

**Zorginspectie**

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 Brussel

**T** 02 553 34 34

**contact.zorginspectie@vlaanderen.be**

[**www.zorginspectie.be**](http://www.zorginspectie.be)

# ////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////

# inspectieverslag Lokaal Dienstencentrum

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

|  |
| --- |
| **INSPECTIEPUNT**  |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Dossier/erkenningsnr. |  |

|  |
| --- |
| **INRICHTENDE MACHT/ORGANISATOR**  |
| Naam |  |
| Juridische vorm  |  |
| Adres |  |

|  |
| --- |
| **INSPECTIEBEZOEK**  |
| Bezoek | (on)aangekondigde inspectie op xx/xx/xx (9:00-10:00) |
| Datum laatste vaststelling |  |
| Verslagnummer  |  |
| Inspecteur(s) |  |
| Gesprekspartner(s) |  |

Inhoudsopgave

[1 Leeswijzer 3](#_Toc97213585)

[2 Situering inspectie 5](#_Toc97213586)

[3 Werkwijze 5](#_Toc97213587)

[4 Infrastructuur 6](#_Toc97213588)

[4.1.1 Beschikbare lokalen 6](#_Toc97213589)

[4.1.2 Herkenbaarheid organisatie 8](#_Toc97213590)

[4.1.3 Ontmoetingsruimte 9](#_Toc97213591)

[4.1.4 Gespreksruimte 9](#_Toc97213592)

[4.1.5 Toegankelijkheid gebouwen 11](#_Toc97213593)

[4.1.6 Verwarming -ventilatie-verlichting 12](#_Toc97213594)

[5 Normering uit andere modules 13](#_Toc97213595)

[5.1.1 Personeel 14](#_Toc97213596)

[5.1.2 Aanspreekpunt 14](#_Toc97213597)

[5.1.3 Openingsuren/bekendmaking 15](#_Toc97213598)

[5.1.4 Maaltijden 17](#_Toc97213599)

[5.1.5 Procedure opstellen buurtanalyse en meerjarenplan 17](#_Toc97213600)

[5.1.6 Buurtanalyse 18](#_Toc97213601)

[5.1.7 Activiteiten 21](#_Toc97213602)

[5.1.8 Klachtenrecht 23](#_Toc97213603)

[5.1.9 Procedure grensoverschrijdend gedrag : 24](#_Toc97213604)

# Leeswijzer

**Situering Zorginspectie**

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

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

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

**Wat is de opdracht van Zorginspectie?**

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

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

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

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

**Hoe werkt Zorginspectie?**

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

Bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen houdt Zorginspectie rekening met de privacy van alle betrokken partijen.

Meer informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de Gegevensbeschermingsautoriteit: [**www.gegevensbeschermingsautoriteit.be**](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be).

Meer informatie is te vinden op onze website: [**www.zorginspectie.be**](http://www.zorginspectie.be).

Binnen 30 dagen na het inspectiebezoek ontvangt het inspectiepunt en (in voorkomend geval) de klachtindiener het ontwerpverslag. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden om – gedurende een periode van 14 kalenderdagen – schriftelijk te reageren op onjuistheden in het ontwerp van het inspectieverslag.

Verslagen waaruit de persoonsgegevens zijn verwijderd, zijn geschikt voor ruimere verspreiding. Zij kunnen worden opgevraagd via **openbaarheid.zorginspectie@vlaanderen.be**of via het online invulformulier op de website.

**Methodiek**

De inspecties vinden plaats in het centrum.

De meeste inspecties vinden plaats overdag, op weekdagen, maar kunnen -indien relevant- ook op minder-gebruikelijke momenten zoals ’s avonds en tijdens het weekend plaatsvinden. De inspecties kunnen zowel aangekondigd als niet aangekondigd plaatsvinden.

Tijdens de inspectiebezoeken gaat Zorginspectie voornamelijk na of de voorwaarden aanwezig zijn om kwaliteit van zorg en veiligheid te garanderen. Het toezicht van Zorginspectie is gericht op het concreet aftoetsen van de regelgeving en dit op structuur-, proces- en resultaatsniveau.

De inspecteur hanteert een gestructureerd en intern afgestemd inspectie-instrument. Niet alle items komen tijdens elk inspectiebezoek aan bod. De keuze van de bevraagde items wordt bepaald door de finaliteit van het inspectiebezoek en door wat er zich tijdens het inspectiebezoek aandient.

Afhankelijk van de bevraagde items baseert de inspecteur zich voor zijn vaststellingen op verschillende bronnen zoals:

* observaties;
* bevraging van medewerkers en verantwoordelijken;
* inzage in documenten;
* bevraging gebruikers.

**Verslag**

Inhoud inspectieverslag

Het inspectieverslag is een weergave van de vaststellingen van de inspecteur tijdens het inspectiebezoek.

In het verslag wordt een objectief beeld gegeven over de mate waarin de geïnspecteerde voorziening voldoet aan de gestelde erkenningsvoorwaarden en de kwaliteitseisen.

