

**GOUVERNEMENTS DE COMMUNAUTE ET DE REGION  
GEMEENSCHAPS- EN GEWESTREGERINGEN  
GEMEINSCHAFTS- UND REGIONALREGIERUNGEN**

**VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE**

**MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP**

[C - 99/36043]

**20 APRIL 1999. — Omzendbrief betreffende de uitvoering  
van het kwaliteitsdecreet in algemene, universitaire, categorale en psychiatrische ziekenhuizen**

Voor de algemene en universitaire ziekenhuizen, de categorale ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen worden in dit schrijven bepaald :

- de nadere regels inzake de thema's en aanvaarde indicatoren vermeld in artikel 2, §§2 tot en met 4, van het ministerieel besluit van 15 februari 1999 betreffende de uitvoering van het kwaliteitsdecreet in algemene, universitaire, categorale en psychiatrische ziekenhuizen

**I. VOOR DE ALGEMENE EN UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN**

Indicatoren voor het verplichte thema 'onthaal' :

**1) Satisfactie van de patiënt omtrent de kwaliteit van verschillende deelaspecten van het onthaal**

Een satisfactiemeting is een enquête die beoogt de tevredenheid van personen te meten. Binnen het kwaliteitsthema 'onthaal' beperkt deze meting zich tot de tevredenheid van de patiënten over de bejegeningaspecten rond het onthaal in het ziekenhuis.

**2) Tijdsverschil tussen afspraak en zorgverstrekking**

Het tijdsverschil tussen afspraak en zorgverstrekking is het verschil tussen het tijdstip dat aan de patiënt is meegedeeld waarop de consultatie zou plaatsvinden en het werkelijke tijdstip van aanvang van de consultatie voor die patiënt.

**B. Indicatoren voor het verplichte thema 'geneesmiddelendistributie' :**

**1) Percentage onvolledige medicatieschema's**

Een medicatieschema is onvolledig indien één van de volgende elementen ontbreekt of niet correct is :

patiëntenidentificatie (naam, geboortedatum)

- schriftelijke notitie van de behandelende arts

- schriftelijke aanduiding voor het aangeven van het stoppen van het geneesmiddel

- correcte naam van het geneesmiddel (merknaam of generische naam)

- farmaceutische vorm van het geneesmiddel en de toedieningswijze

- dosis van het geneesmiddel

- bereidingswijze (indien van toepassing)

- toedieningswijze van het geneesmiddel (indien de vorm de toedieningswijze niet éénduidig bepaalt of indien de toedieningswijze niet duidelijk af te leiden is)

- frequentie en/of tijdstip(pen) van toediening van het geneesmiddel

- begin- en stopdatum (indien van toepassing)

Medicatie wordt klaargezet en toegediend aan de hand van een medicatieschema, dat een onderdeel is van het patiëntendossier. Het getuigt van een goede praktijkvoering dat dit medicatieschema volledig is en dat de behandelende arts dit medicatieschema superviseert en bij iedere wijziging aftekent. Uiteindelijk wordt het medicatieschema door de verpleegkundige afgelezen bij het klaarzetten van de medicatie, en is de volledigheid ervan duidelijk aan de kwaliteit van de geneesmiddelendistributie gerelateerd.

Een goed toezicht op het medicatieschema is belangrijk om een overzicht te houden over de therapie van de patiënt. Dit voorkomt bijvoorbeeld het verderzetten van reeds door de arts stopgezette medicatie. Tegelijkertijd hebben artsen hierdoor ook een zicht op de overige observaties en therapeutische voorschriften, en wordt het overleg met verpleegkundigen gestimuleerd. Een medisch voorschrift kan correct zijn maar verkeerd op het medicatieschema worden ingeschreven. Een goede controle door de arts van het medicatieschema zal ook hier een duidelijke kwalitatieve meerwaarde hebben. De behandelende arts zal met een schriftelijke notitie aangeven dat het medicatieschema is nagezien en/of gewijzigd. Deze notitie kan een paraaf zijn in het verpleegkundig dossier of op het medicatieschema, waarmee de behandelende arts aangeeft het medicatieschema te hebben gesuperviseerd en mogelijks gewijzigd. In geautomatiseerde systemen kan deze notitie een elektronische handtekening zijn.

