

INSPECTIEVERSLAG: DIENST MAATSCHAPPELIJK WERK

INRICHTENDE MACHT

Naam	XXXX
Type entiteit	XXXX
Rechtsvorm	XXXX
Ondernemingsnummer	XXXX
Adres	XXXX

INSPECTIEPUNT

Naam	XXXX
HCO-nummer	XXXX
Adres	XXXX
Dossiernummer	XXXX

UITBATINGSPLAATS

Naam	XXXX
Adres	XXXX
Naam (herhalend)	XXXX
Adres	XXXX

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	XX/XX/XXXX
Verslagnummer	ZI-XXXX-XXXXXX
Inspecteur(s)	XXXX
	XXXX

INSPECTIEBEZOEK

Aangekondigde inspectie op XX/XX/XXXX (XX:XX-XX:XX)

Gesprekspartner(s)	XXXX
	XXX

INHOUDSOPGAVE

Inhoudsopgave	2
1 Inleiding	3
1.1 Leeswijzer	3
1.2 Situering diensten	4
1.3 Situering inspectiebezoek	4
1.4 Inspectiemethodiek	4
2 Vaststellingen en beoordeling	6
2.1 Organisatie en werking	6
2.1.1 Toegankelijkheid van het hulp- en dienstverleningsaanbod en gratis hulp- en dienstverlening	6
2.1.2 Benaming	7
2.1.3 Registratiesysteem	8
2.1.4 Collectieve werkmethoden	9
2.1.5 Kwaliteitshandboek	9
2.2 Personeelsomkadering	12
2.2.1 Leidinggevende functie	12
2.2.2 Kwalificatievereisten personeel	12
2.2.3 Vrijwilligers	14
2.2.4 VTO-beleid	14
2.2.5 Opleiding dementiekundige basiszorg	15
2.3 Hulp- en dienstverlening	15
2.3.1 Bereikte gebruikers	15
2.3.2 Begeleiding van gebruikers	16
2.3.3 Proactieve actie	20
2.3.4 Beperkt zelfvermogen	21
2.3.5 Woonadvies	22
2.3.6 Hulpmiddelen	23
2.3.7 Personenalarmtoestel	24
2.3.8 Multidisciplinair overleg	26
2.3.9 Toeleiding naar een andere vorm van hulp	26
2.3.10 Vroegtijdige zorgplanning	27
Algemeen besluit	28

1 INLEIDING

1.1 LEESWIJZER

Situering Zorginspectie

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Zorg 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 subsidiëeringsfunctie. 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.

Meer informatie is te vinden op onze website: 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.

1.2 SITUERING DIENSTEN

De **diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen** vinden hun regelgevende basis in verschillende wetten, decreten en besluiten. De erkenning en subsidiëring zit vervat in de artikelen 19 en 20 van het decreet betreffende woonzorg van 15/02/2019, het 'Woonzorgdecreet' genoemd. De reglementaire bepalingen werden vastgelegd in het Besluit van de Vlaamse Regering van 28/06/2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, Bijlage 5: 'Diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds'.

De basis voor deze inspectieronde zijn de wijzigingen aan het Woonzorgdecreet en bijhorend stambesluit (bijlage 5) waarbij de Regionale Dienstencentra (RDC) werden geïntegreerd in de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen. De RDC die op 31 december 2019 erkend waren, behielden deze erkenning tot en met 31 december 2022 (tenzij de erkenning eerder werd ingetrokken of vrijwillig werd opgegeven). Vanaf 1 januari 2023 vervielen de erkenningen van de RDC van rechtswege. De diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen konden met de RDC afspreken om de taken **op het vlak van woonondersteuning** over te dragen van het RDC naar de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen. Dit betreft volgende taken:

- uitlenen van hulpmiddelen;
- uitlenen en onderhouden van personenalarmtoestellen;
- advies verstrekken over aanpassingen aan de woning en over technologische aanpassingen;
- ergotherapeutische begeleiding verstrekken;
- begeleiding bieden bij de aanpassing van de woning en bij het gebruik van zorgtechnologie.

1.3 SITUERING INSPECTIEBEZOEK

Tijdens het inspectiebezoek wordt nagegaan in welke mate de dienst relevante wettelijke en reglementaire bepalingen naleeft. Er wordt hierbij gefocust op de erkenningsvoorwaarden die erbij kwamen na de integratie van de regionale dienstencentra. Daarnaast worden de informatie en de cijfergegevens die via de jaarverslagen werden aangeleverd door inspectie geanalyseerd en ter plaatse besproken om de achterliggende processen in beeld te brengen en te toetsen of de praktijk hiermee overeenstemt.

1.4 INSPECTIEMETHODIEK

Aangezien de verschillende diensten maatschappelijk werk volgens de gesprekspartners beleidsmatig op dezelfde wijze werken en er op operationeel niveau minimale verschillen zijn werd ervoor gekozen om de inspecties niet per erkende dienst te organiseren maar op niveau van de landsbond.

Het inspectieverslag is gebaseerd op verschillende bronnen:

- **website:** bevat al heel wat informatie over de dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds en wordt vóór het inspectiebezoek gecheckt.

Volgende documenten worden op voorhand opgevraagd, op moment dat de afspraak wordt gemaakt:

- **kwaliteitshandboek:** dit document biedt inzicht in de interne procedures, normen en werkwijzen van de organisatie. De kwaliteitshandboeken worden opgevraagd vóór het inspectiebezoek zodat de procedures die een link hebben met de bevroagde modules op voorhand kunnen worden gecheckt en ter plaatse gerichte vragen gesteld kunnen worden
- **jaarverslagen:** deze documenten dienen de registratiegegevens te bevatten alsook een evaluatie van de kwaliteitsplanning. De jaarverslagen van 2024 werden bezorgd.

Daarnaast worden ter plaatse een aantal bronnen geraadpleegd:

- **gesprek met de medewerkers ter plaatse**
- **registratiesysteem**

- **personeelslijst** (personeel, aangeworven na 1/1/2020, belast met begeleidingsopdrachten en ergotherapeutische begeleidingsopdrachten)
- **personeelsdossiers** (via steekproef)
- **begeleidingsdossiers**
- **brochures, flyers**
- **(eventuele) samenwerkingsovereenkomsten** i.v.m. de hulpmiddelen en personenalarmtoestellen
- **facturatie gebruikers** (personenalarmtoestel)
- **verwijzingslijst personenalarmtoestel.**

ONTWERP VERSLAG

2 VASTSTELLINGEN EN BEOORDELING

2.1 ORGANISATIE EN WERKING

2.1.1 Toegankelijkheid van het hulp- en dienstverleningsaanbod en gratis hulp- en dienstverlening

De dienst zet in op de bereikbaarheid voor gebruikers via de volgende activiteiten:

1. kenbaar maken aan gebruikers en potentiële gebruikers waar, wanneer en hoe hij bereikbaar is;
2. de bereikbaarheid organiseren op diverse manieren en minstens via huisbezoek, op kantoor, telefonisch en digitaal, waarbij naar vorm en tijdstip rekening gehouden wordt met de behoeften en de mogelijkheden van de gebruiker;
3. inzetten op innovatieve technologieën om de bereikbaarheid te verhogen, die afgestemd zijn op de mogelijkheden van de gebruiker;
4. zich engageren in samenwerkingsverbanden om de laagdrempelige bereikbaarheid en toegankelijkheid van het hulpverleningsaanbod te bevorderen.

(BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 19)

De hulp- en dienstverlening voor de verplichte opdrachten, vermeld in artikel 20, §1, eerste lid, 1°, 2°, a), b), en c), 3°, en 4°, van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019 is gratis voor de gebruiker, behalve als die opdrachten via collectieve werkmethoden worden uitgevoerd (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 20).

Toelichting werkwijze

Er wordt nagegaan hoe de bereikbaarheid kenbaar wordt gemaakt, op welke wijze de bereikbaarheid georganiseerd wordt, of de dienst hierbij inzet op innovatieve technologieën en of er in dit kader samenwerkingsverbanden worden gesloten. Tevens wordt gecontroleerd of de hulp- en dienstverlening voor de verplichte opdrachten gratis wordt aangeboden en of dit bekendgemaakt wordt.

Vaststellingen

Bekendmaking bereikbaarheid

De dienst maakt de volgende zaken bekend (noteren hetgeen van toepassing is):

- waar de dienst bereikbaar is (adres contactpunten, telefoonnummer, e-mailadres)
- wanneer de dienst bereikbaar is (openingsuren en telefonische bereikbaarheid)
- hoe de dienst bereikbaar is (telefonisch, per mail en via de contactpunten)

De bekendmaking gebeurt via papieren informatiekkanalen: **xxx**.

De bekendmaking gebeurt via digitale weg: **xxx**.

Bij de bekendmaking stemt de inhoud in de verschillende informatiekkanalen (**niet**) overeen: **xxx**.

Organisatie bereikbaarheid

De dienst organiseert (**geen**) huisbezoeken. (**indien positief wordt dit beschreven**).

De dienst biedt (**geen**) kantoorbezoeken aan (**indien positief antwoord:**) op **xxx** (openingsuren).

De dienst biedt (**geen**) telefonische hulpverlening aan en (**indien positief antwoord**) is bereikbaar op volgende uren: **xxx**.

De dienst biedt (**geen**) digitale hulpverlening aan (**indien positief antwoord**). Dit gebeurt via de volgende kanalen: **xxx**.

De dienst houdt naar tijdstip (**geen**) rekening met de wensen en mogelijkheden van de gebruiker. **xxx**.

Innovatieve technologieën

De dienst zet (geen) innovatieve technologieën in om dienstverlening aan te bieden (indien positief antwoord worden deze technologieën beschreven).

Samenwerkingsverbanden

Er worden (geen) samenwerkingsverbanden aangegaan om het hulpverleningsaanbod te bevorderen en laagdrempeliger te maken (indien antwoord positief wordt dit beschreven) xxx.

Gratis hulp- en dienstverlening

De dienst biedt de hulp- en dienstverlening voor de verplichte opdrachten (niet) gratis aan (indien positief wordt de wijze van bekendmaking hiervan beschreven) xxx.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk(en) wordt/worden vastgesteld:

- De dienst zet niet in op de bereikbaarheid voor gebruikers via de volgende activiteiten (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 19): **opnemen hetgeen van toepassing is**
 - de dienst maakt aan de gebruikers en potentiële gebruikers niet kenbaar (schrappen wat niet past):
 - ❖ waar de dienst bereikbaar is (adres contactpunten, telefoonnummer, e-mailadres)
 - ❖ wanneer de dienst bereikbaar is (openingsuren en telefonische bereikbaarheid)
 - ❖ hoe de dienst bereikbaar is (telefonisch, per mail en via de contactpunten)
 - de bereikbaarheid wordt niet minstens georganiseerd via (schrappen wat niet past):
 - ❖ kantoorbezoeken
 - ❖ huisbezoeken
 - ❖ telefonische hulpverlening
 - ❖ digitale hulpverlening
 - de dienst houdt voor het tijdstip van de hulp- en dienstverlening geen rekening met de wensen en mogelijkheden van de gebruiker
 - de dienst zet geen innovatieve technologieën in om de bereikbaarheid te verhogen
 - de dienst gaat geen samenwerkingsverbanden aan om de laagdrempelige bereikbaarheid en toegankelijkheid van het hulpverleningsaanbod te bevorderen.
- de dienst biedt de hulp- en dienstverlening voor de verplichten opdrachten niet gratis aan (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 20).

Volgend(e) aandachtspunt(en) wordt/worden vastgesteld:

- niet alle potentiële gebruikers hebben toegang tot een folder, brochure of ander niet-digitaal kanaal. Als de dienst zijn aanbod enkel via papieren informatiekanaal bekend maakt, bereikt dit niet alle potentiële gebruikers
- niet alle potentiële gebruikers hebben toegang tot het internet. Als de dienst zijn aanbod alleen via digitale weg bekend maakt, bereikt dit niet alle potentiële gebruikers.
- bij de bekendmaking stemt de inhoud in de verschillende informatiekanaal niet overeen.

2.1.2 Benaming

§ 1. De volgende woonzorgvoorzieningen en de verenigingen mogen pas uitgeroepen of georganiseerd worden onder de erkende benamingen, vermeld in hoofdstuk 2, nadat de Vlaamse Regering ze heeft erkend:

- 1° lokale dienstencentra als vermeld in artikel 9;
- 2° diensten voor gezinszorg als vermeld in artikel 11;
- 3° diensten voor oppashulp als vermeld in artikel 15;
- 4° diensten voor thuisverpleging als vermeld in artikel 17;
- 5° diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen als vermeld in artikel 19;
- 6° diensten voor gastopvang als vermeld in artikel 21.

§ 3. De erkenning en de erkende benaming worden vermeld op alle officiële stukken die uitgaan van de woonzorgvoorzieningen of verenigingen.
(WZD 15/2/2019, art. 39, §1, 5° en §3)

Toelichting werkwijze

Elke erkende dienst dient de officiële benaming te gebruiken: 'dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds'. Er wordt nagegaan in hoeverre dit gebeurt via de gebruikte informatiekkanalen.

Vaststellingen

De dienst profileert/profileert zich als **xxx**. De maatschappelijke zetel bevindt zich op (**adres**).

In de papieren informatiekkanalen wordt consequent de officiële benaming gebruikt nl. **xxx** of worden verschillende benamingen gehanteerd nl.:

Via de digitale weg **xxx** wordt consequent de officiële benaming gebruikt nl. **xxx** of worden verschillende benamingen gehanteerd.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/Volgende inbreuk(en) wordt/worden vastgesteld:

- de officiële benaming 'dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds' wordt niet gebruikt (WZD 15/2/2019, art. 39, §1, 5° en §3).

Volgend(e) aandachtspunt(en) wordt/worden vastgesteld:

- de officiële benaming 'dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds' wordt niet gebruikt via het papieren informatiekanaal
- de officiële benaming 'dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds' wordt niet gebruikt via de digitale weg
- de officiële benaming in de verschillende informatiekkanalen stemt niet overeen.

2.1.3 Registratiesysteem

Toelichting werkwijze

Bij de start van de inspectie is het belangrijk om een duidelijk inzicht te krijgen in het 'registratiesysteem' dat door de dienst wordt gebruikt om cijfergegevens te verzamelen.

Vaststellingen

De dienst maakt gebruik van volgend registratiesysteem: **xxx**.