Opbouw van het verslag

Per geïnspecteerde (deel-) module staan volgende elementen in het verslag:

* een toelichting met de vaststellingen van de inspecteur;
* naleving regelgeving;
* aandachtspunten.

In de aandachtspunten wordt de aandacht gevestigd op elementen die de kwaliteit van leven en/ of de veiligheid van de gebruikers kunnen verbeteren maar die niet opgenomen zijn in de regelgeving.

Reactiemogelijkheid

De voorziening en -indien van toepassing- de klachtindiener krijgen de mogelijkheid om te reageren op onjuistheden in het **ontwerpverslag**. Op basis van de reactie kan het ontwerpverslag aangepast worden. Op dat moment wordt het ontwerpverslag een definitief verslag. Het **definitief verslag** wordt bezorgd aan de voorziening, aan Zorg en Gezondheid en -indien van toepassing- de klachtindiener. Zorg en Gezondheid staat in voor de verdere opvolging van het dossier.

**Toegepaste regelgeving**

De regelgeving die van toepassing is op de voorzieningen is terug te vinden op de website van Zorg en Gezondheid:

* ouderenzorg : [www.zorg-en-gezondheid.be/ouderenzorg](http://www.zorg-en-gezondheid.be/ouderenzorg)
* thuiszorg: [www.zorg-en-gezondheid.be/thuiszorg](http://www.zorg-en-gezondheid.be/thuiszorg)

**Gebruikte afkortingen**

AP aandachtspunt

GAW groep van assistentiewoningen

LDC lokaal dienstencentrum

CDV centrum voor dagverzorging

IB inbreuk

NB niet beoordeeld

NVT niet van toepassing

SMK sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen

VTE voltijds equivalent

WA woonassistent

WZC woonzorgcentrum

WZD woonzorgdecreet

# Situering inspectie

# Werkwijze

De vaststellingen gemaakt in dit verslag gebeurden op basis van volgende bronnen:

* gesprek met
* bezoek van volgende locaties :……
* inzage in documenten : ….

# Infrastructuur

## Beschikbare lokalen

### 4.1.1 Werkwijze

Inspectie bevraagt uit welke infrastructuur het LDC bestaat. Zorginspectie kreeg hierover informatie d.m.v. een voorafgaand ingevuld infrastructuursjabloon. De inspecteur beslist na ontvangst van het infrastructuursjabloon en eventuele gegevens ter plaatse, welke locaties geïnspecteerd worden.

Een LDC kan bestaan uit:

- een hoofdgebouw

- een hoofdgebouw met één of meerdere antennepunten

- enkel antennepunten die samen één LDC vormen.

Indien het centrum bestaat uit meerdere locaties dan bezoekt inspectie altijd (indien aanwezig) minstens het hoofdgebouw en een antennepunt.

Indien het centrum enkel bestaat uit verschillende antennes, zonder hoofdgebouw dan worden minstens twee antennepunten bezocht.

Lokalen die niet tot het LDC behoren maar wel door het LDC gebruikt (kunnen) worden, worden door Zorginspectie niet beoordeeld.

### 4.1.2 Vaststellingen

|  |
| --- |
| Optie 1 |
| Het centrum bestaat uit een hoofdgebouw op één locatie | Ja/neen |
| Hoofdgebouw werd bezocht door inspectie | Ja/neen |
| Toelichting: |

|  |
| --- |
| Optie 2 |
| Het centrum bestaat zowel uit een hoofdgebouw als uit antennes op verschillende locaties. | Ja/neen |
| Hoofdgebouw werd bezocht door inspectie | Ja/neen |
| 1 antenne werd bezocht door inspectie | Ja/neen |
| Toelichting:   |

|  |
| --- |
| Optie 3 |
| Het centrum bestaat alleen uit antennes op verschillende locaties, zonder duidelijk identificeerbaar hoofdgebouw. | Ja/neen |
| Antenne 1 werd bezocht door inspectie | Ja/neen |
| Antenne 2 werd bezocht door inspectie | Ja/neen |
| Toelichting: |

### 4.1.3 Beoordeling

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| Het centrum heeft zijn werking op een van de volgende infrastructurele wijze uitgebouwd:1° het centrum bestaat uit een hoofdgebouw op één locatie;2° het centrum bestaat zowel uit een hoofdgebouw als uit antennes op verschillende locaties;3° het centrum bestaat alleen uit antennes op verschillende locaties, zonder duidelijk identificeerbaar hoofdgebouw.*BVR.15/02/2019 bijlage 1 art. 18.* |  | **IB** |  |

Aandachtspunt(en):

* Het LDC is niet bereikbaar met het openbaar vervoer.
* Het LDC is ver van de dorpskern gelegen.
* Er is een gebrek aan parkeerplaatsen (voor mindervaliden).

## Herkenbaarheid organisatie

### 4.2.1 Werkwijze

De herkenbaarheid van de lokalen/gebouw behorende tot het LDC werden gecheckt op volgende items:

* Herkenbaarheid gebouw; een vermelding (of aanduiding) aan de gevel/straatkant
* Herkenbaarheid lokaal; een vermelding aan het lokaal (bv. pijlen, borden, posters, deuropschriften…).
* Het gebruik van de correcte naamgeving (Lokaal Dienstencentrum).

