

Multidisciplinaire teams

Rapport naar aanleiding van de
inspectieronde gefocust op de
minimale kwaliteitseisen

(10 juli 2014)

Inhoud

1	Opzet en voorbereiding	5
1.1	Vorbereiding	5
1.2	Timing.....	5
1.3	Inhoud	6
1.4	Kwalificatie van de vaststellingen	6
2	Situering van de teams	8
2.1	Situering van de teams	8
2.2	Overzicht aantal MDT-inspecties	8
2.2.1	Hoofdzetels en regionale contactpunten.....	8
2.2.2	Een sector in beweging.....	9
2.2.3	De geïnspecteerde MDT's in cijfers	9
2.3	Erkenning van de teams	10
2.4	Samenwerking met andere MDT's.....	11
2.4.1	Diensten voor maatschappelijk werk	12
2.4.2	Reva's	13
2.4.3	CLB's.....	13
2.4.4	Consultatiebureaus	13
2.4.5	OBC, OOC, COS, K-dienst en GGZ	13
2.5	Samenstelling van het team.....	13
3	Organisatie en werking van het team	15
3.1	Ervaring	15
3.2	Vorming.....	15
3.3	Bilateraal overleg	15
3.3.1	Diensten voor maatschappelijk werk	16
3.3.2	Reva's	16
3.3.3	CLB's.....	16
3.3.4	Consultatiebureaus	16
3.3.5	OBC, OOC, COS, K-dienst en GGZ	16
3.4	Respectvolle bejegening van de aanvrager	17
3.4.1	Respecteren van de eigenheid en de persoonlijke levenssfeer van de aanvrager ...	17
3.4.2	Respectvol werken met elke aanvrager en geen onderscheid maken naargelang geslacht, godsdienst,.....	17
3.4.3	Geen onderscheid maken naargelang de aanvragers al dan niet reeds een band hebben met het centrum of de dienst waarvan het team deel uitmaakt	17
4	Informereren van de aanvrager.....	20
5	Van ingediende aanvraag tot opgemaakt verslag	22
5.1	Opvolgen van de aanvragen	22
5.1.1	Persoonlijk contact met de aanvrager.....	22
5.1.2	Doorlooptijd tussen aanmelding en intake	23
5.2	Respecteren van de opgelegde termijnen	23
5.2.1	Versturen van het formulier A001 binnen 7 dagen na de intake	23
5.2.2	Respecteren van de termijn van 4 maanden na intake om een MDV te versturen ...	24
5.3	Multidisciplinair karakter van het verslag	25
5.4	Inbreng van de aanvrager	26
5.5	Verwijzing	27
6	Bewaren van verslagen en inzage in het dossier	28

7	De gespecialiseerde IMB-teams	29
7.1	De hulpmiddelendeskundige.....	29
7.2	Hulpmiddelen voor en aanpassingen aan de woning	30
7.3	Het uittesten van hulpmiddelen indien de werkzaamheid of de doelmatigheid van het desbetreffende hulpmiddel in specifieke situaties onzeker is	31

Inleiding

De multidisciplinaire teams of MDT's spelen een cruciale rol binnen de weg die een persoon met een handicap moet volgen om gebruik te kunnen maken van de niet rechtstreeks toegankelijke hulpverlening erkend en gesubsidieerd door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.¹ De MDT's maken een multidisciplinair verslag op, waarin zeer gedetailleerd alle gegevens worden opgenomen die van belang zijn om te oordelen over een handicap en de vraag voor ondersteuning. Het MDT onderzoekt samen met de persoon de medische, psychologische en sociale toestand. Opleiding of eventuele specifieke problematieken worden bekeken. Het team voert daarbij eigen onderzoek uit en neemt verslagen van onderzoeken en behandelingen door andere diensten mee in overweging.

Op basis van al die gegevens maakt het team een globaal verslag op. Het probeert een antwoord te geven op de volgende vragen:

- Is de handicap ernstig en langdurig?
- In welke mate ondervindt de persoon door de handicap beperkingen op het vlak van huisvesting, werk, vrijetijdsbesteding, enz.?
- Welke hulp is precies nodig?

In het geval van een aanvraag van een tegemoetkoming voor een hulpmiddel, een woningaanpassing of een wagenaanpassing, is er sprake van een 'adviesrapport' in plaats van een multidisciplinair verslag.

Het multidisciplinair team wordt voor deze opdracht erkend en gesubsidieerd door het VAPH. Een aantal formele erkenningsvoorwaarden voor MDT's zijn opgenomen in het zogenaamde "inschrijvingsbesluit" van het VAPH (BVR van 24 juli 1991 betreffende de inschrijving bij het VAPH).

Het Ministerieel Besluit ter vastlegging van de minimale kwaliteitseisen van 12 november 2010 voegt naast een aantal organisatorische kenmerken voor het eerst ook inhoudelijke criteria toe. Sinds 1 januari 2011 moeten de multidisciplinaire teams voldoen aan deze minimale kwaliteitseisen.

Zorginspectie staat in voor het toezicht op de MDT's. Het resultaat van de eerste inspectieronde bij de multidisciplinaire teams leest u in dit rapport.

¹ De beschrijving van de taak en functie van het MDT is gebaseerd op de informatie zoals te consulteren op www.vaph.be

1 Opzet en voorbereiding

Het toezicht op de minimale kwaliteitseisen (MKE's) zoals vervat in het MB van 12 november 2010 is een gedeelde opdracht tussen Zorginspectie enerzijds en het VAPH anderzijds.

Er zijn drie groepen MKE's te onderscheiden:

- MKE's inzake de werking als team, gespecialiseerd IMB-team en gespecialiseerd PAB-team
- MKE's inzake het multidisciplinair verslag
- MKE's inzake de werking van gespecialiseerde IMB-teams met betrekking tot de uitvoering van hun specifieke opdracht.

Zorginspectie focust zich op de kwaliteitseisen die betrekking hebben op de werking van het MDT en op de totstandkoming van het multidisciplinair verslag of adviesrapport; met andere woorden op het proces. Zorginspectie gaat hiervoor ter plaatse.

Het VAPH staat in voor de erkenning en subsidiering van de multidisciplinaire teams. Het VAPH baseert zich hiervoor op de vaststellingen ter plaatse, genoteerd door Zorginspectie en gecommuniceerd via het inspectieverlag. Het VAPH koos er ook voor om actief aan de slag te gaan met de MKE's die betrekking hebben op het multidisciplinair verslag. Het VAPH staat in voor een inhoudelijke controle van de MKE's, door toetsing van de kwaliteit van de verslagen. Dit gebeurt aan de hand van een scoreblad dat het MDV beoordeelt. De provinciale afdelingen van het VAPH zijn belast met deze taak. Voor wat betreft de beoordeling van de adviesrapporten loopt een analogo project, maar dat was nog niet operationeel op het moment van de inspectiebezoeken.

De rapportering die aan bod komt in dit document, is enkel een weergave van de vaststellingen van Zorginspectie.

1.1 Voorbereiding

Deze inspectieronde werd voorbereid door een interne werkgroep. Hiervoor werd binnen Zorginspectie teamoverschrijdend samengewerkt tussen de teams Welzijn en Gehandicaptenzorg. Voor zowel de praktische als de inhoudelijke voorbereiding werd in overleg getreden met het VAPH en het Verwijzersplatform. Met het oog op de voorbereiding van de inspecties binnen de Centra voor leerlingenbegeleiding werd met de Onderwijsinspectie overleg opgezet.

Eind 2011 werden een handvol proefinspecties georganiseerd. Deze proefinspecties waren gericht op de eigen werking en hadden dus tot doel om zowel het ontwikkelde modelverslag te testen als inzicht te krijgen in de mogelijke knelpunten, praktisch en inhoudelijk. De leerpunten uit deze proefinspecties lagen aan de basis van de finalisering van het modelverslag. Na interne vorming en afstemming was iedereen klaar voor het echte werk.

Alle MDT's werden per brief geïnformeerd over de geplande, aangekondigde inspectieronde. Op de website van Zorginspectie werd de nodige informatie ter voorbereiding van het inspectiebezoek aangereikt, met inbegrip van het modelverslag.

1.2 Timing

De inspectieronde startte in april 2012 en liep tot september 2013. In die periode werden alle erkende MDT's bezocht. De inspecties werden in clusters uitgevoerd: één soort MDT werd in één bepaalde periode aangedaan. We startten bij de diensten voor maatschappelijk werk van de mutualiteiten, als tweede cluster kwamen de revalidatiecentra aan bod. De Gespecialiseerde diensten voor arbeidsonderzoek (consultatiebureaus), Centra voor ontwikkelingsstoornissen, de Observatie- en

behandelingscentra, de onthaal-, observatie- en oriëntatiecentra, de Centra voor geestelijke gezondheidszorg en de Kinderpsychiatrische ziekenhuisdiensten vormden de derde cluster. Tot slot kwamen de Centra voor leerlingenbegeleiding aan bod.

1.3 Inhoud

De bevraging van de werking van het MDT werd opgehangen aan 6 thema's:

Het hoofdstuk *Situering van het team* heeft als bedoeling een beeld te krijgen van het team en de organisatie waarbinnen het is ingebed. Vervolgens wordt er in *Organisatie en werking van het team* gepeild naar de ervaring binnen het team, het volgen van vorming, het bilateraal overleg, respectvolle bejegening van de gebruiker, het informeren van de aanvrager en de klachten. In het derde hoofdstuk *Van ingediende aanvraag tot opgemaakt verslag* wordt het interne proces van het team doorlopen waarbij een aanvraag uitmondt in een multidisciplinair verslag. Het vierde hoofdstuk *Verwijzing* behandelt de door het team gehanteerde werkwijze indien het team vaststelt dat het niet het best geplaatst is om de aanvraag te behandelen. Het *Bewaren van verslagen en inzage in het dossier* komt in hoofdstuk vijf aan bod. Het laatste hoofdstuk peilt naar een aantal specifieke elementen bij die teams die een erkenning hebben als gespecialiseerd IMB-team. Ook hier komen dossiers aan bod.

De meeste vragen hebben rechtstreeks betrekking op de minimale kwaliteitseisen zoals opgenomen in het Ministerieel Besluit van 12 november 2010. Een aantal vragen zijn gerelateerd aan de erkenningsvoorwaarden zoals beschreven in het Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 1991.

Vanaf hoofdstuk drie wordt de toepassing van de regelgeving afgetoetst aan dossiers.