Er zijn (**geen**) afspraken over hetgeen wel en niet geregistreerd moet worden.

De afspraak over de registratie van de contacten die er zijn met de gebruiker gaan als volgt: **xxx**.

Er zijn (**geen**) afspraken over het moment waarop een dossier opgestart/afgesloten wordt in het registratiesysteem **xxx**.

Er is **een/geen** interne kwaliteitsbewaking die ervoor zorgt dat het registratiesysteem uniform wordt gebruikt door alle medewerkers **xxx**.

Beoordeling

Volgend(e) aandachtspunt(en) wordt/worden vastgesteld:

- de dienst heeft geen uitgewerkt registratiesysteem
- er zijn geen afspraken over hetgeen wel en niet geregistreerd moet worden

- er zijn geen afspraken over de registratie van de contacten die er zijn met de gebruiker
- er zijn geen afspraken over het moment waarop een dossier opgestart/afgesloten wordt in het registratiesysteem
- er is geen interne kwaliteitsbewaking voor een uniforme registratie.

2.1.4 Collectieve werkmethoden

De hulp- en dienstverlening voor de verplichte opdrachten, vermeld in artikel 20, §1, eerste lid, 1°, 2°, a), b), en c), 3°, en 4°, van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019 is gratis voor de gebruiker, behalve als die opdrachten via collectieve werkmethoden worden uitgevoerd (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 20).

Toelichting werkwijze

Er wordt nagegaan of de dienst opdrachten via collectieve werkmethoden uitvoert.

Vaststellingen

De dienst voert (geen) opdrachten via collectieve werkmethoden uit (indien positief worden de opdrachten beschreven) xxx.

Voor deze opdrachten wordt een/geen vergoeding gevraagd.

2.1.5 Kwaliteitshandboek

Met behoud van de toepassing van artikel 8 en 9 van dit besluit bevat het kwaliteitshandboek van elke dienst minstens een beschrijving van de volgende elementen:

1° het kwaliteitsbeleid, met minstens de missie, de visie, de strategie, de deontologische code en de doelstellingen van de dienst;

2° het kwaliteitsmanagementsysteem, vermeld in artikel 4 en 5 van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, dat bestaat uit de organisatorische structuur, de bevoegdheden, de verantwoordelijkheden, de procedures en de processen. De weergave van het kwaliteitsmanagementsysteem moet minstens de volgende elementen bevatten:

a) de conditionele elementen, namelijk:

- 1 het organogram;
- 2 de functieomschrijvingen;
- 3 de overlegmomenten;
- 4 de personele en materiële middelen;
- 5 de principes van werkverdeling;
- 6 de maatregelen om specifieke doelgroepen te bereiken;
- 7 de omschrijving van de manier waarop personeelsleden aan kwaliteitszorg werken;
- 8 de omschrijving van de manier waarop aan kwaliteitsverbetering wordt gewerkt;
- 9 het vormings-, trainings- en opleidingsbeleid;

b) de operationele elementen voor de primaire processen, namelijk:

- 1 de werkwijze voor proactieve werking;
- 2 de werkwijze om een vraag verhelderend gesprek te voeren
- 3 de werkwijze voor de overdracht van de hulp- en dienstverlening;
- 4 de werkwijze om informatie over de gebruiker te verwerven, te gebruiken en door te geven rekening houdend met de vereiste van een veilige uitwisseling van persoonsgegevens tussen de betrokken actoren en in voorkomend geval een behoorlijk gebruikers- en toegangsbeheer;
- 5 de werkwijze voor dossiervorming;
- 6 de werkwijze voor klachtenregistratie en -behandeling;
- 7 de werkwijze bij grensoverschrijdend gedrag en bij gevaar voor schade aan de integriteit van de gebruiker of derden;
- 8 de beschrijving van de typemodules;

c) de operationele elementen voor de managementprocessen namelijk:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1 de werkwijze om tekorten en behoeften vast te stellen en om ze te signaleren aan de overheid;2 de werkwijze om de werking, het doelgroepenbeleid en de doelstellingen te evalueren;3 de werkwijze om functioneren van personeelsleden te evalueren;4 de werkwijze om personeelsleden te begeleiden en te ondersteunen; <p>d) de garantie-elementen, namelijk de werkwijze om de documenten van het handboek te beheren (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 6).</p> |
|--|

Toelichting werkwijze

De inhoudstafel van het kwaliteitshandboek wordt afgetoetst.

Vaststellingen

De dienst beschikt **(niet)** over een kwaliteitshandboek.

In het kwaliteitshandboek zijn **(niet)** alle vereiste elementen opgenomen **xxx**.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk(en) wordt/worden vastgesteld:

- de dienst beschikt niet over een kwaliteitshandboek (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 6)
- in het kwaliteitshandboek ontbreken volgende elementen **(enkel opnemen hetgeen ontbreekt)**: (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 6)
 - het kwaliteitsbeleid met minstens de missie, de visie, de strategie, de deontologische code en de doelstellingen van de dienst
 - het organogram
 - de functieomschrijvingen
 - de overlegmomenten
 - de personele en materiële middelen
 - de principes van werkverdeling
 - de maatregelen om specifieke doelgroepen te bereiken
 - de omschrijving van de manier waarop personeelsleden aan kwaliteitszorg werken
 - de omschrijving van de manier waarop aan kwaliteitsverbetering wordt gewerkt
 - het vormings-, trainings- en opleidingsbeleid
 - de werkwijze voor proactieve werking
 - de werkwijze om een vraag verhelderend gesprek te voeren
 - de werkwijze voor de overdracht van de hulp- en dienstverlening
 - de werkwijze om informatie over de gebruiker te verwerven, te gebruiken en door te geven rekening houdend met de vereiste van een veilige uitwisseling van persoonsgegevens tussen de betrokken actoren en in voorkomend geval een behoorlijk gebruikers- en toegangsbeheer
 - de werkwijze voor dossiervorming
 - de werkwijze voor klachtenregistratie en -behandeling
 - de werkwijze bij grensoverschrijdend gedrag en bij gevaar voor schade aan de integriteit van de gebruiker of derden
 - de beschrijving van de typemodules
 - de werkwijze om tekorten en behoeften vast te stellen en om ze te signaleren aan de overheid
 - de werkwijze om de werking, het doelgroepenbeleid en de doelstellingen te evalueren
 - de werkwijze om functioneren van personeelsleden te evalueren
 - de werkwijze om personeelsleden te begeleiden en te ondersteunen
 - de garantie-elementen, namelijk de werkwijze om de documenten van het handboek te beheren.

2.1.5.1 Klachtenprocedure en procedure grensoverschrijdend gedrag

Het kwaliteitshandboek dient de werkwijze voor klachtenregistratie en -behandeling en de werkwijze bij grensoverschrijdend gedrag en bij gevaar voor schade aan de integriteit van de gebruiker of derden, te bevatten (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 6).

De woonzorgvoorziening of de vereniging garandeert aan de gebruikers een klachtrecht en zorgt voor een adequate en objectieve behandeling van de klachten (BVR 28/06/2019, art. 8, §3).

De woonzorgvoorziening of de vereniging hanteert een geschreven referentiekader voor elke vorm van grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers. De minister kan hiervoor nadere regels bepalen.

