 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 al of niet toestemming geven voor het delen van informatie met de vervolgzorg: enkel als ze weigerden wordt dit genoteerd.

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

Er werden 8 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 alle 8 de gecontroleerde dossiers werd informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts gevonden (waarvan 7 ouders toestemming gaven en 1 ouder weigerde).

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

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

Er werden 8 afgesloten dossiers van zorggebruikers met vervolgzorg gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de vervolgzorg.

- In 1 van de 8 gecontroleerde dossiers werd informatie over toestemming tot het delen van informatie met de vervolgzorg gevonden (deze ouders weigerden).
- In 7 van de 8 gecontroleerde dossiers werd geen informatie gevonden over het delen van informatie met de vervolgzorg.

De voorziening volgt de interne afspraken rond het vragen van toestemming voor het delen van info met externe zorgverleners op. Dossiers worden systematisch gecontroleerd op aanwezigheid van het ondertekende toestemmingsformulier.

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

5.5 ROLSTOELTOEGANKELIJKHEID

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Vaststellingen

Volgende vaststellingen werden gedaan rond rolstoeltoegankelijkheid:

- Er is een rolstoeltoegankelijke gespreksruimte/therapielokaal.
- Er is geen rolstoeltoegankelijk toilet.

5.6 SAMENVATTING RESULTATEN RECHTEN

5.6.1 Zoals verwacht

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

Zelfbeschikking

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

5.6.2 Verbeterpunten

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.

Zelfbeschikking

- De zorggebruiker kan niet weigeren om informatie te delen met de huisarts.

Rolstoeltoegankelijkheid

- Tijdens de inspectie werden problemen op het vlak van rolstoeltoegankelijkheid vastgesteld: er is geen rolstoeltoegankelijk toilet.

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 geen afspraken over het omgaan met incidenten voor volgende onderwerpen:

- agressie;
- seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG).

Er wordt op volgende manier aandacht geschonken aan agressiepreventie:

- Er worden afspraken/regels gecommuniceerd i.v.m. agressie.
- Er worden sessies psycho-educatie georganiseerd.
- De bestaffing wordt aangepast (bv. verhoging van de personeelsbezetting op bepaalde momenten).
- Gebruik van anti-specifieke infrastructuur.

- Aanpassen van het dagprogramma.
- Kinderen worden op bepaalde momenten uit de leefgroep gehaald.

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

- Indien nodig wordt het incident besproken met het betrokken personeelslid en een lid van de directie.
- Desgewenst kan een medewerker terecht bij een vertrouwenspersoon of bij de arbeidsarts.
- Indien nodig wordt een verzekeringsformulier ingevuld.

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

Volgens de voorziening blijkt uit de opvolging dat er geen verbeteracties nodig waren rond incidenten m.b.t. veiligheid (agressie, SGOG).

6.2 BEWARING VAN DOSSIERGEGEVENS

Verwachtingen

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Vaststellingen

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

De toegang tot de papieren dossiers van zorggebruikers is niet beveiligd:

- De lopende papieren dossier worden bewaard in een afsluitbare kast in het onthaal. De sleutels van de kast worden opgehangen in het onthaal, en zijn op die manier toegankelijk voor onbevoegden (bv. poetspersoneel).
- Afgesloten papieren dossiers worden bewaard op een zolderkamer; noch de kast, noch de ruimte zelf zijn afgesloten.

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

6.3 MEDICATIEBELEID

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

een stockregistratie op de afdelingen ingevoerd, zodat op ieder moment kan gecontroleerd worden hoeveel en welke geneesmiddelen in de stock aanwezig moeten zijn en voor welke patiënten medicatie die in de stock zat, gebruikt werd. Daarenboven moet narcotica afzonderlijk (= gescheiden van andere medicatie) bewaard worden.

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

Werkwijze controle medicatie en medicatieschema's

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

- Identificatie zorggebruiker (naam, voornaam en geboortedatum/uniek zorggebruikersnummer/recente gezichtsfoto).
- Validatie arts = aantoonbaar gecontroleerd, 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/ medicatie uit de voorraad 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 duidelijke 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 Appelboom verstrekt (bewaren, klaarzetten en toedienen) soms medicatie: er wordt zo veel mogelijk gestreefd naar thuistoediening van geneesmiddelen, maar soms zijn er meerdere inname-momenten per dag waardoor dit tijdens de opname moet gebeuren. Daarnaast zijn er soms pathologie-gebonden redenen (bv. kaderend in de revalidatiefase) om tenminste gedurende een periode medicatie te verstrekken tijdens de opname.

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

Er zijn schriftelijke afspraken die de continuïteit m.b.t. het medicatiebeleid bij ontslag waarborgen: het medicatieschema maakt steeds deel uit van het eindverslag dat wordt verstuurd naar de huisarts/vervolgzaam.

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

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

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 medicatie heeft gekregen.
- Er moet genoteerd worden in het dossier wanneer de zorggebruiker de medicatie niet heeft ingenomen.

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

- De reden van niet-inname van medicatie moet genoteerd worden in het dossier van de zorggebruiker.

De medicatievoorraad wordt in de leefgroep bewaard in een kastje met een kinderbeveiliging.

De medicatievoorraad is beveiligd voor zorggebruikers of andere onbevoegden.