1.4 Kwalificatie van de vaststellingen

Per MKE of deel van een MKE wordt nagegaan of de praktijk van het MDT voldoet aan de minimale kwaliteitseis. De gebruikte terminologie hiervoor is conform of niet conform.

Er wordt steeds een minimale aantoonbaarheid verwacht. Tenzij waar bepaald in de MKE's zelf, is het aan het team om zelf in te vullen hoe zij zaken aantoonbaar maakt. Zorginspectie legt met andere woorden geen bijkomende normen op en pleit voor doordacht registeren.

Aantoonbaarheid kan worden gerealiseerd via bijvoorbeeld: website, brochure, overeenkomst, kwaliteitshandboek, dossier,... Een louter mondelinge toelichting zal dus niet volstaan.

Via "toelichting" wordt steeds aangegeven hoe het MDT werkt: dit is dus tegelijk de basis waarop wordt beslist om een vaststelling als conform te benoemen, en de motivatie waarom een vaststelling niet conform is.

Bij nazicht van dossiers, wordt de stelregel "één is geen" gehanteerd: het niet kunnen aantonen van een bepaalde praktijk in één dossier wordt als een uitzonderingssituatie gezien, niet als een niet conformiteit. Om na te gaan of het daadwerkelijk om een uitzondering gaat, wordt steeds een bijkomend dossier bekeken.

Waar nodig en relevant, worden ten slotte aandachtspunten geformuleerd ter verbetering van de werking van het team. Dit zal vaak gaan over goede praktijken die inherent zouden moeten zijn aan de organisatie en werking van het team, maar niet expliciet zijn opgenomen in de regelgeving en dus niet afdwingbaar zijn.

Sommige MKE's zijn situatiegebonden (bijvoorbeeld een niet consensus dossier, bilateraal overleg,...). Bij gebrek aan praktijk kan over deze elementen dus geen uitspraak worden gedaan, ze

zijn met andere woorden niet toetsbaar. In het modelverslag is opgenomen waar deze kwalificatie kan worden ingeroepen.

Definities:

Conform: het MDT voldoet aan de regelgeving.

Het team kan bijvoorbeeld aantonen dat de aanvrager geïnformeerd wordt over de klachtenprocedure.

Niet conform: het MDT voldoet niet aan de regelgeving.

Het team beschikt bijvoorbeeld niet over minstens één lid met minstens vier jaar professionele ervaring met personen met een handicap. Deze worden steeds toegelicht.

Aandachtspunt: een aandachtspunt is het doen van een aanbeveling voor de verbetering van de werking van team, voor een bepaald aspect van de werking, voor risico's. Maar er is geen sprake van een niet conformiteit. Het gaat om zaken die niet kunnen worden afgedwongen op basis van de regelgeving. Ook in het geval van een afwijkende praktijk vastgesteld in slechts één dossier, wordt een aandachtspunt genoteerd.

Niet toetsbaar: bij gebrek aan praktijk in specifieke situaties kan worden gesteld dat de MKE niet toetsbaar is (bijvoorbeeld: er diende geen doorverwijzing te gebeuren,...).

2 Situering van de teams

2.1 Situering van de teams

Een MDT is geen op zichzelf staande organisatie, maar maakt deel uit van een grotere organisatie. Zo kan onderscheid gemaakt worden tussen 9 types MDT's.

De organisaties hebben hun hoofdpdracht binnen verschillende beleidsdomeinen:

- Binnen Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:
 - Centrum voor revalidatie (reva)
 - Diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds (DMW)
 - Observatie- en behandelingscentrum (OBC)
 - Centrum voor ontwikkelingsstoornissen (COS)
 - Centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGG)
 - Kinderpsychiatrische ziekenhuisdienst (K-diensten)
 - Onthaal-, observatie en oriëntatiecentrum (OBC)
- Binnen Onderwijs
 - Centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB)
- Binnen Werk en sociale economie
 - Gespecialiseerde diensten voor arbeidsonderzoek (consultatiebureaus)

Binnen deze groep van MDT's zijn er grote en kleine spelers, zowel binnen één type als tussen de verschillende types zijn deze verschillen zichtbaar. Doorheen de rapportering wordt geen onderscheid gemaakt tussen MDT's die veel of weinig MDV's en/of adviesrapporten afleveren: de opgelegde MKE's zijn immers generiek.

2.2 Overzicht aantal MDT-inspecties

2.2.1 Hoofdzetels en regionale contactpunten

Van bij de opstart van de inspecties is ervoor gekozen om bij de organisatie van onze opdrachten maximaal rekening te houden met de gekende werkingsadressen waar het MDT zijn activiteiten ontplooit: dit betekent dat het steeds de bedoeling was om ook de regionale contactpunten bij de inspecties te betrekken.

Maar al gauw bleek de realiteit complexer dan dat:

- Sommige MDT's zijn weliswaar apart erkend, maar blijken in de praktijk één geheel te vormen.
- Ook het begrip 'regionaal contactpunt' wordt verschillend ingevuld: zoals gezegd zijn heel wat regionale contactpunten op voorhand gekend (op basis van de lijst MDT's consulteerbaar op www.vaph.be), andere MDT's werken met regionale contactpunten zonder dat deze expliciet worden benoemd. Door het samen functioneren van sommige apart erkende MDT's, zijn een aantal erkende hoofdzetels de facto regionale contactpunten. Een tweede verschil betreft de invulling van het begrip 'regio': voor een aantal MDT's valt een regio samen met een volledige provincie, voor anderen is een regio een deeltje van een provincie.

Bij het organiseren van onze inspecties werd ervoor gekozen om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de praktische realiteit van de werking van het MDT:

- De MDT's die bleken samen te hangen, werden zoveel mogelijk samen of kort na elkaar geïnspecteerd (eventueel met twee inspecteurs). Situatie per situatie wordt bekeken of het relevant was om één dan wel meerdere verslagen te maken. Bij het verwerken van de resultaten worden wel alle gegevens geteld als waren zij bij de verschillende hoofdzetels vastgesteld.
- Enkel de regionale contactpunten zoals gekend bij het VAPH werden bij de inspecties betrokken. Afhankelijk van de concrete situatie, kon dit betekenen dat ook bij een regionaal contactpunt ter plaatse werd gegaan: de bepalende factor daarbij is de plaats waar de dossiers zich bevinden. In een aantal gevallen dienden we ons te beperken tot een steekproef van regionale contactpunten.
- In een aantal gevallen werden aparte verslagen van de regionale contactpunten opgemaakt: deze gegevens worden hier echter verwerkt onder de hoofdzetel van het MDT.

Ook voor het VAPH zijn de vele samenhangende MDT's een nieuw gegeven.

Aangezien er nu beter zicht is op de onderlinge samenhang, zal dit toelaten om in de toekomst de inspectiebezoeken op een meer efficiënte wijze te plannen.

Zorginspectie maakt hierbij volgende kanttekeningen:

- Wat is de meerwaarde van het apart erkennen van MDT's die in de praktijk als één geheel functioneren?
- Sommige regionale contactpunten worden via de lijst van erkende MDT's naar buiten uit kenbaar gemaakt, anderen niet. Is dit wel duidelijk voor een aanvrager?

2.2.2 Een sector in beweging

De MDT-sector is een sector die volop in beweging is: er is niet alleen de introductie van de MKE's, maar er is bijvoorbeeld ook het project diagnose- en indicatiestelling in West-Vlaanderen, de opstart van Integrale Jeugdhulp,... Dit had zo zijn gevolgen voor het uitvoeren van de inspecties: een heel aantal MDT's besloten hun activiteiten stop te zetten (onder andere bij de centra voor geestelijke gezondheidszorg, bij de CLB's,...) of om op te gaan in een ander MDT (bijvoorbeeld bij de CLB's van het GO!).

2.2.3 De geïnspecteerde MDT's in cijfers

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de geïnspecteerde MDT's, opgedeeld per soort MDT.

	Afkorting	Aantal hoofdzetels geïnspecteerd	Aantal verslagen
Diensten maatschappelijk werk van de mutualiteiten	DMW	38	41
Revalidatiecentra	Reva	55	55
Gespecialiseerde diensten voor arbeidsonderzoek	Consultatiebureau	19	20
Observatie- en behandelingscentrum	OBC	7	7
Onthaal-, observatie en oriëntatiecentra	OIOC	15	15
Centra voor leerlingenbegeleiding	CLB	53	53
Centra voor geestelijke gezondheidszorg	CGG	1	1
Kinderpsychiatrische ziekenhuisdiensten	K-dienst	7	7

Centra voor ontwikkelingsstoornissen	COS	4	4
TOTAAL		199	203

Deze indeling wordt aangehouden doorheen heel het rapport.

Eén DMW was op het moment van het inspectiebezoek reeds opgegaan in een ander MDT.

Een behoorlijk aantal apart erkende CLB's staakte hun activiteiten als MDT (door al dan niet samenwerking met een ander CLB aan te gaan).

Slechts één centrum voor geestelijke gezondheidszorg behield de erkenning als MDT. Om herkenbaarheid te vermijden, wordt bij de verwerking van de gegevens het resultaat van het CGG toegevoegd aan dat van de kinderpsychiatrische ziekenhuisdiensten.

Vijf OOC's behandelden nog geen dossiers en worden daarom niet meegerekend in de bespreking van de MKE's die over dossiers handelen. Dit zal expliciet worden aangegeven in het cijfermateriaal.

In wat volgt, wordt steeds uitgegaan van het globale resultaat van alle multidisciplinaire teams, gebaseerd op het resultaat van 199 geïnspecteerde hoofdzetels. Waar relevant, wordt verder ingegaan op de resultaten per soort MDT.

2.3 Erkenning van de teams

Alle MDT's beschikken over de basiserkenning "Zorg". Daarnaast is er mogelijke specialisatie naar ondersteuningsvorm: persoonlijk assistentiebudget of individuele materiële bijstand. Aangezien er geen specifieke MKE's zijn die betrekking hebben op aanvragen voor een PAB, wordt in dit rapport niet specifiek ingegaan op de behandeling van aanvragen PAB.