**2) Percentage medicatie die is klaargezet en die niet overeenstemt met de gegevens op het medicatieschema**

Het percentage medicatie die per patiënt is klaargezet voor distributie en die niet overeenstemt met de gegevens op het medicatieschema heeft betrekking op de volgende categorieën van fouten :

— Voorgescreven geneesmiddel dat niet klaarligt

— Een geneesmiddel dat niet is voorgeschreven

— Verkeerde dosis van het geneesmiddel (indien verifieerbaar)

— Verkeerde farmaceutische vorm van het geneesmiddel

— Verkeerde bereiding van het geneesmiddel (indien verifieerbaar)

— Vervallen geneesmiddel (indien verifieerbaar)

Het aflezen van het medicatieschema en het klaarzetten van de medicatie door de verpleegkundige is een belangrijke schakel binnen de geneesmiddelen distributie. Een goede controle hierop kan een groot aantal fouten voorkomen.

Het percentage van de medicatie die per patiënt is klaargezet voor distributie en die niet overeenstemt met de gegevens op het medicatieschema, zal gemeten worden.

Van belang is dat de meting gebeurt vlak vóór de verpleegkundige de medicatie aan de patiënten uitdeelt.

Het aantal genoteerde gebreken wordt per foutencategorie ingedeeld.

C. Indicatoren voor het verplichte thema 'ziekenhuisinfecties' :

1) Postoperatieve wondinfectie (PWI)

Een postoperatieve wondinfectie is een gelokaliseerde infectie ter hoogte van een operatiewonde of een geopereerd weefsel, die optreedt binnen de 30 dagen na operatie (of binnen 1 jaar wanneer vreemde lichamen van niet-humane oorsprong permanent werden ingeplant).

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen 3 soorten PWI's, die als volgt gedefinieerd worden :

— oppervlakkige incisionele PWI (ter hoogte van huid en subcutaan weefsel) :

- purulent vocht uit de oppervlakkige wonde, of

- positieve cultuur op vocht of weefsel uit de wonde, of

- doelbewust openen van een wonde die infectietekens vertoont gevoeligheid of pijn, gelokaliseerde zwelling, roodheid of warm aanvoelen), tenzij cultuur van deze wonde negatief is, of

- klinische diagnose.

— diepe incisionele PWI (ter hoogte van dieper gelegen zachte weefsels, -fascia en spierlaag) :

- purulent vocht afkomstig uit de zachte weefsels, of

- spontane wonddehiscentie of doelbewust openen van een wonde bij een patiënt met koorts > 38°C) en/of gelokaliseerde pijn of gevoeligheid, tenzij cultuur van deze wonde negatief is, of

- abcdatie of andere infectietekens bij rechtstreeks onderzoek, vastgesteld bij (her)ingreep of aangetoond door histopathologisch of radiologisch onderzoek, of

- klinische diagnose.

— orgaan/holte PWI (beneden de fascia en spierlaag; inclusief infecties van beenderen en gewrichten) :

- purulent vocht uit een drain die onder de zachte weefsels is gelegen, of

- positieve cultuur op vocht uit orgaan / holte, of

- abcdatie of andere infectietekens bij rechtstreeks onderzoek, vastgesteld bij (her)ingreep of aangetoond door histopathologisch of radiologisch onderzoek, of

- klinische diagnose.

Voor de volgende set van heelkundige ingrepen dient het aantal PWI's ten opzichte van het aantal operaties gemeten te worden :

— beperkte selectie van frequente abdominale ingrepen

- appendicectomieën

- maagheelkunde

- dundarmheelkunde

- colonheelkunde

- cholecystectomie

— selectie van orthopedische ingrepen

- amputatie

- wervelkolom

- open reductie van fractuur

- gewrichtsprothese

- andere ingrepen op musculoskeletaal stelsel

— beperkte selectie van cardiovasculaire ingrepen

- vaatheelkunde

De WHOCARE software, die door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid Louis Pasteur (W.I.V.) ter beschikking van de ziekenhuizen wordt gesteld, laat op dit ogenblik een uitgebreide registratie toe van 23 van deze 40 categorieën, gegroepeerd in zes modules, (I.H.E., 1994).

