



Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

Inspectiebezoeken in ambulante voorzieningen voor verslavingszorg

Syntheserapport

COLOFON

Verantwoordelijke uitgever

Karine Moykens
Secretaris-generaal
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Koning Albert II-laan 35 bus 30
1030 Brussel

Samenstelling

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Zorginspectie

Productcoördinatie en vormgeving

Afdeling Communicatie en Informatie - Team Communicatie

Depotnummer

D/2023/3241/103

Uitgave

Maart 2023



INHOUD

1	INLEIDING: TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE	5
2	MANAGEMENTSAMENVATTING	6
3	TOEZICHT BIJ GGZ-REVALIDATIEVOORZIENINGEN	10
3.1	Situering	10
3.2	Ontwikkeling traject GZZ-revalidatievoorzieningen	10
3.2.1	Sectorale bevraging na plaatsbezoeken	10
3.2.2	Specifiek traject GGZ-revalidatie	14
3.2.3	Aanpassing na proefinspecties	17
3.2.4	Opbouw van dit rapport	18
4	INSPECTIEVASTSTELLINGEN IN AMBULANTE VOORZIENINGEN VOOR VERSLAVINGSZORG	19
4.1	Organisatie en zorgaanbod	19
4.2	Kwaliteitsbeleid	19
4.2.1	Achtergrond	19
4.2.2	Werkwijze	20
4.2.3	Vaststellingen	21
4.2.4	Conclusie	23
4.3	Multidisciplinariteit	24
4.3.1	Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens	24
4.3.2	Zorgplan	27
4.3.3	Multidisciplinair overleg	29
4.3.4	Communicatie met externe zorgverleners	30
4.4	Rechten	33
4.4.1	Inzage en afschrift dossier	33
4.4.2	Klachtrecht	34
4.4.3	Privacy	36
4.4.4	Zelfbeschikking	37
4.4.5	Rolstoeltoegankelijkheid	39
4.5	Veiligheid	39
4.5.1	Veiligheid van personen	40
4.5.2	Medicatiebeleid	41
4.5.3	Bewaring van dossiergegevens	45
5	BIJLAGE MET VERWACHTINGEN	47
5.1	Referenties	47
5.2	Kwaliteitsbeleid	48
5.3	Multidisciplinariteit	48
5.3.1	Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens	48
5.3.2	Zorgplan	49
5.3.3	Multidisciplinair overleg	50
5.3.4	Communicatie met externe zorgverleners	50

5.4	Rechten	51
5.4.1	Klachtrecht	51
5.4.2	Inzage en afschrift dossier	51
5.4.3	Privacy	52
5.4.4	Zelfbeschikking	52
5.4.5	Rolstoeltoegankelijkheid	53
5.5	Veiligheid	54
5.5.1	Veiligheid van personen	54
5.5.2	Medicatiebeleid	55
5.5.3	Bewaring van dossiergegevens	56
6	LIJST MET AFKORTINGEN	57



1 INLEIDING: TOEZICHT DOOR 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.

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.

Zorginspectie wil daarmee 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.

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

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

Uitgebreide informatie is beschikbaar op www.zorginspectie.be.

2 MANAGEMENTSAMENVATTING

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.

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

In de eerste fase van deze inspectieronde werden alle residentiële campussen geïnspecteerd. In de tweede fase kwamen de ambulante voorzieningen voor psychosociale revalidatie en voor verslavingszorg aan bod. In een derde en laatste fase tenslotte worden de CAR en de RCA geïnspecteerd.

Dit syntheserapport heeft betrekking op de **ambulante voorzieningen voor verslavingszorg**.

Het syntheserapport van ambulante voorzieningen voor psychosociale revalidatie is beschikbaar op www.departementwvg.be/zorginspectie/cijfers-en-rapporten.

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. Vanuit de regelgeving en richtlijnen/referentiekaders werd, in samenspraak met het agentschap Zorg en Gezondheid, een verwachtingskader voor de GGZ-voorzieningen met revalidatieovereenkomst opgesteld.

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

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

Om aan de verwachtingen te kunnen voldoen, is het noodzakelijk dat de voorziening beschikt over **afspraken** rond de betreffende onderwerpen. Die afspraken kunnen mondeling of schriftelijk zijn (bv. de verwachtingen over de opmaak van een zorgplan kunnen geëxpliciteerd worden onder 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.**

Uit dit rapport blijkt dat er voor de meeste onderwerpen goede afspraken zijn. Uit de dossiercontroles en de gesprekken met zorggebruikers blijkt dat nog niet alle gecontroleerde onderwerpen voldoen aan de verwachtingen over kwaliteit van zorg. Voor de meeste onderwerpen zijn er verbeteracties, het opvolgen van de toepassing van de eigen afspraken en het verzamelen van cijfergegevens zijn nog niet helemaal ingeburgerd. De voornaamste knelpunten werden gezien bij de dossiervorming, bij de communicatie bij afronding, en de communicatie over inzage en afschrift van dossier.

Hieronder volgen de belangrijkste inspectievaststellingen.

Niettegenstaande de kleinschaligheid van vele revalidatie-organisaties werd in de meeste ambulante voorzieningen een uitgewerkt **kwaliteitsbeleid** gezien.

- Overal is er een uitgeschreven **missie/visie/opdrachtverklaring**. Op een meerderheid van de campussen was dit vertaald in een **uitgeschreven beleidsplan**.
- Overal wordt kwaliteit **op directieniveau besproken** en op één campus na is er iemand als **verantwoordelijke aangesteld voor kwaliteit**. Op zes campussen is die persoon daarvoor ook vrijgesteld.
- Afspraken over **instroombeleid en vorming** zijn grotendeels schriftelijk opgemaakt.
- Overal zijn er **cijfergegevens** over instroom en behandeltraject en op een meerderheid van de campussen gebeuren er tevredenheidsmetingen van medewerkers (9/10) en/of zorggebruikers (6/10).
- Verschillende **methodieken** worden gebruikt **voor de evaluatie en verbetering van de kwaliteit** van de eigen werking. Er lopen overal meerdere **verbeteracties die planmatig worden aangepakt**.

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

- **Multidisciplinariteit**

- Er zijn afspraken over nagenoeg alle gecontroleerde **essentiële zorggegevens in het dossier** (identificatiegegevens van de huisarts en de verwijzer, omschrijving van de hulpvraag, informatie over medicatiegebruik, informatie over minderjarige kinderen).
- Op iets meer dan de helft van de campussen zijn er afspraken voor alle gezochte aspecten van het **zorgplan** (inhoud van het zorgplan, betrokkenen, timing voor opmaak en evaluatie). Er is grote variatie in de eigen vooropgestelde timing voor het opmaken van het zorgplan.
- Er zijn afspraken over alle gezochte aspecten van het **multidisciplinair overleg (MDO)** over de zorggebruikers (frequentie en verslaggeving van de conclusie). Er is grote variatie in de eigen vooropgestelde timing voor het eerste MDO.
- Er zijn overal afspraken over de opmaak van **een eindverslag** en de **communicatie met externe zorgverleners** bij opstart en afronding van een begeleiding. Omdat een Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC) niet tot doel heeft een begeleiding af te ronden, werd voor de vijf MSOC's niet gezocht naar afspraken over communicatie bij afronding en afspraken over de inhoud van eindverslagen.

- **Rechten**

- Er zijn overal afspraken over **inzage en afschrift** van het zorgdossier.
- Overal zijn er schriftelijke afspraken over het indienen van **klachten** en is er een klachtbehandelaar aangeduid.
- Er zijn afspraken en er is informatie voor de zorggebruikers over de **leefregels** en over de toegepaste **controles** (alcohol- en drugcontrole).
- Over het vragen van toestemming aan zorggebruikers voor het **delen van informatie met huisarts en vervolgzorg** zijn er bijna overal afspraken.

- **Veiligheid**

- Er zijn overal afspraken over het omgaan met **agressie**-incidenten en bijna overal over incidenten n.a.v. seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Via dossiercontroles en bevraging van zorggebruikers werd nagegaan of deze afspraken **in de praktijk** ook worden toegepast (PDSA).

- **Multidisciplinariteit**
 - De afspraken over de gecontroleerde **essentiële zorggegevens in het dossier** (identificatiegegevens van de huisarts en de verwijzer, omschrijving van de hulpvraag, informatie over medicatiegebruik, informatie over minderjarige kinderen) worden in de praktijk systematisch toegepast. Een uitzondering hierop was de informatie over de huisarts en de informatie over medicatiegebruik.
 - In bijna alle gecontroleerde dossiers waren **zorgplannen** opgemaakt.
 - Systematische **betrokkenheid van de zorggebruikers** bij het zorgplan kon worden aangetoond in de dossiercontrole. Daarnaast vertelden ook alle zorggebruikers dat ze betrokken werden bij de opmaak van hun zorgplan.
 - In de meeste gecontroleerde dossiers kon een **multidisciplinair overleg** (MDO) met een conclusie aangetoond worden.
- **Rechten**
 - Zorggebruikers worden geïnformeerd over de **leefregels** en de controles die gebeuren.
 - Overall is voorzien dat zorggebruikers kunnen weigeren om informatie te delen met externe zorgverleners. Bijna alle zorggebruikers geven aan dat hen toestemming werd gevraagd voor het delen van informatie met de **huisarts**.
- **Veiligheid**
 - Er is overall veel aandacht voor **agressiepreventie**. Vaak zijn er meerdere mogelijkheden voor opvang van medewerkers na een ingrijpend incident.
 - Voor alle zorggebruikers die **medicatie** namen, werd een medicatieschema gevonden.
 - Alle zorgmedewerkers hebben toegang tot de **essentiële informatie over medicatie** van zorggebruikers.
 - Bij controle van de **medicatievoorraad** werd in bijna drie kwart van de gecontroleerde medicatie zowel naam, dosis als vervaldatum teruggevonden, wat belangrijk is voor het vermijden van medicatiefouten.
 - In de meerderheid van de gecontroleerde **medicatieschema's** zijn de **identificatiegegevens van de zorggebruiker** volledig (minstens twee identificatiegegevens zijn nodig voor sluitende controle).

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

- **Multidisciplinariteit**
 - Op bijna alle campussen lopen er **verbeteracties** over het noteren van essentiële zorggegevens in het dossier. Bij de meeste campussen is er ook **opvolging** of de gemaakte afspraken altijd worden toegepast.
 - In bijna alle campussen lopen **verbeteracties** over het zorgplan. De **opvolging** of de gemaakte afspraken altijd worden toegepast, gebeurt bij de meeste campussen.
 - Bij meer dan de helft van de campussen lopen **verbeteracties** over het MDO. Of de gemaakte afspraken steeds worden toegepast, gebeurt maar bij enkele campussen.
- **Rechten**
 - De meerderheid verzamelt cijfergegevens over **klachten** en heeft verbeteracties op basis van klachten.
 - Op een meerderheid van de campussen worden **leefregels** geëvalueerd door medewerkers en werden verbeteracties over leefregels beschreven.
 - Hoewel er in een meerderheid van de campussen verbeteracties zijn over het vragen van toestemming voor het **delen van informatie** met externe zorgverleners, worden de gemaakte afspraken bij minder dan de helft opgevolgd.

- **Veiligheid**

- Cijfers over **incidenten** worden bijgehouden en er zijn verbeteracties over incidenten.
- Overall zijn er verbeteracties over **medicatiebeleid** en bijna overall worden cijfergegevens over medicatie opgevolgd.

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

- **Kwaliteitsbeleid**

- Op een minderheid van de campussen (4/10) worden **zorggebruikers betrokken bij het beleid** van de voorziening en is er inbreng van ervaringsdeskundigen (2/10).

- **Multidisciplinariteit**

- Op meerdere campussen is het **zorgdossier versnipperd en is het dossier niet helemaal toegankelijk voor alle betrokken zorgmedewerkers**. Niet alle essentiële zorggegevens zijn zo op elk moment voor alle betrokkenen beschikbaar.
- Er is verbetermogelijkheid in het systematisch noteren in het dossier van **informatie over de huisarts** en **informatie over medicatiegebruik**.
- Niet overall zijn er afspraken voor alle gezochte aspecten van het **zorgplan** (inhoud van het zorgplan, betrokkenen, timing voor opmaak en evaluatie).
- Uit de dossiercontrole blijkt dat er weinig **eindverslagen** worden opgemaakt bij de afronding van een begeleiding. Omdat MSOC's niet tot doel hebben een begeleiding af te ronden, werden voor de vijf MSOC's geen eindverslagen gezocht.

- **Rechten**

- Hoewel er overall algemene afspraken bestaan over inzage en afschrift van het zorgdossier, zijn de wettelijke voorwaarden over het hoe en wat uit de patiëntenrechtenwet **onvoldoende gegarandeerd** in die afspraken.
- Een minderheid van de bevroegde zorggebruikers gaf aan dat ze **informatie** kregen over de mogelijkheid tot **inzage in hun dossier**.
- Een minderheid van de bevroegde zorggebruikers was **geïnformeerd** over de mogelijkheid om **klacht** in te dienen.
- Een minderheid van zorggebruikers geeft aan dat ze **inspraak** heeft in de leefregels.
- Op een minderheid van de campussen worden **leefregels** geëvalueerd door zorggebruikers.
- Nagenoeg alle voorzieningen hebben een **infrastructuur met knelpunten qua rolstoeltoegankelijkheid**.
- Er is niet overall een afspraak om **toestemming en weigering** om informatie te delen met externe zorgverleners, systematisch te **noteren** in het zorgdossier. Dat bleek ook uit de dossiercontrole.

