



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapport van het onaangekondigd Quick Scan
Bezoek aan OsiraGroep, locatie Albatros te
Amsterdam op 26 februari 2013

Amsterdam,
26 februari 2013

Inhoud

1	Inleiding—3
2	Bevindingen onaangekondigd inspectiebezoek—4
2.1	Veiligheid—6
2.2	Vrijheidsbeperking—8
2.3	Ondersteuningsplan—9
2.4	Kwaliteit van personeel en organisatie—10
3	Oordeel—12
4	Herstelmaatregelen en handhaving—13
Bijlage 1	Overzicht wetten, veldnormen en rapporten—14

1 Inleiding

Op 26 februari 2013 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd Quick Scan bezoek gebracht aan de OsiraGroep, locatie Albatros. De inspectie brengt dit onaangekondigde bezoek om een beeld te krijgen van de veiligheid en de kwaliteit van de zorgverlening binnen OsiraGroep, locatie Albatros. De inspectie beoordeelt of er binnen OsiraGroep, locatie Albatros aspecten zijn die een risico vormen voor de veiligheid, effectiviteit en de cliëntgerichtheid van de zorg.

Werkwijze

Om tot een verantwoord oordeel te komen heeft de inspectie:

- Een bezoek gebracht aan de woonlocatie, het dienstencentrum en het ontmoetingscentrum;
- Een korte ontmoeting gehad met de aanwezige cliënten in het dienstencentrum;
- Gesprekken gevoerd met een woonbegeleider, een verzorgende IG en de teamleider;
- Twee zorgplannen ingezien.

De inspecteurs gebruiken tijdens het onaangekondigd toezichtbezoek een 'Quick Scan' instrument dat ontwikkeld is om de uitvoer van de zorg te beoordelen. Het instrument is gebaseerd op andere instrumenten van de inspectie, wetgeving en daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen¹.

De aard van het onaangekondigde Quick Scan Bezoek brengt met zich mee, dat niet alle onderwerpen uitputtend aan de orde kunnen komen. De inspectie stelt daarom prioriteiten. Bovendien is de beschikbaarheid van de gesprekspartners afhankelijk van werktijden en werkzaamheden op de betreffende dag. De zorg voor de cliënten krijgt voorrang en dit heeft tot gevolg dat gesprekken soms van korte duur zijn.

Tijdens de Quick Scan kijken de inspecteurs naar de aanwezigheid van risico's op vier domeinen (zie onderstaande opsomming) die betrekking hebben op de randvoorwaarden voor het bieden van veilige en verantwoorde zorg en ondersteuning.

- Veiligheid
- Vrijheidsbeperking
- Ondersteuningsplan
- Kwaliteit van personeel en organisatie

Als de instelling niet of ten dele aan de norm voldoet, dan geeft de inspectie een toelichting.

¹ Zie bijlage 1

Bevindingen onaangekondigd inspectiebezoek

Naam instelling	OsiraGroep
Adresgegevens	Nachtwachlaan 20 1058 EA Amsterdam
Bezochte locatie	Albatros Albatrospad 68 1021 TR Amsterdam
Korte beschrijving van de bezochte locatie	<p>Albatros is een wooncomplex, waarvan 24 woningen zijn aangepast voor mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH). Tien woningen zijn rolstoelgeschikt en specifiek aangepast voor mensen met een lichamelijke handicap. OsiraGroep biedt er zorg en ondersteuning. Op de begane grond is het dienstencentrum met een activiteitencentrum waar mensen met een Niet Aangeboren Hersenletsel terecht kunnen voor dagbesteding. Er is ook een restaurant waar ouderen uit de buurt ook welkom zijn.</p> <p>Bewoners van de aangepaste woningen en de WIBO-woningen kunnen rekenen op persoonlijke verzorging en verpleging van medewerkers van OsiraGroep. Zij doen dit vanuit het zorgsteunpunt waar ze 24-uur per dag, zeven dagen per week op afroep aanwezig zijn. Alle bewoners, ook uit de wijk, kunnen terecht bij het paramedisch centrum voor fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en adaptatietechniek. De OsiraGroep levert huishoudelijke verzorging aan wie dat nodig heeft. Zo is zorg- en dienstverlening snel aanwezig. Rust, persoonlijke aandacht, overzicht en structuur staan centraal. Tegelijkertijd is er veel aandacht voor onderliggende contacten en individuele begeleiding.</p>