De registratie van PWI's met betrekking tot de W.I.V. modules 'selectie van orthopedische ingrepen' en 'beperkte selectie van abdominale heelkundige ingrepen' en de categorie 'vaatheelkunde' (in totaal 11 van de 40 CDC-categorieën) is verplicht.

Voor hartheelkundige centra wordt aanbevolen zich niet te beperken tot de categorie vaatheelkunde, maar te registreren voor de volledige module 'selectie van cardiovasculaire ingrepen'.

2) Nosocomiale primaire sepsis (SEP)

Een nosocomiale primaire sepsis is een sepsis waarvoor er geen aanwijzing bestaat dat deze aanwezig of in incubatie was op het moment van de opname, en waarvan niet kan aangetoond worden dat hij secundair is aan een andere infectie, uitgezonderd een infectie aan de insteekplaats van een intravasculaire katheter.

Een onderscheid wordt gemaakt tussen klinische sepsis en labo-geconfirmeerde sepsis. Omwille van de haalbaarheid wordt voor deze indicator alleen de labo-geconfirmeerde sepsis gebruikt.

Een labo-geconfirmeerde sepsis is aanwezig indien :

- pathogeen die niet gerelateerd is aan een andere infectie wordt geïsoleerd uit hemocultuur,
- of
- bij kinderen (> 12 maand oud) en volwassenen met koorts (> 38 °C), rillingen of hypotensie in combinatie met :
  - organismen behorende tot de normale huidflora en niet gerelateerd aan een andere infectie, geïsoleerd uit twee apart afgenomen hemoculturen, of
  - organismen behorende tot de normale huidflora geïsoleerd uit hemocultuur bij een patiënt met een intravasculaire katheter waarbij de arts een antibacteriële behandeling start, of
- positieve antigeen test op bloed voor een organisme dat niet aan een andere infectie gerelateerd is.
- bij baby's (< 12 maand oud) : koorts (> 38 °C), hypothermie (< 37 °C), apnea of bradycardie in combinatie met :
  - organismen behorende tot de normale huidflora en niet gerelateerd aan een andere infectie, geïsoleerd uit twee apart afgenomen hemoculturen, of
  - organismen behorende tot de normale huidflora geïsoleerd uit hemocultuur bij een patiënt met een intravasculaire katheter waarbij de arts een antibacteriële behandeling start, of
- positieve antigeen test op bloed voor een organisme dat niet aan een andere infectie gerelateerd is.

Omwillen van de haalbaarheid wordt voor deze indicator alleen de labo-geconfirmeerde sepsis gebruikt. De registratie wordt eenvoudiger doordat ze hoofdzakelijk centraal (ter hoogte van het laboratorium) kan gebeuren, op voorwaarde dat de hemoculturen vergezeld zijn van een formulier met de nodige klinische inlichtingen (koorts (>38 °C), rillingen of hypotensie, gegevens met betrekking op eventueel andere infecties, eventuele aanwezigheid van katheter(s) en bij baby's : hypothermie (< 37 °C), apnea of bradycardie).

In het volledig ziekenhuis zal het aantal labo-geconfirmeerde SEP's ten opzichte van het aantal hospitalisatiedagen gemeten worden. De officiële definitie van een hospitalisatiedag, zoals gebruikt in het kader van de financiering, wordt overgenomen. Bijgevolg kan het aantal hospitalisatiedagen vanuit de facturen overgenomen worden.

In de eenheden voor intensieve zorgen zal het aantal labo-geconfirmeerde SEP's ten opzichte van het aantal hospitalisatiedagen, en het aantal kathetergerelateerde SEP's ten opzichte van het aantal katheterdagen gemeten worden.