De woonzorgvoorziening of de vereniging hanteert een procedure voor de preventie van, de detectie van en gepaste reacties op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers. In die procedure is een registratiesysteem opgenomen dat geanonimiseerde gegevens bijhoudt over de gevallen van grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers.

De woonzorgvoorziening of de vereniging meldt, op een geanonimiseerde wijze, elke vorm van grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers aan de administratie. De administratie stelt daarvoor een formulier ter beschikking (BVR 28/06/2019, art. 10, §1).

Toelichting werkwijze

Er wordt extra aandacht geschonken aan de klachtenprocedure en de procedure grensoverschrijdend gedrag, opgenomen in het kwaliteitshandboek.

De procedure voor de klachtenregistratie en -behandeling dient minstens volgende elementen te bevatten:

- klachten kunnen zowel mondeling als schriftelijk worden ingediend
- gegevens van de klachtenbehandelaar
- suggesties, opmerkingen of klachten worden verzameld en geregistreerd
- termijn van feedback
- het gevolg dat aan de klacht wordt gegeven, wordt rechtstreeks meegedeeld aan de klachtindiener.

In de procedure grensoverschrijdend gedrag dienen volgende elementen te zijn opgenomen:

- preventie
- detectie
- reactie
- geanonimiseerde registratie
- geanonimiseerde melding aan de afdeling Woonzorg binnen het Departement Zorg.

Vaststellingen

In de klachtenprocedure zijn (niet) alle vereiste elementen opgenomen xxx.

In de procedure grensoverschrijdend gedrag zijn (niet) alle vereiste elementen opgenomen xxx.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk(en) wordt/worden vastgesteld:

- In de procedure grensoverschrijdend gedrag ontbreekt/ontbreken volgend(e) element(en) (enkel opsommen hetgeen ontbreekt):
 - preventie
 - detectie
 - reactie
 - geanonimiseerde registratie

- geanonimiseerde melding aan de afdeling Woonzorg binnen het Departement Zorg. (BVR 28/6/2019, art. 10,§1)
- In de procedure m.b.t. de klachtenregistratie en -behandeling ontbreekt/ontbreken volgend(e) element(en) (enkel opsommen hetgeen ontbreekt):
 - klachten kunnen zowel mondeling als schriftelijk worden ingediend
 - gegevens van de klachtenbehandelaar
 - suggesties, opmerkingen of klachten worden verzameld en geregistreerd
 - termijn van feedback
 - het gevolg dat aan de klacht wordt gegeven wordt rechtstreeks meegedeeld aan de klachtindiener.(BVR 28/6/2019, art. 8,§3)

2.2 PERSONEELSOMKADERING

2.2.1 Leidinggevende functie

De dienst voorziet in een leidinggevende functie (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 23).

Toelichting werkwijze

De dienst dient over een leidinggevende functie te beschikken. In de regelgeving wordt geen diplomavereiste noch jobtime bepaald. De dienst dient over een functiebeschrijving van de leidinggevende te beschikken. Daarnaast wordt de arbeidsovereenkomst opgevraagd. Deze overeenkomst dient minstens de naam en de functie van de leidinggevende te bevatten.

Vaststellingen

Dat de dienst beschikt over een leidinggevende functie kan niet aangetoond worden /blijkt uit de volgende gegevens (behouden wat van toepassing is):

- de leidinggevende beschikt over een arbeidsovereenkomst voor xxx vte
- de dienst beschikt over een functieomschrijving voor de leidinggevende.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk wordt vastgesteld:

- de dienst voorziet niet in een leidinggevende functie (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 23).

2.2.2 Kwalificatievereisten personeel

De personeelsleden van de dienst beschikken over de volgende kwalificatievereisten:

1° de personeelsleden die belast zijn met de begeleidingsopdrachten, vermeld in artikel 20, §1, eerste lid, 2°, a), b), en c), van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019, beschikken over ten minste een van de volgende kwalificaties:

- a) gegradueerde maatschappelijk werk;
- b) bachelor sociaal werk of sociale gezondheidszorg of sociaal verpleegkundige of verpleegkundige die gespecialiseerd is in de sociale gezondheidszorg;
- c) master in het sociaal werk;
- d) gegradueerde of bachelor in de gezinswetenschappen;

2° de personeelsleden die belast zijn met de ergotherapeutische begeleidingsopdracht, vermeld in artikel 20, §1, eerste lid, , d), van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019, moeten beschikken over de kwalificatie gegradueerde of bachelor in de ergotherapie (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 24).

Toelichting werkwijze

Bovenstaande kwalificatievereisten zijn van toepassing voor het personeel dat vanaf 1/01/2020 werd aangeworven. Aan de hand van een steekproefcontrole van een aantal personeelsdossiers van personeelsleden wordt nagegaan of deze -belast met een begeleidingsopdracht en een ergotherapeutische begeleidingsopdracht- voldoen aan bovengenoemde kwalificatievereisten.

Naast het beschikken over het vereiste diploma dient de functie van het personeelslid alsook het aantal vte vermeld te staan in het arbeidscontract. Afhankelijk van de grootte van de dienst wordt een steekproef met personeelsdossiers geselecteerd.

Vaststellingen

Steekproef gewone begeleidingsopdracht

Er wordt vastgesteld dat:

- in x van de x personeelsdossiers van personeelsleden belast met een gewone begeleidingsopdracht beschikt het personeelslid over het vereiste diploma
- in x van de x personeelsdossiers van personeelsleden belast met een gewone begeleidingsopdracht is er een arbeidscontract xxx
- in x van de x personeelsdossiers van personeelsleden belast met een gewone begeleidingsopdracht stemt het aantal vte vermeld op de personeelslijst overeen met het arbeidscontract xxx
- in x van de x personeelsdossiers van personeelsleden belast met een gewone begeleidingsopdracht wordt de functie van het personeelslid vermeld in het arbeidscontract xxx.

Steekproef ergotherapeutische begeleidingsopdracht

Er wordt vastgesteld dat:

- in x van de x personeelsdossiers van personeelsleden belast met de ergotherapeutische begeleidingsopdracht beschikt het personeelslid over het vereiste diploma
- in x van de x personeelsdossiers van personeelsleden belast met de ergotherapeutische begeleidingsopdracht is er een arbeidscontract xxx
- in x van de x personeelsdossiers van personeelsleden belast met de ergotherapeutische begeleidingsopdracht stemt het aantal vte vermeld op de personeelslijst overeen met het arbeidscontract xxx
- in x van de x personeelsdossiers van personeelsleden belast met de ergotherapeutische begeleidingsopdracht wordt de functie van het personeelslid vermeld in het arbeidscontract xxx.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk(en) wordt/worden vastgesteld:

- de personeelsleden die belast zijn met de begeleidingsopdrachten beschikken niet over de vereiste kwalificatie (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 24):
 - x van de x nagekeken personeelsleden heeft niet het vereiste diploma
- de personeelsleden die belast zijn met de ergotherapeutische begeleidingsopdrachten beschikken niet over de vereiste kwalificatie (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 24):
 - x van de x nagekeken personeelsleden heeft niet het vereiste diploma

Volgend(e) aandachtspunt(en) wordt/worden vastgesteld:

- in x van de x personeelsdossiers ontbreekt het arbeidscontract
- in x van de x personeelsdossiers staat de functie niet vermeld in het arbeidscontract
- in x van de x personeelsdossiers stemt het aantal vte vermeld op de personeelslijst niet overeen met het arbeidscontract.