	<p>Wonen in Albatros betekent zelfstandigheid en bescherming. De woningen en voorzieningen zijn voorbereid op de aanleg van allerlei technische voorzieningen (domotica). Bewoners in Albatros kunnen via het alarmintercomsysteem rechtstreeks contact leggen met de hulpverleners. De appartementen zijn standaard voorzien van brandbeveiliging en videofoon.</p> <p>Wie omgevingsbesturing nodig heeft om deuren, radio/tv, computer en verlichting op afstand te besturen, kan dat individueel aanvragen. Deze faciliteiten maken het wonen voor iedereen comfortabel, maar voor mensen met een handicap zijn ze noodzakelijk en om zelfstandig te kunnen wonen.</p>
Bopz aanmerking	Nee

2.1

Veiligheid

Norm	Aanwezig		
	ja	nee	nvt
Er is een intern meldingsysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is. (melden, registreren, analyse, verbeteractie en terugkoppelen aan melder en team)	✓		
Apparatuur (bv tillift, thermostaatkraan, zuurstofapparaat, elektrische rolstoel etc.) is voorzien van een gebruiksaanwijzing en wordt structureel onderhouden en gekeurd.	✓		
De middelen (bv Zweedse band, afzonderingsruimte, separeerruimte) ter toepassing van vrijheidsbeperking, worden met regelmaat gecontroleerd en verkeren in goede staat.			✓
Het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.	✓		
Ontruimingsoefeningen worden minimaal 1 maal per jaar gehouden, brandblusapparatuur is aanwezig en er is een vrije doorgang naar de nooduitgangen.		✓	
Medewerkers zijn bekend met het beleid en de visie rondom vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van seksueel misbruik	✓		
Medewerkers kunnen aantonen dat zij aandacht besteden aan vriendschap, intimiteit, seksualiteit en het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag.	✓		
Medewerkers zijn geïnstrueerd en weten de meldcode huiselijk geweld te hanteren.		✓	
Alle medicatie staat op naam van cliënten (geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen').	✓		
Medicatie wordt onder de goede condities bewaard en is niet toegankelijk voor onbevoegden. <i>Scoor alleen ja indien alle onderstaande elementen aanwezig zijn:</i> <ul style="list-style-type: none"> - In de koelkast gescheiden van voedingsmiddelen; - In een afgesloten medicijnkast; - Opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie; - Sleutelbeheer is adequaat geregeld; - Houdbaarheidsdata actueel. 		✓	
Voor iedere cliënt is een actueel, door apotheker verstrekt en geprint medicatieoverzicht in het ondersteuningsplan en een toedienlijst (of deellijst).	✓		

Per medicijn is op de toedienlijst afgetekend nadat de medicatie is verstrekt.	✓		
--	---	--	--

Toelichting

De laatste ontruimingsoefening is langer dan 1 jaar geleden gehouden.

De meldcode 'huiselijk geweld' is niet bekend bij de medewerkers en leidinggevende. Osira treft voorbereidingen om de implementatie in de maanden april, mei en juni te realiseren, zodat de organisatie op 1 juli 2013 aan deze norm voldoet.

De inspecteurs hebben een doosje met medicijnen aangetroffen waarvan de expiratiedatum was overschreden.

2.2 Vrijheidsbeperking

Norm	Aanwezig		
	ja	nee	nvt
De medewerkers zijn bekend met het beleid en visie rondom vrijheidsbeperking.	✓		
De medewerkers kunnen aantonen dat zij bijdragen aan preventie en afbouw van vrijheidsbeperkingen.			✓
De toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen zijn in de ondersteuningsplannen opgenomen en beargumenteerd.			✓
Uit het ondersteuningsplan blijkt dat er bij de toepassing van de vrijheidsbeperking minder ingrijpende alternatieven zijn overwogen.			✓
De inbreng van de cliënt en de cliëntvertegenwoordiger ten aanzien van vrijheidsbeperking en de evaluatie daarvan is in het ondersteuningsplan zichtbaar.			✓
De inbreng van betrokken disciplines en/of extern deskundigen ten aanzien van vrijheidsbeperking is in het ondersteuningsplan zichtbaar.			✓
Alle toepassingen middelen of maatregelen, dwangbehandelingen en vrijheidsbeperkende maatregelen (ook WGBO gerelateerd) worden op locatieniveau geregistreerd.			✓
Er zijn individuele uitvoeringsafspraken voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen beschreven.			✓
Informatie en/of diagnostiek over preventie (bijvoorbeeld signaleringsplannen) is opgenomen in het ondersteuningsplan.			✓
Er is een afbouwplan voor de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen aanwezig (of beargumenteerd niet aanwezig).			✓
Binnen de locatie worden fixatiebanden gebruikt zoals bijvoorbeeld zweedse-, bratex- of posey banden.		✓	
Binnen de locatie worden cliënten ingesloten in bijvoorbeeld separeerruimte, afzonderingsruimte, rustruimte, slaapkamer ed.		✓	

Toelichting
De locatie Albatros heeft geen Bopz-aanmerking.
Op deze locatie worden geen vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast.