	Aantal MDT's	Zorg	PAB	IMB	RIZIV
DMW	38	38	38	38	
Reva	55	55	28	36	0
Consultatiebureau	19	19	18	12	0
OBC	7	7	0	0	0
OOC	15	15	0	0	0
CLB	53	53	2	0	0
CGG en K-dienst	8	8	1	1	0
COS	4	4	2	2	0
TOTAAL	199	199	89	89	0

Alle diensten voor maatschappelijk werk hebben naast een algemene erkenning voor behandelen van zorgdossiers, ook een erkenning voor het afleveren van adviesrapporten in kader van de individuele materiële bijstand.

Binnen de groep van de reva's is bijna twee derde erkend voor het afleveren van adviesrapporten IMB, bij de consultatiebureaus is dat bijna 65%. Ook twee van de vier COS-en en één K-dienst zijn erkend om adviesrapporten IMB af te leveren. Dit is niet het geval bij OBC's, OOC's en CLB's.

	Aantal MDT's	Erkend voor meerderjarigen	Erkend voor minderjarigen
DMW	38	38	37
Reva	55	48	42
Consultatiebureau	19	19	13
OBC	7	0	7
OOC	15	0	15
CLB	53	32	53
CGG en K-dienst	8	1	8
COS	4	0	4
TOTAAL	199	138	179

In het verlengde van hun hoofdopdracht, focussen de verschillende soorten MDT's zich op volwassenen of kinderen.

Bij combinatie van deze gegevens krijgen we volgend profiel: DMW, reva's en consultatiebureaus werken in hoofdzaak voor meerderjarigen, waarbij DMW en reva's heel actief zijn in kader van dossiers IMB. De CLB's en de types MDT die beperkt zijn in aantal (OBC's, OOC's, CGG en K-diensten en COS'en) richten zich in hoofdzaak tot kinderen. Het hoofdaccent ligt hierbij ook op de zorgaanvragen.

2.4 Samenwerking met andere MDT's

Er werd bij ieder MDT nagegaan of zij een structureel samenwerkingsverband hebben opgezet met een ander MDT. Dit hoeft geen formeel samenwerkingsverband te zijn: er hoeft dus geen officiële overeenkomst te zijn om hier een "ja" op te scoren. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat MDT's in de praktijk als één geheel functioneren, dat er voor bepaalde dossiers op systematische wijze met een ander MDT wordt samengewerkt,...

Bijna 40% van de MDT's geven aan dat zij een structureel samenwerkingsverband hebben opgezet met een ander MDT (78/199).

	Aantal MDT's	Aantal MDT's met samenwerkingsverband
DMW	38	29
Reva	55	6
Consultatiebureau	19	14
OBC	7	3
OOC	15	5
CLB	53	17
CGG en K-dienst	8	3
COS	4	1
TOTAAL	199	78

Globaal genomen kunnen we drie grote lijnen zien binnen de samenwerking tussen MDT's:

- de diensten maatschappelijk werk, consultatiebureaus en CLB's gaan het meest samenwerkingsverbanden aan, zowel binnen hetzelfde soort MDT (al dan niet met dezelfde inrichtende macht) als tussen deze drie types van MDT onderling. Soms is sprake van een taakverdeling gebaseerd op inhoudelijke competenties: dossiers IMB worden aan de DMW overgelaten, dossiers voor schoolgaande kinderen aan CLB's, dossiers die enkel een zorgvraag betreffen aan de consultatiebureaus.
- op moment van de inspectieronde is slechts een minderheid van de revalidatiecentra betrokken bij een samenwerkingsverband. Het opzetten van meer samenwerking is in volle uitbouw, zowel tussen revalidatiecentra onderling als over verschillende sectoren heen.
- bij de types MDT's die beperkter zijn in aantal (OBC's, OOC's, CGG en K-diensten en COS'en) wordt er samenwerking opgezet met een ander(soortig) MDT binnen dezelfde inrichtende macht.

2.4.1 Diensten voor maatschappelijk werk

Het opzetten van structurele samenwerkingsverbanden met een ander MDT is bij de DMW's het meest uitgesproken: in 29 van de 38 diensten blijkt er sprake van een structureel samenwerkingsverband. Bij 20 diensten voor maatschappelijk werk houdt dit in dat er wordt samengewerkt met een andere dienst voor maatschappelijk werk, heel vaak binnen, maar in 7 gevallen ook over de provinciegrenzen heen.

Het merendeel van deze structurele samenwerkingsverbanden bestaat erin dat een uniforme manier van werken is opgezet: men zou kunnen stellen dat dit de facto over één dienst gaat die haar werking op verschillende werkingsadressen uitbouwt. Officieel gaat dit om apart erkende MDT's. Voor een drietal MDT's fungeren deze zelfs expliciet als doorgeefluik naar één centraal punt waar de aanvragen worden behandeld. Medewerkers van deze MDT's worden vaak op verschillende plaatsen ingezet (zowel de leden van het team als de coördinatoren).

Een 8-tal diensten zetten een samenwerking op met een consultatiebureau, vooral voor het afhandelen van aanvragen die enkel over een zorgvraag gaan, en dus niet over hulpmiddelen.

Er is een structureel samenwerkingsverband	29	
Samenwerking met een andere DMW	20	
<i>Één manier van werken uitgewerkt</i>		15
<i>Dossierbehandeling vanuit één punt</i>		3
<i>Samenwerking rond bepaalde dossiers</i>		2
Samenwerking met een consultatiebureau	8	
<i>Voor dossiers met enkel een zorgvraag</i>		6
<i>Voor bepaalde testings</i>		1
<i>Niet concreet bepaald</i>		1
Niet concreet bepaald	1	
Er is geen structureel samenwerkingsverband	9	

Hoewel we daar geen volledig zicht op hebben, veronderstellen we hier dat de manier waarop de mutualiteit zich organiseert zich doortrekt naar de manier waarop het MDT is georganiseerd.

Er werd niet systematisch bevraagd of er ook samenwerkingsverbanden worden opgezet met organisaties die niet erkend zijn als MDT, maar doorheen de inspecties bleek dit toch af en toe het geval te zijn, vooral met het oog op advisering in dossiers die een complexe of specifieke handicap betreffen (bijv. visuele problemen, motorische handicap,...).

2.4.2 Reva's

Op moment van het inspectiebezoek is er bij 6 revalidatiecentra sprake van een structureel samenwerkingsverband. In 2 gevallen gaat het om een samenwerking met een kinderpsychiatrische dienst erkend als MDT, in andere gevallen gaat het om een CLB of consultatiebureau.

In zeker 14 situaties noteerden we wel concrete plannen over het opzetten van samenwerkingsverbanden, hetzij met het oog op een coördinatie van MDT's, hetzij met het oog op het opzetten van intervisie.

2.4.3 CLB's

Bij ruim de helft van de CLB's is er een vorm van samenwerking vast te stellen. In ongeveer een derde van de CLB's wordt dit omschreven als een formeel samenwerkingsverband, hetzij met een ander CLB binnen dezelfde inrichtende macht, hetzij met een dienst maatschappelijk werk of consultatiebureau. Gaat het om een meer informele vorm van samenwerking, dan is er vooral sprake van verschillende vormen van intervisie en overleg.

Bij de CLB's doet zich ook een verregaande vorm van samenwerking voor tussen een aantal CLB's, die tot gevolg heeft gehad dat heel wat CLB's niet langer apart erkend zijn als MDT. Door een vorm van regionale rationalisering focust een beperkter aantal CLB's zich nu op de MDT-materie. Deze beweging deed zich uitgesproken voor binnen het GO!

2.4.4 Consultatiebureaus

Bijna drie vierde van de consultatiebureaus zijn actief binnen een samenwerkingsverband (14/19).

Drie van deze consultatiebureaus zijn weliswaar apart erkend en situeren zich op een verschillend werkingsadres, maar zij functioneren in de praktijk als één geheel. Bij de zeven West-Vlaamse consultatiebureaus gaat de onderlinge samenwerking nog een stapje verder: zij fuseerden eind 2012 tot één erkend MDT met meerdere antennepunten.

Buiten de onderlinge samenwerking, worden er ook afspraken gemaakt met diensten voor maatschappelijk werk (voor het behandelen van hulpmiddelendossiers) en met CLB's (voor het behandelen van dossiers van schoolgaande kinderen).

2.4.5 OBC, OOC, COS, K-dienst en GGZ

Bij de overige types MDT's wordt de samenwerking met een ander MDT vooral uitgebouwd als er sprake is van eenzelfde inrichtende macht, zowel tussen gelijkaardige MDT's onderling, als tussen verschillende soorten MDT's (samenwerking revalidatiecentrum met kinderpsychiatrie, COS met consultatiebureau,...).

Occasioneel is er een vorm van samenwerking met een CLB.

2.5 Samenstelling van het team

Alle MDT's voldoen aan de basisvoorwaarde inzake samenstelling van het team. Dit betekent dat alle teams kunnen beschikken over of een beroep kunnen doen op:

- een dokter in de genees-, heel- en verloskunde
- een licentiaat in de psychologische of pedagogische wetenschappen

- een houder van een diploma van een basisopleiding van 1 cyclus in het hoger onderwijs, studiegebied sociaal-agogisch werk of een houder van het diploma van geïntegreerde verpleegkundige, optie sociale verpleegkunde.

3 Organisatie en werking van het team

3.1 Ervaring

Alle MDT's hebben minimaal één lid dat minstens 4 jaar professionele ervaring heeft in het werken met personen met een handicap. Er wordt dus over heel de lijn aan deze kwaliteitseis voldaan.

3.2 Vorming

10 MDT's voldoen op het moment van het inspectiebezoek niet aan de verplichting om de opleidingen te volgen waartoe zij door het VAPH werden uitgenodigd. Het gaat om 3 OOOO's, 1 OBC, 5 reva's en 1 MDT uit de cluster K-dienst/GGZ.

3.3 Bilateraal overleg

Met het bilateraal overleg wordt het overleg tussen het MDT en de provinciale afdeling van het VAPH bedoeld. Het gaat om een echte vergadering. Het overleg kan op initiatief van beide partijen plaatsvinden.

Criteria voor overleg kunnen zijn:

- vragen/problemen met individuele dossiers
- verbetering van de verslaggeving
- bevorderen van de samenwerking met het VAPH,...

Bij de verwerken van de gegevens werd enkel rekening gehouden met het bilateraal overleg sinds de invoering van de MKE's dat ofwel reeds doorging ofwel op korte termijn is gepland.

