

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 Brussel

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

////////////////////////////////////

INSPECTIEVERSLAG GGZ-VOORZIENING MET EEN REVALIDATIEOVEREENKOMST

////////////////////////////////////

INSPECTIEPUNT

Naam MSOC Free Clinic
Adres Schijnpoortweg 14, 2060 Antwerpen

INRICHTENDE MACHT

Naam Free Clinic
Juridische vorm vzw
Adres Schijnpoortweg 14, 2060 Antwerpen

UITBATINGSPLAATS

Naam MSOC Free Clinic
Adres Schijnpoortweg 14, 2060 Antwerpen

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek Aangekondigde inspectie op 19/09/2022 (9:30-16:00)
Datum laatste vaststelling 19/09/2022
Verslagnummer V-2022-KULI-0016
Inspecteurs Kurt Lievens
Erik Pouders
Gesprekspartners Zie 1.2.

INHOUD

1. Inleiding	4
1.1 Toezicht door Zorginspectie	4
1.2 Inspectiemethodiek	4
1.3 Verwachtingskader	7
1.4 Opbouw van dit verslag	8
2. Organisatie en zorgaanbod.....	10
2.1 Organisatie.....	10
2.2 Zorgaanbod.....	11
3. Kwaliteitsbeleid.....	14
3.1 Algemeen kwaliteitsbeleid.....	14
3.2 Verbeterbeleid.....	15
3.2.1 Zicht op eigen werking (gegevens verzamelen en analyseren).....	15
3.2.2 Verbeteracties	16
3.3 Samenvatting resultaten kwaliteitsbeleid	16
3.3.1 Zoals verwacht.....	16
3.3.2 Verbeterpunten.....	17
4. Multidisciplinaire werking.....	18
4.1 Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens	18
4.2 Zorgplan	20
4.3 Multidisciplinair overleg (MDO).....	22
4.4 Communicatie met externe zorgverleners (continuïteit)	23
4.4.1 Verwijzer.....	24
4.4.2 Huisarts.....	24
4.5 Samenvatting resultaten multidisciplinaire werking	25
4.5.1 Zoals verwacht.....	25
4.5.2 Verbeterpunten.....	25
5. Rechten	27
5.1 Inzage in en afschrift van het dossier	27
5.2 Klachtrecht.....	28
5.3 Privacy.....	30
5.4 Zelfbeschikking	31
5.5 Rolstoeltoegankelijkheid.....	33
5.6 Samenvatting resultaten rechten	34
5.6.1 Zoals verwacht.....	34
5.6.2 Verbeterpunten.....	34

6. Veiligheid	35
6.1 Veiligheid van personen.....	35
6.2 Bewaring van dossiergegevens.....	36
6.3 Medicatiebeleid	37
6.4 Samenvatting resultaten veiligheid	40
6.4.1 Zoals verwacht.....	40
6.4.2 Verbeterpunten	41
7. Algemeen besluit.....	42
7.1 Overzicht resultaten	42
7.2 Globale beoordeling	43

1. INLEIDING

1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

Situering Zorginspectie

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

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

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

Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

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

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

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

Hoe werkt Zorginspectie?

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

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

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

1.2 INSPECTIEMETHODIEK

Situering

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

Er bestaan verschillende soorten GGZ-voorzieningen met een revalidatieovereenkomst:

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

Zorginspectie werkte een specifiek traject uit voor deze voorzieningen.

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

Inspectietraject

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

Inspectieproces

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

Werkwijze

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

Concrete aanpak

- Schema dagplanning

	inspecteur 1	inspecteur 2
9u30 – 10u	kennismaking en afspraken rond het verloop van de dag	
10u - 11u	gesprek met zorggebruikers	gesprek met zorggebruikers
11u - 13u	infrastructuur rolstoeltoegankelijkheid	gesprek rond rechten en veiligheid
	gesprek over multidisciplinariteit	gesprek over organisatie, zorgaanbod en kwaliteitsbeleid
	gesprek over beleid rond medicatie	
13u - 13u30	lunch en onderling overleg (inspecteurs alleen)	
13u30 - 15u30	dossiersteekproef lopende dossiers	dossiersteekproef lopende dossiers
15u30 - 16u	overleg tussen inspecteurs	
16u - 16u30	terugkoppeling, vragen en toelichting bij de vaststellingen	

- De vaststellingen in dit inspectieverslag zijn gebaseerd op informatie uit de geraadpleegde documenten, op informatie verkregen tijdens gesprekken (met zorgverleners en met zorggebruikers), op observaties tijdens de inspecties en op inzage in bv. dossiers van zorggebruikers, eindverslagen, medicatieschema's, registratiegegevens.
- Gesprekspartners
Tijdens de interviews waren er gesprekken met:
 - 6 zorggebruikers;
 - 5 directieleden, waaronder 1 arts;
 - 3 andere medewerkers.
- Er gebeurde een steekproef van dossiers van zorggebruikers die nog in begeleiding waren.
Voor de steekproefselectie van dossiers van zorggebruikers werd volgende werkwijze gehanteerd. Op voorhand werd aan de voorziening gevraagd een lijst per deelwerking klaar te leggen met alle zorggebruikers die op het moment van de inspectie in behandeling of begeleiding zijn.
Uit deze lijst maakten de inspecteurs bij het begin van de inspectie een selectie van dossiers die effectief werden gecontroleerd. De dossiercontrole gebeurde in aanwezigheid van een medewerker, die desgewenst toelichting kon verschaffen.

- Bij residentiële voorzieningen met meerdere deelwerkingen werd dit, indien de werking verschillend was (bv. aparte schriftelijke afspraken), in het verslag vermeld. Van elke bezochte residentiële deelwerking werden een aantal dossiers ingekeken; de bevindingen hierrond worden telkens per deelwerking vermeld in het verslag.
Bij ambulante voorzieningen werden meerdere vestigingsplaatsen bezocht indien de werking verschillend was. Telkens werd een apart inspectieverslag opgemaakt.
Per vestigingsplaats werden een aantal dossiers ingekeken van 1 deelwerking.
- Het ontwerpverslag werd per e-mail bezorgd aan de voorziening. Vervolgens was een periode van 14 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het inspectieverslag via een gemotiveerde reactienota te formuleren. Op basis hiervan kon het ontwerpverslag aangepast worden.
Het verslag werd ook aan Zorg en Gezondheid bezorgd, voor verdere opvolging.

1.3 VERWACHTINGSKADER

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4 OPBOUW VAN DIT VERSLAG

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

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

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

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

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

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

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

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

2. ORGANISATIE EN ZORGAANBOD

2.1 ORGANISATIE

Het Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC) Free Clinic werd opgericht in 1997 en maakt deel uit van Free Clinic vzw.

MSOC Free Clinic heeft sinds 1997 een revalidatieovereenkomst met het RIZIV en sinds 2019 met de Vlaamse overheid. Het betreft een revalidatievoorziening voor verslaafden. De voorziening is niet erkend door het VAPH.