Een kathetergerelateerde sepsis is een sepsis waarbij dezelfde kiemen in het bloed en op de katheter worden aangetroffen. Voor de hierboven genoemde indicator worden alleen katheters die eindigen ter hoogte van of dicht bij het hart of een groot bloedvat in acht genomen :

- centraal veneuze katheter (sub-clavia, jugularis interna of externa, femoralis)
- dialyse katheter
- Swann-Ganz katheter
- inplantbare katheters (bv. : port-a-cath, Hickmann,...)
- externe pacemaker

Een katheterdag is een periode van 24 uur tijdens de welke een katheter aanwezig is bij een patiënt. Wanneer verscheidene catheters 24 uur aanwezig zijn, resulteert dit in verscheidene katheterdagen. Een multilumen katheter wordt als één katheter beschouwd.

Het aantal katheterdagen op de eenheden voor intensieve zorgen wordt berekend door het aantal aanwezige katheters dagelijks te tellen en deze dagaantallen na één jaar op te tellen.

Het verband tussen sepsis en intravasale katheter wordt aangetoond op basis van minstens één van de drie hierna vermelde (semi-)kwantitatieve bacteriologische methoden :

A.  $\geq 15$  kolonies in een semi-kwantitatieve cultuur (incubatie van 24 uur) op een kathetersegment (5 à 7 cm) dat over een voedingsbodem werd gerold (« roll-plate » -Maki et al., 1977).

B.  $> 10\ 000$  kolonies per intradermaal katheter segment van 1 cm, gespoeld met een vloeibare voedingsbodem, door « flushing » of « vortex » (Cleri et al., 1980; Brun-Buisson et al., 1987).

C. Zelfde micro-organismen (zelfde species, zelfde antibiogram (1), zelfde week) gekweekt uit een hemocultuur en katheter, met, in een kwantitatieve cultuur :

$$\frac{\text{aantal kolonies katheter}}{\text{aantal kolonies hemocultuur}} > 5$$

### 3) Ventilatorgeassocieerde pneumonie (VAP)

Een nosocomiale pneumonie is een pneumonie waarvoor er geen aanwijzing bestaat dat deze aanwezig of in incubatie was op het moment van de opname en die als volgt wordt gedefinieerd bij kinderen (> 12 maand oud) en volwassenen :

- doffe percussie van de thorax of rhonchi, in combinatie met :
  - een nieuwe aanzet van, of een verandering van purulent sputum, of
  - zelfde organisme als in tracheale secreties geïsoleerd uit hemocultuur, of
  - pathogene kiem geïsoleerd uit tracheaal aspiraats, bronchio-alveolaire spoeling of brush, of longbiopsie
- of
- nieuw of progressief infiltraat, consolidatie, caverne, of pleura uitstorting zichtbaar op een radiografie, in combinatie met :
  - een nieuwe aanzet van, of een verandering van purulent sputum, of
  - zelfde organisme als in tracheale secreties geïsoleerd uit hemocultuur, of
  - pathogene kiem geïsoleerd uit tracheaal aspiraats, bronchio-alveolaire spoeling of brush of longbiopsie, of
  - isolatie van een virus of detectie van een viraal antigeen in respiratoire secreties, of
  - IgM positief of viervoudige toename van IgG voor een pathogeen, of
  - histopathologische evidentie van pneumonie.

Aangezien de te onderzoeken populatie zich beperkt tot patiënten ouder dan 1 jaar, is voor deze indicator alleen de bovenstaande definitie te gebruiken.

Het aantal nosocomiale pneumonieën bij beademde patiënten (ouder dan 1 jaar) dient ten opzichte van het aantal ventilatiedagen gemeten te worden.

Een ventilatiedag is een periode van 24 uur tijdens dewelke de ademhaling van een patiënt via een endotracheale tube of tracheotomie machinaal ondersteund wordt, zelfs indien dit intermitterend gedurende de dag gebeurt.

Het aantal ventilatiedagen wordt prospectief geregistreerd bij alle patiënten die langer dan 24 uur beademd worden. Elke kalenderdag tijdens dewelke de ademhaling van een patiënt via een endotracheale tube of tracheotomie machinaal ondersteund wordt, wordt als een volledige ventilatiedag beschouwd.