- **Veiligheid**

- Medicatiebeleid werd op zes campussen gecontroleerd; op de andere campussen werd geen medicatie aan zorggebruikers gegeven. Er werden een aantal risico's gedetecteerd in het **medicatiebeleid**:
 - Bij de helft is er **onvoldoende controle** op de voorraad van substitutiemedicatie.
 - Bij de helft worden **medicatieschema's met de hand geschreven** en bij iets minder dan de helft **controleert de arts niet** op fouten (ondertekend of aantoonbaar gecontroleerd door de arts).
- In bijna de helft van de campussen worden **zorgdossiers niet veilig bewaard** (geen persoonlijke logincode voor elektronische dossiers of papieren dossiers niet bewaard in een afgesloten ruimte).

3 TOEZICHT BIJ GGZ-REVALIDATIEVOORZIENINGEN

3.1 SITUERING

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

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

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

Er bestaan verschillende soorten GGZ-voorzieningen met een revalidatieovereenkomst:

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

3.2 ONTWIKKELING TRAJECT GZZ-REVALIDATIEVOORZIENINGEN

3.2.1 Sectorale bevraging na plaatsbezoeken

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

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

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

Op het einde van de dag gaven de inspecteurs feedback over de vaststellingen tijdens het bezoek.

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

- Residentiële voorzieningen
 - Crisiscentrum en Therapeutische gemeenschap De Spiegel Leuven
 - Psychosociaal revalidatiecentrum TG De Evenaar Antwerpen
 - De Dauw Wortegem-Petegem

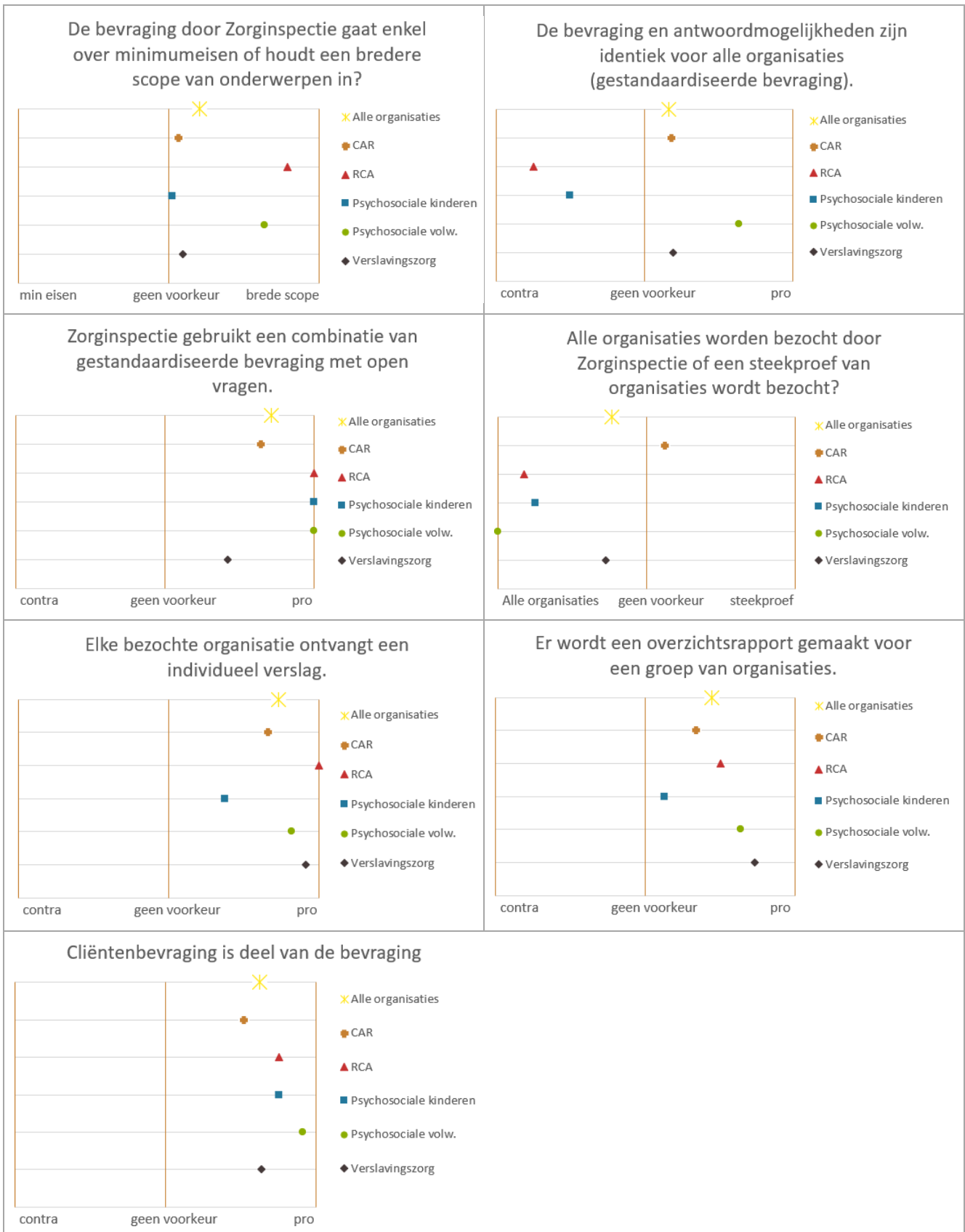
- Ambulante voorzieningen
 - MSOC Oostende
 - Dagcentrum De Sleutel Brugge
 - Revalidatiecentrum Inghelburch Brugge
 - CAR Ter Kouter Deinze
 - RCA Leuven
 - De Appelboom Genk

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

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

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

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



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

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

Uit de bevraging komen de volgende algemene conclusies naar voren.

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

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

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



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

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

3.2.2 Specifiek traject GGZ-revalidatie

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

3.2.2.1 Inspectietraject

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

3.2.2.2 Inspectieproces

- Alle inspecties gebeuren aangekondigd.
- Voor elke inspectie wordt één dag 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 en uitgeschreven beleidsplannen.
- 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 er, door de gegevens uit meerdere verslagen samen te voegen, syntheserapporten voorzien die een stand van zaken geven over voorzieningen heen.
- Het individueel inspectieverslag fungeert in de eerste plaats als een verbeterinstrument binnen de voorzieningen. Op basis van de individuele en overzichtsrapporten 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.

3.2.2.3 *Werkwijze inspecties*

- Voor het toezicht op de kwaliteit van de zorg baseert Zorginspectie zich zo veel mogelijk op objectief aantoonbare vaststellingen. Daarom 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.
- Objectiveerbare gegevens, zoals de elementen uit de dossiers van zorggebruikers en de informatie die gevonden kan worden in schriftelijke 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.

3.2.2.4 *Concrete aanpak inspecties*

- De vaststellingen in de inspectieverslagen zijn gebaseerd op informatie uit de geraadpleegde documenten, op informatie verkregen tijdens gesprekken (met zorgverleners en met zorggebruikers), op observaties tijdens de inspecties en op inzage in dossiers van zorggebruikers (bv. zorgplan, eindverslagen, medicatieschema's en registratiegegevens).
- Er gebeurde, via een steekproef, een controle van dossiers, zowel van zorggebruikers die nog in begeleiding waren als van zorggebruikers bij wie de begeleiding was afgerond.
- Voor de steekproefselectie van dossiers van zorggebruikers werd steeds dezelfde werkwijze gehanteerd. Er werd aan de voorzieningen gevraagd volgende lijsten te maken:
 - een lijst met alle zorggebruikers die op het moment van de inspectie in behandeling of begeleiding zijn
 - een lijst met alle zorggebruikers waarvan de behandeling of begeleiding werd afgerond in het jaar voor de inspectie.
- Uit deze lijsten 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 de dossierinzage engageert Zorginspectie zich tot het zorgvuldig omgaan met persoons- en gezondheidsgegevens:
www.departementwvg.be/sites/default/files/media/2021_Zorgvuldigheid_verwerking_persoonsgegevens.pdf
- Het ontwerpverslag werd per e-mail bezorgd aan de voorziening. Vervolgens was een periode van 14 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het inspectieverslag via een gemotiveerde reactienota te formuleren. Op basis hiervan kon het ontwerpverslag aangepast worden. Het verslag werd voor verdere opvolging ook aan Zorg en Gezondheid bezorgd.

3.2.2.5 *Verwachtingskader*

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

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

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

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

- Referentiekader voor de psychiatrische ziekenhuizen (PZ): algemeen, module medicatie en module vrijheidsbeperkende maatregelen
(www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-voor-psychiatrische-ziekenhuizen)
- Referentiekader voor de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)
(www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-centra-geestelijke-gezondheid)
- Referentiekader voor de Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT)
(www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-voor-psychiatrische-verzorgingstehuizen)
- Referentiekader voor de Initiatieven Beschut Wonen (IBW)
(www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/Referentiekader_BW_2019_0.pdf)
- KOC (Kenniscentrum Hulpmiddelen - Vlaamse overheid)
(www.hulpmiddeleninfo.be/hulpmiddeleninfos.html)
- Handboek toegankelijkheid publieke gebouwen
(www.toegankelijkgebouw.be/Handboek/Sanitair/Toilet/tabid/89/Default.aspx)
- Kwaliteitsdecreet Geestelijke Gezondheidszorg (van toepassing voor de andere voorzieningen binnen GGZ)
(www.zorg-en-gezondheid.be/besluit-van-de-vlaamse-regering-van-27-januari-2006-houdende-de-uitvoering-van-het-decreet-van-17)
- Kindreflex
(kindreflex.be/sectoren/voor-de-ggz)
- Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (treedt in werking op 1 juli 2022)
(Justel: 2019-04-22/20 (fgov.be))

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

Bij de beoordeling van de vaststellingen op het vlak van kwaliteitsmanagement werd gezocht, in lijn met de basiselementen uit het Vlaams kwaliteitsdecreet, naar een antwoord op de volgende vier kernvragen die de PDSA-cyclus (Plan Do Study Act) reflecteren:

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

In functie van deze inspecties werd, vanuit de regelgeving en richtlijnen/referentiekaders, een verwachtingskader voor de GGZ-voorzieningen met revalidatieovereenkomst opgesteld, in samenspraak met 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 voldeed, werd dit bij elk hoofdstuk als een verbeterpunt benoemd.

Om aan de verwachtingen te kunnen voldoen, is het noodzakelijk dat de voorziening beschikt over afspraken rond de betreffende onderwerpen. Deze afspraken kunnen mondeling of schriftelijk zijn (bv. de verwachtingen rond de opmaak van een zorgplan kunnen geëxpliciteerd worden in een procedure of een vast sjabloon dat alle medewerkers moeten gebruiken). Vanuit kwaliteitsoogpunt zijn schriftelijke afspraken op maat van de voorziening te verkiezen boven mondelinge afspraken o.a. omwille van gestructureerde, duidelijke en onbetwistbare overdracht van informatie binnen de organisatie. Tijdens deze eerste inspectieronde 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 het beantwoorden aan 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. Een aantal verbeterpunten die een directe link hebben met kwaliteit van zorg en/of patiëntveiligheid werden als prioritair aan te pakken gedefinieerd. Deze prioritaire verbeterpunten krijgen in elk geval voorrang bij de opvolging door Zorg en Gezondheid.

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

3.2.3 Aanpassing na proefinspecties

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

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

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

- Residentiële voorzieningen
 - Katarsis Genk
 - Tsedek Ekeren
 - RKJ De Sleutel Eeklo
- Ambulante voorzieningen
 - MSOC Gent
 - Centrum voor spraak- en taalpathologie Bree
 - CAR Ter Eecken Oudenaarde
 - Psychosociaal revalidatiecentrum Sonar Heverlee

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

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

Een herwerking van het instrument bleek dus noodzakelijk.

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

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

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

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

3.2.4 Opbouw van dit rapport

In vijf hoofdstukken worden de inspectievaststellingen beschreven. Het eerste hoofdstuk is eerder een beschrijvend luik. Bij de volgende vier hoofdstukken over kwaliteitsbeleid, multidisciplinariteit, rechten en veiligheid is er telkens een beschrijving van de achtergrond en de werkwijze, vooraleer de vaststellingen aan bod komen en er een conclusie wordt geformuleerd. Na de vaststellingen wordt voor elk onderwerp in een tabel een overzicht gegeven van de vastgestelde verbeterpunten; de prioritaire verbeterpunten zijn in kleur aangeduid.

