d:\gebruikersgegevens\sacoolsada\Desktop\Documenten\Sjablonen\LogoHeader.png

**Zorginspectie**

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

02 553 34 34

[**contact.zorginspectie@vlaanderen.be**](mailto:contact.zorginspectie@vlaanderen.be)

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

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

# inspectieverslag GEHANDICAPTENZORG

# NIEUW VERGUNDE ZORGAANBEIDER

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

|  |  |
| --- | --- |
| **INSPECTIEPUNT** | |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Dossiernummer |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **UITBATINGSPLAATS** | |
| Naam |  |
| Adres |  |

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

# leeswijzer

**Toegepaste wetgeving en richtlijnen**

* Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de **kwaliteit** van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen;
* Decreet van 7 mei 2004 betreffende de **rechtspositie** van de **minderjarige** in de integrale jeugdhulp;
* Decreet van 12 juli 2013 betreffende de **integrale** **jeugdhulp**;
* Besluit van de Vlaamse Regering van 15 juni 1994 betreffende het **beheer van gelden of goederen** van personen met een handicap door beheerders of personeelsleden van voorzieningen of aanbieders van zorg;
* Besluit van de Vlaamse Regering van 10 juli 2008 houdende de wijze van vereffening van een vrij besteedbaar **bedrag** en de toekenning ervan aan de **minderjarigen** aan wie residentiële jeugdhulpverlening geboden wordt, ter uitvoering van een beschikking van de jeugdrechtbank of van een advies van het bureau voor bijzondere jeugdbijstand, in voorzieningen die erkend en gesubsidieerd zijn door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;
* Besluit van de Vlaamse Regering van 4 februari 2011 betreffende de algemene **erkenningsvoorwaarden en kwaliteitszorg** van voorzieningen voor opvang, behandeling en begeleiding van personen met een handicap;
* Besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende de erkenning en subsidiëring van **multifunctionele** **centra** voor personen met een handicap;
* Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juni 2016 houdende het **vergunnen** van aanbieders van **niet-rechtstreeks toegankelijke** zorg en ondersteuning voor personen met een handicap;
* Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juni 2016 over de **besteding van het budget** voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning voor meerderjarige personen met een handicap en over organisatiegebonden kosten voor vergunde zorgaanbieders;
* Infonota’s van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

De integrale regelgeving en infonota’s vindt u op [www.vaph.be](http://www.vaph.be/).

Vanaf 1/1/2019 verlopen de inspecties van Zorginspectie en bijhorende inspectieverslagen conform de bepalingen uit het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

De niet naleving van de regelgeving door actoren in de zorg of zorggebruikers wordt gedefinieerd als een ‘inbreuk’, hieronder is ook te verstaan: non-conformiteit, niet-conform, inbreukkoming, inbreuk, onvoldoende, afwijking en onregelmatigheid.

**Onze opdracht**

De opdracht van Zorginspectie bestaat erin om ten behoeve van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) een objectief beeld te geven over de mate waarin de werking van de erkende en vergunde organisaties beantwoordt aan de regelgeving en bepalingen zoals hierboven aangegeven. Een uitgebreide toelichting over de aanpak van Zorginspectie kunt u nalezen op [www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be).

Het VAPH is bevoegd voor de erkenning en subsidiëring van deze organisaties. De finale beoordeling van het dossier komt dit agentschap toe. Zo kan het bijvoorbeeld over bijkomende stukken/gegevens uit het dossier beschikken die mogelijk een ander licht werpen op de vaststellingen van de inspecteur.

Het VAPH kan aan de organisatie vragen binnen een te bepalen termijn de nodige maatregelen te nemen om aan de verplichtingen te voldoen zoals die decretaal en reglementair bepaald zijn (BVR van 4 februari 2011, artikel 55 en volgende).

Alle verslagen van Zorginspectie worden overgemaakt aan het VAPH.

**Wat komt bij deze inspectie aan bod?**

Deze inspectie focust op de vergunningsnormen en op een aantal elementen uit de algemene erkenningsvoorwaarden en kwaliteitszorg waaraan elke vergunde zorgaanbieder moet voldoen. Meer bepaald zal het gaan over:

* aanbod, oorsprong en algemene werking
* de individuele overeenkomsten en de collectieve rechten en plichten
* financiële regeling en afspraken
* het medewerkersbeleid
* de inhoudelijke werking
* infrastructuur
* integriteit en gezondheid
* kwaliteits- en verbeterbeleid
* zelfevaluatie

Niet alle elementen uit de regelgeving komen aan bod tijdens deze inspectie. Dit betekent niet dat aan deze elementen niet moet worden voldaan: ze komen ofwel aan bod bij een volgend inspectiebezoek of behoren tot de opdracht van het VAPH.

**Wat komt u te weten in dit verslag?**

Per geïnspecteerd item wordt beschreven hoe de praktijk in elkaar zit zoals dit kan worden vastgesteld tijdens het inspectiebezoek. Hiervoor worden standaardvragen gebruikt waar nodig aangevuld met een toelichting.