Directiecomité:

Tino Ruyters	Algemeen directeur
Bob Willemstein	Zakelijk directeur
Dr. Joris Van Acker	Medisch verantwoordelijke
Jasper Janssens / Elke De Schans	Coördinatoren hulpverlening / verpleegkundig team
Kristel Goossens	Coördinator Ankerpunt Drughulp Rupel
Dirk Rombouts / Audrey Vandevorst	Stafmedewerkers

De algemeen en de zakelijk directeur vervullen deze functie op het niveau van Free Clinic vzw. Deze vzw omvat naast het MSOC, het Ankerpunt Drughulpverlening Rupel en het PROject (gevat in de revalidatieovereenkomst met Zorg en Gezondheid) nog verschillende andere deelwerkingen die via andere subsidies worden gefinancierd: Spuitenruil, Vlaamse coördinatie Spuitenruil, C-buddy (begeleiding en ondersteuning bij behandeling van Hepatitis C), Plug-INN (jongerenproject), GoiA (ondersteuning voor (ex)drugafhankelijke ouders), ChemMEN (gericht op mannen die aan chemsex doen), De Nomaad (sociaal Activeringscentrum) en De Revue (Daginloopcentrum voor dak- en thuislozen). Free Clinic is ook penhouder voor het Adviespunt Verslaving (samenwerkingsverband met Adic, De Sleutel, Vagga Verslavingszorg) en participeert in woonprojecten: Kadans Wonen (De Vliering) en het Zorghostel (CAW Antwerpen).

MSOC Free Clinic heeft een zorgaanbod op meerdere locaties:

1. Hoofdhuis: MSOC, Schijnpoortweg 14, 2060 Antwerpen.
2. PROject: Zeilstraat 16, 2060 Antwerpen.
Genderspecifieke antennewerking voor vrouwen, multidisciplinair aanbod, kindvriendelijke werking met een meer huiselijke sfeer.
3. Plug-INN-Plus: Houwerstraat 7, 2060 Antwerpen.
Doelgroepsspecifieke antennewerking aansluitend op Plug-INN, vervolgwerving voor jongere zorggebruikers (23-35 jaar), minder chronische doelgroep dan MSOC.
4. Ankerpunt Drughulpverlening Rupel: Colonel Silvertopstraat 10, 2850 Boom.
Antennewerking specifiek voor de Rupelstreek, in samenwerking met Dagcentrum De Sleutel en Adic.

De inspectie had betrekking op de MSOC-werking in de hoofdzetel (Schijnpoortweg 14, 2060 Antwerpen).

Op deze locatie is er enkel een ambulante aanbod. Naast de MSOC-werking huizen op dit adres ook het C-buddy- en het spuitenruilproject (inclusief de Vlaamse coördinatie spuitenruil).

Overzicht disciplines MSOC-teamleden	aantal	totaal VTE
Master sociaal werk	1	1
Bachelor sociaal werk	1	0,80
Graduaat sociaal werk	1	0,95
Bachelor in de orthopedagogie	4	2,30
Graduaat in de orthopedagogie	3	2,75
Bachelor sociale gezondheidszorg	1	0,40
Verpleegkundige	8	5,08
Arts:		
- Pyschiater	1	0,32
- Andere artsen	5	3,08
Onthaalmedewerker	2	1,55

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

MSOC Free Clinic werkt niet met ervaringsdeskundigen. Op hetzelfde adres werken echter wel drie betaalde ervaringsdeskundigen in de C-buddywerking en 2 onbetaalde ervaringsdeskundigen in het spuitenruilproject (beide deelwerkingen maken geen deel uit van de revalidatieovereenkomst met Zorg en Gezondheid). In de Nomaad en de Revue zijn 7 van 14 medewerkers betaalde ervaringsdeskundigen, en voor een aantal andere activiteiten doet Free Clinic vzw ook een beroep op vrijwillige ervaringsdeskundigen.

2.2 ZORGAANBOD

MSOC Free Clinic is een laagdrempelige, ambulante, multidisciplinaire hulpverleningsorganisatie die zich richt op (ex-)gebruikers van illegale middelen.

Het MSOC werkt – net als alle andere deelwerkingen van de vzw – vanuit een schade- en risicobeperkende visie. Elke zorgvrager met een probleem van middelengebruik, ongeacht het niveau van motivatie, kan terecht voor zorg of voor een gerichte verwijzing.

De behandeling sluit zo dicht mogelijk aan op de hulpvraag. Dit kan gaan van informatie bieden of stabiliseren tot abstinentie en hervalpreventie. De zorggebruiker bepaalt het tempo en heeft de regie over het traject.

MSOC Free Clinic richt zich tot meerderjarige mensen die illegale drugs gebruiken en hierbij een hulpvraag stellen. In de praktijk bieden zich ook zorggebruikers aan met primaire problemen met betrekking tot legale middelen (alcohol en medicatie, gokken ...). Polydruggebruik is eerder de norm dan uitzondering. De meest courante middelen zijn heroïne, speed en/of cocaïne, vaak gecombineerd met alcohol, cannabis en/of (voorgeschreven) benzodiazepines.

Naast middelengebruik zijn er vaak ook problemen op diverse andere levensgebieden: ernstige psychiatrische aandoening, ontoereikende of geen huisvesting, geen of beperkt netwerk, justitie, financieel. Ook personen met een precair verblijfsstatuut (bv. asielzoekers of mensen zonder papieren) kunnen bij het MSOC terecht.

De zorg kan bestaan uit een medisch, een verpleegkundig en/of een psychosociaal luik:

- De artsenconsultatie is een belangrijke ingangspoort. Een verslavingsarts volgt elke zorggebruiker die instroomt in het MSOC. Minimaal is er een consult na intake bij opstart.
De verslavingsartsen bieden vrije consultatie en consultatie op afspraak. Daarnaast is er ook een psychiater die, na indicatiestelling door een hulpverlener, consultaties doet.

- Verpleegkundigen staan in voor de medicatieverstrekkingen (inclusief substitutiemedicatie). Daarnaast voorzien zij een dagelijkse permanentie voor de opvolging van somatische zorgen. Ook bieden zij individuele ondersteuning op afspraak.
- Het psychosociaal deelteam bestaat uit psychosociaal hulpverleners en onthaalmedewerkers. Zij staan in voor het onthaal van zorggebruikers en voorzien een dagelijkse permanentie voor vragen op sociaal en administratief vlak. Daarnaast bieden zij individuele begeleiding op afspraak aan.

Het zorgaanbod:

- De MSOC-werking op de hoofdzetel wordt aangeboden door één multidisciplinair team.
- Verloop zorgtraject

- o Intake en opstart

Elk nieuwe zorggebruiker kan zich dagelijks tussen 10 en 12u zonder afspraak aanmelden voor een intake. Ook een intake op afspraak is mogelijk.

Een psychosociaal hulpverlener overloopt de intakevragen, start een dossier op en neemt een toxicologische urinetest af. Wanneer uit de intake al blijkt dat een behandeling elders is aangewezen (bv. bij afwezigheid van illegaal middelengebruik), dan volgt meteen een doorverwijzing. De psychosociaal hulpverlener formuleert na de intake een advies, dat besproken wordt op het consultteam (1 arts, 1 verpleegkundige, 1 psychosociaal hulpverlener). Het consultteam overloopt de intake en vormt een besluit: bevestiging voor behandeling of doorverwijzing.

Binnen de 5 werkdagen kan de zorggebruiker terugkeren om de beslissing van het consultteam te bespreken met een psychosociaal hulpverlener. Wanneer de zorggebruiker in het behandelprogramma wordt geïncorporeerd, dan krijgt hij hierover info van de psychosociaal hulpverlener. Na dit opstartmoment wordt een medische anamnese door een verpleegkundige afgenomen en volgt een eerste consult bij een arts. Wanneer de zorggebruiker niet in het behandelprogramma wordt geïncorporeerd, dan wordt samen naar andere mogelijkheden gekeken.