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

Over alle ambulante centra voor verslavingszorg heen werden:

- 100 dossiers ingekeken van zorggebruikers die op het moment van inspectie in begeleiding waren (na minstens twee maanden en vijf FTF-begeleidingen).
Er werden 99 dossiers van meerderjarige zorggebruikers bekeken en 1 van een minderjarige (ouder dan 12 jaar).
- 50 zorgdossiers gecontroleerd van zorggebruikers voor wie de begeleiding minstens een week voor de inspectie werd afgerond (dit werd niet nagegaan in de MSOC's omdat daar de begeleiding zelden wordt afgerond).
- 35 zorggebruikers gesproken.

4 INSPECTIEVASTSTELLINGEN IN AMBULANTE VOORZIENINGEN VOOR VERSLAVINGSZORG

4.1 ORGANISATIE EN ZORGAANBOD

Van februari 2022 tot oktober 2022 bezocht Zorginspectie 10 campussen van 9 voorzieningen met een revalidatieovereenkomst voor verslaafden met een ambulante aanbod.

Een voorziening kan werken op verschillende campussen. De 9 geïnspecteerde voorzieningen bieden ambulante zorg op 47 campussen.

Voorzieningen	Ambulante campus(sen)	Type revalidatieovereenkomst
MSOC Oostende	1	Revalidatie voor verslaafden
MSOC Free Clinic	4	Revalidatie voor verslaafden
MSOC Limburg	15	Revalidatie voor verslaafden
MSOC Vlaams Brabant	5	Revalidatie voor verslaafden
MSOC Gent	3	Revalidatie voor verslaafden
Kompas Ieper	6	Revalidatie voor verslaafden
De Sleutel (2 campussen bezocht)	4	Revalidatie voor verslaafden
De Spiegel	3	Revalidatie voor verslaafden
De Kiem	6	Revalidatie voor verslaafden

- Er waren 7 campussen met nazorg.
- Er waren 10 campussen met outreaching.
- Er waren 7 campussen met nazorg en outreaching (buiten financiering).
- 2 campussen werken met ervaringsdeskundigen.
- Op 2 campussen was er telkens één langdurig (langer dan zes maanden) openstaande functie (voor een psychiater).

4.2 KWALITEITSBELEID

4.2.1 Achtergrond

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

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

- Veilige zorg vermijdt dat patiënten letsels of schade oplopen.
- Effectieve of doeltreffende zorg is gebaseerd op actuele wetenschappelijke kennis en voorkomt onder- en overgebruik door zorg te verlenen enkel en alleen als patiënten er baat bij hebben.
- Patiëntgerichte zorg gaat uit van de individuele voorkeuren, noden en waarden van patiënten zodat zorgverleners zich bij klinische beslissingen laten leiden door wat de patiënten belangrijk vinden.
- Tijdige zorg kent zo weinig mogelijk wachttijden en uitstel van zorg, want die berokkenen schade bij patiënten en bij zorgverleners.
- Efficiënte of doelmatige zorg houdt in dat men op een doordachte en verantwoorde manier omgaat met de beschikbare middelen, voorraden en apparatuur zodat men verspilling vermijdt.
- Billijke zorg garandeert dat iedereen dezelfde kwaliteit van zorg krijgt, onafhankelijk van bijvoorbeeld geslacht, afkomst, woonplaats of socio-economische achtergrond.

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

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

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

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

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

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

Over al deze stappen is openheid vereist.

4.2.2 Werkwijze

Tijdens verschillende overlegmomenten met GGZ-revalidatievoorzieningen werd de kleinschaligheid van organisaties als een beperkende factor benoemd voor het uitwerken van een professioneel kwaliteitsbeleid. De beperking zit met name in het tekort aan mankracht waardoor medewerkers niet vrijgesteld kunnen worden om dergelijk beleid uit te werken. Sommige organisaties zijn ingebed in een grotere organisatie of groep van organisaties en kunnen op die manier beroep doen op de expertise en

middelen die beschikbaar zijn binnen de groep. Voorbeelden hiervan zijn het bieden van interne vorming, de ondersteuning door een kwaliteitscoördinator, de aanwezigheid van overkoepelende procedures, het beschikken over kwaliteitsindicatoren, deelname aan benchmarkmetingen, ...

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

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

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

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

4.2.3 Vaststellingen

Alle 10 bezochte campussen hebben een uitgeschreven missie/visie/opdrachtverklaring. Voor 7 campussen was dit vertaald in een uitgeschreven beleidsplan. In deze beleidsplannen zochten de inspecteurs telkens naar de aanwezigheid van doelstellingen, acties en timing. In alle 7 beleidsplannen waren doelstellingen, acties en timing beschreven.

Op de minderheid van de campussen worden zorggebruikers betrokken bij het beleid (4/10). Op één van deze campussen wordt ook familie/context betrokken bij het beleid.

Op alle 10 campussen wordt kwaliteit besproken op directieniveau. Dit was aantoonbaar aan de hand van verslagen.

De verantwoordelijkheid voor het kwaliteitsbeleid is op bijna alle campussen (9/10) toegewezen aan één (2/10) of verschillende (7/10) medewerkers, bijvoorbeeld aan de directie (3/10), aan een kwaliteitscoördinator (3/10), aan een beleidsmedewerker (7/10) of aan een leidinggevende (3/10). Op 6 van deze 9 campussen waren deze medewerkers, al dan niet deels, vrijgesteld voor deze opdracht, variërend van 0,25 VTE tot 1,20 VTE.

Op 7 van de 10 campussen volgde iemand van de medewerkers in de voorbije 5 jaar een vorming rond kwaliteitsbeleid.

Op alle 10 campussen zijn er minstens mondelinge afspraken over hierna vermelde onderwerpen. Zoals blijkt uit de cijfers (zie hieronder) waren de afspraken doorgaans ook schriftelijk:

- inclusiecriteria (9/10)
- exclusiecriteria (9/10)
- wachtlijsten (7/10)
- inscholing nieuwe medewerkers (9/10)
- permanente vorming voor medewerkers (7/10).

Op 5 van de 10 campussen zijn de afspraken voor alle vijf onderwerpen schriftelijk.

Beschikbare cijfergegevens:

- Voor alle 10 campussen stelden de inspecteurs vast dat er cijfergegevens waren over de toegankelijkheid, over doelgroepen en over de behandeling.
- Op 9 campussen zijn cijfergegevens beschikbaar over medewerkerstevredenheid en de gevolgde vorming van medewerkers.
- Op 6 campussen zijn cijfergegevens beschikbaar over zorggebruikerstevredenheid.

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

- Jaarverslag (9/10)
- Medewerkersbevraging (9/10)
- Inbreng van ervaringsdeskundigen (2/10)
- Opvolging en evaluatie van het beleidsplan (6/10)
- Zorggebruikersbevraging (de Vlaamse Patiëntenpeiling en andere gebruikersbevragingen) (6/10)
- SWOT-analyse (5/10)
- Uitkomstmetingen (2/10)
- Indicatoren (andere dan de medewerkers-, zorggebruikersbevraging en uitkomstmetingen die hierboven beschreven staan) (1/10)
- Interne audit (1/10)
- Medewerking aan wetenschappelijk onderzoek (1/10).

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

In totaal werden voor alle campussen samen 30 verbeteracties bekeken (resultaten tussen haakjes):

- doelstelling aanwezig (29/30)
- motivatie geformuleerd (29/30)
- acties uitgewerkt (29/30)
- timing bepaald (28/30)
- evaluatie uitgevoerd (27/30)
- verbeteracties bevatten alle vijf gecontroleerde onderwerpen (26/30)
- verbeteracties met alle vijf gecontroleerde onderwerpen schriftelijk uitgewerkt (19/30).

Tabel 1: Overzicht verbeterpunten kwaliteitsbeleid

Verbeterpunt	Aantal campussen met verbeterpunt
Geen algemeen beleidsplan.	3/10
Geen schriftelijke afspraken rond inclusiecriteria.	1/10
Geen schriftelijke afspraken rond exclusiecriteria.	1/10
Geen schriftelijke afspraken rond wachtlijstbeleid.	3/10
Geen schriftelijke afspraken rond inscholing nieuwe medewerkers.	1/10
Geen schriftelijke afspraken rond vorming voor de medewerkers.	3/10
Kwaliteitsonderwerpen betreffende de eigen werking worden besproken op directieniveau (aantoonbaar met verslaggeving).	0/10
Er werden geen verbeteracties opgezet.	0/10
In geen enkele van de drie geselecteerde verbeteracties werden alle gecontroleerde onderwerpen (doelstelling, motivatie, acties, timing en evaluatie) gevonden.	0/10

4.2.4 Conclusie

Niettegenstaande de kleinschaligheid van vele revalidatie-organisaties hebben we in de meeste ambulante voorzieningen een uitgewerkt kwaliteitsbeleid gezien. Overal is er een uitgeschreven missie/visie/opdrachtverklaring; op een meerderheid van de campussen was dit vertaald in een uitgeschreven beleidsplan. Overal wordt kwaliteit op directieniveau besproken en op bijna alle campussen is er iemand als verantwoordelijke aangesteld voor kwaliteit. De verantwoordelijke is op iets meer dan de helft van de campussen vrijgesteld voor deze opdracht; meestal heeft iemand van de medewerkers ook vorming gevolgd over kwaliteit.

Op een minderheid van de campussen worden zorggebruikers betrokken bij het beleid en is er inbreng van ervaringsdeskundigen.

Afspraken over instroombeleid en vorming zijn grotendeels schriftelijk opgemaakt.

Overal zijn er cijfergegevens over instroom en behandeltraject. Op de meeste campussen gebeuren tevredenheidsmetingen van medewerkers en/of zorggebruikers.

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

4.3 MULTIDISCIPLINARITEIT

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

Zorginspectie controleerde in deze inspectieronde de volgende aspecten van multidisciplinariteit:

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

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

4.3.1 Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens

4.3.1.1 Achtergrond

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

4.3.1.2 Werkwijze

Een dossier wordt als geïntegreerd beschouwd 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 één map en op één 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 één map op één locatie.

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.

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

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

- de identificatiegegevens van de huisarts
- de identificatiegegevens van de verwijzer
- de omschrijving van de hulpvraag van de zorggebruiker
- het overzicht van het huidige medicatieschema of de informatie dat de zorggebruiker geen medicatie neemt
- informatie over minderjarige kinderen.

4.3.1.3 Vaststellingen

In de meerderheid van de campussen (6/10) bestaat het zorgdossier uit een combinatie van elektronische bestanden en papieren documenten. Vier campussen werken met een volledig elektronisch zorgdossier. In de meerderheid van de campussen (6/10) stelden de inspecteurs vast dat het zorgdossier geïntegreerd is en werd het zorgdossier als 'toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners' beoordeeld (7/10).

De zorggegevens waarvoor afspraken werden gezocht bij de 10 campussen zijn hierna vermeld. Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen waar het onderwerp werd gecontroleerd, daarna het aantal keer dat er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

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

- identificatiegegevens van de huisarts (10/10/10)
- identificatiegegevens van de verwijzer (10/10/9)
- de hulpvraag van de zorggebruiker (10/9/9)
- medicatiegebruik (10/9/8)
- dat de zorggebruiker geen medicatie neemt (10/7/5)
- informatie over minderjarigen (10/10/10).

7/10 campussen hebben afspraken voor alle gecontroleerde onderwerpen. 5 campussen hebben voor alle vijf nagevraagde onderwerpen schriftelijke afspraken.

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

Er werden in totaal 100 zorgdossiers ingekeken.

- Informatie over de huisarts is aanwezig in 73/100 dossiers. In de overige 27 dossiers werd geen informatie gevonden of er een huisarts is of werden geen identificatiegegevens van de huisarts gevonden.
- Informatie over de wijze van aanmelding is aanwezig in 97/100 dossiers. 55 zorggebruikers kwamen op eigen initiatief naar de organisatie (geen verwijzer); in 42/45 dossiers met verwijzer zijn er identificatiegegevens over de verwijzer.
- In 96 dossiers is een hulpvraag genoteerd.
- In 61/100 werd informatie gevonden over medicatiegebruik (een medicatieschema of de melding dat de zorggebruiker geen medicatie nam).
- Er werden in totaal 99 dossiers van meerderjarigen bekeken; enkel in deze dossiers werd gezocht naar informatie over aanwezigheid van minderjarige kinderen. In 83/99 dossiers werd informatie gevonden over al dan niet aanwezigheid van minderjarige kinderen.

De afspraken over dossiergegevens (toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van gegevens) worden bij 7 van de 10 campussen opgevolgd. Bij 9 van de 10 campussen zijn er verbeteracties voor deze onderwerpen. Bij 7 van de 10 campussen zijn er afspraken over dossiergegevens, is er opvolging van de toepassing van de afspraken en zijn er verbeteracties voor deze onderwerpen.