	Aantal MDT's	Bilateraal overleg conform	Bilateraal overleg niet toetsbaar
DMW	38	18	20
Reva	55	9	46
Consultatiebureau	19	9	10
OBC	7	2	5
OOOC	15	5	10
CLB	53	14	39
CGG en K-dienst	8	1	7
COS	4	2	2
TOTAAL	199	60	139

Voor alle MDT's samen is er sprake van bilateraal overleg in bijna één derde van de gevallen. Heel wat MDT's spreken het engagement uit dat zij op een verzoek tot overleg zouden ingaan, maar dat zij nog geen vraag kregen. Deze situaties werden als "niet toetsbaar" gescoord.

De mate waarin op deze MKE "conform" wordt gescoord, verschilt sterk al naargelang van het soort MDT.

Informeel overleg, zoals bijvoorbeeld telefonische contacten of mails naar aanleiding van een onduidelijk dossier, zijn voorbeelden van goede praktijken, maar zijn geen invulling van het bilateraal overleg zoals hierboven beschreven. Deze manier van werken is echter wijd verspreid onder de

MDT's die (nog) geen bilateraal overleg hadden: ruim 60% geeft aan contact te hebben met de provinciale afdeling naar aanleiding van concrete dossiers. De onderlinge verschillen tussen de soorten MDT's zijn hier minder uitgesproken.

Er is hier voor het VAPH zeker ook nog mogelijkheid om meer in te zetten op het organiseren van bilateraal overleg.

3.3.1 Diensten voor maatschappelijk werk

Bijna de helft van de diensten maatschappelijk werk (18/38) geeft aan dat zij reeds deelnamen aan een bilateraal overleg. Bij de helft van deze overlegmomenten kwam het initiatief vanuit de provinciale afdeling van het VAPH, in de andere gevallen nam het MDT zelf het initiatief.

Van de MDT's die (nog) geen bilateraal overleg hadden met het VAPH, onderhouden zeker de helft van de gevallen evenwel informele contacten naar aanleiding van specifieke dossiers.

3.3.2 Reva's

Slechts 18% van de reva's (10/55) geeft aan dat zij reeds deelnamen aan een bilateraal overleg. Doorgaans neemt de provinciale afdeling van het VAPH hiertoe het initiatief.

Van de reva's die (nog) geen bilateraal overleg hadden met het VAPH, geeft ruim de helft (24/46) aan dat zij informele contacten onderhouden met de PA naar aanleiding van concrete dossiers.

3.3.3 CLB's

Bij een kwart van de CLB's kon tijdens het inspectiebezoek worden vastgesteld dat aan de MKE inzake bilateraal overleg wordt voldaan. Drie kwart van de teams die nog geen bilateraal overleg hadden, onderhoudt informele contacten met de PA.

3.3.4 Consultatiebureaus

Bij de consultatiebureaus is er bij iets meer dan de helft van de teams geen sprake van bilateraal overleg; zij onderhouden wel de nodige contacten in concrete dossiers.

3.3.5 OBC, OOC, COS, K-dienst en GGZ

Bij de overige soorten MDT's is er bij de OOC's en COS'en nog sprake van bilateraal overleg (respectievelijk 5/15 en 2/4), bij de overige diensten is dit slechts zeer minimaal ingevuld.

Op vlak van informeel overleg springen de OOC's het meest in het oog (slechts 2/10), maar dit wordt wellicht verklaard door het feit dat een aantal OOC's op moment van het inspectiebezoek hun werking als MDT nog volop dienden uit te bouwen.

3.4 Respectvolle bejegening van de aanvrager

3.4.1 Respecteren van de eigenheid en de persoonlijke levenssfeer van de aanvrager

Alle MDT's voldoen aan deze MKE. Het respect voor de eigenheid van de aanvrager en voor diens persoonlijke levenssfeer is in de praktijk verankerd in bijvoorbeeld een deontologische code, de opdrachtverklaring of visietekst, allerhande brochures die binnen de algemene werking van de organisatie of dienst worden aangewend,... Zijn deze documenten er niet, dan konden in elk geval geen tegenindicaties worden vastgesteld.

Er wordt als aanbeveling meegegeven om naar aanvragers toe over dit aspect te communiceren en expliciet te linken aan de werking als MDT (15 keer als aandachtspunt geformuleerd).

3.4.2 Respectvol werken met elke aanvrager en geen onderscheid maken naargelang geslacht, godsdienst,...

Voor wat betreft het niet discrimineren van aanvragers, komt de nood aan het expliciet maken van dit beginsel nog meer naar voor: in ruim 10% van de MDT's wordt aandacht gevraagd voor het verankeren van dit principe in de documenten die de werking beschrijven en zo uit te dragen naar de aanvragers. Er wordt ook aandacht gevraagd voor alle elementen inzake niet discrimineren: heel wat bepalingen bleken immers onvolledig.

In twee gevallen leidde het gebrek aan verankering van het niet discriminatiebeginsel in de documenten van het MDT in combinatie met het peilen naar de geloofsovertuiging van de aanvrager tot het besluit dat niet aan deze MKE werd voldaan.

3.4.3 Geen onderscheid maken naargelang de aanvragers al dan niet reeds een band hebben met het centrum of de dienst waarvan het team deel uitmaakt

Een van de kwaliteitseisen met betrekking tot de respectvolle bejegening van de aanvrager stelt dat een team tijdens het proces van opmaken van verslagen geen onderscheid mag maken tussen aanvragers naargelang deze al dan niet reeds een band hebben met het centrum of de dienst waarvan het team deel uitmaakt.

Zorginspectie stelde geen situaties vast waarbij, eens de aanvraagprocedure opgestart, een dergelijk onderscheid tussen aanvragers wordt gemaakt.

	Aantal MDT's	Behandelen aanvragen "externen"
DMW	38	27
Reva	55	22
Consultatiebureau	19	19
OBC	7	4
OOOC	15	9
CLB	53	1
CGG en K-dienst	8	1
COS	4	4
TOTAAL	199	87

Een andere vraag die zich opdrong, was of er überhaupt wel een onderscheid valt te maken, of met andere woorden: in welke mate behandelen de MDT's in de praktijk eigenlijk aanvragen van "externe" aanvragers. Met externe aanvragers wordt dan bedoeld: mensen die niet bij de mutualiteit zijn aangesloten waarbinnen het MDT actief is, personen met een handicap die geen gebruik maakten van het revalidatiecentrum,...

43% van de MDT's geven aan dat zij aanvragen behandelen van personen die nog geen gebruik maken van het aanbod van de ruimere organisatie waarbinnen het erkende MDT is ingebed.

Dit betekent dus dat het doelpubliek van heel wat MDT's zich beperkt tot hun reguliere "klanten", althans in de praktijk. Hoe meer gespecialiseerd het aanbod, hoe meer de aanvragers zich beperken tot de eigen gebruikers. Men zou kunnen stellen dat de organisatie of dienst haar taak als MDT invult bij wijze van extra service aan de gebruikers, waarbij de specifieke knowhow van het team wordt aangewend waarvoor men in de eerste plaats bij de organisatie terecht kwam. Of nog, de aanvraag van een multidisciplinair verslag of adviesrapport was niet de initiële reden voor de keuze voor het specifieke MDT, maar vloeit voort uit het feit dat men reeds gebruik maakt van de diensten van de organisatie waarbinnen het MDT zich situeert.

3.4.3.1 Diensten maatschappelijk werk

In bijna driekwart van de DMW's kon het MDT aantonen op basis van haar dossiers dat er aanvragen werden behandeld van niet-leden van de desbetreffende mutualiteit. Vaak beperkt dit zich echter tot één of een paar dossiers.

Bij de diensten maatschappelijk werk waar geen dergelijke dossiers konden worden voorgelegd, wordt doorgaans in de communicatie via website, brochures,... wel aangegeven dat het aanbod voor iedereen open staat.

3.4.3.2 Reva's

Bij 22 revalidatiecentra kon op basis van dossiers worden aangetoond dat er reeds vragen werden behandeld van aanvragers die voorheen geen gebruik maakten van de residentiële en/of ambulante revalidatie.

De helft van de reva's behandelde nog geen dossiers van externe aanvragers: hoewel zij daar in principe wel voor open staan, blijkt de vraag zich in de praktijk niet te stellen. De hoge specialisatiegraad van sommige revalidatiecentra ligt hier zeker mee aan de basis: de aard van de handicap maakt dat het vaak gaat om aanvragers die reeds gekend zijn binnen het revalidatiecentrum. Door de aard van de hulpverlening die de achterliggende organisatie aanbiedt, ligt het aanvragen van een MDV regelmatig in het verlengde van het verblijf of de behandeling in het centrum.

Slechts een handvol organisaties (6) beperkt zich voor haar activiteiten als MDT tot de eigen gebruikers van het revalidatiecentrum en verwijst eventuele andere aanvragers door. Dit is geen inbreuk op de kwaliteitseis in dit verband: een team kan doorverwijzen indien het van mening is dat zij geen kwaliteitsvolle dienstverlening kan bieden.

3.4.3.3 Consultatiebureaus

De consultatiebureaus staan open voor alle aanvragen. Zij zijn bij uitstek de diensten die weinig tot geen ander aanbod voor de aanvragers hebben.

3.4.3.4 CLB's

De CLB's geven quasi unaniem aan dat zij zich als MDT richten naar de kinderen van de scholen die zij bedienen vanuit hun generieke CLB-werking. Dient er zich een kind van een andere school aan, dan wordt deze aanvrager in principe doorverwezen naar het CLB waaraan de school van het kind is verbonden. Het behandelen van dergelijke aanvragen wordt niet helemaal uitgesloten, maar blijkt toch eerder een theoretische optie.

3.4.3.5 OBC, OIOC, COS, K-dienst en GGZ

Bij de overige diensten is dezelfde variatie aanwezig: COS-en staan open voor alle aanvragen van kinderen, zowat de helft van de OBC's en OIOC's focust zich op het eigen doelpubliek of zijn externe aanvragers niet gangbaar in de praktijk. Bij de cluster K-dienst/GGZ tot slot maakt het specifieke aanbod dat in de praktijk hoofdzakelijk de dossiers van de kinderen worden behandeld die er reeds ondersteuning krijgen.

Bij heel wat MDT's (behalve bij de consultatiebureaus) blijft er nog werk aan de winkel om het engagement dat van deze kwaliteitseis uitgaat, namelijk om alle aanvragers gelijk te behandelen tijdens het proces van opmaken van verslagen, expliciet in de bestaande informatiekkanalen te verankeren (website, brochures, kwaliteitshandboek,...).