2.3 Ondersteuningsplan

Norm	Aanwezig		
	ja	nee	nvt
<p>Alle cliënten hebben een actueel ondersteuningsplan. <i>Scoor alleen ja indien alle onderstaande elementen aanwezig zijn:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Er is een persoonsbeeld beschreven; - Er is een lange termijn perspectief geformuleerd; - Er zijn concrete doelen en afspraken (wat, wanneer, wie) geformuleerd die binnen een PDCA-cyclus vallen; - Het ondersteuningsplan is ondertekend door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of uit een document blijkt dat de cliënt/cliëntvertegenwoordiger instemt met het ondersteuningsplan; - De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het ondersteuningsplan genoteerd; - De verantwoordelijke behandelaar (indien van toepassing vanaf ZZP5) staat vermeld. 		✓	
Het is zichtbaar dat cliënt of cliëntvertegenwoordiger actief betrokken is bij het opstellen van het ondersteuningsplan.	✓		
De inbreng van het multidisciplinaire team is zichtbaar in het ondersteuningsplan.	✓		
Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.		✓	
De risico-inventarisatie leidt tot concrete begeleidingsafspraken ter preventie van genoemde risico's.		✓	
De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen, is zichtbaar in het ondersteuningsplan (1 cliënt, 1 plan).	✓		
De uitvoering van de afspraken over de zorg en ondersteuning zijn zichtbaar in het de rapportage.	✓		

Toelichting
<p>In het ondersteuningsplan is het lange termijnperspectief niet beschreven en de datum van de eerstvolgend evaluatie staat niet genoteerd.</p> <p>In het ondersteuningsplan ontbreekt een expliciete risico-inventarisatie. Hierdoor ontbreken ook concrete begeleidingsafspraken om het optreden van de risico's te voorkomen.</p>

2.4

Kwaliteit van personeel en organisatie

Norm	Aanwezig		
	ja	nee	nvt
Er is voldoende personeel aanwezig om de gemaakte afspraken in het ondersteuningsplan na te komen.	✓		
De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor de medewerkers.	✓		
De organisatie heeft een klachtenregeling voor cliënten en cliëntvertegenwoordigers die niet getrapt is en gemakkelijk vindbaar op de website, waar ook het adres van de commissie vermeld staat.	✓		
De organisatie heeft aantoonbaar medezeggenschap van cliënten geregeld.	✓		
Klachten, cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken leiden aantoonbaar tot kwaliteitsverbeteringen.		✓	
De locatie beschikt over een gedragscode voor medewerkers.	✓		
Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag overlegd.		✓	
Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik processen worden structureel volgens een plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar.	✓		
De bekwaamheid van medewerkers voor voorbehouden en risicovolle handelingen wordt met voldoende regelmaat getoetst en geregistreerd.	✓		
Er zijn structureel feedbackmomenten, gericht op het eigen handelen van de medewerkers in de leefwereld van de cliënt.	✓		
Er vindt structureel afstemming plaats over uitvoering van de zorg tussen betrokken disciplines, zowel intern als extern.	✓		

Toelichting
Concrete voorbeelden kwaliteitsverbetering op grond van klachten, cliënt- of medewerkerstevredenheidsonderzoeken zijn niet bekend. Uit zowel het laatste cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoek zijn volgens het management geen verbeterpunten naar voren gekomen voor de locatie Albatros. Het laatste medewerkerstevredenheidsonderzoek had bovendien een lage respons en er waren geen locatiespecifieke uitkomsten.
Het is niet bekend bij de leidinggevende of alle medewerkers een VOG hebben overlegd. Ook voor vrijwilligers is dit onduidelijk. In het beleid heeft de

organisatie vastgelegd dat bestaande medewerkers en vrijwilligers geen VOG hoeven te overleggen.

3 Oordeel

In hoofdstuk 2 staan de bevindingen van de inspectie tijdens het Quick Scan bezoek aan OsiraGroep, locatie Albatros.

