

**Zorginspectie**

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 Brussel

**T** 02 553 33 34

**contact.zorginspectie@vlaanderen.be**

**OVERZICHT VAN PRIORITAIRE VERBETERPUNTEN**

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

Het is de bedoeling dat de voorziening concreet aan de slag gaat met alle verbeterpunten uit het inspectie-verslag. 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.

**kwaliteitsbeleid**

* De voorziening heeft een beleidsplan, maar hierin ontbreekt/ontbreken: duidelijke doelstellingen, acties en timing. / De voorziening heeft geen beleidsplan.
* Er werden geen verbeteracties opgezet.

**multidisciplinaire werking**

**Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorggegevens**

* Het dossier van zorggebruikers is versnipperd.
* Niet alle zorggebruikersgegevens zijn toegankelijk voor de betrokken teamleden.

**Zorgplan**

* Er zijn niet over alle gezochte elementen met betrekking tot het zorgplan afspraken.
* Er zijn geen afspraken over inspraak van de (ouders van de) zorggebruiker bij de opmaak of evaluatie van het zorgplan.
* Aan de hand van de gecontroleerde dossiers kon niet aangetoond worden dat (de ouders van) de zorggebruiker systematisch inspraak heeft bij de opmaak van het zorgplan (<75% van de dossiers met zorgplan).
* Na minstens *2 weken (voor residentiële kortdurende opname) / 2 maanden (voor residentiële langdurende opname) / 2 maanden en 5 contacten (voor ambulante settings)* werd er in <75% van de gecontroleerde dossiers een zorgplan gevonden.

**MDO**

* Er zijn niet voor alle gezochte elementen met betrekking tot het MDO afspraken.
* Er kon in <75% van de gecontroleerde dossiers van zorggebruikers die minstens 6 maanden in opname/begeleiding waren, aangetoond worden dat er een MDO georganiseerd werd.

**Communicatie met externe zorgverleners**

* Er zijn geen afspraken over de minimale inhoud van het eindverslag.
* Er werd in <75% van de gecontroleerde dossiers een eindverslag gevonden.

**rechten**

**Inzage en afschrift van het dossier**

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

**Klachtrecht**

* Er zijn geen afspraken over het indienen van klachten.

**Privacy**

* Niet voor alle toegepaste controlemaatregelen zijn er afspraken.

**Zelfbeschikking**

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

**veiligheid**

**Medicatiebeleid**

* De medicatievoorraad is niet beveiligd voor zorggebruikers of andere onbevoegden.
* Voor <75% van de 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 vervallen medicatie gevonden.
* In <75% van de gecontroleerde dossiers van zorggebruikers die medicatie toegediend kregen, werd een medicatieschema gevonden.
* Het teamlid dat medicatie toedient, heeft geen toegang tot het medicatieschema in het dossier van zorggebruikers.
* Er zijn geen afspraken rond validatie van het medicatieschema door een arts.