### 4.2.2 Vaststellingen

|  |
| --- |
| Hoofdgebouw |
| Herkenbaar als LDC – gebouw (gevel / straatkant)  | Ja/neen |
| Herkenbaar LDC lokaal/lokalen | Ja/neen |
| Bewegwijzering is voorzien | Ja/neen |
| Toelichting:  |  |

|  |
| --- |
| Antennes |
| Herkenbaar als LDC – gebouw (gevel of aanduiding) | Ja/neen |
| Herkenbaar LDC lokaal/lokalen | Ja/neen |
| Bewegwijzering is voorzien (indien gelegen in gebouw met andere lokalen, die niet tot LDC behoren)  | Ja/neen |
| Toelichting: |

### 4.2.3 Beoordeling

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| Het centrum beschikt over duidelijk herkenbare lokalen.*BVR.15/02/2019 bijlage 1 art. 19, 1°* |  | **IB** |  |

## Ontmoetingsruimte

### 4.3.1 Werkwijze

Het LDC dient te beschikken over één ontmoetingsruimte voor het gehele centrum.

Een aangepaste ontmoetingsruimte is minstens 90 m² groot en is aangepast ingericht voor de organisatie van activiteiten voor gebruikers.

Er moeten minimaal 25 stoelen en 5 tafels aanwezig zijn.

### 4.3.2 Vaststellingen

|  |  |
| --- | --- |
| Er is een ontmoetingsruimte |  ja/neen  |
| De ontmoetingsruimte is gelegen in  | het hoofdgebouw/antennepunt X  |
| De ontmoetingsruimte is minstens 90 m² | ja/neen |
| De ontmoetingsruimte beschikt over tafels en stoelen (minimaal 25 stoelen en 5 tafels) | ja/neen |
| Toelichting: |

### 4.3.3 Beoordeling

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| Het centrum beschikt op minstens één locatie over een aangepaste en voldoende grote ontmoetingsruimte van minstens 90m².*BVR.15/02/2019 bijlage 1 art. 19, 3°* |  | **IB** |  |
|  | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| De ontmoetingsruimte is aangepast ingericht voor de organisatie van activiteiten voor gebruikers. *BVR.15/02/2019 bijlage 1 art. 19, 3°* |  | **IB** |  |

## Gespreksruimte

### 4.4.1 Werkwijze

Het LDC beschikt op minstens één locatie over een aparte gespreksruimte, waar de privacy van de gebruiker gegarandeerd is.

Een gespreksruimte is een (afgesloten) ruimte die permanent aanwezig is of kan bekomen worden door het gebruik van mobiele wanden. De gespreksruimte moet steeds geluidsdicht zijn en inkijk tegengaan.

De gespreksruimte is altijd beschikbaar tijdens de openingsuren van het LDC.

Minstens 1 van de gespreksruimtes dient rolstoeltoegankelijk te zijn (= betekent geen drempels hoger dan 2 cm (tenzij weggewerkt door hellend vlak), een doorgang/deuropening van 90 cm breed en bij gespreksruimte op een verdieping, dient een lift aanwezig te zijn).

### 4.4.2 Vaststellingen

|  |
| --- |
| Er zijn volgens het infrastructuursjabloon/de gesprekspartner X aantal gespreksruimtes  |
| Er werden X aantal ruimtes als gespreksruimtes geïnspecteerd  |
|  | Gelegen in | Geluidsdicht/geen inkijk | Beschikbaar tijdens openingsuren | Rolstoeltoegankelijk (drempel max. 2 cm, doorgangen min. 90 cm, lift) |
| Gespreksruimte 1 | Hoofdgebouw/ antenne X | ja/neen | ja/neen | ja/neen |
| Gespreksruimte 2 | Hoofdgebouw/antenne X | ja/neen | ja/neen | ja/neen |
| Er is minstens 1 gespreksruimte die voldoet aan de infrastructurele vereisten. | ja/neen |
| Toelichting: |

### 4.4.3 Beoordeling

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| Het centrum beschikt op minstens één locatie over een aparte gespreksruimte, waar de privacy van de gebruiker gegarandeerd is. *BVR.15/02/2019 bijlage 1 art.15, 5° & art. 19, 4°* |  | **IB** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| De gespreksruimte die gebruikt worden door gebruikers van het centrum volledig toegankelijk voor rolstoelgebruikers. *BVR.15/02/2019 bijlage 1 art. 19, 5°,a* |  | **IB** |  |

## Toegankelijkheid gebouwen

### 4.5.1 Werkwijze

De toegankelijkheid van de gebouwen wordt nagegaan door volgende items te checken:

* Het hoofdgebouw moet zelfstandig toegankelijk zijn voor rolstoelgebruikers. Dit impliceert dat de toegang van het hoofdgebouw gebeurt via een automatische toegangsdeur.
* Wanneer een LDC geen hoofdgebouw heeft moet minstens één antennepunt over een automatische toegangsdeur beschikken.
* De lokalen en de sanitaire ruimtes in het hoofdgebouw zijn zelfstandig toegankelijk voor rolstoelgebruikers.
* De sanitaire ruimtes in de antennes zijn zelfstandig te betreden door rolstoelgebruikers.
* Het hoofdgebouw en de (eventuele) antennes beschikken over minstens 2 toiletten.
* In het hoofdgebouw en de (eventuele) antennes is minstens 1 toilet zelfstandig toegankelijk voor rolstoelgebruikers.
* Alle lokalen die gebruikt worden door gebruikers van het centrum zijn volledig rolstoeltoegankelijk (met uitzondering van de gespreksruimte, deze controle werd hierboven gecheckt) betekent geen drempels hoger dan 2 cm (tenzij weggewerkt door hellend vlak), een doorgang/deuropening van 90 cm breed).
* Het sanitair moet steeds zelfstandig bereikbaar zijn door een rolstoelgebruiker, dus ook in de antennes.
* De toegankelijkheid van de gespreksruimte werd onder het item gespreksruimte beoordeeld.

### 4.5.2 Vaststellingen

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Automatische toegangsdeur | Minstens 2 toiletten | Minstens 1 toilet rolstoeltoegankelijk | De lokalen (exclusief de gespreksruimte) die gebruikt worden zijn rolstoeltoegankelijk (geen drempels 2 cm, doorgang 90cm, lift) |
| Hoofdgebouw  | ja/neen | ja/neen | ja/neen | ja/neen |
| Antenne 1 | ja/neen | ja/neen | ja/neen | ja/neen |
| Antenne 2 | ja/neen | ja/neen | ja/neen | ja/neen |
| Toelichting: |

### 4.5.3 Beoordeling

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| In het **hoofdgebouw** kunnen rolstoelgebruikers zelfstandig het gebouw, de lokalen en de sanitaire ruimten betreden. *BVR.15/02/2019 bijlage 1 art. 19, 5°,a* |  | **IB** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| In de **antennes** kunnen rolstoelgebruikers de sanitaire ruimten zelfstandig betreden.*BVR.15/02/2019 bijlage 1 art. 19, 5°,a* |  | **IB** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| In de **antennes** zijn alle lokalen die gebruikt worden door het LDC volledig toegankelijk voor rolstoelgebruikers (o.a. 90 cm doorgang, niveauverschillen vermeden of overbrugd, lift bij lokalen op verdiepingen, ….) *BVR.15/02/2019 bijlage 1 art. 19, 5°,a* |  | **IB** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| Er zijn minstens 2 toiletten beschikbaar. Minstens 1 daarvan is toegankelijk voor rolstoelgebruikers.*BVR.15/02/2019 bijlage 1 art. 19, 5°,d* |  | **IB** |  |

## Verwarming -ventilatie-verlichting

### 4.6.1 Werkwijze

Zorginspectie kan geen uitspraken doen over het aangepast zijn van de verwarming, de ventilatie en de verlichting aan de bestemming.

Inspectie controleert minimaal 4 lokalen (met in begrip van de ontmoetingsruimte en de gespreksruimte). Inspectie controleert lokalen in het hoofdgebouw en in de eventuele antennes. Zorginspectie beperkt zich tot het nagaan van volgende aspecten:

* Er is verwarming voorzien in het lokaal
* Alle lokalen beschikken over daglicht
* De ontmoetingsruimte heeft rechtstreeks zicht op de buitenwereld.
* De vensters kunnen geopend worden tenzij men beschikt over een apart ingebouwd ventilatiesysteem.
* Er is verlichting in het lokaal.

### 4.6.2 Vaststellingen

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lokaal 1 | Lokaal 2 | Lokaal 3 | Lokaal 4 |
| Er is verwarming voorzien in het lokaal | ja/neen | ja/neen | ja/neen | ja/neen |
| Alle lokalen hebben daglicht  | ja/neen | ja/neen | ja/neen | ja/neen |
| Ontmoetingsruimte heeft rechtstreeks zicht op de buitenwereld. | ja/neen | ja/neen | ja/neen | ja/neen |
| De vensters kunnen geopend worden (indien geen airco) | ja/neen | ja/neen | ja/neen | ja/neen |
| Er is verlichting in het lokaal | ja/neen | ja/neen | ja/neen | ja/neen |
| Toelichting: |

### 4.6.3 Beoordeling

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| De verwarming, ventilatie en verlichting is aangepast aan de bestemming van het lokaal of de ruimte;BVR.15/02/2019 bijlage 1 art. 19, 5°,b |  | **IB** |  |

# Personeel

## Centrumleider

### 5.1.1 Werkwijze

Inspectie kijkt  het arbeidsequivalent na in het arbeidscontract en de graad van opleiding aan de hand van het diploma.