Er werden 2 geneesmiddelen gecontroleerd in de klaargezette medicatie of in de voorraad.

2/2 keer was de naam van de medicatie aanwezig.

2/2 keer was de dosis vermeld.

2/2 keer was de vervaldatum vermeld.

Beide gecontroleerde geneesmiddelen bevatten alle 3 de gecontroleerde gegevens.

Er werd geen medicatie gevonden zonder enige aanduiding van naam, dosis en vervaldatum.

Voor geen enkel geneesmiddel met vervaldatum was deze overschreden.

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

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

Het medicatievoorschrift en medicatieschema worden in een Word-document op de server opgemaakt door de arts van de voorziening. Dit document wordt steeds afgedrukt (ook na elke aanpassing) en manueel ondertekend door de arts, waarna het toegevoegd wordt aan de medicatievoorraad in de leefgroep.

Er werden 2 medicatieschema's gecontroleerd van zorggebruikers die medicatie verstrekt krijgen.

2 keer was de identificatie van de zorggebruiker aanwezig.

2 keer was het schema gevalideerd (ondertekend/aantoonbaar gecontroleerd) door de arts.

Er werden 2 geneesmiddelen in deze medicatieschema's gecontroleerd.

2/2 keer was de naam van het geneesmiddel vermeld.

2/2 keer was de dosis van het geneesmiddel vermeld.

2/2 keer was de innamefrequentie van het geneesmiddel vermeld.

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

De voorbije jaren werden verbeteracties opgezet rond medicatiebeleid/medicatie-incidenten: de medicatie-procedure werd uitgeschreven in het kwaliteitshandboek en in de onthaalbrochure voor de ouders werd actuele informatie betreffende het medicatiebeleid toegevoegd.

6.4 SAMENVATTING RESULTATEN VEILIGHEID

Betreffende de resultaten uit de dossiersteekproef: gezien het aantal medicatieschema's in de steekproef minder is dan 5, leiden de resultaten niet tot een beoordeling.

6.4.1 Zoals verwacht

Medicatiebeleid

- Er zijn afspraken die de continuïteit m.b.t. het medicatiebeleid bij ontslag waarborgen.
- De medicatievoorraad is beveiligd voor zorggebruikers of andere onbevoegden.
- In de gecontroleerde geneesmiddelen, in de klaargezette medicatie of in de voorraad werd geen verval-len medicatie gevonden.
- Het teamlid dat medicatie toedient heeft toegang tot het medicatieschema in het dossier van zorg-gebruikers.
- Er zijn afspraken rond validatie van het medicatieschema door een arts
- Er zijn afspraken met betrekking tot het toedienen van medicatie over volgende aspecten:
 - Er moet genoteerd worden in het dossier wanneer de zorggebruiker de medicatie heeft gekregen.
 - Er moet genoteerd worden in het dossier wanneer de zorggebruiker de medicatie niet heeft ingenomen.

6.4.2 Verbeterpunten

Veiligheid van personen

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

Bewaring van dossiergegevens

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

Medicatiebeleid

- Er zijn geen afspraken over het omgaan met medicatie-incidenten.
- Er zijn geen afspraken met betrekking tot het toedienen van medicatie over volgende aspecten:
 - De reden van niet-inname van medicatie moet genoteerd worden in het dossier.

7. ALGEMEEN BESLUIT

7.1 OVERZICHT RESULTATEN

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

Gecontroleerde onderwerpen	Aantal zoals verwacht	Aantal verbeterpunten
Kwaliteitsbeleid		
Algemeen kwaliteitsbeleid	6/7	1/7
Verbeteracties	2/2	0/2
Multidisciplinaire werking		
Toegankelijkheid/beschikbaarheid van zorggegevens	6/7	1/7
Zorgplan	4/5	1/5
MDO	4/4	0/4
Communicatie met externe zorgverleners	19/19	0/19
Rechten		
Inzage/afschrift dossier	3/5	2/5
Klachtrecht	5/5	0/5
Privacy	/	/
Zelfbeschikking	2/3	1/3
Rolstoeltoegankelijkheid	0/1	1/1
Veiligheid		
Veiligheid personen	0/1	1/1
Bewaring dossiergegevens	0/2	2/2
Medicatiebeleid	7/9	2/9

7.2 Globale Beoordeling

De Appelboom behaalde voor de meeste onderwerpen die geïnspecteerd werden een beoordeling "zoals verwacht" (58/70).

Volgende sterke initiatieven op het vlak van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid werden aangetroffen.

- De resultaten van de behandeling worden systematisch verzameld d.m.v. uitkomstenmetingen.
- Voor alle 3 de verbeteracties zijn alle gecontroleerde onderwerpen uitgeschreven.
- De context (school, verwijzers, externe zorgverleners) wordt betrokken bij het zorgtraject.
- Afspraken rond zorgplan worden opgevolgd en dit leidt indien nodig tot verbeteracties.
- Afspraken rond MDO worden opgevolgd en dit leidt indien nodig tot verbeteracties.
- Afspraken/regels worden geëvalueerd en dit leidt indien nodig tot verbeteracties.

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

- Informatie over de zorggebruiker is versnipperd.
- 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.
- De zorggebruiker kan niet weigeren om informatie te delen met de huisarts.