Tabel 2: Verbeterpunten toegankelijkheid en beschikbaarheid zorggegevens

Verbeterpunt	Aantal campussen met verbeterpunt
Het dossier van zorggebruikers is versnipperd.	4/10
Niet alle zorggebruikersgegevens zijn toegankelijk voor de betrokken teamleden.	3/10
Er zijn niet voor alle gezochte elementen afspraken over waar ze genoteerd worden in het dossier.	3/10
Aan de hand van de gecontroleerde dossiers kon niet aangetoond worden dat er systematisch (<75% in orde) gewerkt wordt m.b.t. de aanwezigheid van informatie over de identificatiegegevens (enkel berekend op de dossiers met huisarts) of informatie over huisarts.	4/10
Aan de hand van de gecontroleerde dossiers kon niet aangetoond worden dat er systematisch (<75% in orde) gewerkt wordt m.b.t. de aanwezigheid van informatie over de identificatiegegevens (enkel berekend op de dossiers met verwijzing) of informatie over verwijzer.	0/4*
Aan de hand van de gecontroleerde dossiers kon niet aangetoond worden dat er systematisch (<75% in orde) gewerkt wordt m.b.t. de aanwezigheid van informatie over de hulpvraag van de zorggebruiker.	0/10
Aan de hand van de gecontroleerde dossiers kon niet aangetoond worden dat er systematisch (<75% in orde) gewerkt wordt m.b.t. de aanwezigheid van informatie over medicatiegebruik.	5/10
Aan de hand van de gecontroleerde dossiers kon niet aangetoond worden dat er systematisch (<75% in orde) gewerkt wordt m.b.t. de aanwezigheid van informatie over minderjarige kinderen (enkel berekend op de dossiers van meerderjarigen).	2/10

* Wanneer er in de gecontroleerde dossiers geen 75% werd gehaald, werd hierover een verbeterpunt geformuleerd. Deze beoordeling gebeurde alleen als er voldoende dossiers werden bekeken (minimum vijf). In de noemer staat het aantal campussen met een steekproef van minimum vijf dossiers.

4.3.1.4 Conclusie

Bij iets minder dan de helft van de campussen is het zorgdossier versnipperd en/of niet helemaal toegankelijk voor alle betrokken zorgmedewerkers. Niet alle essentiële zorggegevens zijn zo op elk moment voor alle betrokkenen beschikbaar op die campussen.

Over nagenoeg alle gecontroleerde essentiële zorggegevens zijn er afspraken, waarbij in de dossiercontrole bleek dat die afspraken in de praktijk systematisch worden toegepast. Een uitzondering hierop waren het ontbreken van de informatie over de huisarts en het ontbreken van informatie over medicatiegebruik.

Op bijna alle campussen lopen er verbeteracties over zorggegevens in het dossier en op een meerderheid van de campussen is er ook opvolging of de gemaakte afspraken steeds worden toegepast.

4.3.2 Zorgplan

4.3.2.1 Achtergrond

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

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

4.3.2.2 Werkwijze

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

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

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.

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

4.3.2.3 Vaststellingen

De afspraken die bij de 10 campussen werden gezocht over het zorgplan zijn hierna vermeld.

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

- Afspraken over de inhoud van het zorgplan (10/8/8).
- Afspraken over wie betrokken moet worden bij de opmaak van het zorgplan (10/10/7).
- Afspraken over de timing voor het opstellen van het zorgplan (10/10/7).

De eigen vooropgestelde timing voor opmaak van het zorgplan varieert sterk, van 14 dagen na de start van de behandeling tot 365 dagen en vanaf FTF 1 na de start van de behandeling tot FTF 4.

- Afspraken over de timing voor het evalueren van het zorgplan (10/6/6).

6 van de 10 campussen hebben voor alle vier gecontroleerde onderwerpen afspraken en die waren voor alle 6 campussen allemaal schriftelijk.

Er werd vastgesteld dat alle 10 campussen afspraken hebben over de inspraak van zorggebruikers in hun zorgplan. Die afspraken zijn doorgaans schriftelijk (7/10).

34/35 zorggebruikers die bevraagd werden gaven aan dat ze betrokken waren bij de opmaak van hun zorgplan.

Daarnaast geven alle 10 campussen aan dat de familie/context in de verschillende fases van het zorgtraject betrokken worden.

In verband met het zorgplan werd vervolgens nagegaan hoe de afspraken in de praktijk worden toegepast. Hiervoor werden in alle campussen dossiersteekproeven gedaan. Er werden in totaal 100 zorgdossiers ingekeken van zorggebruikers die in behandeling waren.

- Er werd in 92 zorgdossiers een zorgplan gevonden.
- In 62/80 zorgdossiers werd het zorgplan opgemaakt binnen de eigen afgesproken timing.
In 2 campussen werd het zorgplan bij elke aanpassing overschreven in het dossier waardoor niet kon worden nagegaan wanneer het zorgplan werd opgemaakt. Hierdoor kon niet worden gecontroleerd of de interne afspraken rond timing voor de opmaak van het zorgplan werden nageleefd.
- In 89/92 zorgdossiers kon de betrokkenheid van de zorggebruiker of de ouders van een minderjarige zorggebruiker¹ bij de opmaak van het zorgplan aangetoond worden.

De afspraken over de opmaak van het zorgplan worden in iets meer dan de helft van de campussen opgevolgd (6/10). 8 van de 10 campussen konden verbeteracties benoemen in verband met het zorgplan. Voor 6 campussen zijn er zowel afspraken over het zorgplan, is er opvolging van de toepassing van de afspraken en zijn er verbeteracties hieromtrent.

Tabel 3: Verbeterpunten zorgplan

Verbeterpunt	Aantal campussen met verbeterpunt
Er zijn niet over alle gezochte elementen met betrekking tot het zorgplan afspraken.	4/10
Er zijn geen afspraken over inspraak van de (ouders van de) zorggebruiker bij de opmaak of evaluatie van het zorgplan.	0/10
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.	0/10
Na minstens 2 maanden en 5 FTF begeleiding werd er in <75% van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden.	0/10
Er werd in <75% van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden volgens de intern vooropgestelde timing.	2/8*

* Wanneer er in de gecontroleerde dossiers geen 75% werd gehaald, werd hierover een verbeterpunt geformuleerd. Deze beoordeling gebeurde alleen als er voldoende dossiers werden bekeken (minimum vijf). In de noemer staat het aantal campussen met een steekproef van minimum vijf dossiers.

4.3.2.4 Conclusie

Op iets meer dan de helft van de campussen zijn er voor alle gezochte aspecten van het zorgplan afspraken. Er is grote variatie in de eigen vooropgestelde timing voor opmaak van het zorgplan.

In bijna alle gecontroleerde dossiers waren er zorgplannen opgemaakt. Systematische betrokkenheid van de zorggebruikers kon worden aangetoond in de dossiercontrole. Bijna alle bevraagde zorggebruikers vertelden dat ze betrokken werden bij de opmaak van hun zorgplan.

Op bijna alle campussen lopen er verbeteracties over het zorgplan. De opvolging of de gemaakte afspraken steeds worden toegepast, gebeurt bij de meerderheid van de campussen.

¹ 19 van de 134 gecontroleerde dossiers waren van minderjarige zorggebruikers: 3 waren jonger dan 12 jaar en 16 waren tussen 12 en 18 jaar oud. Bij 17/19 werd betrokkenheid van de minderjarige zelf bij opmaak van het zorgplan aangetoond. De drie kinderen jonger dan 12 werden alle drie betrokken bij de opmaak van het zorgplan.

4.3.3 Multidisciplinair overleg

4.3.3.1 Achtergrond

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

4.3.3.2 Werkwijze

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

We zochten in de gecontroleerde dossiers naar notities of verslagen van MDO (na minstens twee maanden en vijf FTF-begeleidingen):

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

4.3.3.3 Vaststellingen

De afspraken die werden gezocht over het multidisciplinair overleg bij de 10 campussen zijn hierna vermeld. Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen, daarna het aantal keer dat er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

- Afspraken over de frequentie van het MDO (10/10/7)
- Afspraken over de conclusie van het MDO (10/10/6)

Alle 10 campussen hebben voor beide gecontroleerde onderwerpen afspraken en die waren voor 6 campussen allebei schriftelijk.

Op 9 van de 10 campussen zijn er afspraken over de timing waarbinnen een multidisciplinair overleg moet gebeuren. De eigen vooropgestelde timing voor het eerste MDO varieert tussen één week en zes maanden na start begeleiding en tussen 2 tot 4 FTF na start begeleiding.

De afspraken over het MDO worden in een minderheid van de campussen opgevolgd (2/10). 6 campussen konden verbeteracties benoemen in verband met het MDO. Voor 2 campussen zijn er zowel afspraken over het MDO, is er opvolging van de toepassing van de afspraken en zijn er verbeteracties hieromtrent.

In verband met het MDO werd vervolgens nagegaan hoe de afspraken in de praktijk worden toegepast. Daarvoor werden in alle campussen dossiersteekproeven gedaan, in totaal 100 zorgdossiers.

- Er werd in 76/100 zorgdossiers een notitie over een MDO gevonden.
- In 75/76 zorgdossiers met een MDO was er een conclusie in het dossier te vinden.
- In 52/90 zorgdossiers gebeurde het MDO binnen de eigen afgesproken timing (op één campus was er geen interne timing en kon dit aspect niet bekeken worden).
- 77 zorgdossiers gingen over zorggebruikers die minstens zes maanden in behandeling waren. In 58 dossiers was er minstens één MDO te vinden.

Tabel 4: Verbeterpunten multidisciplinair overleg

Verbeterpunt	Aantal campussen met verbeterpunt
Er zijn niet voor alle gezochte elementen met betrekking tot het MDO afspraken.	0/10
Er kon in <75% van de gecontroleerde dossiers van zorggebruikers die minstens zes maanden in begeleiding waren, aangetoond worden dat er een MDO georganiseerd werd.	3/9*
Er kon in <75% van de gecontroleerde dossiers aangetoond worden dat een MDO georganiseerd werd binnen de intern vooropgestelde timing.	6/9**
Er werd voor <75% van de gecontroleerde MDO een conclusie gevonden.	0/9*

* Wanneer er in de gecontroleerde dossiers geen 75% werd gehaald, werd hierover een verbeterpunt geformuleerd. Deze beoordeling gebeurde alleen als er voldoende dossiers werden bekeken (minimum vijf). In de noemer staat het aantal campussen met een steekproef van minimum vijf dossiers.

** Op één campus was geen interne timing en kon dit item niet gecontroleerd worden.

4.3.3.4 Conclusie

Over alle gezochte aspecten van het MDO zijn er afspraken. Er is grote variatie in de eigen vooropgestelde timing voor het eerste MDO.

In de meerderheid van de gecontroleerde dossiers kon een MDO met een conclusie aangetoond worden.

Op een meerderheid van de campussen lopen verbeteracties over het MDO. De opvolging of de gemaakte afspraken steeds worden toegepast, gebeurt maar bij een minderheid van de campussen.

4.3.4 Communicatie met externe zorgverleners

4.3.4.1 Achtergrond

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

4.3.4.2 Werkwijze

Afspraken over communicatie met externe zorgverleners werden bevestigd.

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

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

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

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

Omdat MSOC's niet tot doel hebben een begeleiding af te ronden, werd voor de 5 MSOC's niet gezocht naar afspraken rond communicatie bij afronding en werden geen eindverslagen gezocht.

4.3.4.3 Vaststellingen

De afspraken die de inspecteurs bij de 10 campussen zochten over communicatie met externe zorgverleners zijn hierna vermeld. Tussen haakjes staat telkens eerst het aantal campussen waar dit werd bevraagd, daarna het aantal keer dat er afspraken waren en vervolgens het aantal keer dat die schriftelijk waren.

- Afspraken over communicatie met de verwijzer bij opstart van een begeleiding (10/10/3)
- Afspraken over communicatie met de verwijzer bij afronding van een begeleiding (5/5/2)
- Afspraken over communicatie met de huisarts bij opstart van een begeleiding (10/10/3)
- Afspraken over communicatie met de huisarts bij afronding van een begeleiding (5/5/2)
- Afspraken over het versturen van een eindverslag naar de huisarts bij afronding van de begeleiding (5/4/2)
- Afspraken over het versturen van een eindverslag naar de vervolgzorg bij afronding van de begeleiding (5/3/0)
- Afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag (5/5/5).

In 1 van de 5 campussen is de timing voor het versturen van het eindverslag vastgelegd.

In verband met de communicatie met externe zorgverleners werd vervolgens nagegaan hoe de afspraken in de praktijk worden toegepast. Er werden over alle campussen heen 50 zorgdossiers ingekeken van zorggebruikers voor wie de begeleiding minstens een week voor de inspectie werd afgerond.

- Er werd in 13/50 zorgdossiers een eindverslag gevonden (er werd niet nagegaan of deze eindverslagen verstuurd werden).
- In 6/13 eindverslagen was de periode van de begeleiding vermeld.
- In 11/13 eindverslagen was de probleemomschrijving vermeld.
- In 11/13 eindverslagen stond een beschrijving van de evolutie/verloop van het traject.
- In 8/13 eindverslagen stond informatie over de nodige nazorg/verdere verwijzing.
- In 6/13 eindverslagen waren de naam van de contactpersoon binnen de voorziening en contactgegevens vermeld.
- In 4/13 eindverslagen waren alle 5 hierboven gecontroleerde items aanwezig.
- Op de 4 campussen met afspraken over inhoudelijke elementen en waar eindverslagen werden gevonden, werden in totaal 13 eindverslagen gecontroleerd op het naleven van de interne afspraken over inhoudelijke elementen: 9 eindverslagen voldeden volledig aan de interne afspraken.