### 5.1.2 Vaststellingen

|  |
| --- |
| centrumleider  |
| Het centrum beschikt over ten minste één 0,5 equivalent centrumleider  | Ja/neen  |
| De centrumleider beschikt over een graad van master of bachelor  | Ja/neen  |
| Toelichting: |

### 5.1.3 Beoordeling

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|    | **Conform**   | **Niet conform**   | **NB** |
| Het centrum beschikt over ten minste één 0,5 equivalent centrumleider, die beschikt over de graad van master of bachelor. *BVR.15/02/2019 bijlage 1 art. 16*   |    | **IB**   |  |

## Aanspreekpunt

### 5.2.1 Werkwijze

Inspectie bekijkt of er een aanspreekpunt geregeld is en of de bereikbaarheid ervan gecommuniceerd wordt naar de gebruikers. Hierbij wordt nagegaan waar, wanneer en hoe het aanspreekpunt bereikbaar is.

Inspectie kijkt na op welke wijze deze informatie aan de gebruikers kenbaar wordt gemaakt. Er bekeken of deze informatie geafficheerd wordt in het hoofdgebouw en de antennes en of deze informatie ook op de webpagina werd vermeld.

De bereikbaarheid van het aanspreekpunt dient minstens 16 uur per week te zijn, dit moet verdeeld zijn over alle locaties.

### 5.2.2 Vaststellingen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Informatie over bereikbaarheid is geafficheerd | Informatie over bereikbaarheid bevat 3 criteria =waar, wanneer, hoe |
| Hoofdgebouw | Ja/neen | Ja/neen |
| Antenne 1 | Ja/neen | Ja/neen |
| Antenne 2 | Ja/neen | Ja/neen |
| webpagina LDC | / | Ja/neen |
|  | 16 uur of meer/week | Aanwezig ook in alle antennepunten |
| Aanwezigheid aanspreekpunt | Ja/neen | Ja/neen |
| Toelichting: |

### 5.2.3 Beoordeling

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|    | **Conform**   | **Niet conform**   | **NB**   |
| Het centrum beschikt over een aanspreekpunt waar gebruikers terecht kunnen voor informatie en advies.  *BVR.15/02/2019 bijlage 1 art. 17*   |  | **IB** |    |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|      | **Conform**   | **Niet conform**   | **NB**   |
| Het centrum informeert de gebruiker waar, wanneer en hoe dat aanspreekpunt bereikbaar is. *BVR.15/02/2019 bijlage 1 art. 17*   |    | **IB**   |    |

Aandachtspunt(en) :

* Het aanspreekpunt is minder dan 19 uur per week bereikbaar.
* Het aanspreekpunt is niet aanwezig in het/de antennepunt(en).

# Openingsuren/bekendmaking

## Werkwijze

 Openingsuren & ontmoeting/opvang bekendmaking

Inspectie bekijkt de openingsuren per locatie en per week en bekijkt of het LDC minstens 32 uur per week open is. Hiervan dienen minimaal 19 uur besteed te worden aan opvang en ontmoeting.

Bij het overlopen van deze lijst wordt gekeken of er een spreiding is van de ontmoeting/opvang over alle weekdagen en alle locaties.

Er wordt verwacht dat het LDC minimaal 4 dagen open is met een spreiding over alle locaties.

Activiteiten bekendmaken

Inspectie bekijkt het activiteitenaanbod en de bekendmaking ervan.

Minimaal worden deze vormen van bekendmaking verwacht:

* Activiteiten worden in alle antennepunten en het hoofdgebouw geafficheerd
* Activiteiten worden op de webpagina bekendgemaakt
* Activiteiten worden op één papieren weg bekendgemaakt (folder, infoblad gemeente, flyers, …)

## Vaststellingen

|  |
| --- |
| Het centrum is volgens de openingsuren X aantal uur per week open.    |
| Het centrum spreidt zijn openingsuren/opvang & ontmoeting over alle weekdagen  | Ja/neen  |
| Toelichting:   |
| Het centrum spreidt zijn openingsuren/opvang & ontmoeting over alle locaties   | Ja/neen  |
| Toelichting:   |
| Het LDC maakt zijn activiteiten aanbod bekend (webpagina, geafficheerd hoofdgebouw en antennes, op papier) | Ja/neen   |
| Toelichting: |

## Beoordeling

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| Het centrum staat minstens 32 uur per week open voor opvang en ontmoeting van gebruikers. *BVR.15/02/2019 bijlage 1  afdeling 3. Art.15. 1°*  |   | **IB** |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | **Conform**  | **Niet conform**  | **NB**  |
| Het centrum voorziet opvang en ontmoeting met een passende spreiding over de week en alle locaties. *BVR.15/02/2019 bijlage 1  afdeling 3. Art.15. 1°*  |   | **IB**  |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | **Conform**  | **Niet conform**  | **NB**  |
| Het centrum informeert de gebruiker waar, wanneer en hoe de activiteiten worden aangeboden. *BVR.15/02/2019 bijlage 1  afdeling 3. Art.19.2°*  |   | **IB** |   |

# Maaltijden

## Werkwijze

Inspectie bekijkt en beschrijft of :

* het centrum maaltijden aanbiedt en op welke manier dit gebeurt.
* er een democratisch tarief is voorzien voor de kwetsbare personen.
* er ook een ander aanbod is (bv. sociaal restaurant is gevestigd in het LDC of in de onmiddellijke omgeving) indien er geen maaltijden worden aangeboden.
* de noodzaak voor het al dan niet aanbieden van maaltijden uit de buurtanalyse blijkt.