- o Behandelprogramma

Elk zorgtraject kent een individueel en uniek verloop. Belangrijk is dat de zorggebruiker hierbij zelf de regie heeft.

Het zwaartepunt van het basisaanbod ligt in de voormiddag (10u – 13u), waarbij de zorggebruiker zonder afspraak gebruik kan maken van consulten bij arts, verpleging en/of psychosociaal hulpverlener. Tijdens de openingsuren kan de zorggebruiker ook terecht bij de methadon- en medicatieverstrekking.

Op vraag van de zorggebruiker of op initiatief van het team kan een individueel begeleidingstraject worden opgezet, tijdelijk of langdurig. Deze begeleiding kan gebeuren door een arts, een psychosociaal hulpverlener of een verpleegkundige. Hier wordt gefocust op de hulpvraag van de zorggebruiker, waarbij verschillende levensdomeinen aan bod kunnen komen.

Consultatie bij de psychiater kan na indicatie door een hulpverlener, al dan niet op vraag van de zorggebruiker. Wanneer hulpverleners een psychiatrisch consult nuttig achten, wordt dit bevestigd aan de zorggebruiker.

- o Afronding

Er is geen formele afronding van een begeleiding. Zorggebruikers kunnen hun zorgtraject beëindigen wanneer ze dat willen, en brengen het MSOC daar al dan niet van op de hoogte. In de praktijk blijven zorggebruikers om diverse redenen weg en komen ze soms ook na enige tijd terug. In vele gevallen heeft de afronding een uitdovend karakter, op het tempo van de zorggebruiker.

Wanneer zij hun zorg in een ander centrum continueren, kan op hun vraag en met hun toestemming wel relevante info doorgestuurd worden uit hun dossier.

- Substitutiebehandeling

Een zorgtraject kan een substitutiebehandeling met methadon of buprenorfine omvatten. Bij opstart komt de zorggebruiker gedurende de 1^e maand 6 keer per week (maandag t.e.m. zaterdag) naar het MSOC voor medicatie-inname.

Na een maand en mits een geslaagde oppuntstelling van de dosering, wordt de frequentie van bezoek aan het MSOC teruggebracht naar 5 keer per week (maandag t.e.m. vrijdag). Dit kan verder evolueren naar 3 contacten per week mits verdere stabilisering. Een volgende stap is werken met een voorschrift en inname in de eigen apotheek.

- In 2021 werden 812 zorggebruikers ambulante begeleid (657 mannen en 155 vrouwen, allen meerderjarig).
- 267 zorggebruikers startten een nieuwe behandelperiode op in 2021, waaronder 118 met een allereerste behandeling in MSOC Free Clinic.
- Op het moment van inspectie zijn in totaal 688 zorggebruikers in begeleiding (actieve dossiers).
- Specifieke nazorg wordt niet voorzien. Na een eventuele onderbreking van een zorgtraject (bv. door gevangenisstraf, wegblijven, opname, verhuis) kunnen zorggebruikers zich steeds opnieuw aanmelden.
- Er wordt op volgende manieren outreachend gewerkt (door de voorziening als "mobiel" benoemd): hulpverleners gaan soms op huisbezoek als dit nodig wordt geacht, of ze gaan mee naar sociale of medische instanties (bv. rechtbank, OCMW-raad, ziekenhuis, residentiële opname).

Toegankelijkheid van het zorgaanbod:

- Op www.free-clinic.be staat informatie over doelgroep/aanmeldingsprocedure/contactgegevens/prijs.
- Het hulpaanbod vertrekt vanuit vrijwilligheid. Mensen kunnen ook in het MSOC terecht op verwijzing of via een opgelegde maatregel door justitie, maar de zorggebruiker bepaalt zelf of hij zich al dan niet aan de maatregel houdt.
- De organisatie vermeldt geen financiële drempels. Alle hulpverlening is gratis; enkel medicatie moet betaald worden. Ook mensen die niet in regel zijn met hun ziekteverzekering of die geen papieren hebben, worden begeleid in het MSOC. Er wordt wel ingezet op het in regel brengen van zorggebruikers of het regelen van Dringende Medische Hulp (DMH). Het niet meewerken aan deze stappen tot regularisatie kan op langere termijn wel leiden tot verstrenging en eventueel tot stopzetting van de behandeling (zeer uitzonderlijk).
- De voorziening ligt aan de rand van het Antwerpse stadscentrum en is bereikbaar met het openbaar vervoer: vlakbij is er een bus- en een premetro-halte, er is een station op 2 km wandelafstand.
- Er zijn volgende drempelverlagende initiatieven om de toegankelijkheid tot de zorg te vergroten:
 - Soepele intakecriteria en weinig exclusiecriteria (o.m. open voor mensen zonder wettig statuut en zonder ziekteverzekering en/of zonder verzekeraar).
 - Geen uitsluiting op basis van taal en gebruik maken van ondersteunende hulpmiddelen indien nodig (bv. Babel).
 - Korte eenvoudige intakeprocedure, al dan niet op afspraak, zonder wachttijd.
 - Vrije consultatie en permanentie in de voormiddag: elke weekdag kunnen mensen zich aanmelden zonder afspraak, zowel voor intake als voor hulpverlening.
 - Openingsuren die toelaten dat ook werkende zorggebruikers op consultatie kunnen komen (4 dagen met opening tot 18u45 en opening op zaterdagvoormiddag).
 - Bereikbaarheid: telefonische bereikbaarheid van arts van wacht voor medische noodgevallen buiten de openingsuren.
 - Geen remgeld: enkel verstrekte medicatie moet worden betaald.
 - Zorggebruikers kunnen indien gewenst ook gebruik maken van een beperkt zorgaanbod en hoeven niet op elk aanbod in te gaan.

3. KWALITEITSBELEID

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

3.1 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID

Vaststellingen

De voorziening beschikt (op het niveau van de vzw) over een uitgeschreven missie en visie.

Deze werd geactualiseerd in 2021.

De voorziening heeft (op het niveau van de vzw) een algemeen beleidsplan ("transitieplan") (voor de periode 2020 tot 2024) met 6 strategische doelstellingen. Bij het uitwerken van deze doelstellingen zijn ook MSOC-medewerkers betrokken.

Het algemeen beleidsplan bevat:

- duidelijke doelstellingen;
- acties;
- timing.

Er zijn binnen de voorziening verschillende mensen verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid. Naargelang het thema wordt bekeken wie bevoegd is. In aanloop naar de inspectie werd in het najaar van 2021 ook gestart met een werkgroep om de verschillende verbeteracties aan te sturen en op te volgen; deze werkgroep bestaat uit directie, coördinatoren, stafmedewerkers en de medisch verantwoordelijke.

De afgelopen 5 jaar werd geen vorming gevolgd rond kwaliteitsbeleid.

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

Zorggebruikers worden niet betrokken bij het beleid. Lange tijd was er op het niveau van de vzw een cliëntenraad, maar deze is uitgedoofd. Er wordt bekeken hoe die kan gereactiveerd worden.

Familie / context worden niet betrokken bij het beleid.

De voorziening heeft schriftelijke afspraken over:

- inclusiecriteria;
- exclusiecriteria;
- wachtlijstbeleid: op de website staat vermeld dat de zorggebruiker elke dag en zonder afspraak in MSOC Free Clinic terecht kan;
- vorming medewerkers (permanente vorming).