Tabel 5: Verbeterpunten communicatie met externe zorgverleners

Verbeterpunt	Aantal campussen met verbeterpunt
Er zijn geen afspraken over het op de hoogte brengen van de verwijzer wanneer een begeleiding wordt opgestart.	0/10
Er zijn geen afspraken over het op de hoogte brengen van de verwijzer wanneer een begeleiding wordt afgerond.	0/5*
Er zijn geen afspraken over het op de hoogte brengen van de huisarts wanneer een begeleiding wordt opgestart.	0/10
Er zijn geen afspraken over het op de hoogte brengen van de huisarts wanneer een begeleiding wordt afgerond.	0/5*
Er zijn geen afspraken over het versturen van een eindverslag naar de huisarts bij afronding van de begeleiding.	1/5*
Er zijn geen afspraken over het versturen van een eindverslag naar de vervolgzorg bij afronding van de begeleiding.	2/5*
Er zijn geen afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag.	0/5*
Er werd in <75% van de gecontroleerde dossiers een eindverslag gevonden.	4/5*
Aan de hand van de gecontroleerde eindverslagen kon niet aangetoond worden dat er systematisch informatie aanwezig is over volgende gecontroleerde onderwerpen (<75%):	1/1**
<ul style="list-style-type: none"> • vermelding van de periode van begeleiding • probleemomschrijving • beschrijving van de evolutie/verloop van het traject • informatie over de nodige nazorg/verdere verwijzing • naam van de contactpersoon en contactgegevens. 	<p>1/1</p> <p>0/1</p> <p>0/1</p> <p>1/1</p> <p>1/1</p>
Aan de hand van de gecontroleerde eindverslagen* kon niet aangetoond worden dat de inhoudelijke elementen, volgens de interne afspraken, systematisch aanwezig waren (<75%).	1/1**

* Voor de vijf MSOC's werd dit onderwerp niet gecontroleerd.

** Wanneer er in de gecontroleerde dossiers geen 75% werd gehaald, werd hierover een verbeterpunt geformuleerd. Deze beoordeling gebeurde alleen als er voldoende dossiers werden bekeken (minimum vijf). In de noemer staat het aantal campussen met een steekproef van minimum vijf dossiers. Dit onderwerp werd niet gecontroleerd voor de MSOC's.

4.3.4.4 Conclusie

Er bestaan overal afspraken over de opmaak van een eindverslag en de communicatie met externe zorgverleners bij opstart en afronding van een begeleiding. Iedereen heeft afspraken over de minimale inhoud van een eindverslag. Op één campus zijn er geen afspraken dat dit eindverslag aan de huisarts moet verstuurd worden. Op twee campussen ontbreken deze afspraken voor wat betreft de vervolgzorg.

Uit de dossiercontrole blijkt dat er niet systematisch eindverslagen worden opgemaakt bij de afronding van een begeleiding.

4.4 RECHTEN

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

4.4.1 Inzage en afschrift dossier

4.4.1.1 Achtergrond

Het recht op inzage en afschrift van het zorgdossier en de voorwaarden die daarover gelden zijn beschreven in de wet op de patiëntenrechten.

4.4.1.2 Werkwijze

Afspraken over inzage en afschrift van het zorgdossier werden bevestigd. Daarbij werd gezocht naar een aantal elementen zoals die in de wet betreffende de patiëntenrechten zijn omschreven. De gezochte elementen zijn hierna opgesomd voor zowel inzage als afschrift.

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

Zorggebruikers werden bevestigd over de informatie die ze kregen over inzage in dossier.

4.4.1.3 Vaststellingen

Er werd gezocht naar afspraken over inzage in het dossier (10/10/7).

Inhoudelijk werd in deze afspraken gekeken naar de volgende elementen:

- de vraag tot inzage kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden (10/7/4)
- enkel persoonlijke notities of elementen over derden worden onttrokken aan het recht tot inzage (10/10/6)
- wanneer de vertrouwenspersoon een beroepsbeoefenaar is, worden de persoonlijke notities niet onttrokken aan het recht tot inzage (10/5/3)
- inzage binnen de 15 dagen (10/8/5)
- de afspraken voldeden aan alle vier de bovenstaande criteria (10/4/2).

Er werd gezocht naar afspraken over afschrift van dossier (10/10/6).

In deze afspraken werden de volgende elementen bekeken:

- de vraag tot afschrift kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden (10/7/4)
- enkel persoonlijke notities of elementen over derden worden onttrokken aan het recht tot afschrift (10/9/5)
- wanneer de vertrouwenspersoon een beroepsbeoefenaar is, worden de persoonlijke notities niet onttrokken aan het recht tot afschrift (10/4/3)
- afschrift binnen de 15 dagen (10/8/5)
- het afschrift is gratis (10/10/5)
- de afspraken voldeden aan alle vijf de bovenstaande criteria (10/3/2).

Een meerderheid van de campussen (8/10) heeft schriftelijke informatie voor zorggebruikers over de mogelijkheden tot inzage en afschrift van zorgdossier.

14 van de 35 bevestigde zorggebruikers (40%) gaven aan dat ze informatie kregen over de mogelijkheid tot inzage in hun dossier. 6 van de 14 geïnformeerde zorggebruikers kregen schriftelijke informatie.

Tabel 6: Verbeterpunten inzage en afschrift dossier

Verbeterpunt	Aantal campussen met verbeterpunt
Er zijn geen afspraken over inzage in het dossier.	0/10
De afspraken over inzage in het dossier zijn niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving.	6/10
Er zijn geen afspraken over het opvragen van een afschrift van het dossier.	0/10
De afspraken over het opvragen van een afschrift van het dossier zijn niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving.	7/10
Er is geen schriftelijke informatie beschikbaar voor (ouders van) zorggebruikers over het recht tot inzage en afschrift van het dossier.	2/10

4.4.1.4 Conclusie

Hoewel er overal algemene afspraken bestaan over inzage en afschrift van het zorgdossier, zijn de wettelijke voorwaarden uit de patiëntenrechtenwet op meer dan de helft van de campussen onvoldoende gegarandeerd in deze afspraken.

Minder dan de helft van de bevraagde zorggebruikers gaf aan dat ze geen informatie kregen over de mogelijkheid tot inzage in hun dossier.

4.4.2 Klachtrecht

4.4.2.1 Achtergrond

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

4.4.2.2 Werkwijze

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

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

- Wordt de klachtbehandelaar bekendgemaakt?
- Worden contactgegevens van de klachtbehandelaar gecommuniceerd?
- Is de klachtbehandelaar rechtstreeks en zonder enige barrière toegankelijk?

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

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

4.4.2.3 Vaststellingen

Op alle 10 campussen zijn er afspraken over het indienen van klachten. Voor 9/10 campussen zijn die afspraken schriftelijk.

In alle 10 campussen is duidelijk wie als klachtbehandelaar is aangeduid en is die persoon rechtstreeks toegankelijk. Bij 2/10 campussen is er geen bekendmaking over klachtbehandeling en worden de contactgegevens van de klachtbehandelaar niet actief gecommuniceerd.

In de ruime meerderheid van de campussen (9/10) is er een externe klachtbehandelaar, dus iemand die geen deel uitmaakt van de organisatie. 3 campussen hebben alleen een externe klachtenbehandelaar; 6 hebben zowel een externe als een interne klachtbehandelaar. Eén campus heeft enkel een interne klachtbehandelaar. Van de 7 campussen met een interne klachtbehandelaar zijn de volgende functies vermeld: directie (2/7), leidinggevende (2/7), het hele zorgteam (2/7) en het afdelingsbeleidsteam (1/7).

Bij alle 10 campussen kunnen klachten zowel mondeling als schriftelijk ingediend worden.

8 van de 10 campussen hebben schriftelijke informatie voor zorggebruikers over de mogelijkheden om klachten te uiten

14 van de 35 zorggebruikers (40%) die werden bevraagd over klachtrecht waren geïnformeerd over de mogelijkheden om een klacht in te dienen; hiervan kregen er 8 schriftelijke informatie.

Het merendeel van de campussen verzamelt cijfers over klachten (7/10). Op 4 campussen werden verbeteracties benoemd naar aanleiding van klachten, 2 campussen concludeerden dat er geen verbeteracties nodig waren.

Tabel 7: Verbeterpunten klachtrecht

Verbeterpunt	Aantal campussen met verbeterpunt
Er zijn geen afspraken over het indienen van klachten.	0/10
Er is geen klachtbehandelaar aangeduid.	0/10
Tijdens de inspectie werden problemen rond toegankelijkheid van de klachtbehandeling vastgesteld: geen communicatie van contactgegevens.	2/10
Klachten kunnen enkel schriftelijk of mondeling worden ingediend.	0/10
Er is geen schriftelijke informatie beschikbaar voor (ouders van) zorggebruikers over de mogelijkheid om klachten te uiten.	2/10

4.4.2.4 Conclusie

Overall bestaan schriftelijke afspraken over het indienen van klachten en is er een klachtbehandelaar aangeduid.

Een minderheid van de bevraagde zorggebruikers waren geïnformeerd over de mogelijkheid om klacht in te dienen.

De meerderheid van de campussen verzamelt cijfergegevens over klachten en heeft verbeteracties op basis van klachten.

4.4.3 Privacy

4.4.3.1 Achtergrond

Het is belangrijk dat er correct wordt omgegaan met de privacy van zorggebruikers. Vanuit dit oogpunt werden de leefregels en de mogelijke controles bevestigd.

4.4.3.2 Werkwijze

De beschikbare informatie over de leefregels werd bevestigd. Er werd daarnaast bevestigd of er bepaalde controles gebeuren die een inbreuk kunnen vormen op de privacy van zorggebruikers, of er over deze controles afspraken zijn, al dan niet schriftelijk, en of er informatie over deze controles beschikbaar is voor de zorggebruikers.

Zorggebruikers werden bevestigd over leefregels die gelden en de controles die gebeuren.

De PDSA-cyclus werd bekeken: er werd nagegaan of er schriftelijke informatie beschikbaar is over de leefregels, of de leefregels geëvalueerd worden en of er hierover verbeteracties waren in de voorbije jaren.

4.4.3.3 Vaststellingen

In alle 10 campussen is er over de leefregels informatie beschikbaar voor zorggebruikers. In 7/10 campussen is die informatie schriftelijk.

33 van de 35 bevestigde zorggebruikers kregen informatie over de leefregels:

- 22 daarvan kregen schriftelijke informatie.
- 33 zorggebruikers gaven aan dat ze volledig geïnformeerd waren over alle leefregels.
- 33 zorggebruikers gaven aan dat alle leefregels duidelijk zijn voor hen.

In 7/10 campussen worden de leefregels geëvalueerd. Dit gebeurt in 4/7 campussen door zorggebruikers en bij alle 7 campussen ook door medewerkers. Verbeteracties over leefregels zijn er in 7/10 campussen. Er is in 7 campussen zowel sprake van evaluatie als van verbeteracties. 10 van de 35 zorggebruikers gaven aan dat ze inspraak hadden in de leefregels.

In alle 10 campussen gebeuren alcohol- en drugscontroles. In alle 10 campussen zijn daarover afspraken; in 7/10 zijn de afspraken schriftelijk.

Alle 10 campussen hebben informatie over deze controles. Bij 4 van de 10 campussen is de informatie schriftelijk.

28 van de 35 bevestigde zorggebruikers (80%) kregen informatie over de controles die gebeuren; 8 daarvan kregen schriftelijke informatie.

Tabel 8: Verbeterpunten privacy

Verbeterpunt	Aantal campussen met verbeterpunt
Niet voor alle toegepaste controlemaatregelen zijn er afspraken.	0/10

4.4.3.4 Conclusie

Er zijn afspraken en er is informatie voor de zorggebruikers over de leefregels en over de toegepaste controles (alcohol- en drugcontrole).

Zorggebruikers worden geïnformeerd over de leefregels en de controles die gebeuren.

Leefregels worden geëvalueerd door medewerkers op een meerderheid van de campussen en door zorggebruikers op een minderheid van de campussen; een minderheid van zorggebruikers geeft aan dat ze inspraak heeft in de leefregels.

Op een meerderheid van de campussen werden verbeteracties over leefregels beschreven.

4.4.4 Zelfbeschikking

4.4.4.1 Achtergrond

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

4.4.4.2 Werkwijze

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

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

- Er werd zowel in de lopende als in de afgesloten dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, gezocht naar informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts.
- Daarnaast werd in de afgesloten dossiers van zorggebruikers die vervolgzorg nodig hadden, gezocht naar informatie over toestemming tot het delen van informatie met de vervolgzorg.
- Zorggebruikers werden bevraagd over het geven van toestemming voor het delen van informatie met de huisarts.