Doorheen het verslag worden eventuele vastgestelde inbreuken op regelgeving en aandachtspunten geformuleerd:

- Er wordt een inbreuk genoteerd indien de praktijk niet strookt met de regelgeving.

- Door middel van een aandachtspunt wordt uw aandacht gevraagd voor bijsturing van bepaalde elementen uit de werking van de voorziening, zonder dat er sprake is van een inbreuk op regelgeving. Zorginspectie vraag hiervoor aandacht in functie van een verbetering van de kwaliteit van zorg aan de gebruiker en de optimale werking van de voorziening.

- Indien het gaat om specifieke gevallen waarover geen uitspraak kan worden gedaan op het moment van het inspectiebezoek zelf, wordt de kwalificatie “niet toetsbaar” gehanteerd.

Indien een voorziening niet voldoet aan de vereisten voor een verantwoorde ondersteuning, kunnen deze inbreuken aanleiding geven tot een opvolgingsbezoek. Een opsomming van dergelijke inbreuken wordt gegeven in het besluit bij dit verslag.

**Wat na de inspectie?**

Na het inspectiebezoek ontvangt u het ontwerpverslag met de vaststellingen en is er reactiemogelijkheid. In de begeleidende e-mail bij het inspectieverslag vindt u meer informatie over het opzet van de reactiemogelijkheid.

Het inspectieverslag wordt door Zorginspectie bezorgd aan het VAPH dat zich vervolgens uitspreekt over de mogelijke gevolgen van de inspectie. Het VAPH kan aan de voorziening vragen binnen een te bepalen termijn de nodige maatregelen te nemen om aan de verplichtingen te voldoen zoals die decretaal en reglementair bepaald zijn (BVR van 4 februari 2011, artikel 55 en volgende). Remediëring en verbeterplannen bezorgt u aan het VAPH.

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

# gegevens van de organisatie

**Volgende functies worden aangeboden:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Meerderjarigen** |
|  | individuele ondersteuning |
|  | dagondersteuning |
|  | woonondersteuning |
|  | rechtstreeks toegankelijke hulp |
|  | **Minderjarigen** |
|  | begeleiding |
|  | schoolaanvullende dagopvang |
|  | schoolvervangende dagopvang |
|  | verblijf |
|  | diagnostiek |
|  | rechtstreeks toegankelijke hulp |
|  | **Andere, namelijk:** |

**Aantal gebruikers dat in totaal begeleid wordt:**

Toelichting:

**De gebruikers hebben als hoofdhandicap:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | mentale handicap |
|  | motorische handicap |
|  | autisme |
|  | niet aangeboren hersenletsel |
|  | gedrags- en emotionele stoornis |
|  | meervoudige handicap |
|  | sensoriële handicap |
|  | andere, namelijk: |

**Situering van het inspectiebezoek:**

# aanbod, oorsprong en algemene werking

## ondernemingsplan en statuten

*In kader van de aanvraagprocedure voor het verkrijgen van een vergunning, werden de statuten van de inrichtende macht aan het VAPH bezorgd en werd een ondernemingsplan opgemaakt. De hoofdelementen uit deze documenten worden getoetst aan de praktijk.*

|  |
| --- |
| De doelstelling van de vergunde zorgaanbieder, zoals geformuleerd in de statuten, luidt als volgt: |
| De vergunde zorgaanbieder wil een antwoord bieden op de volgende zorgvragen: |
| Het ondersteuningsaanbod wordt als volgt georganiseerd: |

|  |
| --- |
| De praktijk is conform de beschrijving in het ondernemingsplan en/of de statuten. |
| De praktijk verschilt van de beschrijving in het ondernemingsplan en/of de statuten. |

Toelichting:

## oorsprong van de organisatie

## Financieel beleid

## Samenwerking met derden en verbonden organisaties

## Externe communicatie en cliëntenwerving

De organisatie maakt haar aanbod kenbaar op de volgende wijze:

De organisatie werft de gebruikers op volgende wijze:

|  |
| --- |
|  |
|  |

## Toekomstvisie

Inhoudelijk

Organisatorisch

Financieel

# collectieve rechten en plichten en de individuele dienstverleningsovereenkomst

## de individuele dienstverleningsovereenkomst

Vastgesteld op basis van:

De individuele dienstverleningsovereenkomst bevat volgende vermeldingen:

Identiteit van de partijen, aanvang, duur en proefperiode

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nee  (element ontbreekt) | Onduidelijk | Niet van toepassing | Niet gecontroleerd |
| de identiteit van de partijen. |  |  |  |  |  |
| de aanvangsdatum van de ondersteuning. |  |  |  |  |  |
| de duur van de overeenkomst. |  |  |  |  |  |
| de duur van de proefperiode. |  |  |  |  |  |
| de proefperiode bedraagt maximum 6 maanden. |  |  |  |  |  |

Toelichting:

Aard van de ondersteuning en tijdelijke meervragen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nee  (element ontbreekt) | onduidelijk | Niet van toepassing | Niet gecontroleerd |
| de aard van de ondersteuning. |  |  |  |  |  |
| de duur en frequentie van de ondersteuning. |  |  |  |  |  |
| de kosten uitgedrukt in euro of personeelspunten. |  |  |  |  |  |
| de plaats(en) waar de ondersteuning geboden wordt. |  |  |  |  |  |
| de wijze waarop de voorziening een antwoord zal bieden op vragen van de gebruiker om tijdelijk en beperkt meer ondersteuning te bieden. |  |  |  |  |  |

Toelichting:

Financiële regeling

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nee  (element ontbreekt) | onduidelijk | Niet van toepassing | Niet gecontroleerd |
| diegene die verantwoordelijk is voor de betaling. |  |  |  |  |  |
| de wijze waarop de afrekening en de betaling zal gebeuren. |  |  |  |  |  |
| de betaling van het gevraagde voorschot. |  |  |  |  |  |
| het voorschot bedraagt maximaal het bedrag voor een maand zorg of ondersteuning. |  |  |  |  |  |
| de opsomming van de woon- en leefkosten zoals overeengekomen tussen gebruiker en zorgaanbieder. |  |  |  |  |  |
| de eigen financiële bijdrage |  |  |  |  |  |
| de elementen die aanleiding geven tot een afzonderlijke vergoeding. |  |  |  |  |  |
| een rubriek “beheer van gelden en goederen”. |  |  |  |  |  |

Toelichting:

Andere vergoedingen en duurzame goederen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nee  (element ontbreekt) | onduidelijk | Niet van toepassing | Niet gecontroleerd |
| een verklaring op erewoord van de gebruiker dat hij geen vergoeding voor hulp van derden of ondersteuning door een voorziening heeft ontvangen of dat hij geen aanspraak kan maken op een dergelijke vergoeding. |  |  |  |  |  |
| de wijze waarop de inventaris van de duurzame persoonlijke goederen van de gebruiker binnen de voorziening wordt bijgehouden en geactualiseerd. |  |  |  |  |  |

Toelichting:

Aanpassing van de overeenkomst en het handelingsplan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nee  (element ontbreekt) | onduidelijk | Niet gecontroleerd |
| de wijze waarop de individuele dienstverleningsovereenkomst kan worden aangepast of gewijzigd. |  |  |  |  |
| de wijze waarop het handelingsplan kan worden aangepast. |  |  |  |  |
| Frequentie van evalueren van het handelingsplan is beschreven. |  |  |  |  |
| De frequentie van evalueren is minstens jaarlijks (minderjarigen) of minstens 1 keer per 3 jaar (volwassenen). |  |  |  |  |
| Wijze van evalueren van het handelingsplan is beschreven. |  |  |  |  |
| Er is vermeld dat de persoon met handicap altijd bijkomend een evaluatie van het handelingsplan kan vragen. |  |  |  |  |

Toelichting:

## de collectieve rechten en plichten

Vastgesteld op basis van:

Het document “collectieve rechten en plichten” bevat volgende vermeldingen:

Algemene informatie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ja | Nee  (element ontbreekt) | onduidelijk | niet van toepassing | Niet gecontroleerd |
| de exacte identificatie van de voorziening: benaming, zetel, aard van de rechtsvorm van de rechtspersoon die de voorziening beheert, datum en duur van de erkenning of vergunning. |  |  |  |  |  |
| de missie, visie, waarden, doelstellingen en strategie van de voorziening. |  |  |  |  |  |
| een overzicht van het ondersteuningsaanbod, met een globale omschrijving van de doelgroep. |  |  |  |  |  |

Toelichting:

Bijzondere opnamevoorwaarden, wederzijdse rechten en plichten en ontslag

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ja | Nee  (element ontbreekt) | onduidelijk | niet van toepassing | Niet gecontroleerd |
| de bijzondere opnamevoorwaarden. |  |  |  |  |  |
| de wederzijdse rechten en verplichtingen van de gebruiker of vertegenwoordiger en de voorziening. |  |  |  |  |  |
| de omstandigheden die aanleiding kunnen geven tot heroriëntering of ontslag uit de voorziening. |  |  |  |  |  |
| de toepassingsgronden voor heroriëntering of ontslag zijn geoorloofd. |  |  |  |  |  |
| de opzeggingstermijnen. |  |  |  |  |  |
| de opzeggingstermijn bedraagt maximum 3 maanden. |  |  |  |  |  |
| de verbrekingsvergoeding ingeval de opzeggingstermijnen niet gerespecteerd worden. |  |  |  |  |  |
| de verbrekingsvergoeding bedraagt het equivalent van de vergoeding voor een periode van 3 maanden. |  |  |  |  |  |

Toelichting:

Collectieve inspraak

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ja | Nee  (element ontbreekt) | onduidelijk | niet van toepassing | Niet gecontroleerd |
| de wijze waarop de collectieve inspraak georganiseerd wordt. |  |  |  |  |  |
| het huishoudelijk reglement van het collectief overlegorgaan. |  |  |  |  |  |

Toelichting:

Tarieven en bijkomende vergoedingen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ja | Nee  (element ontbreekt) | onduidelijk | niet van toepassing | Niet gecontroleerd |
| de tarieven van de woon- en leefkosten. |  |  |  |  |  |
| de prestaties of verstrekkingen die aanleiding geven tot bijkomende vergoedingen. |  |  |  |  |  |

Toelichting:

Samenstelling toezichtsraad, inzien kwaliteitshandboek, verzekeringen, aanpassing collectieve rechten en plichten

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ja | Nee  (element ontbreekt) | onduidelijk | niet van toepassing | Niet gecontroleerd |
| de samenstelling van de toezichtsraad voor beheer van gelden en goederen. |  |  |  |  |  |
| de plaats en de wijze waarop het kwaliteitshandboek ingezien kan worden. |  |  |  |  |  |
| een overzicht van de risico's die de voorziening in het belang van gebruiker verzekert. |  |  |  |  |  |
| de wijze waarop het document “Collectieve rechten en plichten” in overleg kan worden aangepast. |  |  |  |  |  |

Toelichting:

Een aantal bijkomende waarborgen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ja | Nee  (element ontbreekt) | onduidelijk | niet van toepassing | Niet gecontroleerd |
| waarborg aan de gebruikers dat hun ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, hun vrijheid en privacy, hun veiligheid en hun gezondheid geëerbiedigd zullen worden, voor zover de werking van de voorziening en de integriteit van de medegebruikers en personeel niet in het gedrang komen. |  |  |  |  |  |
| het recht van de gebruiker op een dossier. |  |  |  |  |  |
| het recht van een gebruiker op inzage in het dossier. |  |  |  |  |  |
| de manier waarop de gebruiker zijn recht op inzage in het dossier kan uitoefenen. |  |  |  |  |  |

Toelichting:

**Klachtenprocedure**

De wijze waarop opmerkingen, suggesties en klachten kunnen worden ingediend en de wijze waarop ze behandeld worden, zijn een verplicht element binnen de collectieve rechten en plichten. Het afhandelen van klachten van gebruikers is ook een verplichte procedure binnen het kwaliteitssysteem. De minimale verplichte bepalingen zijn voor beide gelijk. Indien dit deelelement van rechten en plichten bij de inspectie aan bod kwam, wordt deze behandeld onder het hoofdstuk “klachtenprocedure” binnen het kwaliteits- en verbeterbeleid.

## ondertekening van de overeenkomst

Vastgesteld op basis van:

|  |  |
| --- | --- |
| De individuele dienstverleningsovereenkomst is ondertekend. | x/y dossiers |
| De individuele dienstverleningsovereenkomst is tijdig ondertekend. | x/y dossiers |
| De collectieve rechten en plichten maken deel uit van de overeenkomst. | x/y dossiers |

Van de x cases die zijn ondertekend, gebeurde dit door:

* de gebruiker: aantal cases
* de vertegenwoordiger: aantal cases
* de gebruiker en de vertegenwoordiger: aantal cases

In het geval dat alleen de gebruiker ondertekent, werd nagegaan of de gebruiker een vertegenwoordiger heeft:

* de gebruiker heeft geen vertegenwoordiger en kan volgens de gesprekspartner zijn rechten zelf uitoefenen (aantal keer).
* de gebruiker heeft geen vertegenwoordiger maar kan volgens de gesprekspartner zijn rechten niet uitoefenen (aantal keer).
* er is een bewindvoerder voor goederen die de overeenkomst niet heeft getekend (aantal keer).
* er is geen bewindvoerder maar een vertegenwoordiger (want de gebruiker kan volgens de gesprekspartner niet zelf de rechten uit het BVR van 04/02/2011 uitoefenen) die de overeenkomst niet heeft getekend (aantal keer).
* de gesprekspartner weet het niet.

In het geval dat alleen de vertegenwoordiger ondertekent, is dit om volgende reden:

* de gebruiker heeft een bewindvoerder voor goederen (aantal keer).
* de gebruiker heeft geen bewindvoerder maar kan de rechten met betrekking tot persoonsgebonden materies niet zelfstandig uitoefenen volgens de gesprekspartner (aantal keer).
* de gebruiker kan zijn rechten zelfstandig uitoefenen volgens de gesprekspartner maar een andere persoon heeft ondertekend (aantal keer).
* andere:
* de gesprekspartner weet het niet (aantal keer).