Tegelijk blijft er de vaststelling dat de MDT-werking naar buiten uit wat meer in de verf mag worden gezet: focus ligt vaak op het ruime aanbod van de organisatie waarbij het MDT-luik wordt onderbelicht. In een paar gevallen leidde de combinatie van het niet naar buiten uit kenbaar maken van het MDT en het samenvallen van de aanvragers met wie reeds gebruik maakte van de overige werking van het team, tot de vaststelling van een niet conformiteit.

4 Informeren van de aanvrager

Op het moment dat een aanvrager zich aanmeldt bij een MDT, wordt van het team verwacht dat zij de aanvrager op een adequate en volledige wijze informeren over aspecten die te maken hebben met de werking van het MDT. Het gaat daarbij over de volgende elementen:

- informeren over de doelgroep van de ondersteuning die georganiseerd wordt door het VAPH, over de verschillende ondersteuningsvormen en over de procedure voor het aanvragen van ondersteuning
- informeren over het recht op inspraak
- informeren over het recht op inzage in het dossier
- Informeren over de mogelijkheid om zich tijdens het proces van opmaken van verslagen te laten bijstaan door een persoon naar zijn keuze
- afspraken maken over het verloop van het proces van het opmaken van de verslagen en over het tijdstip waarop de verslagen aan het VAPH worden overgemaakt
- informeren over feit dat het opmaken van een MDV gratis is

Voor elk aspect waarover het team geacht wordt te informeren, wordt nagegaan of er methodes worden ingezet (bijvoorbeeld een website, informatiebrochure, leidraad, overeenkomst, ...). We verwachten dat een team hiervoor een bepaalde systematiek heeft ontwikkeld.

	Conform op het deelelement informeren van de aanvrager
Informeren over de doelgroep van de ondersteuning die georganiseerd wordt door het VAPH, over de verschillende ondersteuningsvormen en over de procedure voor het aanvragen van ondersteuning	171 (86%)
Informeren over het recht op inspraak	176 (88%)
Informeren over het recht op inzage	176 (88%)
Informeren over de mogelijkheid om zich tijdens het proces van opmaken van verslagen te laten bijstaan door een persoon naar zijn keuze	166 (83%)
Afspraken maken over het verloop van het proces van het opmaken van de verslagen en over het tijdstip waarop de verslagen aan het VAPH worden overgemaakt	161 (81%)
Informeren over feit dat zij geen enkele vergoeding of beloning mogen vragen aan of aanvaarden voor het opstellen van de verslagen	164 (82%)

Het maken van afspraken over het verloop van het proces van het opmaken van verslagen en over het tijdstip waarop de verslagen aan het VAPH worden overgemaakt, scoren het laagst van alle elementen die betrekking hebben op het informeren van de aanvrager. Maar het algemene cijfer ligt hier toch hoog: 81% van de MDT's voldoet aan deze MKE. Er wordt doorgaans met een informatiebrochure gewerkt, aangevuld met een mondelinge toelichting.

Drie kwart van alle MDT's (149/199) scoort een conform op alle 6 de deelaspecten inzake het informeren van de aanvrager.

	Aantal MDT's	Aantal MDT's dat op alle 6 de deelelementen i.v.m. informeren conform scoort
DMW	38	37
Reva	55	27
Consultatiebureau	19	19
OBC	7	6
OOOC	15	7
CLB	53	45
CGG en K-dienst	8	4
COS	4	4
TOTAAL	199	149

Bekijken we deze cijfers meer in detail, dan moeten vooral de reva's, de MDT's uit de cluster K-diensten/GGZ en OOOC's een tandje bijsteken om hun aanvragers op systematische manier te informeren. Dit zijn opnieuw de organisaties waar de gebruikers reeds gebruik maken van een ander aanbod: dit staft nog eens de stelling dat het "aanbod" MDT hier in het verlengde ligt van andere dienstverlening en deze MDT's zich dus naar buiten uit ook weinig als dusdanig profileren.

5 Van ingediende aanvraag tot opgemaakt verslag

5.1 Opvolgen van de aanvragen

Minstens één lid van het team moet de aanvrager gezien hebben. De verslagen kunnen niet opgemaakt worden op basis van een uitsluitend telefonische consultatie. Dit houdt in dat men ofwel de **aanvrager ontvangt op de dienst ofwel een huisbezoek brengt**. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de aanmelding en de eigenlijke intake. De intake kan de vorm aannemen van een huisbezoek of een gesprek bij het MDT.

	Aantal MDT's	Aantal conform inzake persoonlijk contact
DMW	38	38
Reva	55	55
Consultatiebureau	19	19
OBC	7	7
OOOC	10*	10
CLB	53	52
CGG en K-dienst	8	8
COS	4	1
TOTAAL	194*	190

* 5 OOOC's die nog geen dossiers behandelden op moment van het inspectiebezoek, worden hier buiten beschouwing gelaten

5.1.1 Persoonlijk contact met de aanvrager

Zeer occasioneel wordt tegen deze kwaliteitseis gezondigd, bijvoorbeeld als het een aanvulling betreft van een recent dossier dat reeds op de dienst is gekend, een samenwerking met een andere dienst die de aanvrager wel heeft gezien,...

Bij één CLB worden de aanvragers die les volgen binnen het gewoon onderwijs, niet door een lid van het MDT gezien. Specifiek voor de COS'en komt naar boven dat de chronologie omgekeerd ligt: voorafgaand aan de aanmelding en de intake vindt in het centrum een multidisciplinair diagnostisch onderzoek plaats, waarbij het kind door diverse medewerkers uit verschillende disciplines wordt gezien en onderzocht. Finaal komen onderzoeksresultaten tot stand die doorgaans voldoende materiaal bevatten om, indien nodig, een multidisciplinair verslag op een adequate manier op te maken. Een bijkomend fysiek overleg en/of onderzoek na aanmelding en intake, wordt binnen deze context niet altijd als nuttig ervaren.

Het werken met **persoonlijke contacten** met de aanvrager is echter de gangbare praktijk. Huisbezoeken worden het meest frequent georganiseerd door de diensten maatschappelijk werk (26/38), deze diensten wisselen ook naargelang het dossier tussen een huisbezoek of een gesprek op de dienst (11/38). Het afwisselen in functie van het dossier komt ook frequent voor bij de CLB's (20/53), hoewel ontvangst op de dienst daar toch het meest voorkomt (30/57). De revalidatiecentra

geven een totaal ander beeld: het werken met huisbezoeken vormt er de uitzondering (5/53), in de meerderheid van de gevallen wordt er gewerkt met gesprekken in het revalidatiecentrum (33/55). In 14 reva's wordt gewisseld tussen huisbezoeken en gesprekken op de dienst. De organisaties waar gebruikers verblijven geven eenzelfde beeld (alle MDT's van de cluster K-diensten/GGZ, 6 OBC's). Bij de OOC's is er een vrij gelijke verdeling over de mogelijkheden. Bij de COS'en tot slot was dit niet eenduidig vast te stellen (zie opmerking hoger).

Bij de consultatiebureaus wordt het merendeel van de aanvragers ontvangen op de dienst (9/19), maar het verschil met afwisselen in functie van het dossier is er beperkter (7/19).

Uitzonderlijk vindt er én een huisbezoek én een gesprek op de dienst plaats.

5.1.2 Doorlooptijd tussen aanmelding en intake

De bevraging van de aanmelding en de intake geeft ook een **zicht op de tijd die tussen beide momenten verloopt**. Bij 20 MDT's kan de vraag worden gesteld of de intake nog binnen een redelijke termijn na de aanmelding verloopt. Dit gaat dan over teams waarbij er in meerdere dossiers meer dan 3 maanden verstrijkt tussen de aanmelding en de intake. Dit werd vastgesteld bij 5 diensten maatschappelijk werk, 6 reva's, 5 CLB's, 3 consultatiebureaus en 1 OBC.

Daarbovenop botsten we nog occasioneel op aanvragen waar dit feit zich voordoet: doorgaans kunnen deze worden verklaard; het gaat daarbij geregeld om gebeurtenissen buiten de wil van het team om (bijvoorbeeld afspraken die worden verzet, complexe dossiers,...).

De MKE's leggen geen doorlooptijd vast tussen aanmelding en intake; enkel de termijn tussen intake en overmaken van het verslag aan het VAPH is vastgelegd op maximum 4 maanden. Alle tijd die daarbij komt, verlengt dus de looptijd van de procedure voor de gebruiker.

De duurtijd tussen aanmelding en intake kan niet worden verklaard door een verkeerd gebruik van de datum aanmelding en de datum intake (slechts in 4/20 teams).

Uit onze bevraging kwam ten slotte ook naar boven dat het **correct hanteren van de datum aanmelding en intake bij 10% van de MDT's een moeilijk gegeven blijft**. Dit werd in hoofdzaak vastgesteld bij reva's, OOC's en een aantal CLB's. De verklaring ligt mogelijk in het feit dat de aanvraag voor het VAPH een uitvloeisel is van de ondersteuning die reeds geboden wordt binnen de ruimere organisatie en een "aanmeldingsdatum" in die context eerder een artificieel gegeven is.

5.2 Respecteren van de opgelegde termijnen

Het doorlopen van procedure bij het MDT, van de intake, over het formuleren van een aanvraag om inschrijving en bijstand als tot slot het overmaken van het afgewerkte multidisciplinair verslag aan de provinciale afdeling van het VAPH moet volgens de kwaliteitseisen binnen de 4 maanden gerealiseerd zijn.

5.2.1 Versturen van het formulier A001 binnen 7 dagen na de intake

Vanuit de kwaliteitseisen wordt verwacht dat het formulier "Aanvraag om inschrijving en bijstand" (het zogenaamde A001 formulier) aan het VAPH wordt verstuurd, binnen de 7 kalenderdagen volgend op het intakegesprek.

Iets minder dan de helft van de MDT's voldoet aan deze MKE (47%). Dit wil zeggen dat in meer dan één dossier uit de steekproef aan dossiers getrokken per MDT bleek dat de opgelegde termijn van 7 dagen niet werd gehaald of anders gesteld: bij meer dan de helft van de MDT's bleek dat niet aan

deze MKE werd voldaan. Bij een aantal teams die wel conform scoorden op deze kwaliteitseis werd toch occasioneel vastgesteld dat in één dossier deze termijn werd overschreden. Alleen de OBC's scoren hier verhoudingsgewijs iets hoger dan de overige soorten MDT's.