De voorziening heeft mondelinge afspraken over:

- vorming voor nieuwe medewerkers (inscholing).

Interne afspraken worden t.a.v. de medewerkers gecommuniceerd via e-mail, via deelteams, via briefings, via protocollen (nog in ontwikkeling) en via verslagen van vergaderingen.

Schriftelijke afspraken zijn beschreven in documenten die in gedeelde mappen op de server staan.

3.2 VERBETERBELEID

3.2.1 Zicht op eigen werking (gegevens verzamelen en analyseren)

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

- jaarverslag;
- opvolging/evaluatie van het algemeen beleidsplan;
- inbreng van ervaringsdeskundigen (op het niveau van de vzw);
- zorggebruikersbevraging;
- medewerkersbevraging.

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

- Toegankelijkheid:
 - o % dat vanuit aanmelding instroomt;
 - o aantal nieuwe zorggebruikers en aantal herinstromers.
- Doelgroep:
 - o aantal bereikte zorggebruikers;
 - o demografische gegevens zorggebruikers;
 - o justitieel statuut;
 - o welk middelengebruik.
- Behandeling:
 - o aantal revalidatieprestaties;
 - o behandelduur/aantal contacten.

- Vorming medewerkers:
 - o jaarlijks aantal gevolgde uren vorming.
- De ervaringen van medewerkers worden schriftelijk bevestigd:
 - o bevestiging vormingsvoorkeuren (2017);
 - o bevestiging goed bestuur (2018), over de interne werking van de vzw; de resultaten vormden input voor het transitieplan 2020-2024;
 - o bevestiging rond doelgroepverruiming (2019);
 - o bevestiging aanpak coronacrisis (2020);
 - o bevestiging gendergerelateerd grensoverschrijdend gedrag (2021).
- De ervaringen van zorggebruikers over de werking worden schriftelijk bevestigd:
 - o cliëntenbevestiging corona (2020);
 - o cliëntenbevestiging missie/visie (2021).

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

3.2.2 Verbeteracties

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

- Doelgroepverruiming t.g.v. een diversifiëring van de doelgroep (minder opiatengebruik, ouder wordende doelgroep, toename cocaïnegebruik).
- Etikettering op naam bij medicatie-uitgifte.
- Suïcidepreventie (vorming en protocol).
- Uitwerking van een nieuw beleid rond grensoverschrijdend gedrag (nog lopend).
- Kindreflex (vorming – operationalisering nog verder te ontwikkelen).
- Wachtzaalbeheer (document en voorhof als wachtzaal).

Uit een lijst van verbeteracties van de laatste 5 jaar werden 3 verbeteracties geselecteerd (doelgroepverruiming, grensoverschrijdend gedrag, suïcidepreventie) en gecontroleerd op de aanwezigheid van een aantal onderwerpen (doelstelling, motivatie, acties, timing, evaluatie van de resultaten).

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

Voor alle 3 de verbeteracties zijn alle gecontroleerde onderwerpen uitgeschreven.

3.3 SAMENVATTING RESULTATEN KWALITEITSBELEID

3.3.1 Zoals verwacht

Algemeen kwaliteitsbeleid

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

Verbeterbeleid

- Er werden verbeteracties opgezet.

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

3.3.2 Verbeterpunten

Algemeen kwaliteitsbeleid

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

4. MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

4.1 TOEGANKELIJKHEID EN BESCHIKBAARHEID VAN ZORGGEGEVENS

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Werkwijze dossiercontrole

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

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

Vaststellingen

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

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

Het dossier van zorggebruikers is een combinatie van elektronische dossiers, elektronische documenten en papieren dossiers:

- DARTS (elektronisch dossier):
 - 1a voor intake, gesprekken, evolutiefiches, verslaggeving briefing en cliëntbespreking;
 - 1b dossier voor psychosociale werkers, verpleegkundigen, artsen.
- Worddocumenten (in digitale mappen)
 - 2a1 ingescande sociaal-administratieve documenten en archief van gesprekken;
 - 2a2 archief cliëntbesprekingen;
 - 2b1 dossier voor psychosociale werkers;
 - 2b2 dossier voor psychosociale werkers, verpleegkundigen en artsen.
- Health-one (elektronisch dossier):
 - 3a voor medische gegevens, consultaties, laboratoriumuitslagen, verslaggeving specialisten;
 - 3b dossier voor artsen en verpleegkundigen.
- Methadon Uitgifte Systeem (MUS) (elektronisch dossier):
 - 4a registratie substitutiemedicatie;
 - 4b dossier voor verpleegkundigen.
- Papieren dossier (opgeborgen in kasten in de gang met consultatielokalen):
 - 5a sociaal-administratieve documenten, gespreksnotities;
 - 5b dossier voor psychosociale werkers.
- De registratie van verstrekte medicatie (buiten de methadon en buprenorfine) gebeurt op papier. Deze medicatiebladen worden op het einde van de maand ingescand in Health-one, waarna de papieren versie wordt versnipperd.

Het dossier van zorggebruikers is versnipperd zoals hierboven beschreven.

Alle gecontroleerde dossierdelen zijn toegankelijk voor alle betrokken teamleden.

Er werden 10 dossiers gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over een aantal onderwerpen.

Volgende vaststellingen werden gedaan in deze dossiersteekproef:

- In 10 gecontroleerde dossiers werden in 2 dossiers identificatiegegevens van de huisarts gevonden; in 8 dossiers werd geen informatie over de huisarts of geen identificatiegegevens van de huisarts gevonden.
- In 8 van de 10 gecontroleerde dossiers was genoteerd dat de zorggebruiker zichzelf op eigen initiatief aanmeldde.
In beide andere gecontroleerde dossiers werden identificatiegegevens van de verwijzer gevonden.
- In 9 van de 10 gecontroleerde dossiers werd een omschrijving van de hulpvraag van de zorggebruiker gevonden; in 1 gecontroleerd dossier werd hierover geen informatie gevonden.
- In 8 van de 10 gecontroleerde dossiers werd info over medicatiegebruik gevonden of de informatie dat de zorggebruiker geen medicatie neemt; in 2 gecontroleerde dossiers werd hierover geen informatie gevonden.
- In 8 van de 10 gecontroleerde dossiers was er informatie of de zorggebruiker al of niet minderjarige kinderen heeft of zorg draagt voor minderjarige kinderen; in 2 gecontroleerde dossiers werd hierover geen informatie gevonden.

De voorziening volgt de interne afspraken betreffende de toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van de zorggegevens op. Halfjaarlijks genereert de teamcoördinator een lijst met ontbrekende gegevens in DARTS. Op basis daarvan vullen de teamleden de gegevens aan.

De voorziening heeft volgende verbeteractie opgezet betreffende de toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van de zorggegevens: om de correcte registratie van informatie over minderjarige kinderen te bevorderen en om het belang daarvan duidelijk te maken, volgde het team een vorming i.v.m. de Kindreflex.

4.2 ZORGPLAN

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen

- Gebruiksgerichte zorg oriënteert zich op de verwachtingen, noden, behoeften en waarden van de gebruiker en toont respect voor de gebruiker als mens. Bij het verstrekken van gebruiksgerichte zorg zijn

respect voor de menselijke waardigheid en diversiteit, de bejegening, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het zelfbeschikkingsrecht, de klachtenbemiddeling en -behandeling, de informatie en de inspraak van de gebruiker gewaarborgd.