Toelichting (bij het geheel van de nagekeken overeenkomsten):

# FINANCIELE REGELING EN AFSPRAKEN

## Woon- en leefkosten

### Kostenregeling voor woon- en leefkosten

Vastgesteld op basis van:

De woonkosten zijn als volgt geregeld:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nee | Onduidelijk | Niet van toepassing | Niet gecontroleerd |
| Er zijn verschillende prijzen al naargelang de soort woning, kamer,… |  |  |  |  |  |
| Kosten voor aanpassingen aan de infrastructuur omwille van bijzondere infrastructuurnoden zijn uitgesloten van aanrekening. |  |  |  |  |  |
| Kosten voor elektriciteit, gas, water en verwarming zijn opgenomen in de aangerekende woonkost. |  |  |  |  |  |
| Kosten voor normale kleine herstellingen zijn opgenomen in de woonkost. |  |  |  |  |  |

Toelichting bij de vaststellingen:

De leefkosten zijn als volgt geregeld:

Volgens de beschrijving in de IDO is de vergoeding voor het levensonderhoud als volgt geregeld:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | zorgaanbieder rekent aan als leefkost | gebruiker staat zelf in voor deze kost | onduidelijke regeling |
| voeding en drank |  |  |  |
| onderhoud en schoonmaak van de woning en de gemeenschappelijke ruimtes |  |  |  |
| aansluiting internet, tv en telefoon |  |  |  |
| was- en strijkservice |  |  |  |
| medicatie |  |  |  |
| verzorgingsproducten |  |  |  |
| kleding |  |  |  |
| vervoer |  |  |  |
| ontspanning |  |  |  |
| abonnementen |  |  |  |
| verzekeringen |  |  |  |
| andere: |  |  |  |

De zorgaanbieder maakt de woon- en leefkosten publiek kenbaar/niet publiek kenbaar.

Toelichting:

### Facturatie woon- en leefkosten

Vastgesteld op basis van:

Er is een steekproef van x facturen nagekeken.

Er is een duidelijk onderscheid tussen zorggebonden kosten en woon- en leefkosten.

* ja in x facturen
* nee in x facturen
* onduidelijk in x facturen
* niet gecontroleerd in x facturen
* niet van toepassing in x facturen

De gefactureerde bedragen voor woon- en leefkosten zijn conform de afspraken in de IDO voor wat betreft de woon-en leefkosten die mogen aangerekend worden.

* ja in x facturen
* nee in x facturen
* onduidelijk in x facturen
* niet gecontroleerd in x facturen

Er worden op de factuur kosten vermeld die zijn uitgesloten van aanrekening.

* ja in x facturen
* nee in x facturen
* onduidelijk in x facturen
* niet gecontroleerd in x facturen

Er zijn kosten zichtbaar op de factuur die niet vermeld zijn in de IDO.

* ja in y facturen
* nee in x facturen
* onduidelijk in x facturen
* niet gecontroleerd in x facturen

Voor de y facturen waarin kosten aangerekend worden die niet vermeld zijn, is nagegaan of er overlegd is met de gebruiker en/of zijn vertegenwoordiger over deze uitzonderlijk aangerekende kosten.

* ja in x situaties
* nee in x situaties
* onduidelijk in x situaties
* niet gecontroleerd in x situaties

Toelichting:

.

## FACTURATIE EIGEN FINANCIËLE BIJDRAGE bij MFC

Vastgesteld op basis van:

Er is een steekproef van x facturen nagekeken.

De eigen financiële bijdrage zoals bepaald in de regelgeving is duidelijk vermeld.

* ja in x facturen
* nee in x facturen
* onduidelijk in x facturen
* niet gecontroleerd in x facturen

De wijze waarop de eigen financiële bijdrage werd berekend, is duidelijk.

* ja in x facturen
* nee in x facturen
* onduidelijk in x facturen
* niet gecontroleerd in x facturen

De bijkomende kosten worden gedetailleerd weergegeven (aard en omvang).

* ja in x facturen
* nee in x facturen
* onduidelijk in x facturen
* niet gecontroleerd in x facturen
* niet van toepassing in x facturen

De aangerekende bijkomende kosten zijn geoorloofd.

* ja in x facturen
* nee in x facturen
* onduidelijk in x facturen
* niet gecontroleerd in x facturen
* niet van toepassing in x facturen

Toelichting:

# Medewerkersbeleid

## ALGEMENE ORGANISATIE VAN DE WERKING

Vastgesteld op basis van:

Totaal aantal medewerkers (in VTE) dat de zorgaanbieder in dienst heeft:

Aantal medewerkers dat de zorgaanbieder in dienst heeft dat wordt ingezet in de directe zorg en ondersteuning (in VTE):

De medewerkers die worden ingezet in de directe zorg en ondersteuning hebben volgend diploma:

- opvoeder bachelor

- opvoeder graduaat

- maatschappelijk werker

- verpleegkundige

- zorgkundige

- kinesist

- ergotherapeut

- logopedist

- orthopedagoog

- psycholoog

- andere:

Toelichting:

De zorgaanbieder heeft keuzes gemaakt/geen keuzes gemaakt om medewerkers in dienst te nemen met specifieke competenties of kennis om de zorgnood van de gebruikers te beantwoorden.