2.2.3 Vrijwilligers

De dienst onderzoekt de mogelijkheid en de wenselijkheid om vrijwilligers in te schakelen in de hulp- en dienstverlening (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 26).

Toelichting werkwijze

De dienst dient aan te tonen dat de mogelijkheid en de wenselijkheid om vrijwilligers in te schakelen in de hulp- en dienstverlening werd onderzocht.

Vaststellingen

De mogelijkheid en wenselijkheid om vrijwilligers in te schakelen in de hulpen dienstverlening werd (niet) onderzocht. xxx

De dienst werkt (niet) met vrijwilligers.

Deze worden ingezet voor: xxx.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk wordt vastgesteld:

- de dienst onderzoekt niet de mogelijkheid en de wenselijkheid om vrijwilligers in te schakelen in de hulp- en dienstverlening (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 26).

2.2.4 VTO-beleid

De dienst ontwikkelt een vormings-, trainings- en opleidingsbeleid voor alle personeelsleden en voert dat uit. De dienst zorgt ervoor dat de personeelsleden en vrijwilligers voldoende zijn opgeleid voor de opdrachten die ze vervullen en dat ze worden begeleid in hun functioneren met het oog op werkbaar werk en zorg op maat. Daarbij wordt aandacht besteed aan zowel de efficiëntie van de organisatie als aan de effectiviteit van de hulpverlening (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 27).

Toelichting werkwijze

De dienst dient het VTO-beleid beschreven te hebben in het kwaliteitshandboek.

Er wordt verwacht dat voor de personeelsleden en de vrijwilligers opleiding georganiseerd wordt bij de indiensttreding en dat ook na het inwerkingsproces nog vorming wordt georganiseerd.

Vaststellingen

Het VTO-beleid binnen de dienst ziet eruit als volgt: xxx.

Volgende acties worden ondernomen door de dienst om ervoor te zorgen dat nieuwe medewerkers/vrijwilligers voldoende opgeleid worden bij indiensttreding xxx.

Personeelsleden en vrijwilligers worden na het inwerkingsproces nog verder begeleid xxx.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk(en) wordt/worden vastgesteld:

- de dienst zorgt er niet voor dat de personeelsleden en vrijwilligers voldoende zijn opgeleid voor de opdrachten die ze vervullen en dat ze worden begeleid in hun functioneren met het oog op werkbaar werk en zorg op maat (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 27): **opnemen hetgeen van toepassing is.**
 - nieuwe medewerkers/vrijwilligers krijgen geen opleiding bij indiensttreding
 - de medewerkers/vrijwilligers worden onvoldoende begeleid in hun functioneren.

2.2.5 Opleiding dementiekundige basiszorg

Alle medewerkers met een begeleidingsopdracht volgen de opleiding “dementiekundige basiszorg” binnen twee jaar na de dag van hun indiensttreding (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 28).

Toelichting werkwijze

Aan de hand van een steekproef wordt nagegaan of aan deze erkenningsvoorwaarde wordt voldaan. In de steekproef worden enkel personeelsleden genomen die vanaf 01/01/2023 in dienst zijn getreden, de datum waarop de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen aan de nieuwe erkenningsnormen dienden te voldoen.

Vaststellingen

In x van de x personeelsdossiers, van personeelsleden belast met een begeleidingsopdracht, is de opleiding “dementiekundige basiszorg” gevolgd.

De dienst bewaakt dat medewerkers met een begeleidingsopdracht deze opleiding volgen xxx.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk(en) wordt/worden vastgesteld:

- niet alle medewerkers met een begeleidingsopdracht volgen de opleiding “dementiekundige basiszorg” binnen twee jaar na de dag van hun indiensttreding (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 28):
 - in x van de x personeelsdossiers van personeelsleden belast met een begeleidingsopdracht is de opleiding “dementiekundige basiszorg” niet gevolgd.

2.3 HULP- EN DIENSTVERLENING

2.3.1 Bereikte gebruikers

De dienst bereikt gemiddeld ten minste 250 gebruikers per vte dat door de minister jaarlijks wordt vastgelegd (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,1°).

Toelichting werkwijze

Basis van het aantal bereikte gebruikers per dienst is het MB van 7/02/2024 tot vastlegging van het totale aantal vte per erkende dienst maatschappelijke werk van het ziekenfonds voor het jaar 2024.

Dit cijfer wordt afgetoetst met de geregistreerde gegevens van de dienst.

Vaststellingen

De dienst bereikte in 2024 xxx gebruikers.

De dienst waakt er (niet) over dat dit vereiste cijfer wordt bereikt xxx.

Onder ‘bereikt’ verstaat de dienst xxx.

De gebruikers die begeleid worden vallen (niet) onder de bereikte gebruikers xxx.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk wordt vastgesteld:

- de dienst bereikte voor 2024 niet gemiddeld 250 gebruikers per vte (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,1°).

Volgend(e) aandachtspunt(en) wordt/worden vastgesteld:

- het bereiken van het minimaal aantal gebruikers wordt niet bewaakt

2.3.2 Begeleiding van gebruikers

De dienst biedt per vte dat werd toegewezen (cfr. art. 4, 1°) begeleiding aan ten minste 25 gebruikers. Begeleiding betekent het aanbieden van één van de volgende drie typemodules:

- psychosociale begeleiding bij verliesverwerking
- zorgbegeleiding in complexe thuissituaties
- trajectbegeleiding.

In begeleidingsdossiers treedt de dienst actief in overleg met andere betrokken zorgaanbieders om afspraken te maken over de zorg van de gebruiker (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,2°).

2.3.2.1 Begeleiding aan specifieke doelgroepen

Toelichting werkwijze

In het jaarverslag 2024 wordt een opsomming gegeven aan welke specifieke doelgroepen begeleiding wordt aangeboden. Hierbij worden volgende vijf doelgroepen vermeld:

- chronisch zieken,
- zorgbehoevende ouderen,
- personen met dementie,
- personen met een handicap,
- begeleiding aan verkeersslachtoffers.

Inzicht in de verdeling van deze doelgroepen en de cijfers is essentieel. De antwoorden op deze vragen worden louter beschrijvend genoteerd.

Vaststellingen

In het jaarverslag 2024 van de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen worden volgende specifieke doelgroepen beschreven met het aantal gebruikers:

- doelgroep xxx bevat xxx aantal gebruikers
- doelgroep xxx bevat xxx aantal gebruikers
- doelgroep xxx bevat xxx aantal gebruikers
- doelgroep xxx bevat xxx aantal gebruikers
- doelgroep xxx bevat xxx aantal gebruikers.

xxx.

In het jaarverslag wordt daarnaast ook gesproken over cliëntprofielen, nl.:

- de chronisch zieken met xxx aantal gebruikers
- de zorgbehoevende ouderen met xxx aantal gebruikers
- de personen met een handicap met xxx aantal gebruikers xxx.

2.3.2.2 Begeleidingen in drie typemodules

Toelichting werkwijze

Het jaarverslag 2024 bevat gegevens i.v.m. het aantal begeleidingen verdeeld over verschillende begeleidingsmodules. De cliënten zijn verdeeld in o.a. volgende begeleidingsmodules:

- onthaal en directe hulp- en ondersteuning
- trajectbegeleiding waaronder begrepen wordt
 - zorgbegeleiding in complexe thuissituaties
 - trajectbegeleiding
 - psychosociale begeleiding bij verliesverwerking.