Werkwijze dossiercontrole

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

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

Vaststellingen

De interne term voor het zorgplan is evolutiefiche waarin per zorggebruiker een individueel plan van aanpak met doelstellingen wordt opgemaakt. Verder in dit verslag wordt de naam zorgplan gebruikt.

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

- De inhoud:
 - o Er is een sjabloon aanwezig met onder meer de hulpvraag en doelstellingen.
- Wie moet participeren bij de opmaak van het zorgplan.
- Timing voor het opstellen: na 1 jaar.
- Timing voor het evalueren: jaarlijks.

Er is daarnaast ook een mondelinge afspraak dat zorggebruikers binnen de vijf dagen na aanmelding besproken worden op het consultteam (waar beslist wordt of een behandeling al dan niet kan starten) en dat ze 1 maand na de start op de cliëntbespreking worden geagendeerd. Op die 2 momenten kunnen er ook reeds doelstellingen en acties geformuleerd worden die voor deze inspectie ook als zorgplan worden beschouwd.

Er zijn schriftelijke afspraken over de inspraak van de zorggebruiker bij de opmaak of evaluatie van het zorgplan. De inspraak van de zorggebruiker gebeurt via een evolutiegesprek. Richtlijnen voor de te volgen werkwijze zijn beschreven in een "How To"-document.

5 van de 6 bevraagde zorggebruikers geven aan dat ze inspraak hadden bij de opmaak of evaluatie van hun zorgplan; 1 zorggebruiker gaf aan dat hierbij geen inspraak was.

De context van de zorggebruiker (= iedereen die betrokken is bij de zorgverlening voor die zorggebruiker, bv. familieleden, behandelende artsen, verwijzers) wordt in verschillende fasen van het zorgtraject betrokken. In samenspraak met de zorggebruiker kan de context betrokken worden. Dat kan gebeuren op initiatief van de zorggebruiker of vanuit de context zelf. Indien het initiatief vanuit de context komt, wordt dit steeds besproken met de zorggebruiker en wordt nagegaan of deze dit nodig/wenselijk vindt.

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

In 9 van de 10 gecontroleerde dossiers werd een zorgplan gevonden. In 1 van de 10 gecontroleerde dossiers werd geen zorgplan gevonden.

In 8 van de 10 gecontroleerde dossiers werd een zorgplan gevonden volgens de intern vooropgestelde timing (namelijk na 1 jaar). In 2 van de 10 gecontroleerde dossiers werd geen zorgplan gevonden volgens de intern vooropgestelde timing.

In 7 van de 9 gecontroleerde dossiers waar een zorgplan aanwezig was, kon de betrokkenheid van de zorggebruiker bij het opstellen van het zorgplan aangetoond worden.

De voorziening volgt de interne afspraken (bv. m.b.t. inhoud/timing/participanten bij de opmaak van het zorgplan/evaluatie) van het zorgplan op. Ze gebruikt daarvoor volgende methode: als een zorgplan niet aanwezig is na 1 jaar, dan is dit in DARTS aangegeven met een groene kleur.

De voorbije jaren werd volgende verbeteractie opgezet i.v.m. het zorgplan: het zorgplan werd bijgestuurd zodat het meer op maat van de individuele zorggebruiker is en meer gericht op diens noden.

4.3 MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG (MDO)

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Werkwijze dossiercontrole

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

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

Vervolgens werd nagegaan of het eerste MDO georganiseerd werd volgens de interne afspraken m.b.t. timing voor het MDO, namelijk na 1 maand.

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

Vaststellingen

Volgende overlegmomenten worden georganiseerd voor multidisciplinaire besprekingen:

- Consultteam
2 keer per week overleg met 1 psychosociaal medewerker, 1 arts en 1 verpleegkundige. Bespreking van intakes van nieuwe zorggebruikers en herintakes, verslaggeving via DARTS en Health One.
- Cliëntbespreking (zorggebruikers worden 1 maand na de start geagendeerd voor bespreking).
Wekelijks overleg met vertegenwoordiging van alle disciplines van het team, verslaggeving via DARTS.
- Miniteam
Frequentie is afhankelijk van de casus en op vraag van betrokkenen medewerkers, verslaggeving in DARTS.

- Briefing
2 maal per dag (ochtend 9u35 en middag 13u50) met alle medewerkers die die dag in huis zijn, verslaggeving in DARTS.
- Overleg teamleiding/sanctiecomité
Wekelijks overleg met 1 arts, 1 verpleegkundige en 1 psychosociaal medewerker. Agendering door medewerkers i.f.v. incidentmeldingen, verslaggeving in DARTS en in digitaal document op server.
- Deelteam
Wekelijks overleg met alle medewerkers van een bepaalde discipline. Agendering door teamleden zelf, verslaggeving in DARTS, Health One of in een digitaal document op de server, afhankelijk van de discipline en van het onderwerp.

Voor alle hierboven vermelde multidisciplinaire besprekingen beschikt de voorziening over mondelinge afspraken:

- Frequentie: zie hierboven.
- Conclusie: verslag met conclusie zoals hierboven beschreven.

Er werden 10 dossiers gecontroleerd betreffende multidisciplinaire overlegmomenten.

In 9 van de 10 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat er een MDO georganiseerd werd.

In alle 9 de gecontroleerde MDO was een conclusie aanwezig met betrekking tot het verdere beleid.

In 6 van de 10 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat ten minste 1 MDO georganiseerd werd binnen de intern vooropgestelde timing (namelijk: na 1 maand).

In 4 van de 10 gecontroleerde dossiers kon niet aangetoond worden dat er ten minste 1 MDO georganiseerd werd binnen de intern vooropgestelde timing (namelijk: na 1 maand).

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

In alle 10 de gecontroleerde dossiers was de behandelduur langer dan 6 maanden.

In 8 van de 10 gecontroleerde dossiers met een behandelduur langer dan 6 maanden kon aangetoond worden dat ten minste 1 MDO georganiseerd werd binnen de 6 maanden.

In 2 van de 10 gecontroleerde dossiers met een behandelduur langer dan 6 maanden kon niet aangetoond worden dat ten minste 1 MDO georganiseerd werd binnen de 6 maanden.

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

De voorbije jaren werd volgende verbeteracties opgezet i.v.m. het MDO: verslagen van de verschillende multidisciplinaire overlegmomenten werden de voorbije jaren geïntegreerd binnen DARTS.

4.4 COMMUNICATIE MET EXTERNE ZORGVERLENERS (CONTINUÏTEIT)

Aangezien trajecten die zorggebruikers in deze voorziening doorlopen, zelden formeel worden afgerond, werden volgende onderwerpen hier niet gecontroleerd:

- communicatie met externe zorgverleners (huisarts, verwijzer en vervolgzorg) bij afronding;
- afspraken rond het eindverslag;
- dossiercontrole m.b.t. het eindverslag.

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Vaststellingen

4.4.1 Verwijzer

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

De communicatie aan de verwijzer bij opstart gebeurt mondeling en/of schriftelijk.

4.4.2 Huisarts

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

De communicatie aan de huisarts bij opstart gebeurt mondeling en/of schriftelijk.