Voor een optimale interpretatie van deze indicator dient hij aangevuld te worden met het aantal beademde patiënten, een frequentiedistributie van het aantal ventilatiedagen per beademde patiënt, de mediane ventilatietijd, en de ventilatietijd kwartielen.

## II. VOOR DE CATEGORALE ZIEKENHUIZEN :

De nadere regels inzake de thema's en aanvaarde indicatoren zijn dezelfde als voor de algemene en universitaire ziekenhuizen. Wat betreft het thema ziekenhuisinfecties geldt dit in zoverre dit thema en de bij dit thema horende aanvaarde indicatoren zinvol kunnen uitgewerkt worden.

De registratie- en rapportagemethoden die moeten gehanteerd worden bij de indicatoren van de verplichte thema's, desgevallend eveneens de te gebruiken vragenlijst, zijn in principe dezelfde als deze voor de algemene en universitaire ziekenhuizen, maar kunnen, indien nodig, aangepast worden aan de structuur van deze kleinere ziekenhuizen.

## III. VOOR DE PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN :

### A. Indicator voor het verplichte thema 'onthaal' :

Satisfactie van de patiënt over de bejegeningaspecten tijdens het onthaal

Een satisfactiemeting is een enquête die beoogt de tevredenheid van personen te meten. Binnen het kwaliteitsthema 'onthaal' beperkt deze meting zich tot de tevredenheid van de patiënten over de bejegeningaspecten rond het onthaal in het ziekenhuis.

Hierbij dient een onderscheid gemaakt te worden tussen :

- Satisfactie van de vrijwillig opgenomen patiënt over de bejegeningaspecten tijdens het onthaal (2)
- Satisfactie van de gedwongen opgenomen patiënt over de bejegeningaspecten tijdens het onthaal (3)
- Satisfactie van de heropgenomen patiënt over de bejegeningaspecten tijdens het onthaal (4)

### B. Indicatoren voor het verplichte thema 'geneesmiddelendistributie' :

De nadere regels en de registratie- en rapportagemethoden voor deze indicatoren zijn identiek aan deze beschreven voor de algemene en universitaire ziekenhuizen.

### C. Indicatoren voor het verplichte thema 'zorgcommunicatie' :

#### 1) Percentage van de interdisciplinaire dossiers die ingevuld zijn volgens het systematisch handelen

Het werken met interdisciplinaire dossiers is een basisvoorwaarde voor een goede communicatie tussen interdisciplinaire teamleden.

Daarom moet het interdisciplinaire dossier op een systematische manier opgebouwd zijn waarin de volgende elementen herkenbaar zijn :

1. Gegevens verzameling van de verschillende disciplines
2. Probleem formulering/definiëring
3. Formulering van doelstellingen
4. Beschrijving van de uit te voeren actieplannen en vermelding van de verantwoordelijken
5. Evaluatie van de resultaten van de uitgevoerde acties en terugkoppeling ervan

Het werken met interdisciplinaire dossiers is een basisvoorwaarde voor een goede communicatie tussen teamleden. Het is nuttig bij overdrachtsmomenten (bijvoorbeeld tussen de teamleden van de nachtdienst en die van de vroegdienst) en zeker bij gevalbesprekingen.

Om het gebruik van dit dossier zo effectief mogelijk te maken, is het natuurlijk ook noodzakelijk dat de medewerkers de juiste houding hebben, overtuigd zijn van het belang van het dossier en daarom bereid zijn om met het dossier op een systematische manier te werken. Deze positieve attitude wordt in de hand gewerkt wanneer het dossier een vlot hanteerbaar instrument is met duidelijke instructies voor de correcte invulling ervan. Om het gebruik van het dossier verder te stimuleren, is het dan ook nuttig dat een leidinggevend persoon opvolgt of en hoe het dossier gebruikt wordt.