	Aantal MDT's	Insturen A001 binnen 7 dagen conform
DMW	37	17 (46%)
Reva	52	21 (40%)
Consultatiebureau	17	7 (41%)
OBC	7	5 (71%)
OOOC	10	4 (40%)
CLB	52	27 (52%)
CGG en K-dienst	7	3 (43%)
COS	4	2 (50%)
TOTAAL	187*	87 (47%)

* totaal aantal ligt hier lager aangezien er in totaal 12 MDT's "niet toetsbaar" scoren op deze vraag (behandelden geen vragen inzake indienen A001).

Het nagaan van de reden waarom het A001 formulier laattijdig wordt verstuurd, maakte op zich geen deel uit van de bevraging, maar kwam doorheen de inspecties wel geregeld aan bod. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de aangehaalde redenen. De meest in het oog springende reden die wordt aangehaald, is dat men wil vermijden dat het VAPH briefwisseling met de aanvrager opstart aangezien deze volgens de MDT's voor veel onduidelijkheid zorgt.

Aangehaalde reden	aantal
Team wil eerst de vraag duidelijk krijgen	21
Er is geen duidelijke reden	34
Vertraging buiten de wil van de dienst	3
Cliënt verliest geen rechten	4
Opstart briefwisseling vanuit het VAPH creëert onduidelijkheid	12
Onvoldoende onderscheid tussen datum intake dienst/intake MDT	9
Gewoonte om A001 en A002 samen te versturen	5
Kende belang van termijn niet	2
Andere	10
TOTAAL	100

5.2.2 Respecteren van de termijn van 4 maanden na intake om een MDV te versturen

Niet alleen het versturen van het A001-formulier is aan termijnen gebonden, ook het overmaken van het multidisciplinair verslag aan het VAPH moet volgens de kwaliteitseisen binnen een redelijke termijn gebeuren. Ten laatste vier maanden na het huisbezoek of ontvangst van de aanvrager bij het team, moet het multidisciplinair verslag aan het VAPH worden overgemaakt. Sinds 1 januari 2014 is deze termijn verscherpt tot 3 maanden. Aangezien de inspectiebezoeken plaatsvonden voor deze datum, is de termijn van 4 maanden de opgelegde norm.

Bij 31 MDT's (16%) werd op basis van de steekproefsgewijze controle een niet conformiteit genoteerd. Het merendeel van deze teams was zich bewust van deze situatie en zette reeds een aantal stappen ter remediëring.

	Aantal MDT's	respecteren 4 maanden termijn conform
DMW	38	32
Reva	55	50
Consultatiebureau	19	18
OBC	7	4
OOOC	10	7
CLB	53	44
CGG en K-dienst	8	5
COS	4	3
TOTAAL	194	163

Veel teams bewaken de doorlooptijd door zelf een registratiesysteem of één of andere vorm van monitoring op te zetten. Dit wil niet zeggen dat alle dossiers van deze teams steeds binnen de vier maanden werden ingediend: het geeft wel inzicht in de mogelijke redenen die aan de basis kunnen liggen van een (occasionele) overschrijding. Een aantal teams halen hoge werkdruk aan als reden voor het niet halen van deze termijn of geven aan dat er toch lange wachtlijsten zijn voor de zorgvormen waarvoor ze een MDV afleveren.

Bij het formuleren van de vaststellingen werd rekening gehouden met abnormale en onvoorzienbare omstandigheden die het halen van de termijn in de weg stonden, maar we maakten hier geen inventaris van.

Het tijdig overmaken van het multidisciplinair verslag scoort beduidend beter dan het overmaken van het A001-formulier. Als we nog even de link leggen naar het informeren van de aanvrager, dan scoort ook daar het maken van afspraken over het verloop van het proces van het opmaken van verslagen en over het tijdstip waarop de verslagen aan het VAPH worden overgemaakt, het laagst. Doorheen de inspecties vingen we signalen op die erop wijzen dat sommige MDT's beide opgelegde termijnen als een overdreven formalisme ervaren, zeker als het gaat om aanvragen voor zorgvormen waarvoor lange wachtlijsten bestaan. Heel wat MDT's slagen er echter wel in om de vastgelegde termijnen te respecteren. Vanuit gebruikersperspectief getuigt een engagement én resultaat om een aanvraag binnen een redelijke termijn af te handelen van klantvriendelijkheid.

5.3 Multidisciplinair karakter van het verslag

Eén van de MKE's legt op dat uit het verslag moet blijken dat het voorstel van indicatiestelling multidisciplinair tot stand is gekomen. Er wordt verwacht dat er minstens één keer een multidisciplinair overleg heeft plaatsgehad tussen de verschillende disciplines. Het is aan de teams zelf om aan te tonen dat het verslag multidisciplinair tot stand is gekomen, bijv. door verslagen te tonen van een teamvergadering, de aanwezigheid van overlegmomenten in de agenda's van de teamleden,... Vanuit de kwaliteitseisen wordt immers niet verder opgelegd op welke manier het multidisciplinair overleg moet worden ingevuld.

	Aantal MDT's	Multidisciplinair karakter verslag conform	Structureel overleg
DMW	38	36	23
Reva	55	49	40
Consultatiebureau	19	19	14
OBC	7	7	5
OOOC	10	7	5
CLB	53	47	36
CGG en K-dienst	8	8	6
COS	4	3	1
TOTAAL	194	178	130

Bij 16 inspecties of 8% van de MDT's werd een niet conformiteit genoteerd (2 diensten maatschappelijk werk, 6 reva's, 3 OOOC's, 6 CLB's en 1 COS): in deze situaties werd onvoldoende grond gevonden om te besluiten dat het voorstel van indicatiestelling multidisciplinair tot stand is gekomen. Hoewel dit zowel in relatieve als absolute cijfers om lage aantallen gaat, is elke niet conformiteit op deze MKE er zeker één teveel: het is immers net de taak van het *multidisciplinair* team om een *multidisciplinair* verslag op te maken.

Zeker twee derden van de teams werken met een structureel overlegmoment waarop de aanvragen worden besproken (130/194). Soms is daar zelfs aparte verslaggeving over, maar er wordt evengoed veel gebruik gemaakt van (elektronische) dossiers of agenda's om deze overlegmomenten aan te tonen.

Voor alle teams samen, en dus los van de kwalificatie conform – niet conform, werd in een vijfde van de gevallen (40/194) een aandachtspunt genoteerd om het verhogen van aantoonbaarheid van dit overleg als verbeterpunt aan te reiken. Het is hierbij steeds van belang om te kunnen aantonen wie aanwezig was bij het overleg en welke dossiers aan bod kwamen. In sommige situaties wordt eerder voldaan aan de geest van de wetgeving: er is multidisciplinair overleg geweest, maar dit in kader van het hulpverleningsproces binnen de organisatie, niet met het oog op de indicatiestelling.

Er zijn verder geen concrete cijfers over, maar af en toe werd vastgesteld dat ook een onderscheid wordt gemaakt tussen "standaard" dossiers en "complexe" dossiers: het kan dus dat een team verschillende werkwijzen naast mekaar hanteert.

5.4 Inbreng van de aanvrager

De wensen, behoeften, beperkingen en mogelijkheden van de persoon die of voor wie ondersteuning wordt gevraagd, worden in kaart gebracht. Op basis hiervan zoekt het team samen met de aanvrager naar het passende antwoord op de persoonlijke ondersteuningsnood.

Slechts in één situatie bleek het betrekken van de aanvrager te beperkt waardoor een non conformiteit werd genoteerd.

Bij 14 MDT's was er sprake van dossiers zonder consensus. In deze gevallen werd het niet bereiken van een consensus vermeld in het verslag, zoals dat wordt verwacht. Het gaat om 2 CLB's, 9 consultatiebureaus, 2 OBC's en 1 OOOC. Het gaat telkens om een zeer beperkt aantal dossiers. Het

niet bereiken van consensus wordt bij al deze MDT's voldoende gemotiveerd in het verslag. Slechts in één geval werd vastgesteld dat de visie van de aanvrager niet werd weergegeven in het verslag.

Dit betekent dat de MDT's er doorheen de weg die ze afleggen met de aanvrager en die resulteert in een MDV, goed in slagen de aanvrager te betrekken waardoor men op hetzelfde spoor zit. Anderzijds zou men zich op basis van deze hoog score ook kunnen de vraag stellen of MDT's niet te makkelijk meegaan in de vraag van de gebruiker, zonder dat dat betekent dat hetgeen de gebruiker vraagt, voor betrokkene de juiste oplossing is.

5.5 Verwijzing

In het geval een team van oordeel is dat zij geen kwaliteitsvolle dienstverlening kan of wenst aan te bieden aan de aanvrager die haar contacteert voor de opmaak van verslagen moet het team de aanvrager informeren over alternatieve teams.

	Aantal MDT's	Doorverwijzing in kader van aanmelding	Verplichte procedure uitgewerkt	Procedure voldoet	Toepassing in de praktijk
DMW	38	19	33	31	14
Reva	55	33	17	10	3
Consultatiebureau	19	15	16	9	3
OBC	7	6	1	0	
OOOC	15	10	7	5	3
CLB	53	44	18	9	1
CGG en K-dienst	8	4	4	4	0
COS	4	4	2	2	1
TOTAAL	199	135	95	67	25

Ruim twee derde van de MDT's scoort conform op het doorverwijzen naar alternatieve teams in kader van aanmelding. Opvallend is ook dat deze MKE bij één derde van de MDT's niet toetsbaar bleek: de MDT's geven aan dat deze situatie zich nog niet voordeed. In 6 situaties werd de werkwijze op dit punt als niet conform beschouwd, hoofdzakelijk omwille van het ontbreken van afspraken om de kwaliteitseis op een adequate wijze te realiseren. Maar zelfs bij de MDT's waarbij deze MKE de kwalificatie conform kreeg, gaat het eerder om een engagement dat het team neemt: zij stellen immers dat zij in de praktijk weinig met dergelijke vragen te maken krijgen, of het moet gaan om een vraag waarvoor men niet erkend is (bijvoorbeeld IMB of PAB bij een loutere zorgerkenning).

Komt het MDT na de aanmelding alsnog tot de vaststelling dat zij niet het best geplaatst zijn om de aanvraag te behandelen, dan wordt verwacht dat het MDT doorverwijst. Het MDT moet hiervoor een procedure uitwerken die een aantal minimale elementen moet bevatten, zoals een motivatie voor de doorverwijzing, het actief doorverwijzen naar een ander geschikt team en dit op een duidelijke manier, zelf contact nemen met het andere team en een afspraak voor de aanvrager regelen,...