Op basis van deze bevindingen is de inspectie van oordeel dat OsiraGroep, locatie Albatros niet voldoet aan de getoetste minimum normen.

De geconstateerde normoverschrijdingen vormen een risico voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg. De Raad van Bestuur van OsiraGroep dient de geconstateerde normoverschrijdingen te herstellen.

Als de instelling niet aan de norm voldoet, dan geeft de inspectie een toelichting.

In hoofdstuk 4 van dit rapport staat welke maatregelen OsiraGroep, binnen welke termijn, moet nemen.

4 Herstelmaatregelen en handhaving

4.1 Te nemen maatregelen

Op basis van haar oordeel verwacht de inspectie dat u ten aanzien van de geconstateerde normoverschrijdingen de volgende herstelmaatregelen neemt, zodat de aanwezige risico's worden beperkt:

- Per direct: voorkomen dat houdbaarheidsdata van medicatie worden overschreden;
- Binnen drie maanden: herstel van alle overige normoverschrijdingen,

De inspectie verwacht dat u haar uiterlijk 15 juli 2013 schriftelijk informeert binnen welke termijnen u de geconstateerde normoverschrijdingen zult hebben hersteld.

4.2 Handhaving

Gelet op het aantal normoverschrijdingen kan de inspectie opnieuw een bezoek brengen aan OsiraGroep, locatie Albatros.

Bijlage 1 Overzicht wetten, veldnormen en rapporten

De onderstaande beoordelingsaspecten zijn gebaseerd op de wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen, waarvan de belangrijkste hieronder worden genoemd.

Wetgeving:

- Kwaliteitswet zorgzorgaanbieders;
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek;
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector;
- Wet medezeggenschap cliënten zorgzorgaanbieders;
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.

Veldnormen:

- Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, maart 2007;
- Harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (HKZ);
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, Igz, 2012;
- Veilige principes in de medicatieketen Taskforce medicatieveiligheid Care;
- Handreiking medicatiebeleid Gehandicaptenzorg mei 2011.

Domeinen

Domein Veiligheid

- De zorgplansystematiek voorziet in een PDCA-cyclus voor verschillende risicoaspecten zoals subjectieve veiligheid, meldsysteem en medicatie.
- Informatie en/of diagnostiek over preventie (bijvoorbeeld signaleringsplannen) is opgenomen in het ondersteuningsplan.
- Apparatuur is voorzien van gebruiksaanwijzing en worden structureel onderhouden/ gekeurd. (Te denken valt aan bijvoorbeeld tillift, elektrische rolstoel, zuurstofapparaat, uitzuigapparatuur etc.)
- De middelen ter toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn in goede staat en worden regelmatig gecontroleerd.
- Gebouw en inventaris zijn schoon en onderhouden.
- Er worden minimaal 1 maal per jaar ontruimingsoefeningen gehouden en er is brandblusapparatuur binnen de locatie en er is een vrije doorgang van de nooduitgangen
- De locatie heeft aandacht voor vriendschap, relaties en seksualiteit, medewerkers zijn bekend met het beleid en de visie rondom vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van seksueel misbruik.
- De organisatie/locatie hanteert een meldcode huiselijk geweld.
- Er is sprake van verantwoord medicijn beheer en verstrekking:
 - Alle medicatie staat op naam van cliënten (geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen');
 - Medicatie wordt onder de goede condities bewaard en is niet toegankelijk voor onbevoegden;

- In de koelkast gescheiden van voedingsmiddelen;
- In een afgesloten medicijnkast;
- Opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie;
- Sleutelbeheer is adequaat geregeld;
- Houdbaarheidsdata actueel;
- Voor iedere cliënt is een actueel, door apotheker verstrekt en geprint medicatieoverzicht in het ondersteuningsplan en een toedienlijst (of deellijst);
- Per medicijn is op de toedienlijst afgetekend nadat de medicatie is verstrekt.

Domein Vrijheidsbeperking

- De medewerkers zijn bekend met het beleid en visie rondom vrijheidsbeperking en dragen bij aan het beleid en de visie rondom preventie en afbouw van vrijheidsbeperkingen.
- De toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen zijn in de ondersteuningsplannen opgenomen en beargumenteerd, de overwogen minder ingrijpende alternatieven zijn zichtbaar.
- De wensen van de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger over vrijheidsbeperking zijn aantoonbaar meegenomen in afspraken, doelen en evaluatie.
- De inbreng van betrokken disciplines en/of extern deskundigen ten aanzien van vrijheidsbeperking is in het ondersteuningsplan zichtbaar.
- Alle toepassingen middelen of maatregelen, dwangbehandelingen en vrijheidsbeperkende maatregelen (ook Wgbo gerelateerd), worden lokaal/centraal geregistreerd.
- Voor de toepassing zijn individuele uitvoeringsafspraken beschreven en er is een afbouwplan aanwezig.
- Informatie en/of diagnostiek op het gebied van preventie van vrijheidsbeperking (signaleringsplannen) is opgenomen in het ondersteuningsplan.
- **De inspectie constateert een risico voor de zorg indien er fixatie banden in gebruik zijn en/of als er binnen de locatie separeerruimtes en of afzonderingsruimtes aanwezig zijn.**