#### 2) Percentage van de voorlopige ontslagbrieven die verstuurd zijn binnen de 2 dagen na het ontslag

De voorlopige ontslagbrief moet voldoen aan een minimale structuur met de volgende rubrieken :

1. Identificatie van de patiënt
2. Startdiagnose of probleem bij opname
3. Verblijfsduur
4. Toestandsbeeld bij ontslag
5. Medicatie
6. Afspraken in verband met de opvolging
7. Dagtekening

De zorgcommunicatie bij het ontslag wordt vergemakkelijkt wanneer de psychiater een voorlopige ontslagbrief invult met de meest essentiële informatie en of deze snel verstuurd naar de huisarts of de zorgverstrekker naar wie de patiënt wordt doorverwezen of meegeeft aan de patiënt. Dit verbetert de continuïteit van de zorg gezien deze persoon dan snel een overzicht krijgt van de basisinformatie over de opname van de patiënt. Bij problemen kan zij of hij dan een concreter beeld vormen van de problematiek van de patiënt, gerichte zorg bieden en eventueel contact opnemen met de behandelende geneesheer in de voorziening.

Patiënten kunnen evenwel weigeren dat een ontslagbrief wordt gestuurd naar hun huisarts. In dit geval moet de behandelende psychiater dit in het dossier melden.

Er kan geopteerd worden voor de responsabilisering van de patiënt, wat onder andere inhoudt dat de patiënt betrokken wordt bij het gehele ontslagproces en dat de ontslagbrief aan de patiënt meegegeven wordt als die het ziekenhuis verlaat.

Ook communicatie naar de familie, die de patiënt zal opvangen is een essentieel element naar continuïteit van zorg toe, doch werd niet opgenomen in deze indicator. Voorzieningen die hun zorgcommunicatie willen optimaliseren kunnen een gelijkaardige indicator ontwikkelen rond communicatie met de familie.

Voorlopige ontslagbrieven die aan de patiënt worden meegegeven, worden als verstuurd beschouwd. Een voorlopige ontslagbrief wordt als verstuurd geacht op de dag van de dagtekening van deze brief. De dagtekening wordt in dagen uitgedrukt.

De voorlopige ontslagbrief beslaat ideaal één pagina en wordt door de behandelende geneesheer ingevuld.

Voorbeeld :

Stel dat de patiënt ontslagen werd op 4 mei en dat de voorlopige ontslagbrief werd gedagtekend op 4, 5 of 6 mei. In dit geval wordt deze voorlopige ontslagbrief beschouwd als binnen de twee dagen verstuurd. Indien de ontslagbrief na 6 mei zou gedagtekend zijn, dan zou deze voorlopige ontslagbrief niet als tijdig verstuurd worden beschouwd.

Brussel, 20 april 1999.

De Vlaamse minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid,  
Mevr. W. Demeester-De Meyer.

Nota

(1) Antibioogram met maximum 1 majeur verschil (van resistent naar sensitief of omgekeerd), of 2 mineure verschillen (van resistent of sensitief naar intermediaire of omgekeerd) of 2 majeure of 3 mineure verschillen voor coagulase negatieve stafylokokken (voor antibiotica die doorgaans voor de coagulase negatieve stafylokokken worden getest).

(2) Zowel bij vrijwillige als bij gedwongen opnames.

(3) Bij eerste opname.

(4) Zowel vrijwillige als gedwongen heropnames.

[C - 99/36044]

**10 JUNI 1999. — Omzendbrief betreffende de uitvoering van het kwaliteitsdecreet in de centra voor geestelijke gezondheidszorg**

Voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg worden in dit schrijven bepaald :

- de nadere regels inzake de thema's en aanvaarde indicatoren vermeld in artikel 2, §2, van het ministerieel besluit van 3 juni 1999 betreffende de uitvoering van het kwaliteitsdecreet in de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

A. Indicatoren voor het verplichte thema 'onthaal' :

1) Satisfactie van de patiënt omtrent de kwaliteit van verschillende deelaspecten van het onthaal

Met deze indicator wordt gepeild naar de tevredenheid van de patiënten of cliënten over het onthaal in het centrum. De patiënten of cliënten geven met deze meting hun perceptie weer over de bejegeningaspecten van het onthaalproces dat zij in de voorziening doorliepen.