4.4.4.3 Vaststellingen

In 9/10 campussen zijn er afspraken voor het vragen van toestemming aan zorggebruikers voor het delen van informatie met de huisarts en met de vervolgzorg. In 7/9 campussen zijn de afspraken voor het delen van informatie met de huisarts schriftelijk en in 6/9 zijn de afspraken voor het delen van informatie met de vervolgzorg schriftelijk. De zorggebruiker geeft in 7/10 campussen schriftelijk toestemming.

De zorggebruiker kan in alle campussen weigeren om toestemming te geven voor het delen van informatie met de huisarts en de vervolgzorg. In één campus wordt eenzelfde algemene toestemming gebruikt voor het delen van informatie met externen, zonder te specificeren met wie.

Er werd bevraagd of er systematisch in het dossier genoteerd wordt of zorggebruikers al dan niet toestemming geven voor het delen van informatie:

- In de meerderheid van de campussen (6/10) wordt volgens het interne beleid steeds in het zorgdossier genoteerd of zorggebruikers al dan niet toestemming geven voor het delen van informatie met de huisarts.
- In de meerderheid van de campussen (6/10) wordt volgens het interne beleid steeds in het zorgdossier genoteerd of zorggebruikers al dan niet toestemming geven voor het delen van informatie met de vervolgzorg.

In de dossiercontrole werden de volgende zaken vastgesteld:

- In 52 van 99 zorgdossiers van zorggebruikers met een huisarts (in zowel actueel lopende dossiers als in het voorbije jaar afgesloten dossiers) werd informatie gevonden over al dan niet verleende toestemming voor het delen van informatie met de huisarts (47 toestemmingen en 5 weigeringen).
- In 5 van 13 zorgdossiers van zorggebruikers waarvoor vervolgzorg gepland was, werd informatie gevonden over al of niet toestemming voor het delen van informatie met de vervolgzorg (alle 5 gaven toestemming).

24/26 bevraagde zorggebruikers gaven aan dat hen toestemming werd gevraagd voor het delen van informatie met de huisarts.

De afspraken over toestemming voor het delen van informatie met externe zorgverleners worden bij 4 van de 9 campussen met afspraken opgevolgd. Bij 8 van de 10 campussen zijn er verbeteracties over toestemming voor het delen van informatie met externe zorgverleners. Bij 4 van de 10 campussen zijn er zowel afspraken, is er opvolging van de toepassing van de afspraken en zijn er verbeteracties hierover.

Tabel 9: Verbeterpunten zelfbeschikking

Verbeterpunt	Aantal campussen met verbeterpunt
Er zijn geen afspraken over het vragen van toestemming aan zorggebruikers voor het delen van informatie met de huisarts.	1/10
De zorggebruiker kan niet weigeren om informatie te delen met de huisarts.	0/10
In <75% van de gecontroleerde (lopende en afgesloten) dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, kon aangetoond worden dat er toestemming gevraagd wordt aan de zorggebruiker om informatie te delen met de huisarts.	5/9*

* Wanneer er in de gecontroleerde dossiers geen 75% werd gehaald, werd hierover een verbeterpunt geformuleerd. Deze beoordeling gebeurde alleen als er voldoende dossiers werden bekeken (minimum vijf). Het aantal campussen met een steekproef van minimum vijf dossiers.

4.4.4.4 Conclusie

Op één campus na zijn er overal afspraken over het vragen van toestemming aan zorggebruikers voor het delen van informatie met huisarts en vervolgzorg. Overal is voorzien dat de zorggebruiker kan weigeren om informatie te delen met externe zorgverleners. Bijna alle zorggebruikers geven aan dat hun toestemming werd gevraagd voor het delen van informatie met de huisarts.

Er is niet overal een afspraak om toestemming en weigering systematisch te noteren in het zorgdossier. Dat bleek ook uit de dossiercontrole.

Hoewel er nagenoeg overal verbeteracties zijn over dit onderwerp, worden de gemaakte afspraken maar bij minder dan de helft opgevolgd.

4.4.5 Rolstoeltoegankelijkheid

4.4.5.1 Achtergrond

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

4.4.5.2 Werkwijze

Via een rondgang in de voorziening werd nagegaan of de infrastructuur rolstoeltoegankelijk was. Hiervoor werden de volgende zaken bekeken:

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

4.4.5.3 Vaststellingen

Op 1 van de 10 campussen werd geen enkel probleem vastgesteld op het vlak van rolstoeltoegankelijkheid.

9 campussen hebben één of meerdere verbeterpunten qua rolstoeltoegankelijkheid:

- Op 2 campussen is de rolstoeltoegankelijkheid van het gebouw beperkt door drempels.
- 9 campussen hebben geen rolstoeltoegankelijk toilet met een aangepaste wastafel, vaste handgreep, voldoende ruimte en een deur die naar buiten open draait.

Tabel 10: Verbeterpunten rolstoeltoegankelijkheid

Verbeterpunt	Aantal campussen met verbeterpunt
Tijdens de inspectie werden problemen op het vlak van rolstoeltoegankelijkheid vastgesteld.	9/10

4.4.5.4 Conclusie

Nagenoeg alle voorzieningen hebben een infrastructuur met knelpunten qua rolstoeltoegankelijkheid.

4.5 VEILIGHEID

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

Zorginspectie had aandacht voor het omgaan met incidenten i.v.m. agressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag, voor medicatieveiligheid en voor de veilige bewaring van dossiergegevens. Veilige zorg is in de eerste plaats gericht op het voorkomen van incidenten.

4.5.1 Veiligheid van personen

4.5.1.1 Achtergrond

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

4.5.1.2 Werkwijze

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

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

4.5.1.3 Vaststellingen

Alle 10 campussen hebben afspraken over het omgaan met agressie-incidenten, waarvan 9 schriftelijk en 1 mondeling. 8 campussen hebben afspraken over het omgaan met incidenten n.a.v. seksueel grensoverschrijdend gedrag, waarvan 6 keer schriftelijk.

Alle 10 campussen hebben aandacht voor agressiepreventie:

- Bij 10/10 worden de huisregels (o.a. over agressie) gecommuniceerd.
- Bij 3/10 worden voor zorggebruikers sessies emotieregulatie georganiseerd, bv. psycho-educatie, relaxatie, impulscontrole.
- Bij 4/10 worden risico-inschattingen gebruikt voor agressie.
- Bij 2/10 gebruikt men een signaleringsplan.
- Bij 9/10 volgden de medewerkers vorming rond omgaan met agressie.
- Bij 3/10 is er een alarmknop voor de medewerkers.
- Bij 8/10 is er extra personeel voorzien i.f.v. agressiepreventie.
- Bij 4/10 zijn er nog andere acties: intervisie, het aantal zorggebruikers tegelijk beperken, verbod op gevaarlijke voorwerpen, het gebruik van motiverende gespreksvorming, er gaan geen gesprekken door onder invloed, korte wachttijd in de wachtzaal, toezicht op de wachtzaal (camera en medewerker).

Alle 10 campussen organiseren opvang voor medewerkers na incidenten:

- Bij 10/10 is er een intern team voor de eerste opvang na incidenten.
- Bij 10/10 is er externe psychologische begeleiding mogelijk.
- Bij 9/10 zijn er incidentbesprekingen binnen het team.
- Bij 1/10 is er aandacht voor het thema tijdens overlegmomenten.

De meerderheid van de campussen (8/10) heeft cijfers over incidenten naar aanleiding van agressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Eveneens een meerderheid van de campussen (7/10) benoemt verbeteracties naar aanleiding van incidenten. Bij 7 van de 10 campussen zijn er zowel afspraken, cijfers als verbeteracties.

Tabel 11: Verbeterpunten veiligheid van personen

Verbeterpunt	Aantal campussen met verbeterpunt
Er zijn geen afspraken over het omgaan met agressie.	0/10
Er zijn geen afspraken over het omgaan met incidenten voor seksueel grensoverschrijdend gedrag.	2/10

4.5.1.4 Conclusie

Er zijn overal afspraken over het omgaan met agressie-incidenten en bijna overal over incidenten n.a.v. seksueel grensoverschrijdend gedrag. Er is overal veel aandacht voor agressiepreventie. Vaak zijn er meerdere mogelijkheden voor opvang van medewerkers na een ingrijpend incident.

Op een meerderheid van de campussen worden cijfers over incidenten bijgehouden en zijn er verbeteracties.

4.5.2 Medicatiebeleid

4.5.2.1 Achtergrond

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

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

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

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

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

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

4.5.2.2 *Werkwijze*

De afspraken over het medicatiebeleid werden bevraagd.

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

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

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

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

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

4.5.2.3 *Vaststellingen*

In alle 10 campussen wordt medicatie voorgeschreven.

In 6/10 campussen wordt zowel medicatie voorgeschreven als bewaard, klaargezet en toegediend. Bij 5 van de 6 campussen is de toegang tot de medicatievoorraad beveiligd voor onbevoegden.

In 6 campussen wordt aan drugsverslaafde zorggebruikers soms substitutiemedicatie gegeven; bij 3/6 wordt de voorraad aan substitutiemedicatie gecontroleerd op volledigheid (o.a. om diefstal te vermijden).

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

- Medische opvolging van zorggebruikers die medicatie voorgeschreven krijgen (10/10/5)
- Omgaan met medicatie-incidenten (6/5/2)
- Validatie van het medicatieschema door de arts (6/6/6)
- Noteren van inname van medicatie (6/6/6)
- Noteren van niet-inname van medicatie (6/6/3)
- Noteren van de reden van niet-inname van medicatie (6/6/1)
- Noteren van zowel inname, niet-inname en de reden hiervan (6/6/1)
- Continuïteit van het medicatiebeleid bij beëindiging van de begeleiding (de zorggebruiker en/of de huisarts en/of de vervolgzorg krijgt bij ontslag een medicatieschema) (2/1/1).
Bij 0/2 is de afspraak dat de cliënt een medicatieschema krijgt bij ontslag; in één campus is de afspraak dat ook de huisarts en de vervolgzorg een medicatieschema krijgen na ontslag.

In totaal werden 60 geneesmiddelen gecontroleerd op naam, dosis en vervaldatum:

- naam medicatie aanwezig (54/60)
- dosis aanwezig (54/60)
- vervaldatum aanwezig (44/60)
- 2 van de 44 geneesmiddelen met vervaldatum waren vervallen (voor 16 geneesmiddelen ontbrak de informatie om dit te controleren)
- zowel naam, dosis als vervaldatum aanwezig (44/60)
- geen informatie over de drie items (6/60).

Vervolgens controleerde Zorginspectie een aantal items in verband met het medicatieschema.

In 6/6 campussen hebben de betrokken zorgmedewerkers toegang tot het medicatieschema.

In 6/6 campussen was er minstens één zorggebruiker aanwezig die medicatie nam; daar werden telkens maximaal vijf medicatieschema's gecontroleerd. In 3/6 campussen werden tijdens de inspectie van het medicatiebeleid volgende mogelijke risico's op fouten bij de opmaak van het medicatieschema opgemerkt:

- Het schema wordt niet altijd gevalideerd door de arts bij 2/6 campussen.
- Het schema wordt handgeschreven bij 3/6 campussen.

Van de 26 gecontroleerde zorggebruikers die medicatie namen vonden de inspecteurs telkens een medicatieschema.

- Het medicatieschema bevat de identificatie van de zorggebruiker (bestaande uit minstens twee identificatiegegevens) (21/26).
- Het medicatieschema is gevalideerd door de arts (ondertekend of aantoonbaar gecontroleerd door de arts) (21/26).

In totaal werd in die schema's informatie over 50 geneesmiddelen gecontroleerd met de volgende resultaten.

- De naam van het geneesmiddel is genoteerd in het schema (50/50).
- De dosis van het geneesmiddel is genoteerd in het schema (50/50).
- De innamefrequentie van het geneesmiddel is genoteerd in het schema (50/50).

Zorginspectie stelde vast dat er cijfergegevens beschikbaar zijn over medicatiebeleid en/of medicatie-incidenten bij 5/6 campussen. Bij 6/6 campussen zijn er verbeteracties over medicatiebeleid en/of medicatie-incidenten. 5/6 campussen hebben zowel afspraken als cijfergegevens en verbeteracties.