## Vaststellingen

|  |
| --- |
| Toelichting : |

# Procedure opstellen buurtanalyse en meerjarenplan

## Werkwijze

Inspectie bekijkt de procedure ‘om de buurtanalyse en het meerjarenplan op te stellen en uit te voeren’. De procedure dient de werkwijze van de gegevensverzameling, de prioritering van opdrachten en de opmaak van de opmaak van het meerjarenplan, te omvatten.

## Vaststellingen

|  |  |
| --- | --- |
| Er is een procedure om de buurtanalyse en het meerjarenplan op te stellen en uit te voeren | Ja/neen |
| De procedure omvat :* de werkwijze van de gegevensverzameling
* de prioritering van opdrachten
* de opmaak van het meerjarenplan
 | Ja/neenJa/neenJa/neen |
| Toelichting: |

## Beoordeling

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| Er is een procedure om de buurtanalyse en het meerjarenplan op te stellen en uit te voeren. De procedure omvat minimaal de werkwijze van de gegevensverzameling, de prioritering van opdrachten, de opmaak van het meerjarenplan.*BVR.15/02/2019 bijlage 1  Art.14 eerste lid, 3°* |   | **IB**  |   |

# Buurtanalyse

## Werkwijze

Dit is een beschrijvend gedeelte (voor gegevensverzameling, prioritaire opdrachten en meerjarenplan).

Inspectie kijkt de buurtanalyse na op volgende elementen:

* gegevensverzameling
* prioritering van opdrachten
* opmaak meerjarenplan

## Gegevensverzameling

### 9.2.1 Werkwijze gegevensverzameling:

Dit is bij de eerste inspectie een beschrijvend gedeelte.

* Inspectie kijkt na of de buurt is omschreven (reikwijdte, aantal regio’s).
* De buurtanalyse wordt nagegaan op het gebruik van kwantitatieve (aantallen, leeftijden, geslacht, achtergrond, …) en kwalitatieve gegevens (ervaringen, belevingen, tevredenheid,…).
* De gegevensverzameling omvat minimaal gegevens over: bewoners, actoren (= bv. hulp- en dienstverleningsvoorzieningen, de lokale besturen, …), de sterktes en de hiaten van de buurt voor de doelgroepen (= ouderen, mantelzorgers, kwetsbare personen). Hierbij wordt ook bekeken of de buurtanalyse ook gebruik maakt van analyses van het lokaal sociaal beleid.

### 9.2.2 Vaststellingen

|  |  |
| --- | --- |
| Het centrum kan een schriftelijke buurtanalyse voorleggen | Ja/neen/NB |

|  |  |
| --- | --- |
| Indien ja, volgende vragen: |  |
| De geografische regio/reikwijdte is omschreven | Ja/neen/NB |
| De buurtanalyse is gebaseerd op kwantitatieve gegevens | Ja/neen/NB |
| De buurtanalyse is gebaseerd op kwalitatieve gegevens | Ja/neen/NB |
| De buurtanalyse is gebaseerd op:* gegevens van bewoners
* actoren
* sterktes en hiaten van de buurt
* de beleving
 | Ja/neen/NBJa/neen/NBJa/neen/NBJa/neen/NB |
| De buurtanalyse maakt gebruik van analyses/beleidsprioriteiten van het lokaal sociaal beleid | Ja/neen/NB |

|  |
| --- |
| Toelichting: |

## Prioritering opdrachten

### 9.3.1 Werkwijze Prioritering opdrachten

Dit is een beschrijvend gedeelte.

Inspectie kijkt na of de buurtanalyse opdrachten (doelstellingen/acties) heeft omschreven.

Indien er opdrachten werden uitgeschreven wordt nagekeken of de opdrachten (doelstellingen/acties) werden geprioriteerd. Er wordt verwacht dat alle opdrachten binnen de prioriteringslijst worden opgenomen.

De reikwijdte van alle opdrachten (doelstellingen/acties) wordt omschreven.

### 9.3.2 Vaststellingen

|  |  |
| --- | --- |
| De buurtanalyse omvat opdrachten/doelstellingen/acties | Ja/neen/NB |

|  |
| --- |
| Indien ja, volgende vragen: |
| De opdrachten (doelstellingen/acties) werden geprioriteerd | Ja/neen/NB |
| De opdrachten (doelstellingen/acties) omvatten een omschrijving van hun reikwijdte(werkingsgebied) . | Ja/neen/NB |

|  |
| --- |
| Toelichting: |

## Meerjarenplan

### 9.4.1 Werkwijze meerjarenplan

Dit is een beschrijvend gedeelte.

Inspectie kijkt na of een meerjarenplan werd opgemaakt.

Het volgende wordt nagekeken :

* Het meerjarenplan beslaat een periode van 3 jaar.
* Het meerjarenplan is gebaseerd op de buurtanalyse.
* Er werden strategische doelstellingen geformuleerd.
* De wijze waarop de strategische doelstellingen zullen worden gerealiseerd is uitgeschreven. Minimaal wordt hier de inzet van middelen en de evaluatie nagekeken.