Het is essentieel om inzicht te verwerven in deze cijfergegevens.

Vaststellingen

De dienst bood in 2024 begeleiding (psychosociale begeleiding bij verliesverwerking, zorgbegeleiding in complexe thuissituaties, trajectbegeleiding) aan minstens **xxx** aantal gebruikers.

Het bereiken van het vereiste cijfer wordt **(niet)** bewaakt **xxx**.

In het jaarverslag worden geen specifieke cijfergegevens per begeleidingsmodules weergegeven **xxx**.

Een begeleidingsmodule wordt toegewezen aan een gebruiker: **xxx**.

Het aantal gebruikers per module ten aanzien van het totaal aantal begeleidingen bedraagt **xxx**.

Er bestaan intermutualistische afspraken m.b.t. de aanpak en behandeling van de diverse begeleidingsmodules, per begeleidingsmodule. Deze afspraken **xxx**.

Er is **een/geen** interne kwaliteitsbewaking die ervoor zorgt dat het toewijzen van een gebruiker aan een typemodule uniform wordt toegepast door alle medewerkers **xxx**.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk wordt vastgesteld:

- de dienst biedt niet per vte dat werd toegewezen (cfr. art. 4, 1°) begeleiding aan ten minste 25 gebruikers in minstens één van de drie typemodules (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,2°).

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

- het bereiken van het vereiste cijfer wordt niet bewaakt
- er is geen interne kwaliteitsbewaking die ervoor zorgt dat het toewijzen van een gebruiker aan een typemodule uniform wordt toegepast door alle medewerkers.

2.3.2.3 Actief overleg met betrokken zorgaanbieders in begeleidingsdossiers

Toelichting werkwijze

De regelgeving voorziet dat de dienst in begeleidingsdossiers actief in overleg gaat met andere betrokken zorgaanbieders en dit om afspraken te maken over de zorg aan de gebruiker. Er wordt nagegaan wat de dienst verstaat onder 'actief overleg' en om welke zorgaanbieders dit gaat.

Vaststellingen

Onder 'actief overleg' verstaat de dienst **xxx**. Hierbij wordt gebruik gemaakt van **(kanalen)** **xxx**. Actief overleg gebeurt **(niet)** voor alle begeleidingsdossiers.

De dienst werkt samen met volgende zorgaanbieders: **xxx** in de begeleidingsmodules **xxx**.

Er bestaan **(geen)** afspraken over de wanneer en op welke wijze dit actief overleg wordt georganiseerd.

Er is **een/geen** interne kwaliteitsbewaking die ervoor zorgt dat het actief overleg plegen met andere betrokken zorgaanbieders om afspraken te maken over de zorg aan de gebruiker uniform wordt toegepast door alle medewerkers **xxx**.

Beoordeling

Uit bovenstaande vaststellingen blijkt dat **(niet)** wordt voldaan aan de hierboven beschreven erkenningsvoorwaarden.

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk wordt vastgesteld:

- de dienst treedt niet actief in overleg met andere betrokken zorgaanbieders om afspraken te maken over de zorg van de gebruiker (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,2°).

Volgend(e) aandachtspunt(en) wordt/worden vastgesteld:

- er bestaan geen afspraken over de wijze waarop dit actief overleg wordt georganiseerd

- er is geen interne kwaliteitsbewaking die ervoor zorgt dat het actief in overleg plegen met andere betrokken zorgaanbieders om afspraken te maken over de zorg aan de gebruiker uniform wordt toegepast door alle medewerkers.

2.3.2.4 Personen met een handicap

Van het totaal aantal gebruikers, per vte dat werd toegewezen (cfr. art. 4, 1°), zijn binnen een van de volgende typemodules, gemiddeld 25 gebruikers personen met een handicap:

- directe hulp en ondersteuning
- psychosociale begeleiding bij verliesverwerking
- zorgbegeleiding in complexe thuissituaties
- trajectbegeleiding
- ergotherapeutische begeleiding (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,5°) .

Toelichting werkwijze

Er wordt vertrokken vanuit de gegevens in het jaarverslag en er wordt nagegaan hoe personen met een handicap worden toegewezen aan de verschillende typemodules.

Vaststellingen

Van het totaal aantal gebruikers, per vte dat werd toegewezen (cfr. art. 4, 1°), zijn er (niet) binnen de vereiste typemodules, gemiddeld 25 gebruikers personen met een handicap.

Het bereiken van het vereiste cijfer wordt (niet) bewaakt xxx.

Om geclassificeerd te worden als 'personen met een handicap' dient een persoon te voldoen aan volgende voorwaarden: xxx.

De typemodule 'directe hulp en ondersteuning' bevat x personen met een handicap. De overige personen met een handicap vallen onder de typemodules x.

Er is een/geen interne kwaliteitsbewaking die ervoor zorgt dat de classificatie en toewijzing aan een typemodule uniform wordt toegepast door alle medewerkers xxx.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk wordt vastgesteld:

- van het totaal aantal gebruikers, per vte dat werd toegewezen (cfr. art. 4, 1°), zijn er niet binnen de vereiste typemodules, gemiddeld 25 gebruikers personen met een handicap (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,5°).

Volgend(e) aandachtspunt(en) wordt/worden vastgesteld:

- het bereiken van het vereiste cijfer wordt niet bewaakt
- er is geen interne kwaliteitsbewaking die ervoor zorgt dat de classificatie en het toewijzen van een gebruiker aan een typemodule uniform wordt toegepast door alle medewerkers.

2.3.2.5 Personen met dementie of vermoeden van dementie

Van het totaal aantal gebruikers, per vte dat werd toegewezen (cfr. art. 4, 1°), zijn binnen een van de volgende typemodules, gemiddeld 15 gebruikers personen met dementie of een vermoeden van dementie:

- directe hulp en ondersteuning
- psychosociale begeleiding bij verliesverwerking
- zorgbegeleiding in complexe thuissituaties
- trajectbegeleiding
- ergotherapeutische begeleiding (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,6°).

Toelichting werkwijze

Er wordt vertrokken vanuit de gegevens in het jaarverslag en er wordt na gegaan hoe personen met dementie of vermoeden van dementie worden toegewezen aan de verschillende typemodules.

Vaststellingen

Van het totaal aantal gebruikers, per vte dat werd toegewezen (cfr. art. 4, 1°), zijn er (niet) binnen de vereiste typemodules, gemiddeld 15 gebruikers personen met dementie of een vermoeden van dementie.

Het bereiken van het vereiste cijfer wordt (niet) bewaakt xxx.

Om geclassificeerd te worden als 'personen met een dementie of een vermoeden van dementie' dient een persoon te voldoen aan volgende voorwaarden: xxx.

De typemodule 'directe hulp en ondersteuning' bevat x personen met een dementie of een vermoeden van dementie. De overige personen met dementie of een vermoeden van dementie vallen onder de typemodules x.

Er is een/geen interne kwaliteitsbewaking die ervoor zorgt dat de classificatie en toewijzing aan een typemodule uniform wordt toegepast door alle medewerkers xxx.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk wordt vastgesteld:

- van het totaal aantal gebruikers, per vte dat werd toegewezen (cfr. art. 4, 1°), zijn er niet binnen de vereiste typemodules, gemiddeld 15 gebruikers personen met dementie of een vermoeden van dementie (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,6°).