Tabel 12: Verbeterpunten medicatieveiligheid

Verbeterpunt	Aantal campussen met verbeterpunt
Er zijn geen afspraken over het omgaan met medicatie-incidenten.	1/6*
Er zijn geen afspraken die de continuïteit m.b.t. het medicatiebeleid bij beëindiging van de begeleiding waarborgen.	1/2**
De medicatievoorraad is niet beveiligd voor zorggebruikers of andere onbevoegden.	1/6*
De volledigheid van de voorraad substitutiemedicatie wordt niet gecontroleerd.	3/6*
Voor <75% van de gecontroleerde geneesmiddelen in de klaargezette medicatie of in de voorraad kon alle gecontroleerde informatie gevonden worden (naam medicatie, dosis en vervaldatum).	2/6*
In de gecontroleerde geneesmiddelen, in de klaargezette medicatie of in de voorraad werd vervallen medicatie gevonden.	2/5***
In <75% van de gecontroleerde dossiers van zorggebruikers die medicatie toegediend kregen, werd een medicatieschema gevonden.	0/5****
Het teamlid dat medicatie toedient, heeft geen toegang tot het medicatieschema in het dossier van zorggebruikers.	0/6*
Er zijn geen afspraken rond validatie van het medicatieschema door een arts.	0/6*
Aan de hand van de gecontroleerde medicatieschema's kon niet aangetoond worden dat er systematisch informatie aanwezig is over volgende gecontroleerde onderwerpen (<75%): <ul style="list-style-type: none"> • naam van de zorggebruiker • validatie door de arts 	1/5**** 1/5****
Aan de hand van de gecontroleerde geneesmiddelen in de medicatieschema's kon niet aangetoond worden dat er systematisch informatie aanwezig is over de volgende gecontroleerde onderwerpen (<75%): <ul style="list-style-type: none"> • naam van het geneesmiddel • dosis • innamefrequentie 	0/5**** 0/5**** 0/5****
Er zijn geen afspraken met betrekking tot het toedienen van medicatie over: <ul style="list-style-type: none"> • Er moet genoteerd worden in het dossier wanneer de zorggebruiker de voorgeschreven medicatie heeft gekregen. • Er moet genoteerd worden in het dossier wanneer de zorggebruiker de voorgeschreven medicatie niet heeft ingenomen. • De reden van niet-inname van medicatie moet genoteerd worden in het dossier. 	0/6* 0/6* 0/6*

* 6 campussen die medicatie verstrekken.

** Dit item werd niet gecontroleerd bij de MSOC's; van de overige campussen waren er twee die medicatie verstrekken.

*** Op 1 van de 6 campussen die medicatie verstrekken was geen vervaldatum aanwezig op de gecontroleerde medicatie en kon deze niet gecontroleerd worden.

**** Wanneer er in de gecontroleerde dossiers geen 75% werd gehaald, werd hierover een verbeterpunt geformuleerd. Deze beoordeling gebeurde alleen als er voldoende dossiers werden bekeken (minimum vijf). Het aantal campussen met een steekproef van minimum vijf dossiers.

4.5.2.4 Conclusie

Voor alle zorggebruikers die medicatie namen werd een medicatieschema gevonden.
Alle zorgmedewerkers hebben toegang tot de essentiële informatie over medicatie van zorggebruikers.

In bijna drie kwart van de gecontroleerde medicatie werden zowel naam, dosis als vervaldatum gevonden.

Er werden een aantal risico's gedetecteerd in het medicatiebeleid.

- Bij de helft is er onvoldoende controle op volledigheid van de voorraad van substitutiemedicatie.
- Bij de helft worden medicatieschema's met de hand geschreven en bij iets minder dan de helft niet gecontroleerd op fouten door de arts (ondertekend of aantoonbaar gecontroleerd door de arts).
- In de ruime meerderheid van de gecontroleerde medicatieschema's zijn de identificatiegegevens van de zorggebruiker volledig (minstens twee identificatiegegevens zijn nodig voor sluitende controle).
- Er werd enkele keren vervallen medicatie gevonden in de medicatievoorraad.

Op alle campussen lopen verbeteracties over medicatiebeleid en op bijna alle campussen worden cijfergegevens over dit onderwerp opgevolgd.

4.5.3 Bewaring van dossiergegevens

4.5.3.1 Achtergrond

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

4.5.3.2 Werkwijze

Elektronische dossiers moeten beveiligd zijn met een persoonlijke logincode. Papieren dossiers moeten bewaard worden in een afgesloten ruimte of afgesloten kast die niet toegankelijk is voor onbevoegden (bv. poetspersoneel) of zorggebruikers.

4.5.3.3 Vaststellingen

In de meerderheid van de campussen (6/10) bestaat het zorgdossier uit een combinatie van elektronische bestanden en papieren documenten. Vier campussen werken met een volledig elektronisch zorgdossier.

Bij 9 van de 10 campussen die volledig of deels elektronisch werken, zijn het elektronisch dossier en/of de elektronische documenten beveiligd met een persoonlijke inlogcode.

Bij 2 van de 6 campussen die volledig of deels met papieren dossiers werken, is de toegang daartoe beperkt tot de zorgmedewerkers. Op 4 campussen had ook het poetspersoneel toegang tot deze dossiers.

Afgesloten zorgdossiers (zowel elektronische als papieren versies) worden veilig bewaard op 6 van de 10 campussen. Op 4 campussen heeft ook het poetspersoneel toegang tot de afgesloten papieren zorgdossiers.

In 4 van de 10 campussen worden zowel de lopende dossiers (elektronisch en/of papier) als de afgesloten dossiers op een veilige manier bewaard.

Tabel 13: Verbeterpunten bewaring van dossiergegevens

Verbeterpunt	Aantal campussen met verbeterpunt
Het dossier van zorggebruikers (elektronisch en/of papier) wordt niet veilig bewaard.	4/10
Niet enkel de medewerkers die rechtstreeks betrokken zijn bij de zorg van een bepaalde zorggebruiker hebben toegang tot deze zorggebruikersgegevens.	4/10

4.5.3.4 Conclusie

In bijna de helft van de campussen worden zorgdossiers niet veilig bewaard (geen persoonlijke logincode voor elektronische dossiers of papieren dossiers niet bewaard in een afgesloten ruimte of kast).

5.2 KWALITEITSBELEID

Uit GGZ-referentiekaders

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

5.3 MULTIDISCIPLINARITEIT

5.3.1 Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens

Uit GGZ-referentiekaders

- > Toegankelijkheid
 - De gezondheidszorgbeoefenaar heeft toegang tot persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de patiënt die worden bijgehouden en bewaard door andere gezondheidszorgbeoefenaars op voorwaarde dat de patiënt voorafgaand zijn geïnformeerde toestemming tot deze toegang gaf. (15)
 - Het individueel dossier ondersteunt de multidisciplinaire werking. Dit betekent onder meer dat elke betrokken hulpverlener minimaal de informatie in het dossier noteert die van belang is voor de multidisciplinaire bespreking, dat de conclusies van de multidisciplinaire bespreking in het dossier worden genoteerd en dat alle betrokken hulpverleners toegang hebben tot deze informatie. (8)

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

Uit regelgeving/richtlijnen

- > Gegevens in dossier
 - De gezondheidszorgbeoefenaar neemt in voorkomend geval en binnen zijn bevoegdheid minstens volgende gegevens op in het patiëntendossier:
 - de identificatie van de huisarts van de patiënt
 - de identificatie van de gezondheidszorgbeoefenaar zelf en in voorkomend geval van de verwijzer en van de gezondheidszorgbeoefenaars die eveneens bij de verstrekte gezondheidszorg tussenkwamen
 - de reden van het contact of de problematiek bij de aanmelding
 - de gezondheidsdoelen en de wilsverklaringen ontvangen van de patiënt
 - de pre-, peri- en postoperatieve geneesmiddelen en gezondheidsproducten inclusief het medicatieschema. (15)
 - Het uitvoeren van de Kindreflex gebeurt in 6 stappen. Stap1: voer een gesprek over de kinderen en het ouderschap. Het is aan te raden dat voorzieningen gegevens m.b.t. de Kindreflex standaard opnemen in de cliëntdossiers of zelfs inbouwen in het elektronisch registratiesysteem. Dit kan hulpverleners helpen om de Kindreflex niet uit het oog te verliezen en laat toe om cliëntgegevens nadien (indien nodig) met andere hulpverleners te delen. (14)

5.3.2 Zorgplan

Uit GGZ-referentiekaders

- > Opmaak zorgplan
 - Bij start van de begeleiding wordt bij elke patiënt een behandelplan opgesteld. De patiënt heeft inspraak bij de opmaak van dit plan. (7)
Op basis van de zorgbehoeften werken de zorggebruiker en de begeleiders een zorgplan uit. Het zorgplan omvat een overzicht van de zorgbehoeften, de voorkeuren van de zorggebruiker, de doelstellingen die men door middel van de begeleiding wil bereiken, een prioritering van de doelstellingen en een plan van aanpak van de prioritaire doelstellingen in de vorm van acties en zorgactiviteiten. (9)
 - Er wordt voor elke cliënt ten laatste na het vierde face-to-face contact (FTF 4) een behandelplan opgesteld. (8)
- > Inspraak/evaluatie behandelplan
 - De voortgangstoetsing is goed georganiseerd (wie, frequentie, wijze waarop plan wordt bijgesteld, betrokkenheid team, patiënt, familie, ... is bepaald). (7)

Uit regelgeving/richtlijnen

- > Gebruiksgerichte zorg oriënteert zich op de verwachtingen, noden, behoeften en waarden van de gebruiker en toont respect voor de gebruiker als mens. Bij het verstrekken van gebruiksgerichte zorg zijn respect voor de menselijke waardigheid en diversiteit, de bejegening, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het zelfbeschikkingsrecht, de klachtenbemiddeling en -behandeling, de informatie en de inspraak van de gebruiker gewaarborgd. (13)

5.3.3 Multidisciplinair overleg

Uit GGZ-referentiekaders

- > Het individueel dossier ondersteunt de multidisciplinaire werking. Dit betekent onder meer dat elke betrokken hulpverlener minimaal de informatie in het dossier noteert die van belang is voor de multidisciplinaire bespreking, dat de conclusies van de multidisciplinaire bespreking in het dossier worden genoteerd en dat alle betrokken hulpverleners toegang hebben tot deze informatie. (8)
- > Elk zorgproces dat langer dan 6 maanden loopt, wordt minstens halfjaarlijks intercollegiaal besproken, waarbij de doelstellingen, de behandelstatus en de opportuniteit van verdere behandeling/begeleiding aan bod komen. (8)
- > Elke patiënt komt regelmatig aan bod op de multidisciplinaire teamvergadering. Een verslag hiervan komt in het multidisciplinaire patiëntendossier. (7)

5.3.4 Communicatie met externe zorgverleners

Uit GGZ-referentiekaders

- > De voorziening waakt over de continuïteit van de begeleiding.
Bij het beëindigen van de begeleiding wordt een afsluitbrief bezorgd aan minimaal de huisarts en behandelend psychiater, indien de zorggebruiker beschikt over een huisarts en indien de voorziening beschikt over de gegevens van deze huisarts. Indien de zorggebruiker hiervoor geen toestemming verleent, wordt dit genoteerd in het individueel dossier. De zorggebruiker ontvangt een afschrift van de afsluitbrief. (10)
- > Bij ontslag wordt een voorlopige ontslagbrief aan de huisarts opgestuurd. Deze bevat o.a. het medicatieschema. (7)
- > De huisarts en/of verwijzende arts wordt op de hoogte gesteld van de start van de begeleiding, het ontslag en de geplande vervolgzorg. (7)
- > Bij het beëindigen van de behandeling wordt een afsluitbrief bezorgd aan de huisarts en/of de oorspronkelijke doorverwijzer. Indien de cliënt hiervoor geen toestemming verleent, wordt dit genoteerd in het cliëntendossier. De cliënt ontvangt een afschrift van de afsluitbrief. (8)
- > Bij beëindiging van verblijf van de zorggebruiker wordt de afsluitbrief bezorgd aan minimaal de huisarts, indien de zorggebruiker beschikt over een huisarts, en de behandelend psychiater die zorgt voor de verdere opvolging van de zorggebruiker. Indien de zorggebruiker hiervoor geen toestemming verleent, wordt dit genoteerd in het individueel dossier. De zorggebruiker ontvangt een afschrift van de afsluitbrief. (9)

Uit regelgeving/richtlijnen

- > De gezondheidszorgbeoefenaar heeft toegang tot persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de patiënt die worden bijgehouden en bewaard door andere gezondheidszorgbeoefenaars op voorwaarde dat de patiënt voorafgaand zijn geïnformeerde toestemming tot deze toegang gaf. De patiënt kan bij het verlenen van de in het eerste lid bedoelde toestemming bepaalde gezondheidszorgbeoefenaars uitsluiten. (15)
- > De gezondheidszorgbeoefenaar stelt met het oog op deze continuïteit de patiënt in kennis van de gezondheidszorgbeoefenaar die behoort tot hetzelfde gezondheidszorgberoep en die beschikt over dezelfde bekwaamheid waar de patiënt voor opvolging terecht kan indien hijzelf niet beschikbaar is voor zijn praktijkvoering. (15)
- > De gezondheidszorgbeoefenaar deelt, mits toestemming van de patiënt, aan een ander behandelend gezondheidszorgbeoefenaar door de patiënt aangewezen om hetzij de diagnose, hetzij de behandeling voort te zetten of te vervolledigen, alle daaromtrent nuttige of noodzakelijke informatie mee. (15)

- > In het huishoudelijk reglement worden de rechten van de patiënt benoemd en beschreven. Bijkomend communiceert de voorziening via een website of andere informatiedragers omtrent contactgegevens, cliëntenrechten en klachtenregeling, beroepsgeheim, financiële bijdrage en informatie over waar men terecht kan in noodsituaties. (10)