Toelichting:

De zorgaanbieder kan voor het bieden van medische zorg een beroep doen op

* arts verbonden aan de organisatie
* verpleegkundige(n) verbonden aan de organisatie
* huisarts(en) betrokken op de voorziening
* thuisverpleging
* thuisverpleging – structureel voor een aantal gebruikers
* geen arts op vaste basis: gebruikers consulteren hun eigen (huis)arts.
* andere:

Toelichting:

Er is een medisch verantwoordelijke/geen medisch verantwoordelijke aangeduid met een coördinerende opdracht in specifieke omstandigheden (bijvoorbeeld uitbraak griep, scabiës, COVID 19,…)

Toelichting:

Er wordt met vrijwilligers/niet met vrijwilligers gewerkt

aantal vrijwilligers waar men beroep kan opdoen:

De taken van de vrijwilligers bestaan uit:

Het inzetten van vrijwilligers:

* is noodzakelijk om een aantal essentiële opdrachten binnen de zorg en ondersteuning te kunnen uitvoeren
* biedt de mogelijkheid om extra’s aan te bieden binnen de zorg en ondersteuning

Er worden diensten uitbesteed/samengewerkt met externen/ geen diensten uitbesteed/niet samengewerkt met externen

Volgende diensten/taken worden niet of niet volledig door medewerkers in dienstverband uitgevoerd

* bereiden van de maaltijden
* was/strijk
* onderhoud
* paramedische zorg
* lichamelijke verzorging
* andere:

Toelichting:

De competenties die de zorgaanbieder kan inzetten, stemmen overeen/stemmen niet overeen met de beschrijving in het ondernemingsplan

Toelichting:

## INZET VAN PERSONEEL IN DE PRAKTIJK

### Inzet overdag

Vastgesteld op basis van:

**Bezochte entiteit:**

Het dienstrooster/uurrooster is als volgt uitgewerkt (op hoofdlijnen):

Het aantal aanwezige medewerkers op moment van het inspectiebezoek strookt / strookt niet met het dienstrooster/uurrooster.

aantal medewerkers aanwezig op moment van het inspectiebezoek:

aantal aanwezige gebruikers:

Toelichting:

### Inzet ‘s nachts

Vastgesteld op basis van:

aantal gebruikers ’s nachts aanwezig op de **uitbatingsplaats**:

aantal medewerkers ’s nachts aanwezig op de **uitbatingsplaats**

aantal wakende nacht:

aantal slapende nacht:

Toelichting:

Een medewerker is / Er is geen medewerker oproepbaar om indien nodig ter plaatse ondersteuning te bieden.

De opdracht van de wakende nacht bestaat uit:

- ondersteuning bieden naar aanleiding van een oproep

- ondersteuning bieden als reactie akoestisch systeem

- monitoren camerabeelden

- permanent toeren

- een aantal toeren per nacht afwerken

- ondersteuning bieden naar aanleiding van een oproep van buiten deze locatie

- uitvoeren van afgesproken verzorging

- uitvoeren van huishoudelijke taken

- andere:

Toelichting:

### Extra ondersteuning

Vastgesteld op basis van:

Indien zich een incident voordoet binnen de (leef)groep, woning,… kan fysieke bijstand worden opgeroepen die aanwezig is:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | overdag | ’s nachts |
|  |  |  |
| binnen de 15 minuten | Ja/nee | Ja/nee |
| binnen de 15 tot 30 minuten | Ja/nee | Ja/nee |

Toelichting:

Er is een permanentieregeling / geen permanentieregeling waar gebruikers van individuele begeleiding een beroep op kunnen doen (buiten kantooruren).

### Informatieoverdracht

Vastgesteld op basis van:

De informatie-uitwisseling (overdacht) tussen de verschillende diensten (vroeg/dag/laat/nacht) loopt als volgt:

- mondelinge overdracht

- door het invullen van het logboek/dagboek/agenda… Dit is een verplicht onderdeel van de taken.

- door het lezen van het logboek/dagboek/agenda… Dit is een verplicht onderdeel van de taken.

- overlapping in de diensten

- andere:

Toelichting:

# Inhoudelijke werking

## Dossier

Het dossier is als volgt samengesteld:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Medische gegevens worden afzonderlijk bewaard. | ja/nee/NVT |
| Het dossier wordt op een veilige manier bewaard. | ja/nee |
| Inzagerecht in het dossier is kenbaar gemaakt aan gebruikers. | ja/nee |

Toelichting:

## Intake

|  |  |
| --- | --- |
| Bij het intakeproces is rekening gehouden met een bestaand ondersteuningsplan. | x/y dossiers |
| De organisatie heeft persoonlijk contact gehad met de gebruiker tijdens het intakeproces. | x/y dossiers |
| Er ging aandacht naar de mogelijkheden en noden van de gebruiker tijdens het intakeproces. | x/y dossiers |

Toelichting:

## Handelingsplan

|  |  |
| --- | --- |
| Er is een eerste handelingsplan. | x/y dossiers |
| De gebruiker wordt betrokken bij het overleg over het handelingsplan. | x/y dossiers of niet mogelijk |
| De wettelijk vertegenwoordiger/netwerk wordt betrokken bij het overleg over het handelingsplan. | x/y dossiers of niet mogelijk |
| Het handelingsplan omvat de ondersteuningsdoelen op de verschillende domeinen van kwaliteit van leven. | x/y dossiers |
| Er is een termijn voorzien voor periodieke evaluatie van het handelingsplan. | Ja/nee |

Toelichting:

# Infrastructuur

## Overzicht werkingsadressen

## Beschrijving van de infrastructuur

### Algemene beschrijving van de infrastructuur

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Voor verbetering vatbaar | Neen |
| De infrastructuur is voldoende ruim. |  |  |  |
| De infrastructuur is voldoende aangepast aan de bewoners. |  |  |  |
| De infrastructuur kan voldoende geventileerd worden. |  |  |  |
| De temperatuur is aangepast. |  |  |  |
| De infrastructuur is voldoende onderhouden. |  |  |  |

Toelichting:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | zonder opmerking | met opmerking(en) | neen |
| Er is een brandweerattest. |  |  |  |

Toelichting:

### Individuele ruimtes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aantal eenpersoonskamers | Zonder sanitair |  |
|  | Met lavabo |  |
|  | Met eigen sanitaire cel |  |
| Aantal meerpersoonskamers | Zonder sanitair |  |
|  | Met lavabo |  |
|  | Met eigen sanitaire cel |  |
| Aantal kamers voor tijdelijke opvang | Zonder sanitair |  |
|  | Met lavabo |  |
|  | Met eigen sanitaire cel |  |

Toelichting:

|  |  |
| --- | --- |
| Alle kamers zijn minstens 16 m² groot. | ja/nee |
| Er is een oproepsysteem voorzien in de kamer.  Er is in de kamer communicatiemogelijkheid voorzien (oproepsysteem, akoestisch toezichtssysteem,..). | ja/nee |

Toelichting:

### Sanitair

|  |  |
| --- | --- |
| Er is voldoende sanitair. | ja/nee |
| Het sanitair is voldoende aangepast aan de gebruikers. | ja/nee |

Toelichting:

# integriteit en gezondheid

## Integriteit

## Medicatie

|  |  |
| --- | --- |
| Er wordt met een medicatiefiche gewerkt. | ja/nee |
| Toedienen van medicatie wordt geregistreerd. | ja/nee |
| Medicatie wordt klaargezet door: |  |
| Medicatie wordt veilig bewaard. | ja/nee |
| Er zijn gebruikers die geheel of gedeeltelijk verantwoordelijk zijn voor de eigen medicatie. | Ja/nee |

Toelichting:

# kwaliteits- en verbeterbeleid

## KWALITEITSHANDBOEK

Vastgesteld op basis van:

De zorgaanbieder beschikt / beschikt niet over een kwaliteitshandboek.

Het kwaliteitshandboek bevat alle verplichte elementen / bevat niet alle verplichte elementen.

Het kwaliteitshandboek is actueel / niet actueel / slechts gedeeltelijk actueel.

Toelichting:

Volgende verplichte elementen zijn niet opgenomen in het kwaliteitshandboek:

- Structuur van het kwaliteitshandboek

- Beschrijving van het aanbod van de voorziening

- Missie, visie, waarden, doelstellingen en strategie en geschreven referentiekader

- Organisatiestructuur

- Overzicht en werking overlegorganen

- Deelname aan externe overlegorganen

- Inzetten van de middelen

- Beheren van documenten van het kwaliteitshandboek

- Intake

- Opstellen, uitvoeren, evalueren van het handelingsplan

- Beëindigen van de ondersteuning

- Organiseren van collectief overleg met de gebruikers

- Afhandelen van klachten van de gebruikers

- Voorkomen, detecteren en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers

- Tijdelijke afzonderingsmaatregelen

- Organisatiegerichte processen

- Zelfevaluatie

De verdere uitwerking van het kwaliteitshandboek is gepland / is niet gepland.

Toelichting:

Het kwaliteitshandboek is ter beschikking / is niet ter beschikking van de medewerkers.

Toelichting:

Het kwaliteitshandboek is ter beschikking / is niet ter beschikking van de gebruikers.

Toelichting:

De opmaak van het kwaliteitshandboek is gepland / is niet gepland.

## KLACHTENPROCEDURE

Vastgesteld op basis van:

De collectieve rechten en plichten bevatten een procedure voor het afhandelen van:

* mondelinge klachten, opmerkingen en suggesties over de zorg en ondersteuning.
* schriftelijke klachten over de zorg en ondersteuning.
* klachten gerelateerd aan de beëindiging van de zorg en ondersteuning.
* klachten omtrent het geldbeheer.
* klachten over collectieve inspraak.

In de collectieve rechten en plichten ontbreekt een procedure voor het afhandelen van:

De klachtenprocedure in het kwaliteitssysteem bevat wel deze vermeldingen.

of

In de klachtenprocedure in het kwaliteitssysteem ontbreekt een procedure voor het afhandelen van:

Toelichting:

### Schriftelijke klachten over de zorg en ondersteuning

De inhoud van de **collectieve rechten en plichten** is nagekeken voor wat betreft het afhandelen van schriftelijke klachten over de hulp- en dienstverlening.

Volgende vermeldingen zijn ***voldoende*** gegarandeerd:

een klacht wordt geregistreerd.

- een klacht kan steeds worden ingetrokken.