4.5 SAMENVATTING RESULTATEN MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

4.5.1 Zoals verwacht

Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens

- Voor alle gezochte elementen zijn er afspraken over waar deze in het dossier genoteerd worden.
- Aan de hand van de 10 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat er systematisch gewerkt wordt m.b.t. de aanwezigheid van informatie over de volgende gecontroleerde onderwerpen ($\geq 75\%$):
 - identificatiegegevens of info over verwijzer (8/10 in orde);
 - hulpvraag van de zorggebruiker (9/10 in orde);
 - informatie over medicatiegebruik (8/10 in orde);
 - informatie over minderjarige kinderen (8/10 in orde).
- Alle dossierdelen zijn toegankelijk voor alle betrokken teamleden.

Zorgplan

- Er zijn afspraken over alle gezochte elementen met betrekking tot het zorgplan.
- Er zijn afspraken over inspraak van de zorggebruiker bij de opmaak of evaluatie van het zorgplan.
- In $\geq 75\%$ van de gecontroleerde dossiers met een zorgplan kon aangetoond worden dat de zorggebruikers inspraak hebben bij de opmaak van het zorgplan (7/9 in orde).
- Na minstens 2 maanden en 5 FTF begeleiding werd er in $\geq 75\%$ van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden (9/10 in orde).
- Er werd in $\geq 75\%$ van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden volgens de intern vooropgestelde timing (8/10 in orde).

MDO

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

Communicatie met externe zorgverleners

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

4.5.2 Verbeterpunten

Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens

- Het dossier van zorggebruikers is versnipperd.
- Aan de hand van de 10 gecontroleerde dossiers kon niet aangetoond worden dat er systematisch gewerkt wordt m.b.t. de aanwezigheid van informatie over de volgende gecontroleerde onderwerpen ($< 75\%$):
 - identificatiegegevens of info over huisarts (2/10 in orde).

MDO

- Er kon in <75% van de gecontroleerde dossiers aangetoond worden dat een MDO georganiseerd werd binnen de intern vooropgestelde timing (6/10 in orde).

5. RECHTEN

5.1 INZAGE IN EN AFSCHRIFT VAN HET DOSSIER

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Vaststellingen

Er zijn mondelinge afspraken over inzage in het dossier.

Deze afspraken rond inzage in het dossier bevatten volgende elementen uit de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- De vraag tot inzage kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden.
- Enkel persoonlijke notities of elementen over derden kunnen onttrokken worden aan het recht tot inzage.

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

- Wanneer de vertrouwenspersoon van de zorggebruiker een beroepsbeoefenaar is, worden de persoonlijke notities toch onttrokken aan het recht tot inzage.
- De termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het dossier is langer dan 15 dagen.

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

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

- De vraag voor afschrift kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden.
- Het afschrift is gratis (minstens het eerste).
- Enkel persoonlijke notities of elementen over derden kunnen onttrokken worden aan het recht tot afschrift.

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

- Wanneer de vertrouwenspersoon van de zorggebruiker een beroepsbeoefenaar is, worden de persoonlijke notities toch onttrokken aan het recht tot afschrift.
- De termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het afschrift van het dossier is langer dan 15 dagen.

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

- website;
- begeleidingsovereenkomst.

1 van de 6 zorggebruikers gaf aan dat hij geïnformeerd werd over de mogelijkheid tot inzage in het dossier.

Deze zorggebruiker werd hier mondeling over geïnformeerd.

5 van de 6 zorggebruikers geven aan dat ze geen info kregen over de mogelijkheid tot inzage in hun dossier.

5.2 KLACHTRECHT

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

- De patiënt heeft het recht een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door de "wet betreffende de rechten van de patiënt" neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie.

De ombudsfunctie heeft volgende opdrachten: 1° het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen; 2° het bemiddelen bij de klachten met het oog op het bereiken van een oplossing; 3° het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een in 2° bedoelde oplossing; 4° het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie; 5° het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een klacht.

- De klachten kunnen schriftelijk (brief, fax, e-mail) of mondeling (telefoon, persoonlijk contact op afspraak) bij de bevoegde ombudspersoon geformuleerd worden.
- Het huishoudelijk reglement dat de specifieke modaliteiten inzake de organisatie, de werking en de klachtenprocedure bepaalt, is beschikbaar in het ziekenhuis of op de administratieve zetel van het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg. Het reglement van de federale ombudsdienst is beschikbaar op het secretariaat van de Federale commissie "Rechten van de patiënt". Elke geïnteresseerde kan het huishoudelijk reglement inzien.

Vaststellingen

Er zijn schriftelijke afspraken over het indienen van klachten.

Er zijn interne klachtenbehandelaars en een externe klachtenbehandelaar aangeduid.

Klachten worden intern behandeld door het beleidsteam (teamcoördinator verpleging, teamcoördinator artsen en teamcoördinator psychosociale hulpverlening).

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

Volgende vaststellingen werden gedaan rond toegankelijkheid van de klachtbehandeling:

- Er gebeurt bekendmaking via de begeleidingsovereenkomst en via de TV-schermen aan het onthaal.
- Er worden contactgegevens vermeld.
- Er is rechtstreekse toegang mogelijk.

Klachten kunnen zowel mondeling als schriftelijk worden ingediend.

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

- begeleidingsovereenkomst;
- TV-schermen aan het onthaal.

Alle 6 de zorggebruikers geven aan dat ze niet geïnformeerd werden over de manier waarop men klacht kan indienen.

Over de ingediende klachten worden geen cijfers/gegevens verzameld.

Het aantal klachten in het vorige kalenderjaar werd niet bijgehouden.

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

- Tot voor de coronaperiode moesten zorggebruikers binnen wachten als ze hun beurt wilden behouden. Daar was regelmatig ontevredenheid over. Tijdens de coronaperiode moest het aantal personen in de wachtzaal beperkt worden; zorggebruikers die aan de beurt waren, werden buiten gehaald. Gezien de ontevredenheid bij zorggebruikers over het oude systeem en de tevredenheid bij medewerkers en zorggebruikers over het nieuwe systeem, werd het nieuwe systeem ook na het opheffen van de coronamaatregelen behouden.
- Zorggebruikers vroegen regelmatig toegang tot wifi. Onlangs werd beslist om op deze vraag in te gaan.

5.3 PRIVACY

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Vaststellingen

Volgende controlemaatregel wordt toegepast:

- alcohol- of drugcontrole.

Hierover zijn mondelinge afspraken.

Bij intake krijgen zorggebruikers mondelinge informatie over deze controlemaatregel

Tijdens de bevraging geven de zorggebruikers ook aan dat deze controles gebeuren.

5 van de 6 bevroegde zorggebruikers gaven aan dat ze info kregen over deze controlemaatregel.

Deze 5 zorggebruikers geven aan dat ze hierover mondeling werden geïnformeerd. 1 zorggebruiker geeft aan dat hij hier niet werd over geïnformeerd.

Zorggebruikers worden mondeling en schriftelijk geïnformeerd over de afspraken/regels. Bij intake ondertekenen ze een begeleidingsovereenkomst waarin de regels staan beschreven, en deze wordt ook mondeling overlopen.

3 van de 6 zorggebruikers geven tijdens de bevraging aan dat ze mondeling en schriftelijk op de hoogte zijn gebracht van alle afspraken/regels. 1 zorggebruiker geeft aan dat hij schriftelijk werd geïnformeerd, en 2 van de 6 zorggebruikers zeggen niet te zijn geïnformeerd.

4 van de 6 zorggebruikers geven tijdens de bevraging aan dat de regels duidelijk zijn voor hen; de 2 andere zorggebruikers hebben geen weet van regels.