Volgend(e) aandachtspunt(en) wordt/worden vastgesteld:

- het bereiken van het vereiste cijfer wordt niet bewaakt
- er is geen interne kwaliteitsbewaking die ervoor zorgt dat de classificatie en het toewijzen van een gebruiker aan een typemodule uniform wordt toegepast door alle medewerkers.

2.3.2.6 Ergotherapeutische begeleiding

De dienst verstrekt per vte dat werd toegewezen aan minstens 3,5 gebruikers ergotherapeutische begeleiding in de leefomgeving (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,10°).

Toelichting werkwijze

Het jaarverslag 2024 bevat gegevens over ergotherapeutische begeleiding. Er wordt nagegaan hoe de ergotherapeutische begeleiding wordt ingevuld en het aantal gebruikers uit de jaarverslagen wordt afgetoetst aan de geregistreerde gegevens van de dienst.

Vaststellingen

De dienst verstrekt (niet) per vte dat werd toegewezen aan minstens 3,5 gebruikers ergotherapeutische begeleiding in de leefomgeving.

Het bereiken van het vereiste cijfer wordt (niet) bewaakt xxx.

De dienst begrijpt onder 'ergotherapeutische begeleiding' xxx.

Onder 'leefomgeving van de gebruiker' verstaat de dienst xxx.

De dienst heeft (geen) zicht op de interventies die ingezet worden in de leefomgeving xxx.

De behoefte aan ergotherapeutische begeleiding wordt in kaart gebracht xxx.

De gebruikers met een handicap, dementie of een vermoeden van dementie die ergotherapeutische begeleiding krijgen in één van de typemodules, worden (niet) afzonderlijk geregistreerd.

Er wordt (niet) bewaakt dat gebruikers die een ergotherapeutische begeleiding krijgen correct worden geregistreerd.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk wordt/worden vastgesteld:

- de dienst verstrekt niet per vte dat werd toegewezen aan minstens 3,5 gebruikers ergotherapeutische begeleiding in de leefomgeving (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,10°).

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

- het bereiken van het vereiste cijfer wordt niet bewaakt
- er gebeurt geen kwaliteitsbewaking in verband met de registratie van de gebruikers ergotherapeutische begeleiding in de leefomgeving.

2.3.3 Proactieve actie

De dienst benadert tenminste vijf verschillende doelgroepen door een aantoonbare proactieve actie. Bij tenminste 20% van het totaal aantal proactief benaderde personen leidt de proactieve actie tot een vervolgactie door de maatschappelijk werker in het dossier van de benaderde persoon (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,3°).

Toelichting werkwijze

De regelgeving voorziet dat de dienst stappen zet om ervoor te zorgen dat de meest kwetsbaren hun rechten kunnen realiseren. Dit doen ze a.d.h.v. proactieve acties. Er wordt verwacht dat de dienst minstens vijf diverse doelgroepen benadert d.m.v. een proactieve actie.

Van de vijf doelgroepen die de dienst proactief benadert, worden twee doelgroepen uitgekozen waar dieper op ingegaan wordt.

Vaststellingen

De dienst benadert **xxx** aantal doelgroepen op proactieve wijze. Het gaat om volgende **xxx** doelgroepen.

Het bereiken van het vereiste aantal doelgroepen wordt **(niet)** bewaakt **xxx**.

Een proactieve actie voor de dienst is **xxx**.

De acties die worden aangeboden per doelgroep zijn **xxx**.

De termijn voor het nemen van een proactieve actie **xxx**.

Bij **xxx** aantal gebruikers leidde een proactieve actie tot een vervolgactie **xxx**.

De dienst waakt er **(niet)** over dat dit cijfer wordt bereikt **xxx**.

Een vervolgactie is **xxx**. Volgende vervolgacties worden uitgevoerd **xxx**.

Er is **een/geen** interne kwaliteitsbewaking die ervoor zorgt dat het aanbieden van een proactieve actie en eventuele vervolgactie uniform wordt toegepast door alle medewerkers **xxx**.

Vaststellingen bevraging doelgroep:

doelgroep 1 **xxx**:

doelgroep 2 **xxx**:

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk(en) wordt/worden vastgesteld:

- de dienst benadert niet tenminste vijf verschillende doelgroepen door een aantoonbare proactieve actie (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,3°)
- bij tenminste 20% van het totaal aantal proactief benaderde personen leidt de proactieve actie niet tot een vervolgactie door de maatschappelijk werker in het dossier van de benaderde persoon (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,3°).

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

- er is geen interne kwaliteitsbewaking die ervoor zorgt dat het aanbieden van een proactieve actie en eventuele vervolgactie uniform wordt toegepast door alle medewerkers
- het bereiken van het vereiste aantal doelgroepen wordt niet bewaakt
- het bereiken van het vereiste cijfer i.v.m. de vervolgacties wordt niet bewaakt.

2.3.4 Beperkt zelfvermogen

Ten minste 50% van het totaal aantal bereikte gebruikers in 2024 heeft;

- een beperkt zelfzorgvermogen of,
- is aangewezen op hulpmiddelen of
- hulp van personen om activiteiten van het dagelijks leven uit te voeren of,
- is kwetsbaar op sociaal of financieel vlak

EN voldoet aan één van de volgende criteria:

- heeft recht op een B- of C-forfait
- heeft recht op een palliatief forfait
- heeft recht op een zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte
- krijgt een attest of tegemoetkoming van de FOD Sociale zekerheid of hulp van derden in het kader van de ziekte- en invaliditeitsuitkering
- heeft recht op het forfait voor chronisch zieken of het incontinentieforfait
- heeft recht op één van de zorgbudgetten in het kader van de Vlaamse sociale bescherming
- heeft recht op de sociale maximumfactuur
- heeft een dossier bij het VAPH
- is langdurig of frequent opgenomen in het ziekenhuis
- heeft recht op mobiliteitshulpmiddelen
- heeft een beperkt Y
- heeft geen ondersteunend sociaal netwerk

(BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,4°).

Toelichting werkwijze

In het jaarverslag 2024 zijn er cijfers terug te vinden m.b.t. de criteria van zorgbehoefte van de gebruikers. Het aantal cliënten wordt weergegeven per criterium van zorgbehoefte zoals voorzien in de regelgeving. Bij een cliënt kunnen meerdere zorgbehoeftes voorkomen. Aan de hand van deze cijfers wordt op voorhand nagegaan of de 50% werd bereikt, dit cijfer wordt ter plaatse geverifieerd.

Vaststellingen

In 2024 voldeden **xxx%** van de bereikte gebruikers binnen de dienst aan de criteria voor zorgbehoefte zoals gedefinieerd in de regelgeving.

Het bereiken van het vereiste cijfer wordt **(niet)** bewaakt **xxx**.

De classificatie van een gebruiker als iemand

- met een beperkt zelfzorgvermogen of,
- die is aangewezen op hulpmiddelen of
- die hulp heeft van personen om activiteiten van het dagelijks leven uit te voeren of,
- die kwetsbaar is op sociaal of financieel vlak

gebeurt op basis van volgende criteria **xxx**.