Bij minder dan de helft van de MDT's is een procedure beschikbaar. Hoewel bij de inspecties niet systematisch werd ingegaan op het waarom van het ontbreken van een doorverwijzingsprocedure, werd toch geregeld spontaan geopperd dat de vraag naar doorverwijzing zich niet voordoet. Deze reden is zeker volledig terecht voor de MDT's die zijn ingebed in een zeer gespecialiseerde omgeving:

voor sommige complexe problematieken zijn er minder dan een handvol gespecialiseerde teams die dergelijke aanvragers kunnen voorhelpen.

Focussen we verder op de minimale elementen die in de procedure moeten verankerd worden, dan luidt de conclusie dat slechts één derde van de MDT's over een adequate doorverwijzingsprocedure beschikt. Zelfs binnen deze groep werd bij meer dan de helft van de MDT's aangegeven dat de praktijk niet toetsbaar bleek aangezien zich geen dergelijke situaties voordeden.

In het kader van verwijzing werd tot slot ook ingegaan op de zogenaamde verplichte doorverwijzing: het inschrijvingsbesluit van het VAPH bepaalt immers dat het team een persoon met handicap moet doorverwijzen naar een ander team, ingeval zijn optreden zou leiden tot opname in of verstrekking van bijstand tot sociale integratie door de eigen instelling of door een voorziening die er een organisatorische eenheid mee uitmaakt. In 12 situaties werd een probleem op dit vlak vastgesteld (5 OBC's, 1 OOC, 5 reva's, 1 CLB).

Vanuit de aard van hun erkenning gecombineerd met de opdracht als MDT is deze MKE moeilijk realiseerbaar voor de OBC's: kinderen en jongeren kunnen er verblijven met een voorlopig pec-ticket. Het is doorgaans het MDT ingebed in deze organisatie die het MDV opmaakt op basis waarvan de opname in het eigen centrum kan worden verlengd. Met oog op continuïteit van zorg, maximaal aanwenden van het bestaande inzicht in het dossier,... lijkt dit niet onlogisch. Cruciaal element is echter de mate waarin dergelijke aanvragen met een open blik worden behandeld: worden alle opties overwogen of wordt er vanuit de eigen zorgvorm geredeneerd?

Ook een aantal revalidatiecentra zien zich met deze MKE voor problemen geplaatst. Het feit of het om één of meerdere aparte vzw's gaat, is hierbij van ondergeschikt belang; cruciaal is vooral de mate waarin het om een functionele eenheid gaat (analoge doelgroep, één site,...). Daar staat dan weer tegenover dat een strikte toepassing van deze kwaliteitseis mogelijk tot gevolg kan hebben dat bestaande expertise minder kan worden aangewend of dat van een aanvrager een grotere inspanning wordt gevergd (bijvoorbeeld een verre verplaatsing naar een ander team).

6 Bewaren van verslagen en inzage in het dossier

Alle MDT's nemen de nodige maatregelen om zowel de verslagen die werden overgemaakt aan het VAPH als de documenten die als basis hebben gediend voor het opstellen ervan, gedurende een termijn van vijf jaar te bewaren.

Er zijn weinig actieve vragen tot inzage in het dossier. Heel wat MDT's geven aan dat zij doorheen het proces bepaalde documenten ter beschikking stellen: het lijkt logisch dat onder andere daardoor de vraag tot inzage in het dossier zich minder stelt. Zoals hoger bleek, zijn de aanvragers in hoge mate geïnformeerd over hun inzagerecht.

7 De gespecialiseerde IMB-teams

Zoals aangehaald in de inleiding, zijn lang niet alle MDT's erkend als gespecialiseerd IMB-team. Daardoor ligt het totale aantal MDT's waarop deze resultaten gebaseerd zijn, lager, namelijk op 89. Alle diensten maatschappelijk werk behandelen aanvragen IMB, binnen de groep van de reva's is bijna twee derde erkend voor het afleveren van adviesrapporten IMB, bij de consultatiebureaus is dat bijna 65%. Ook één MDT uit de cluster K-dienst/CGG ziekenhuisdienst en 2 COS'en zijn als dusdanig erkend. De OBC's, OOOO's en CLB's zijn niet actief op dit terrein.

	Aantal MDT's	Aantal MDT's erkend voor het behandelen van aanvragen IMB
DMW	38	38
Reva	55	36
Consultatiebureau	19	12
OBC	7	0
OOOO	15	0
CLB	53	0
CGG en K-dienst	8	1
COS	4	2
TOTAAL	199	89

7.1 De hulpmiddelendeskundige

Een MDT erkend als IMB-team moet over een hulpmiddelendeskundige kunnen beschikken. We stelden twee situaties vast waarin geen beroep kan worden gedaan op een hulpmiddelendeskundige: in één geval beperkte de behandeling van dossiers IMB zich tot de aanvragen voor incontinentiemateriaal, in het ander geval werd op moment van het inspectiebezoek desgevallend samengewerkt met een externe adviseur. Grote teams hebben doorgaans meerdere hulpmiddelendeskundigen in dienst.

De hulpmiddelendeskundigen voldoen aan de diplomavereisten (ergotherapeut of een bachelor die kan aantonen dat hij ervaring heeft in het advies verlenen over individuele materiële bijstand).

MDT's kunnen zich specialiseren in bepaalde doelgroepen; er worden evenwel geen specifieke erkenningen gegeven in functie van een bepaalde doelgroep.

7.2 Hulpmiddelen voor en aanpassingen aan de woning

Er wordt van het MDT verwacht dat zij een goed beeld hebben van de situatie ter plaatse, om zo tot een goed adviesrapport te komen. Wordt geen huisbezoek gebracht, dan moet dit gemotiveerd worden. Verslaggeving over huisbezoeken moet aan een aantal voorwaarden voldoen.

	Aantal MDT's erkend voor het behandelen van aanvragen IMB	Aantal MDT's dat woningaanpassingen heeft geadviseerd
DMW	38	38
Reva	36	26
Consultatiebureau	12	3
OBC	0	Nvt
OOOC	0	Nvt
CLB	0	Nvt
CGG en K-dienst	1	
COS	2	2
TOTAAL	89	69

69 van de 89 MDT's erkend als IMB-team adviseerden reeds hulpmiddelen voor en aanpassingen aan de woning: de diensten maatschappelijk werk en revalidatiecentra maken hier de dienst uit.

Bij 65 van deze MDT's (65/69) is aantoonbaar dat er met huisbezoeken wordt gewerkt (in 3 situaties was dit bij gebrek aan dossiers niet toetsbaar, in 1 geval was het huisbezoek onvoldoende aantoonbaar). Dit wordt aangetoond door middel van een verslag van het huisbezoek. In het merendeel van de inspecties was er geen apart verslag beschikbaar, maar werd de info verkregen bij het huisbezoek, verwerkt in het adviesrapport. Er werd bewust gekozen voor een pragmatische invulling van deze MKE: het kan niet de bedoeling zijn om de MDT's richting extra verslaggeving te dwingen, indien blijkt uit wat zij voorleggen aan geïntegreerde verslaggeving (meestal het adviesrapport) dat de relevante items aan bod kwamen.

Het merendeel van de verslagen voorziet in de opgelegde deelrubrieken (57/65). Is een verslag dan toch niet conform op dit punt, dan gaat het vooral om het ontbreken van het oogpunt van de aanvrager en het oogpunt van het gespecialiseerd IMB-team.

Bij ruim de helft van deze MDT's (37/69) konden geen dossiers worden voorgelegd van aanpassingen voor en aanpassingen aan de woning waarbij er geen huisbezoek plaatsvond. Hieruit kunnen we de voorzichtige conclusie trekken dat huisbezoeken in kader van woningaanpassingen een goed verspreide praktijk zijn. In 40% van deze MDT's (28/69) werden dossiers zonder huisbezoek behandeld, maar deze keuze werd wel gemotiveerd in het dossier. In 4 gevallen ontbrak de nodige motivatie en werd deze MKE als niet conform gescoord.

7.3 Het uittesten van hulpmiddelen indien de werkzaamheid of de doelmatigheid van het desbetreffende hulpmiddel in specifieke situaties onzeker is

Specifiek voor de hulpmiddelen bepaalt één van de MKE's dat een hulpmiddel moet getest worden indien de werkzaamheid of de doelmatigheid ervan in specifieke situaties onzeker is. Deze eis concretiseert niet verder over welke situaties dit gaat. De initiële vraagstelling, nl. "Er worden hulpmiddelen geadviseerd waarvoor een testverslag nodig is", werd daarom verlaten en meer toegespitst op wat er in de MKE's bepaald is inzake de minimale elementen die in een verslag moeten worden opgenomen en het motiveren van de eventuele keuze van het team om bepaalde hulpmiddelen niet te testen.

Er werd dus niet langer een uitspraak gedaan of men had moeten testen, maar wel nagegaan of desgevallend het testverslag de juiste elementen bevat. Dezelfde redenering werd toegepast bij het niet testen: er werd bij het inspectiebezoek geen appreciatie gegeven of het de juiste benadering is dat het hulpmiddel niet getest werd, maar wel of er aandacht gaat naar de motivering van het niet testen.

Bij 80 van de gespecialiseerde IMB-teams worden hulpmiddelen op één of andere manier getest. 8 consultatiebureaus en 1 MDT uit de cluster K-dienst/CGG geven aan niet te testen: op dit moment vullen zij hun erkenning als gespecialiseerd IMB-team slechts in beperkte mate in. Er worden enkel eenvoudige of beperkte hulpmiddelendossiers behandeld, of zelfs slechts aanvragen incontinentiemateriaal gekoppeld aan een aanvraag zorg. De meer complexe dossiers worden doorverwezen.

Bij 73 MDT's resulteert het testen in een testverslag. Of met andere woorden: bij 6 MDT's konden geen testverslagen worden voorgelegd (in 1 situatie was dit niet toetsbaar). Het gaat concreet om 5 revalidatiecentra en 1 dienst maatschappelijk werk. Bij de bevraging werd nochtans niet rigide vastgehouden aan het opmaken van een apart testverslag: dit gaat dus om situaties waar niet alleen een testverslag niet voorhanden was, maar waarbij de testresultaten niet of onvoldoende werden verwerkt in het adviesrapport.