Uit regelgeving/richtlijnen

- > De patiënt heeft recht op inzage in het hem betreffend patiëntendossier. Aan het verzoek van de patiënt tot inzage in het hem betreffend patiëntendossier wordt onverwijld en ten laatste binnen 15 dagen na ontvangst ervan gevolg gegeven. 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). (1)
- > De patiënt heeft recht op afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffend patiëntendossier, volgens dezelfde regels als hierboven vermeld bij recht tot inzage. Volgens de Europese algemene verordening gegevensbescherming, wordt de eerste kopie van het patiëntendossier kosteloos aan de patiënt verstrekt. (1)

5.4.3 Privacy

Uit GGZ-referentiekaders

- > In het kader van het onthaalproces worden de zorggebruikers geïnformeerd over de huis- en afdelingsregels, inclusief het gevoerde vrijheidsbeperkende beleid met bijzondere aandacht voor privacy. Bij minderjarigen en in geval van wilsonbekwaamheid wordt de familie/context hierover eveneens geïnformeerd. (7)
- > De onthaalbrochure bevat volgende informatie:
 - algemene informatie
 - voorstelling van de afdeling
 - de toepasselijke huisregels van de afdeling (dagindeling, bezoek, telefoon, sleutels kamer, ...)
 - inhoudelijke informatie omtrent de werking van de afdeling
 - activiteitenprogramma van de afdeling. (9)

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. (1)

5.4.4 Zelfbeschikking

Uit GGZ-referentiekaders

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

- > Mits akkoord van cliënt zorgt de voorziening voor goede doorstroming van informatie. (8)
- > Bij beëindiging van verblijf van de zorggebruiker wordt de afsluitbrief bezorgd aan minimaal de huisarts, indien de zorggebruiker beschikt over een huisarts, en de behandelend psychiater die zorgt voor de verdere opvolging van de zorggebruiker. Indien de zorggebruiker hiervoor geen toestemming verleent, wordt dit genoteerd in het individueel dossier. De zorggebruiker ontvangt een afschrift van de afsluitbrief. (9)

Uit regelgeving/richtlijnen

- > De gezondheidszorgbeoefenaar heeft toegang tot persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de patiënt die worden bijgehouden en bewaard door andere gezondheidszorgbeoefenaars op voorwaarde dat de patiënt voorafgaand zijn geïnformeerde toestemming tot deze toegang gaf. De patiënt kan bij het verlenen van de in het eerste lid bedoelde toestemming bepaalde gezondheidszorgbeoefenaars uitsluiten. (15)
- > De gezondheidszorgbeoefenaar mag een aan de gang zijnde behandeling van een patiënt niet onderbreken zonder vooraf alle voorzieningen te hebben getroffen om de continuïteit van de zorg te garanderen. (15)
- > De gezondheidszorgbeoefenaar stelt met het oog op deze continuïteit de patiënt in kennis van de gezondheidszorgbeoefenaar die behoort tot hetzelfde gezondheidszorgberoep en die beschikt over dezelfde bekwaamheid waar de patiënt voor opvolging terecht kan indien hijzelf niet beschikbaar is voor zijn praktijkvoering. (15)
- > De gezondheidszorgbeoefenaar deelt, mits toestemming van de patiënt, aan een ander behandelend gezondheidszorgbeoefenaar door de patiënt aangewezen om hetzij de diagnose, hetzij de behandeling voort te zetten of te vervolledigen, alle daaromtrent nuttige of noodzakelijke informatie mee. (15)

5.4.5 Rolstoeltoegankelijkheid

Uit GGZ-referentiekaders

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

Uit regelgeving/richtlijnen

- > De grondbeginselen van het verdrag van de rechten van de mens zijn: a. Respect voor de inherente waardigheid, persoonlijke autonomie, met inbegrip van de vrijheid zelf keuzes te maken en de onafhankelijkheid van personen; b. Non-discriminatie; c. Volledige en daadwerkelijke participatie in, en opname in de samenleving; d. Respect voor verschillen en aanvaarding dat personen met een handicap deel uitmaken van de mensheid en menselijke diversiteit; e. Gelijke kansen; f. Toegankelijkheid; g. Gelijkheid van man en vrouw; h. Respect voor de zich ontwikkelende mogelijkheden van kinderen met een handicap en eerbiediging van het recht van kinderen met een handicap op het behoud van hun eigen identiteit. (5)

- > Toegankelijkheid: Teneinde personen met een handicap in staat te stellen zelfstandig te leven en volledig deel te nemen aan alle facetten van het leven, nemen de Staten die Partij zijn passende maatregelen om personen met een handicap op voet van gelijkheid met anderen de toegang te garanderen tot de fysieke omgeving, tot vervoer, informatie en communicatie, met inbegrip van informatie- en communicatietechnologieën en -systemen, en tot andere voorzieningen en diensten die openstaan voor, of verleend worden aan het publiek, in zowel stedelijke als landelijke gebieden. Deze maatregelen, die mede de identificatie en bestrijding van obstakels en drempels voor de toegankelijkheid omvatten, zijn onder andere van toepassing op: gebouwen, wegen, vervoer en andere voorzieningen in gebouwen en daarbuiten, met inbegrip van scholen, huisvesting, medische voorzieningen en werkplekken. (5)

5.5 VEILIGHEID

5.5.1 Veiligheid van personen

Uit GGZ-referentiekaders

- > Er is een preventief beleid om agressie en geweld te voorkomen.
 - Deze preventie is gericht op het voorkomen of het zo veel mogelijk terugdringen van agressie-incidenten. Belangrijk punt binnen deze preventieve maatregelen is het trainen van personeelsleden in agressiebeheersing maar ook het opnemen van een aandachtspunt agressie in de behandelplannen.
 - De instelling neemt maatregelen om de veiligheid op werkplekken, werkomgeving en inrichting van gebouwen te vergroten.
 - Daarnaast worden er maatregelen getroffen om de veiligheid bij werkprocessen te vergroten. (7)
- > De organisatie beschikt over een uitgeschreven visie m.b.t. omgang met agressie en geweld. Daarin staat minimaal vermeld:
 - definitie van agressie en geweld (het gaat hier niet alleen over de fysieke en psychisch feitelijke agressie maar ook over de gevoelens van onveiligheid en de angst voor agressie)
 - hoe om te gaan met agressie en geweld
 - vaststellen van (on)gewenst en (on)toelaatbaar gedrag
 - huisregels voor patiënten en gedragsregels voor medewerkers. (7)
- > Voor de aanpak van agressie bestaan er binnen de instelling duidelijke en gedeelde normen over welk gedrag acceptabel is en welk niet. Het uitwerken van deze normen in huisregels voor patiënten en gedragsregels voor medewerkers scheidt de gewenste duidelijkheid. Deze gedragscode kan als basis dienen om mensen op hun gedrag aan te spreken. In deze huisregels voor patiënten dient men ook aan te geven wat de consequenties zijn van het overtreden van de normen. In de protocollen dient men ook te voorzien hoe medewerkers dienen te reageren in geval van agressie. (7)
- > Er is een beleid rond crisissen, seksueel grensoverschrijdend gedrag, suïcidepreventie en Kindreflex. (10)
- > De voorziening beschikt over een intern beleid rond crisissituaties/crisissen. (9)
- > De voorziening beschikt over een intern beleid rond seksueel grensoverschrijdend gedrag met een uitgeschreven visie en een procedure voor de preventie, detectie en gepaste reactie van seksueel grensoverschrijdend gedrag. (9)
- > De voorziening organiseert vorming voor personeelsleden rond het omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag. (9)

5.5.2 Medicatiebeleid

Uit GGZ-referentiekaders

- > De medicatiedistributie is beschreven in een of meerdere procedures, die actief kenbaar worden gemaakt. (7)
- > De procedure van medicatiedistributie bevat minimaal volgende items:
 - opstellen medicatieschema
 - klaarzetten medicatie
 - controle t.o.v. medicatieschema
 - controle vervaldata
 - omgaan met onvolledige tabletten. (7)
- > Er is een structuur die fouten en bijna-incidenten i.v.m. medicatiedistributie verzamelt, analyseert, en, op basis hiervan, verbeteracties voorstelt. (7)
- > Het aantal medicatie-incidenten wordt opgevolgd, geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd. (7)
- > Er werden, indien nodig, verbeteracties opgezet t.g.v. de registratie van medicatiefouten. De verbeteracties leiden ook tot objectiveerbare verbeteringen. (7)
- > Bij start van de begeleiding wordt voor elke patiënt een behandelplan opgesteld. De patiënt heeft inspraak bij de opmaak van dit plan. Het persoonlijk behandelplan is multidisciplinair opgesteld en omvat huidige medicatie (naam, dosis, frequentie van inname = medicatieschema) en diagnose. (7)
- > Het patiëntendossier bevat een overzicht van de medicatie die de patiënt nam voor de start van de begeleiding. (7)
- > Bij ontslag wordt een medicatieschema beschikbaar gesteld om de continuïteit van zorg te waarborgen. Dit medicatieschema kan meegegeven worden met de patiënt, kan opgenomen worden in de ontslagbrief naar de huisarts of kan naar iedere betrokkene zorgverlener worden gestuurd. (7)
- > Het medicatievoorschrift/medicatieschema is correct, actueel en volledig. Een voorschrift is onvolledig indien één van de volgende elementen ontbreekt of niet correct is:
 - patientenidentificatie (naam, voornaam en geboortedatum, of naam, voornaam en uniek patiëntnummer)
 - correcte naam van het geneesmiddel (merknaam of generische naam)
 - dosis van het geneesmiddel
 - frequentie en/of tijdstip van toedienen van het geneesmiddel
 - elektronische of schriftelijke handtekening van de voorschrijvende arts. (7)
- > Er is een regelmatige controle van het medicatieschema door de behandelende arts (te verifiëren aan de hand van een elektronische notitie of een paraaf op het papieren medicatieschema); een goede controle van het medicatieschema, door behandelende arts, met inbreng van klinische informatie, heeft immers een duidelijke meerwaarde. (7)
- > De vervaldatum is controleerbaar op de patiëntvoorraad op de afdeling. (7)
- > De verpleegkundige of zorgkundige (of student verpleegkunde onder supervisie), die de medicatie effectief toedient, registreert (paraaf of elektronische validatie) de toediening. (7)
- > De reden van het niet innemen van medicatie wordt genoteerd. (7)
- > De verantwoordelijke verpleegkundige moet te allen tijde een algemeen overzicht hebben van het medicatieschema van zijn/haar patiënten. (7)
- > De nodige faciliteiten zijn voorzien om eventuele speciaal gereguleerde geneesmiddelen, zoals narcotica, afzonderlijk en afgesloten te bewaren, zowel op de afdelingen als in de apotheek. Hiervoor is een stockregistratie op de afdelingen ingevoerd, zodat op ieder moment kan gecontroleerd worden hoeveel en welke geneesmiddelen in de stock aanwezig moeten zijn en voor welke patiënten medicatie die in de stock zat, gebruikt werd. Daarenboven moet narcotica afzonderlijk (= gescheiden van andere medicatie) bewaard worden. (7)
- > De geneesmiddelen worden bewaard in een lokaal dat voor patiënten niet vrij toegankelijk is. (7)



5.5.3 Bewaring van dossiergegevens

Uit regelgeving/richtlijnen

- > De patiënt heeft ten opzichte van de beroepsbeoefenaar recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier. (1)
- > De gezondheidszorgbeoefenaar heeft enkel toegang tot de persoonsgegevens betreffende de gezondheid van een patiënt waarmee hij een therapeutische relatie heeft.
Voor de toepassing van het eerste lid wordt onder therapeutische relatie verstaan een relatie tussen een patiënt en een gezondheidszorgbeoefenaar in het kader waarvan gezondheidszorg wordt verstrekt. (15)
- > De gezondheidszorgbeoefenaar die een therapeutische relatie met de patiënt heeft, heeft enkel toegang tot de persoonsgegevens betreffende de gezondheid van deze patiënt onder de volgende voorwaarden:
 - de finaliteit van de toegang bestaat uit het verstrekken van gezondheidszorg
 - de toegang is noodzakelijk voor de continuïteit en kwaliteit van het verstrekken van gezondheidszorg
 - de toegang beperkt zich tot de gegevens die dienstig en pertinent zijn in het kader van het verstrekken van gezondheidszorg. (15)
- > De noodzakelijke (technische en organisatorische) maatregelen worden genomen om een beveiligde verwerking van de persoonsgegevens te garanderen. (6)

6 LIJST MET AFKORTINGEN

CAR	Centrum voor Ambulante Revalidatie
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
FTF	Face-to-facecontact
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IOM	Institute of Medicine
MDO	Multidisciplinair overleg
MSOC	Medisch Sociaal Opvangcentrum
PDSA	Plan Do Study Act
PZ	Psychiatrisch ziekenhuis
RCA	Referentiecentrum voor Autisme
VTE	Voltijds equivalent
WHO	World Health Organization