### 9.4.2 Vaststellingen

|  |  |
| --- | --- |
| Een schriftelijk meerjarenplan werd opgemaakt (= strategische planning met strategische doelstellingen). | Ja/neen/NB |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Indien ja, volgende vragen: |  |  |
| Het meerjarenplan beslaat een periode van 3 jaar | Ja/neen/NB |
| Het meerjarenplan is gebaseerd op de buurtanalyse (m.a.w. link met de prioritering van opdrachten) | Ja/neen/NB |
| Er werden strategische doelstellingen geformuleerd | Ja/neen/NB |
| De wijze (middelen en evaluatie) waarop de strategische doelstellingen zullen worden gerealiseerd zijn uitgeschreven | Ja/neen/NB |

|  |
| --- |
| Toelichting: |

## Beoordeling

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conform**  | **Niet conform** | **NB** |
| Het centrum maakt een buurtanalyse op die voldoet aan de volgende voorwaarden:* ze omvat kwantitatieve en kwalitatieve gegevens over de buurt, de bewoners, de actoren, de beleving, de sterktes en hiaten, en maakt daarbij gebruik van analyses en beleidsprioriteiten in het kader van het lokaal sociaal beleid over het realiseren van zorgzame buurten;
* ze bepaalt de reikwijdte en prioritering van de opdrachten op maat van de buurt;
* ze vormt de basis voor het meerjarenplan dat tot stand komt op basis van een participatief traject waarin de lokale ouderenverenigingen, de lokale ouderenadviesraad, relevante eerstelijnsactoren en andere relevante actoren in andere beleidsdomeinen geconsulteerd zijn en dat aantoont op welke manier het bijdraagt tot de door het lokaal bestuur geformuleerde beleidsdoelstellingen.

*BVR.15/02/2019 bijlage 1  Art.6* |  | **IB**  |   |

# Activiteiten

## Werkwijze

Inspectie bekijkt het activiteitenaanbod door middel van onderstaande items:

welke en hoeveel activiteiten (informatie, ontspanning, ontmoeting) het LDC organiseert en voor welke doelgroep. Er dient prioritaire aandacht te gaan naar volgende doelgroepen: ouderen, mantelzorgers en kwetsbare groepen.

de actieve aanwezigheid van het LDC in de lokale overlegmomenten.

welke initiatieven genomen worden om de sociale cohesie te bevorderen (betrokkenheid verenigingsleven).

op welke manier buurthulp georganiseerd wordt en op welke manier burenhulp gestimuleerd wordt.

de link tussen deze activiteiten/ initiatieven en de buurtanalyse.

## Vaststellingen

|  |  |
| --- | --- |
| Het LDC organiseert activiteiten van **informatieve aard** | Ja/neen |
| Toelichting : |

|  |  |
| --- | --- |
| Het LDC organiseert activiteiten van **ontspannende aard** | Ja/neen |
| Toelichting : |

|  |  |
| --- | --- |
| Het LDC organiseert activiteiten rond **ontmoeting**  | Ja/neen |
| Toelichting : |

|  |
| --- |
| Volgens de gesprekspartners bereikt men vooral volgende doelgroepen: |

|  |  |
| --- | --- |
| Er is actieve aanwezigheid van het LDC in de lokale overlegmomenten. | Ja/neen |
| Er worden initiatieven genomen om de sociale cohesie te bevorderen (betrokkenheid verenigingsleven). | Ja/neen |
| Buurthulp wordt georganiseerd en burenhulp wordt gestimuleerd. | Ja/neen |
| De link tussen deze activiteiten/ initiatieven en de buurtanalyse kan aangetoond worden | Ja/neen |
| Toelichting: |

## Beoordeling

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| Art. 7. Het centrum biedt objectieve en transparante informatie, ontspanning en ontmoeting aan de doelgroepen die met behulp van de buurtanalyse bepaald zijn in het meerjarenplan, met prioritaire aandacht voor ouderen, mantelzorgers en kwetsbare personen, door breed toegankelijke en laagdrempelige activiteiten van informatieve, recreatieve en vormende aard te organiseren. Het centrum kan:die activiteiten zelf of in samenwerking met lokale verenigingen of het lokaal bestuur organiseren of aanbieden;lokalen ter beschikking stellen aan bewoners of lokale verenigingen;gebruikers toeleiden naar het zorg- en ondersteuningsaanbod en de activiteiten van andere woonzorgvoorzieningen en verenigingen, met respect voor de keuzevrijheid van de gebruiker;organisaties ondersteunen in het werken met een doelgroep.*BVR.15/02/2019 bijlage 1  Art.7* |  | **IB**  |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| Art. 8. Het centrum vangt signalen, problemen en noden van gebruikers, mantelzorgers, buurtbewoners, lokale hulpverleners en andere vrijwillige en professionele actoren in de buurt op en kaart ze op een aantoonbare wijze aan door actieve aanwezigheid in lokale overlegmomenten en door acties op te nemen in het meerjarenplan.*BVR.15/02/2019 bijlage 1  Art.8* |  | **IB**  |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| Art. 9. Het centrum benut en versterkt waar nodig en op een aantoonbare wijze de krachten van de buurt door initiatieven te nemen om de sociale cohesie te ontwikkelen en te bevorderen, met aandacht voor wederkerigheid, meer bepaald de participatie van kwetsbare groepen. Het lokale verenigingsleven en de buurtbewoners worden actief betrokken bij de realisatie van de doelstellingen en de opdrachten van het centrum.*BVR.15/02/2019 bijlage 1  Art.9* |  | **IB**  |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| Art. 12. Het centrum biedt of ondersteunt, waar mogelijk in samenwerking met andere actoren, buurthulp en stimuleert en faciliteert burenhulp. De competenties en talenten van de gebruikers worden daarbij benut met het oog op sociale waardering en met als doel om kwetsbare doelgroepen beter te benaderen en te bereiken. In het eerste lid wordt verstaan onder:buurthulp: de hulp- en dienstverlening in de buurt, die de mobiliteit, het welbevinden, het dagelijks leven, de zelfredzaamheid, de autonomie en het veiligheidsgevoel van buurtbewoners ondersteunt of versterkt;burenhulp: kleinschalige, kortstondige of spontane informele zorg en ondersteuning voor en door bewoners in een buurt, wijk of dorp.*BVR.15/02/2019 bijlage 1  Art.12* |  | **IB**  |   |