Zorggebruikers geven aan dat er volgende consequentie kan zijn bij het overtreden van de afspraken/regels: time-out (tijdelijke schorsing).

3 van de 6 zorggebruikers geven aan dat ze inspraak hebben in de afspraken/regels: ze kunnen het gewoon aan de directeur of aan een andere medewerker zeggen. 1 zorggebruiker gaf aan dat er geen inspraak is in de afspraken/regels, en de 2 andere zorggebruikers hebben geen weet van afspraken/regels.

De afspraken/regels werden de voorbije jaren geëvalueerd door:

- Medewerkers: binnen de vaste overlegstructuren is er ruimte voorzien om afspraken en regels te evalueren; dit kan door individuele medewerkers geagendeerd worden op de desbetreffende overlegtafel.

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

- In principe zijn geen vervoersmiddelen toegelaten in de wachtzaal. Omdat steps in opmars zijn en vaak niet op slot kunnen gezet worden, werd – na bespreking op het psychosociaal deelteam – besloten om deze wel toe te laten.
- Zorggebruiker hoeven niet langer binnen te wachten om hun beurt te behouden (zie hoger).
- Zorggebruikers vragen regelmatig toegang tot wifi. In 2016 werd niet ingegaan op deze vraag. Onlangs werd deze vraag opnieuw gesteld, en werd door het psychosociaal deelteam en de adviesraad beslist om dit wel te voorzien, mede omdat zorggebruikers vaak hun GSM nodig hebben voor bepaalde hulp.

5.4 ZELFBESCHIKKING

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

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

Werkwijze dossiercontrole

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

Vaststellingen

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

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

Volgens het interne beleid wordt in het dossier van zorggebruikers niet steeds genoteerd of de zorggebruiker al dan niet toestemming geeft voor het delen van informatie met de huisarts; dit wordt enkel genoteerd als het aan de orde is (bv. als het MSOC het aangewezen vindt om informatie uit te wisselen).

1 van de 3 zorggebruikers met een huisarts geeft tijdens de bevraging aan dat gevraagd werd om toestemming te geven voor het delen van informatie met de huisarts. Deze zorggebruiker geeft aan dat dit mondeling werd gevraagd. De 2 andere zorggebruikers met een huisarts geven aan dat geen toestemming werd gevraagd voor het delen van informatie met de huisarts.

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

De zorggebruiker kan weigeren om informatie te delen met de vervolgzorg.

Volgens het interne beleid wordt in het dossier van de zorggebruiker niet steeds genoteerd of de zorggebruiker al of niet toestemming geeft voor het delen van informatie met de vervolgzorg: dit wordt enkel genoteerd als het aan de orde is (bv. een zorggebruiker die tijdens een opname in een andere voorziening toestemming geeft om informatie met de vervolgzorg te delen).

De zorggebruiker geeft mondeling of schriftelijk toestemming voor het delen van informatie met de vervolgzorg.

Er werden 2 lopende dossiers van zorggebruikers die aangaven een huisarts te hebben, gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts.

In geen van beide gecontroleerde dossiers werd informatie over toestemming tot het delen van informatie met de huisarts gevonden.

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

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

5.5 ROLSTOELTOEGANKELIJKHEID

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Vaststellingen

Volgende vaststellingen werden gedaan rond rolstoeltoegankelijkheid:

- Er is een rolstoeltoegankelijke gespreksruimte/therapielokaal.
- Er is een rolstoeltoegankelijk toilet waarbij volgende zaken niet in orde zijn: geen aangepaste lavabo.

5.6 SAMENVATTING RESULTATEN RECHTEN

Betreffende de resultaten uit de dossiersteekproef: gezien het aantal dossiers van zorggebruikers die aan-geven een huisarts te hebben minder is dan 5, leiden de resultaten niet tot een beoordeling over informatie in het dossier over het vragen van toestemming tot het delen van informatie met de huisarts.

5.6.1 Zoals verwacht

Inzage en afschrift van het dossier

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

Klachtrecht

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

Privacy

- Voor alle toegepaste controlemaatregelen zijn er afspraken.

Zelfbeschikking

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

5.6.2 Verbeterpunten

Inzage en afschrift van het dossier

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

Rolstoeltoegankelijkheid

- Tijdens de inspectie werden problemen op het vlak van rolstoeltoegankelijkheid vastgesteld: geen aangepaste lavabo in het toilet.

6. VEILIGHEID

6.1 VEILIGHEID VAN PERSONEN

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

Vaststellingen

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

- agressie.

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

- seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG).

Er wordt op volgende manier aandacht geschonken aan agressiepreventie:

- Er worden aan de zorggebruikers afspraken/regels gecommuniceerd i.v.m. agressie.
- Medewerkers volgden vorming over agressiepreventie.
- In alle lokalen waar zorggebruikers gezien worden, zijn er alarmknoppen aanwezig.

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

- Medewerkers kunnen terecht bij collega's of coördinatoren. Daarnaast zijn er binnen de vzw ook twee vertrouwenspersonen, waar personeelsleden terecht kunnen met werkgerelateerde problemen.
- Indien gewenst kan na een incident een debriefing plaats vinden met iedereen die (on)rechtstreeks betrokken was bij het incident.
- Er kan beroep gedaan worden op externe psychologische begeleiding bij de externe dienst voor arbeids-geneeskunde.

Over de incidenten m.b.t. veiligheid (agressie, SGOG) worden cijfers/gegevens verzameld aan de hand van een incidentmeldingssysteem. In de loop van 2022 wil men een periode heel precies registreren, om op basis daarvan een beleid en actieplan op te stellen rond grensoverschrijdend gedrag, inclusief agressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag.

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

- Na incidenten wordt meer dan vroeger ingezet op bemiddeling, en minder op sanctionering.
- De plaatsing van de alarmknoppen werd geoptimaliseerd om de veiligheid te verhogen.
- Een werkgroep werkt aan een nieuw beleid inzake grensoverschrijdend gedrag.

6.2 BEWARING VAN DOSSIERGEGEVENS

Verwachtingen

Uit regelgeving/richtlijnen:

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

Vaststellingen

Elektronische dossiergegevens zijn niet allemaal beveiligd met een persoonlijke inlogcode van de medewerker: in Health-one hebben alle artsen wel een persoonlijke login, maar er is slechts 1 licentie voor alle psychosociale en onthaalmedewerkers samen (weliswaar enkel met leesrechten) en 1 licentie voor alle verpleegkundigen

(met lees- en schrijfrechten). De voorziening geeft aan dat het te duur is om voor alle medewerkers aparte licenties aan te kopen.

De toegang tot de papieren dossiers van zorggebruikers is niet beveiligd: deze dossiers worden bewaard in afsluitbare dossierkasten in een gang waar ook zorggebruikers komen. Op het moment van de inspectie waren deze dossierkasten niet afgesloten. Daardoor zijn deze toegankelijk voor onbevoegden (uit gesprek blijkt dat zorggebruikers enkel onder begeleiding in de betreffende gang komen, maar dat geldt niet altijd voor andere onbevoegden, zoals bv. poetspersoneel).

Dossiers van zorggebruikers waarbij de zorg werd beëindigd, worden in dezelfde kasten bewaard, en ook de toegang tot deze dossiers is dus niet beveiligd.

Niet enkel de medewerkers die rechtstreeks betrokken zijn bij de zorg van een bepaalde zorggebruiker hebben toegang tot deze zorggebruikersgegevens, waardoor de bescherming van persoons- en gezondheidsgegevens niet gegarandeerd is. De dossierkasten zijn toegankelijk voor bv. poets- en logistiek personeel.