2) Percentage van de telefonische oproepen die binnen de kantooruren persoonlijk worden beantwoord

'Binnen kantooruren' wordt gedefinieerd als zijnde tussen 9 en 17 uur van maandag tot vrijdag. Tot de oproepen die tussen 9 en 17 uur persoonlijk worden beantwoord, behoren dus niet de niet-beantwoorde oproepen, de door een antwoordapparaat beantwoorde oproepen en de oproepen die op een bezetton botsen.

Een oproep die 15 seconden na het horen van de eerste rinkel geen gehoor krijgt, wordt eveneens als niet beantwoorde oproep beschouwd. Indien, binnen de 15 seconden, een persoon de hoorn opneemt met de melding om even te wachten (omdat zij of hij bijvoorbeeld aan een andere lijn is), dan wordt dit beschouwd als een persoonlijk beantwoorde oproep.

3) Tijdsverschil tussen de eerste hulpvraag door de patiënt en de eerste interventie door de hulpverlener

Het dient opgemerkt te worden dat de wachttijd tot de eerste interventie door een hulpverlener in vele gevallen slechts het eerste deel van de totale wachttijd tot de start van de uiteindelijk behandeling is. Hoewel de wachttijd tussen eerste interventie en eerste behandeling niet binnen de definitie van het thema onthaal valt, dient ook deze tijd geregistreerd te worden om de tijd tussen eerste aanmelding en eerste interventie door een hulpverlener beter te kunnen interpreteren.

De 'eerste hulpvraag' verwijst naar het moment waarop de patiënt of cliënt of zijn of haar verwijzer een afspraak vraagt met een hulpverlener. De eerste hulpvraag kan telefonisch of in het centrum gebeuren.

De 'eerste interventie door de hulpverlener' verwijst naar de intake of het eerste oriënteringsgesprek in het centrum, waarbij de hulpvrager en zorgverlener elkaar ontmoeten en waarbij de hulpverlener tracht een diagnostisch inzicht te verwerven in de problematiek van de patiënt/cliënt.

De 'eerste behandeling' verwijst naar de eigenlijke start van de therapie. Deze kan in bepaalde gevallen samenvallen met de eerste interventie door de hulpverlener. In dat geval is de tijd tussen eerste interventie en eerste behandeling gelijk aan nul.

Het tijdsverschil wordt in dagen uitgedrukt. Zaterdagen, zondagen en feestdagen worden in het tijdsverschil meegeteld. Indien een patiënt of cliënt op maandag (voor- of namiddag) contact opneemt en de eerste interventie heeft plaats op donderdag (voor- of namiddag), dan wordt dit als 3 dagen beschouwd. Indien de interventie dezelfde dag gebeurt, dan wordt dit als 0 dagen beschouwd (het minimum).

B. Indicator voor het verplichte thema 'problematische afsluiting' :

Percentage van de problematische afsluitingen waarbij de procedure aangaande problematische afsluiting gevolgd werd en in het dossier genoteerd staat.

Het percentage van de problematische afsluitingen waarbij de procedure aangaande problematische afsluiting werd gevolgd en in het dossier genoteerd staat, is in te delen in drie delen :

— Voor het berekenen van een percentage dient in eerste instantie het aantal problematische afsluitingen geregistreerd te worden. Het aantal problematische afsluitingen wordt gemeten door het aantal patiënten of cliënten te nemen die aangegane afspraken niet hebben opgevolgd. Dit cijfer is gelijk aan het verplichte registratiegegeven dat het centrum onder de rubriek 'contact stopgezet door patiënt' moet voorleggen.

— Ook is een beschrijving nodig van de theoretische procedure die een voorziening volgt bij problematische afsluiting. Deze procedure moet minimaal vereisen dat : (1) het tijdstip van problematische afsluiting genoteerd wordt; (2) de aard van de ondernomen actie bij de problematische afsluiting wordt gespecificeerd en (3) het resultaat van die actie wordt opgevolgd.