# Klachtenrecht

## Werkwijze

Elk LDC moet het klachtrecht garanderen. Zorginspectie gaat na of het klachtenrecht wordt bekendgemaakten controleert de volledigheid hiervan op volgende elementen:

* Aanduiden klachtenbehandelaar.
* Klachten kunnen mondeling en schriftelijk ingediend worden.
* Termijn feedback.
* Gevolg dat aan de klacht wordt gegeven wordt rechtstreeks aan de indiener meegedeeld.

De bekendmaking van het klachtenrecht dient te gebeuren t.a.v. alle gebruikers.

## Vaststellingen

|  |  |
| --- | --- |
| Het klachtenrecht wordt bekendgemaakt.  | Ja/neen  |
| De bekendmaking voldoet aan onderstaande omschrijvingen:  |    |
| * Klachtenbehandelaar is aangeduid
 | Ja/neen  |
| * Klachten kunnen mondeling en schriftelijk worden ingediend
 | Ja/neen  |
| * Termijn van feedback
 | Ja/neen  |
| * Gevolg van de klacht wordt rechtstreeks aan de klachtindiener medegedeeld
 | Ja/neen  |
| Toelichting:  |

## Beoordeling

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|    | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| Het klachtenrecht wordt bekendgemaakt . |  | **IB** |  |
| De bekendmaking van het klachtrecht bevat de volgende elementen: * Aanduiden klachtenbehandelaar
* Klachten kunnen mondeling en schriftelijk ingediend worden
* Termijn feedback
* Gevolg dat aan de klacht wordt gegeven wordt rechtstreeks aan de indiener meegedeeld

*BVR.15/02/2019 bijlage 1  Art.14 eerste lid, 3°, 5°* |  | **IB** |  |

#   Procedure grensoverschrijdend gedrag

## Werkwijze

Inspectie controleert of het centrum over een procedure grensoverschrijdend gedrag beschikt.

Inspectie gaat na of volgende elementen zijn opgenomen in de procedure:

* De wijze waarop geanonimiseerde gegevens over de gevallen van grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de bewoners worden geregistreerd
* Goede zorgafspraken en de coördinatie van de hulp
* De wijze waarop deze voorvallen, op geanonimiseerde wijze, gemeld worden aan het Agentschap Zorg en Gezondheid

## Vaststellingen

|  |  |
| --- | --- |
| Het LDC beschikt over een procedure grensoverschrijdend gedrag | Ja/neen  |
| De procedure voldoet aan onderstaande omschrijvingen:  |    |
| * De wijze waarop geanonimiseerde gegevens over de gevallen van grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers worden geregistreerd
 | Ja/neen  |
| * Goede zorgafspraken en de coördinatie van de hulp
 | Ja/neen  |
| * De wijze waarop deze voorvallen, op geanonimiseerde wijze, gemeld worden aan het Agentschap Zorg en Gezondheid
 | Ja/neen  |
| Toelichting:  |

## Beoordeling

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conform** | **Niet conform** | **NB** |
| De voorziening beschikt over een procedure voor de preventie van, de detectie van en gepaste reacties op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de bewoner. |  | **IB** |  |
| De procedure omschrijft de volgende elementen: * De wijze waarop geanonimiseerde gegevens over de gevallen van grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de bewoners worden geregistreerd
* Goede zorgafspraken en de coördinatie van de hulp
* De wijze waarop deze voorvallen, op geanonimiseerde wijze, gemeld worden aan het Agentschap Zorg en Gezondheid
 |  | **IB** |  |
| De voorziening meldde, op een geanonimiseerde wijze, grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de bewoners aan het agentschap.*BVR.15/02/2019 bijlage 1  Art.14 eerste lid, 3°, 6°* |  |  |  |