- binnen de 30 dagen wordt meegedeeld welk gevolg aan de klacht wordt gegeven.

- het antwoord wordt schriftelijk gegeven.

- er is een beroepsfase bij de interne klachtencommissie.

- de klachtencommissie is correct samengesteld (een vertegenwoordiger van de inrichtende macht en een vertegenwoordiger van de gebruikers).

- de contactgegevens van de klachtencommissie.

- de opdracht van de klachtencommissie is beschreven (klachtbehandeling, horen van de partijen, verzoeningspoging).

- de klachtindiener kan zich bij de klachtencommissie laten bijstaan door een derde.

- de klachtencommissie deelt binnen de 30 dagen haar oordeel mee (gegrond of niet).

- de klachtencommissie deelt haar oordeel schriftelijk mee.

- de klachtencommissie deelt haar oordeel mee aan zowel de zorgaanbieder als de klachtindiener.

- beide standpunten worden meegedeeld indien de leden van de klachtencommissie het onderling niet eens zijn.

- de zorgaanbieder moet binnen de 30 dagen antwoorden aan de klachtindiener indien de klacht gegrond bevonden wordt.

- de zorgaanbieder moet schriftelijk antwoorden aan de klachtindiener.

- de indiener van de klacht kan zich schriftelijk wenden tot de leidend ambtenaar van het VAPH, indien de interne klachtenafhandeling geen voldoening schenkt.

Volgende vermeldingen ***ontbreken***:

De klachtenprocedure in het **kwaliteitssysteem** bevat ***wel*** deze vermeldingen.

Of

In de klachtenprocedure in het **kwaliteitssysteem** ***ontbreken*** volgende vermeldingen:

Toelichting:

### Klachten over de beëindiging van de zorg en ondersteuning

De inhoud van de **collectieve rechten en plichten** is nagekeken voor wat betreft het afhandelen van klachten over de beëindiging van de zorg en ondersteuning.

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

- de klachtencommissie kan rechtstreeks worden aangeschreven.

- de klacht over beëindiging moet binnen de 30 dagen worden ingediend.

- de klachtencommissie moet worden uitgebreid met een onafhankelijke derde.

- de opzegtermijn wordt opgeschort voor de duur van de bemiddeling.

- de klachtencommissie moet binnen de 30 dagen haar taak opnemen.

- het resultaat van de bemiddeling wordt opgenomen in de individuele dienstverleningsovereenkomst.

- de onafhankelijke derde.

Volgende vermeldingen **ontbreken**:

De klachtenprocedure in het **kwaliteitssysteem** bevat ***wel*** deze vermeldingen.

Of

In de klachtenprocedure in het **kwaliteitssysteem** ***ontbreken*** volgende vermeldingen:

Toelichting:

### Klachten over geldbeheer

De inhoud van de **collectieve rechten en plichten** is nagekeken voor wat betreft het afhandelen van klachten over geldbeheer.

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

* de klacht wordt behandeld door de toezichtsraad.

Volgende vermeldingen **ontbreken**:

De klachtenprocedure in het **kwaliteitssysteem** bevat ***wel*** deze vermeldingen.

Of

In de klachtenprocedure in het **kwaliteitssysteem** ***ontbreken*** volgende vermeldingen:

Toelichting: vrij tekstveld

### Klachten over collectief overleg

De inhoud van de **collectieve rechten en plichten** is nagekeken voor wat betreft het afhandelen van klachten over de beëindiging van de zorg en ondersteuning.

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

* de klacht wordt schriftelijk gemeld aan de leidend ambtenaar van het VAPH.

Volgende vermeldingen **ontbreken**:

De klachtenprocedure in het **kwaliteitssysteem** bevat ***wel*** deze vermeldingen.

Of

In de klachtenprocedure in het **kwaliteitssysteem** ***ontbreken*** volgende vermeldingen:

Toelichting: vrij tekstveld

# ZELFEVALUATIE

Vastgesteld op basis van

De zorgaanbieder heeft een zelfevaluatie, kwaliteitsplanning, ,… opgemaakt.

Toelichting:

# BESLUIT

**SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN**

|  |  |
| --- | --- |
| Aantal nieuwe inbreuken |  |
| Aantal weggewerkte inbreuken |  |
| Aantal niet weggewerkte inbreuken |  |
| Aantal inbreuken niet bevraagd |  |
| Aantal inbreuken niet toetsbaar |  |
| Aantal aandachtspunten |  |

Aan de organisatie wordt gevraagd de nodige maatregelen te nemen om de werking in overeenstemming te brengen met de regelgeving.

Met het oog op het uitbouwen van een kwaliteitsvolle werking, worden in het verslag een aantal aandachtspunten geformuleerd.

**POSITIEVE PUNTEN**

**NIEUW VASTGESTELDE INBREUKEN DIE AANLEIDING GEVEN TOT EEN OPVOLGINGSINSPECTIE**

**EERDER VASTGESTELDE, MAAR NIET WEGGEWERKTE INBREUKEN DIE AANLEIDING GEVEN TOT EEN OPVOLGINGSINSPECTIE**