Bij 21 MDT's krijgt het testen niet de juiste vertaling naar de opgelegde minimale elementen waaraan een testverslag zou moeten voldoen. De punten die het minst aandacht krijgen zijn:

- plaats, tijdsspanne en eventueel omgeving waarin de test plaatsvond
- prognose van de functiebeperkingen i.f.v. het gebruik van het hulpmiddel
- een beschrijving van het verloop van de test met specifieke aandacht voor de mate waarin de persoon die ondersteuning vraagt of voor wie ondersteuning wordt gevraagd evolueert in de toepassing van de verschillende functies van het hulpmiddel of de aanpassing doorheen de testperiode, steeds voorzien van een gedetailleerde tijdsaanduiding van de test- en observatiemomenten

In de situaties waarbij testen minstens deels wordt uitbesteed aan een andere organisatie, scoort de conformiteit lager (76% bij MDT's die zelf testen vs 41% bij MDT's die testen uitbesteden).

Worden alle voorwaarden in acht genomen, namelijk: er wordt getest, er wordt een testverslag gemaakt en dit verslag voldoet aan de minimale vereisten, dan voldoen 52 van de 89 MDT's (58%) die erkend zijn als IMB team aan deze MKE's.

Een positief antwoord op de vraag of hulpmiddelen worden getest, betekent evenwel nog niet dat alle geadviseerde hulpmiddelen worden getest: bij 67 MDT's werd expliciet aangegeven dat zij ook hulpmiddelen adviseren die niet werden uitgetest (34 DMW, 2 consultatiebureaus, 29 reva's en 2 COS'en).

In het geval een team een test van het geadviseerde hulpmiddel onnodig of onmogelijk acht, wordt verwacht dat het team deze keuze motiveert in het adviesrapport. Slechts bij 39 MDT's is er effectief sprake van een motivering van de keuze om niet te testen.

De redenen die als motivatie gebruikt worden, maakten op zich geen deel uit van de bevraging, maar werden wel spontaan bevraagd bij heel wat inspectiebezoeken. Zonder volledig te zijn, geeft het volgende overzicht een idee van wat de reden kan zijn om niet tot testen over te gaan:

- niet mogelijk door de aard van het hulpmiddel
- de gebruiker heeft reeds ervaring met het hulpmiddel (bijvoorbeeld: het hulpmiddel werd eerder gehoord, het hulpmiddel werd reeds gebruikt doorheen revalidatie, het betreft een vernieuwing van het hulpmiddel ,...)
- er kan teruggevallen worden op de expertise van de dienst

Op basis van dit resultaat komen we tot de vaststelling dat de MKE's in dit verband ook een grote discrepantie vertonen in verwachtingen. Enerzijds is er enkel de heel algemene bepaling die stelt dat "hulpmiddelen moeten uitgetest worden indien de werkzaamheid of doelmatigheid van het hulpmiddel in specifieke situaties onzeker is". Gaat een MDT over tot testen, dan is er anderzijds een gedetailleerde lijst aan voorwaarden waaraan een dergelijk testverslag moet voldoen. Mogelijk gaan deze voorwaarden te ver voor die situaties waarbij het testen van een eenvoudig hulpmiddel toch zinvol kan zijn. Met andere woorden: wordt niet beter ingezet op het breder testen, maar met een beperkter aantal verplichte elementen in het testverslag?

Een duidelijke afbakening van hulpmiddelen die steeds moeten worden getest of situaties waarin het aangewezen is om te testen, is hier zeker aangewezen. Een verwijzing naar de eigen beroepservaring met een bepaald hulpmiddel is toch vrij beperkt (iedere situatie is anders); en wat met de expliciete vraag van de gebruiker naar een bepaald hulpmiddel: kent betrokkene wel alle alternatieven?

Maar bij gebrek aan een duidelijk kader op dit moment, kunnen de MDT's zelf hier zeker al een eigen beleid rond ontwikkelen. Het ontbreken van eigen interne afspraken die helpen om de afweging om wel of niet te testen te maken is een constante doorheen de bezoeken. Slechts weinig MDT's werkten hiervoor criteria uit.

Er zit ook geen lijn in het wel of niet testen van hulpmiddelen tussen de verschillende diensten onderling: wat één MDT naar voor schuift als niet te testen, wordt in een ander geval weer wel aan een test onderworpen.

BESLUIT

De minimale kwaliteitseisen, opgelegd aan de multidisciplinaire teams, beogen een zekere kwaliteit van de dienstverlening te garanderen en aandacht te besteden aan het gebruikersgericht werken.

Het VAPH beoordeelt de kwaliteit van ieder multidisciplinair verslag. Zorginspectie legt haar focus op de noodzakelijke randvoorwaarden, het proces, om tot het multidisciplinair verslag te komen en bekijkt zo de geleverde kwaliteit in ruimere zin. De MDT's zijn er, een paar uitzonderingen daar gelaten, in deze fase in geslaagd hun werking voldoende te conformeren aan de opgelegde eisen. Zorginspectie ziet echter nog een aantal opportuniteiten voor verdere verbetering.

Op vlak van gebruikersgericht werken, springen volgende conclusies in het oog:

- men zou kunnen stellen dat de organisatie of dienst haar taak als MDT invult bij wijze van **extra service aan de gebruikers**, waarbij de specifieke knowhow van het team wordt aangewend waarvoor men in de eerste plaats bij de organisatie terecht kwam. Of nog, de aanvraag van een multidisciplinair verslag of adviesrapport was vaak niet de initiële reden voor de keuze voor het specifieke MDT, maar vloeit voort uit het feit dat men reeds gebruik maakt van de diensten van de organisatie waarbinnen het MDT zich situeert. Het is als het ware onderdeel van een all-in pakket aan dienstverlening. Dit blijkt sterk bij bijvoorbeeld de taak als gespecialiseerd IMB-team bij de mutualiteiten, de taak als MDT in het verlengde van een revalidatie bij de revalidatiecentra,...
- dit lijkt tot gevolg te hebben dat veel MDT's zich **niet als dusdanig naar de buitenwereld toe profileren** en bij **minder dan de helft** een **procedure inzake doorverwijzing** van aanvragers is uitgewerkt.
- het respecteren van de **opgelegde termijnen verloopt niet feilloos**. Vanuit gebruikersperspectief getuigt een engagement én resultaat om een aanvraag binnen een redelijke termijn af te handelen echter van klantvriendelijkheid. De MKE's leggen geen doorlooptijd vast tussen aanmelding en intake; enkel de termijn tussen intake en overmaken van het verslag aan het VAPH is vastgelegd op maximum 4 maanden. Alle tijd die daarbij komt, verlengt dus de looptijd van de procedure voor de gebruiker.
- voor wat betreft het adviseren van hulpmiddelen, bestaan zowel de praktijk van **het testen als het niet testen naast elkaar** zonder dat er een duidelijk kader is dat bepaalt wat wanneer moet worden getest. Gaat een MDT over tot testen, dan moet het verslag wel aan heel wat voorwaarden voldoen. Een analoge vaststelling komt naar boven in het kader van het brengen van huisbezoeken met het oog op adviseren van woningaanpassingen. Heeft de gebruiker dan wel voldoende garanties dat hij kan beschikken over het voor hem meest adequate hulpmiddel?

Met betrekking tot de organisatie en werking kan het volgende worden besloten:

- de minimale kwaliteitseisen zijn **generiek uitgewerkt** voor alle MDT's, of nog, er is eenzelfde eisenkader uitgewerkt waaraan de negen uiteenlopende types van MDT's moeten voldoen. Vanuit het oogpunt van het garanderen van een kwaliteitsvolle dienstverlening binnen deze niche is dit een logische keuze. Het verschil in setting waarbinnen een MDT werkt (residentieel versus ambulante), de spreiding in leeftijd van de aanvragers (van baby's over kinderen tot volwassenen van alle leeftijden), het aantal MDV's dat men op jaarbasis aflevert... maken van "de MDT's" een zeer heterogene groep waardoor "het MDT" eigenlijk niet bestaat. Sommige types MDT worstelen met de invulling van sommige MKE's. Dit betekent niet dat deze MDT's geen kwaliteitsvol werk leveren, maar wel dat de werking als het

ware wringt met de opgelegde MKE (bijvoorbeeld: de chronologie aanmelding/intake/multidisciplinair onderzoek bij de COS'en).

Anderzijds geven generieke kwaliteitseisen de nodige ruimte om er een invulling aan te geven op maat van de eigen werking. Het is dus de opdracht van alle types MDT om hiermee op een zinvolle manier aan de slag gaan.

- bij een beperkt aantal MDT's kon **onvoldoende worden aangetoond dat de indicatiestelling multidisciplinair tot stand kwam**. Bij dit cruciale kernproces zou een 100% conformiteit zeker het streven moeten zijn.
- een aantal types MDT's leveren MDV's af die kunnen leiden tot opname binnen de eigen organisatie of binnen de organisatie die er een functioneel geheel mee vormt. Dit is niet conform één van de erkenningsvoorwaarden. Een belangrijke afweging die moet worden gemaakt, is wat moet primeren: het aanwenden van de expertise van de organisatie, bieden van continuïteit van zorg,... of de strikte scheiding tussen de verschillende rollen (MDT en voorziening). Een objectieve behandeling van de aanvraag die alle opties overweegt, is niet alleen in deze context maar bij uitbreiding voor alle MDT's relevant, ook bij het afleveren van adviesrapporten.

Het verder uitbouwen van het gebruikersgericht werken en dit doorheen alle facetten van het MDT is de belangrijkste uitdaging waar alle betrokken partijen nu voor staan (MDT's, VAPH,...):

- een duidelijke afbakening van hulpmiddelen die steeds moeten worden getest of situaties waarin het aangewezen is om te testen, is hier zeker aangewezen. Bij gebrek aan een duidelijk kader op dit moment, kunnen de MDT's zelf hier zeker al een eigen beleid rond ontwikkelen.
- verdere samenwerking tussen MDT's, ook rond het testen van hulpmiddelen, kan de kwaliteit van de dienstverlening enkel doen stijgen
- het respecteren van de nodige termijnen blijft een werkpunt. De langere tijd die nu kan voorbijgaan tussen een eerste aanmelding en werkelijke intake is niet in het belang van de gebruiker.
- er is zeker nog ruimte om meer in te zetten op het organiseren van bilateraal overleg.