6.3 MEDICATIEBELEID

Verwachtingen

Uit GGZ-referentiekaders:

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

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

Werkwijze controle medicatie en medicatieschema's

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

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

De klaargezette medicatie werd als volgt beoordeeld:

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

Vaststellingen

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

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

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

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

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

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

De medicatievoorraad wordt bewaard op 2 plaatsen. Methadon wordt bewaard in een kluis in de kelder en is enkel toegankelijk voor verpleegkundigen. Andere medicatie wordt bewaard in een rolwagen met code. Deze is toegankelijk voor verpleegkundigen en onthaalmedewerkers.

De medicatievoorraad is beveiligd voor zorggebruikers of andere onbevoegden.

De volledigheid van de voorraad substitutiemedicatie wordt op volgende manier gecontroleerd.

In het MUS wordt telkens het lotnummer van een bidon (5 liter) methadon genoteerd. Elke uitgave van methadon aan zorggebruikers wordt in het MUS automatisch in mindering gebracht zodat steeds de nog aanwezige hoeveelheid in de bidon bekend is. Daarnaast wordt bij de kluis met methadon een register bijgehouden van inkomende en uitgaande bidons.

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

10 keer was de naam van de medicatie aanwezig.

10 keer was de dosis vermeld.

10 keer was de vervaldatum vermeld.

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

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

Voor geen enkel geneesmiddel met vervaldatum was deze overschreden.

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

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

Het medicatieschema wordt in MUS (voor substitutiemedicatie) gezet of op papier (voor andere medicatie) genoteerd door de verpleegkundigen en dit op basis van de voorschriften die de arts in Health One aanmaakt.

Volgende mogelijke risico's rond opmaak van het medicatieschema werden opgemerkt:

- Het schema zelf wordt handmatig gemaakt op basis van de voorschriften in Health One.

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

5 keer was de identificatie van de zorggebruiker aanwezig.

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

Er werden 10 geneesmiddelen in deze medicatieschema's gecontroleerd.

10 keer was de naam van het geneesmiddel vermeld.
10 keer was de dosis van het geneesmiddel vermeld.
10 keer was de innamefrequentie van het geneesmiddel vermeld.

Over medicatiebeleid/medicatie-incidenten worden cijfers/gegevens verzameld: er is een applicatie voor het melden van medicatie-incidenten.

Volgens de voorziening blijkt uit de opvolging dat er geen verbeteracties nodig waren op basis van de verzamelde gegevens rond medicatiebeleid/medicatie-incidenten.

6.4 SAMENVATTING RESULTATEN VEILIGHEID

6.4.1 Zoals verwacht

Veiligheid van personen

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

Medicatiebeleid

- Er zijn afspraken over het omgaan met medicatie-incidenten.
- De medicatievoorraad is beveiligd voor zorggebruikers of andere onbevoegden.
- De volledigheid van de voorraad substitutiemedicatie wordt gecontroleerd.
- Voor $\geq 75\%$ van de 10 gecontroleerde geneesmiddelen, in de klaargezette medicatie of in de voorraad kon alle gecontroleerde info gevonden worden (naam medicatie, dosis en vervaldatum).
- In de gecontroleerde geneesmiddelen, in de klaargezette medicatie of in de voorraad werd geen verval- len medicatie gevonden.
- In $\geq 75\%$ van de 5 gecontroleerde dossiers van zorggebruikers die medicatie toegediend kregen werd een medicatieschema gevonden.
- Het teamlid dat medicatie toedient heeft toegang tot het medicatieschema in het dossier van zorg- gebruikers.
- Er zijn afspraken rond validatie van het medicatieschema door een arts.
- Aan de hand van de 5 gecontroleerde medicatieschema's kon aangetoond worden dat er systematisch informatie aanwezig is over volgende gecontroleerde onderwerpen ($\geq 75\%$):
 - identificatie van de zorggebruiker (5/5 in orde);
 - validatie door de arts (5/5 in orde).
- Aan de hand van de 10 gecontroleerde geneesmiddelen in de medicatieschema's kon aangetoond wor- den dat er systematisch informatie aanwezig is over volgende gecontroleerde onderwerpen ($\geq 75\%$):
 - naam van het geneesmiddel (10/10 in orde);
 - dosis (10/10 in orde);
 - innamefrequentie (10/10 in orde).
- Er zijn afspraken met betrekking tot het toedienen van medicatie over volgende aspecten:
 - Er moet genoteerd worden in het dossier wanneer de zorggebruiker de medicatie heeft gekregen.
 - Er moet genoteerd worden in het dossier wanneer de zorggebruiker de medicatie niet heeft ingenomen.
 - De reden van niet-inname van medicatie moet genoteerd worden in het dossier van de zorg- gebruiker.

6.4.2 Verbeterpunten

Bewaring van dossiergegevens

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

7. ALGEMEEN BESLUIT

7.1 OVERZICHT RESULTATEN

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

Gecontroleerde onderwerpen	Aantal zoals verwacht	Aantal verbeterpunten
Kwaliteitsbeleid		
Algemeen kwaliteitsbeleid	6/7	1/7
Verbeteracties	2/2	0/2
Multidisciplinaire werking		
Toegankelijkheid/beschikbaarheid van zorggegevens	6/8	2/8
Zorgplan	5/5	0/5
MDO	3/4	1/4
Communicatie met externe zorgverleners	2/2	0/2
Rechten		
Inzage/afschrift dossier	3/5	2/5
Klachtrecht	5/5	0/5
Privacy	1/1	0/1
Zelfbeschikking	2/2	0/2
Rolstoeltoegankelijkheid	0/1	1/1
Veiligheid		
Veiligheid personen	1/1	0/1
Bewaring dossiergegevens	0/2	2/2
Medicatiebeleid	16/16	0/16

7.2 Globale Beoordeling

MSOC Free Clinic behaalde voor de meeste/meerdere/volgende (beschrijf als het er weinig zijn) onderwerpen die geïnspecteerd werden een beoordeling "zoals verwacht" (52/61).

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

- Voor alle 3 de verbeteracties zijn alle gecontroleerde onderwerpen uitgeschreven.
- De context (familie, naasten en andere zorgverleners) wordt betrokken bij het zorgtraject.
- Afspraken rond toegankelijkheid en/of beschikbaarheid van gegevens worden opgevolgd en dit leidt indien nodig tot verbeteracties.
- Afspraken rond zorgplan worden opgevolgd en dit leidt indien nodig tot verbeteracties.
- Ingediende klachten worden opgevolgd en dit leidt indien nodig tot verbeteracties.
- Afspraken/regels/controlematregelen worden geëvalueerd en dit leidt indien nodig tot verbeteracties.
- Incidentmeldingen betreffende agressie en SGOG worden opgevolgd en dit leidt indien nodig tot verbeteracties
- Het medicatiebeleid/de medicatie-incidenten wordt/worden opgevolgd en dit leidt indien nodig tot verbeteracties.
- Niettegenstaande de financiering niet voorzien is in de conventie, investeert de voorziening toch in outreachende (mobiele) initiatieven.

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

- Informatie over de zorggebruiker is versnipperd.
- De afspraken over inzage in het dossier zijn niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving.
- De afspraken over afschrift van het dossier zijn niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de geldende regelgeving.