Domein Ondersteuningsplan

- Er is voor iedere cliënt een actueel ondersteuningsplan opgesteld op basis van multidisciplinaire beeldvorming waarin in ieder geval de volgende onderdelen beschreven zijn:
 - Er is een persoonsbeeld;
 - Er is een lange termijn perspectief geformuleerd;
 - Er zijn concrete doelen en afspraken (wat, wanneer, wie) geformuleerd die binnen een PDCA-cyclus vallen;
 - Het ondersteuningsplan is ondertekend door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of uit een document blijkt dat de cliënt/cliëntvertegenwoordiger instemt met het ondersteuningsplan;
 - De datum van de eerst volgende evaluatie staat in het ondersteuningsplan genoteerd; Het ondersteuningsplan wordt ten minste eenmaal per jaar methodisch geëvalueerd;
 - De verantwoordelijke behandelaar (indien van toepassing vanaf ZZP5?) staat vermeld.
- Cliënt en cliëntvertegenwoordiger worden actief (in dialoog) betrokken bij het opstellen van het ondersteuningsplan.
- De inbreng van het multidisciplinaire team is zichtbaar in het ondersteuningsplan.
- Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op de 'kwaliteit van leven'- domeinen (lichamelijk welbevinden; psychisch welbevinden; inter-persoonlijke relaties; deelname aan de samenleving; persoonlijke ontwikkeling; materieel welzijn;

- zelfbepaling; belangen) die voor de betreffende cliënt van toepassing zijn.
- De risico-inventarisatie leidt tot concrete begeleidingsafspraken ter preventie van genoemde risico's.
- De uitvoering van de afspraken over de zorg en ondersteuning zijn zichtbaar in de rapportage.
- De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen, is zichtbaar in het ondersteuningsplan (1 cliënt, 1 plan).

Domein Kwaliteit van personeel en organisatie

- Er worden structureel voldoende medewerkers ingezet om de gemaakte afspraken in het ondersteuningsplan na te komen.
- Het is voor de medewerkers duidelijk hoe de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden geregeld is.
- Er is een klachtenregeling aanwezig die voldoet aan de eisen die de WKCZ daaraan stelt en cliënten en diens vertegenwoordigers worden over het klachtenreglement geïnformeerd.
- De organisatie heeft medezeggenschap geregeld.
 - Bij **minder dan 10 cliënten** zorgt de zorgaanbieder voor enige vorm van medezeggenschap bijv. in de vorm van huiskameroverleg. Voorwaarden zijn: er is sprake van een structureel karakter, er staat hiervan iets op schrift en voor cliënten moet duidelijk zijn waarover ze mogen mee praten.
 - Bij **10 tot 50 cliënten** zorgt de zorgaanbieder voor een vorm van medezeggenschap waarin de cliënten kunnen meedenken over het beleid van de instelling. Voorwaarden zijn: er is sprake van een structureel karakter, er staat hiervan iets op schrift en voor cliënten moet duidelijk zijn waarover ze mogen mee praten.
 - Bij **meer dan 50 cliënten** heeft de zorgaanbieder een cliëntenraad of kan de zorgaanbieder een bewijs van inspanning overleggen.
- Klachten en tevredenheidsonderzoeken (cliënt en medewerkers) leiden tot een verbeterplan in uitvoering.
- De locatie beschikt over een gedragscode medewerkers.
- Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag overlegd.
- Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).
- De bekwaamheid van medewerkers voor voorbehouden en risicovolle handelingen wordt met voldoende regelmaat getoetst en geregistreerd. De locatie heeft een opleidingsplan.
- Er zijn structureel feedbackmomenten die gericht zijn op het eigen handelen in de leefwereld van de cliënt georganiseerd.
- Er vindt structureel afstemming plaats over de uitvoering van de zorg tussen de betrokken disciplines (intern en extern betrokken disciplines).