Er is **een/geen** interne kwaliteitsbewaking die ervoor zorgt dat gebruikers op eenzelfde manier worden toegewezen aan een criterium van zorgbehoefte en dat dit uniform wordt toegepast door alle medewerkers **xxx**.

Een beperkt zelfzorgvermogen wordt volgens de dienst gedefinieerd xxx.

Om een beperkt zelfzorgvermogen in kaart te brengen maakt de dienst gebruik van xxx.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk(en) wordt/worden vastgesteld:

- niet ten minste 50% van het totaal aantal bereikte gebruikers in 2024 wordt geclassificeerd zoals voorzien in de regelgeving xxx (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,3°).

Volgend(e) aandachtspunt(en) wordt/worden vastgesteld:

- er is geen interne kwaliteitsbewaking die ervoor zorgt dat gebruikers met een beperkt zelfzorgvermogen worden toegewezen aan een criterium en dit uniform wordt toegepast door alle medewerkers
- het bereiken van het vereiste cijfer wordt niet bewaakt.

2.3.5 Woonadvies

De dienst verstrekt per vte dat werd toegewezen aan minstens 3,5 gebruikers advies over aanpassingen aan de woning en advies over en begeleiding bij het gebruik van technologische aanpassingen. Voor het afleveren van de adviezen woningaanpassing is er minstens een plaatsbezoek geweest in het natuurlijke thuismilieu van de gebruiker (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4, 9°).

De dienst kan, al dan niet in samenwerking, begeleiding bieden bij de aanpassing van de woning aan gebruikers voor wie advies over de aanpassing van hun woning als vermeld in punt 9°, onvoldoende garanties biedt op de realisatie ervan (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4, 12°).

In het eerste lid, 12°, wordt verstaan onder begeleiding: advies over mogelijke uitvoerders van de werkzaamheden, alsook begeleiding bij de uitvoering van de werkzaamheden en bij de praktische en administratieve formaliteiten die bij een dergelijke aanpassing horen.

Toelichting werkwijze

Het jaarverslag van de dienst bevat registratiegegevens over het woonadvies. Deze cijfergegevens worden op voorhand afgetoetst. Vóór het afleveren van het advies dient er minstens een plaatsbezoek geweest te zijn in het natuurlijke thuismilieu.

Art. 4, 12° wordt niet verplichtend opgelegd. Er wordt gepeild of er al dan niet met iemand wordt samengewerkt en wat deze eventuele samenwerking inhoudt.

Vaststellingen

De dienst verstrekt aan xxx aantal gebruikers advies over aanpassingen aan de woning en advies over en begeleiding bij het gebruik van technologische aanpassingen. De adviezen worden verleend door xxx.

Het bereiken van het vereiste cijfer wordt (niet) bewaakt xxx.

Onder “advies woningaanpassing” en “advies over en begeleiding bij het gebruik van technologische aanpassing” wordt verstaan xxx.

Er zijn xxx aantal adviezen woningaanpassing gegeven xxx.

Er zijn xxx aantal adviezen technologische aanpassingen gegeven xxx.

Voor het verlenen van de adviezen wordt minstens één plaatsbezoek in het natuurlijk thuismilieu georganiseerd xxx.

Het natuurlijk thuismilieu wordt gedefinieerd als xxx.

Er zijn (geen) afspraken over de verslaggeving na een huisbezoek xxx.

Er is **een/geen** interne kwaliteitsbewaking die ervoor zorgt dat de afspraken die er bestaan m.b.t. het geven van advies en het plaatsbezoek door alle medewerkers worden toegepast **xxx**.

De dienst werkt **wel/niet** samen met externen om begeleiding te bieden bij de aanpassing van de woning aan gebruikers voor wie advies over de aanpassing van hun woning onvoldoende garanties biedt op de realisatie ervan **xxx**.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk(en) wordt/worden vastgesteld:

- de dienst verstrekt per vte dat wordt toegewezen niet aan minstens 3,5 gebruikers, advies over aanpassingen aan de woning en advies over en begeleiding bij het gebruik van technologische aanpassingen (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4, 9°)
- voor het afleveren van de adviezen woningaanpassing is er geen plaatsbezoek in het natuurlijke thuishmilieu van de gebruiker (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4, 9°).

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

- er is geen interne kwaliteitsbewaking die ervoor zorgt dat de afspraken die er bestaan m.b.t. het geven van advies en het plaatsbezoek door alle medewerkers worden toegepast
- het bereiken van het vereiste cijfer wordt niet bewaakt.

2.3.6 Hulpmiddelen

De dienst staat, al dan niet op basis van een samenwerkingsverband, in voor het uitlenen en het verstrekken van advies over minstens twintig verschillende soorten hulpmiddelen voor gebruikers of ter ondersteuning van specifieke zorgsituaties (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,7°).

Toelichting werkwijze

Er wordt verwacht dat de dienst instaat voor het uitlenen van minstens twintig verschillende soorten hulpmiddelen voor gebruikers of ter specifieke ondersteuning van specifieke zorgsituaties.

Daarnaast wordt verwacht dat de dienst hierover advies verstrekt. De inhoud van dit advies zal niet nagegaan worden. De verleende adviezen dienen zowel digitaal als op papier raadpleegbaar te zijn.

De dienst kan dit doen a.d.h.v. een samenwerkingsverband met een externe partner. In dat geval dient de dienst een samenwerkingsovereenkomst aan te tonen.

Vaststellingen

Het aantal hulpmiddelen dat de dienst uitleent bedraagt **xxx**. De hulpmiddelen zijn **xxx**.

Het aantal hulpmiddelen dat wordt uitgeleend, wordt **(niet)** bewaakt **xxx**.

De dienst verstrekt **wel/geen** advies over de twintig uitleenbare hulpmiddelen **xxx**. Deze adviezen worden verstrekt a.d.h.v. **xxx**.

Er wordt **(niet)** bewaakt dat er over de twintig hulpmiddelen advies wordt verleend **xxx**.

De dienst doet dit **wel/niet** aan de hand van een samenwerkingsverband met een externe partner.

De samenwerking is **wel/niet** aantoonbaar a.d.h.v. een samenwerkingsovereenkomst.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk(en) wordt/worden vastgesteld:

- de dienst staat, al dan niet op basis van een samenwerkingsverband, niet in voor het uitlenen van minstens twintig verschillende soorten hulpmiddelen voor gebruikers of ter ondersteuning van specifieke zorgsituaties (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,7°)
- de dienst staat, al dan niet op basis van een samenwerkingsverband, niet in voor het verstrekken van advies over minstens twintig verschillende soorten hulpmiddelen voor gebruikers of ter ondersteuning van specifieke zorgsituaties (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,7°)
- de samenwerkingsovereenkomst kon niet voorgelegd worden (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,7°).

Volgend(e) aandachtspunt(en) wordt/worden vastgesteld:

- indien de dienst het advies enkel via papieren informatiekanaal bekend maakt, bereikt dit niet alle potentiële gebruikers
- indien de dienst het advies alleen via digitale weg bekend maakt, bereikt dit niet alle potentiële gebruikers
- de inhoud in de verschillende informatiekanaal stemt niet overeen
- er wordt niet bewaakt dat er minstens twintig hulpmiddelen worden uitgeleend
- er wordt niet bewaakt dat over minstens twintig hulpmiddelen advies wordt verleend.

2.3.7 Personenalarmtoestel

De dienst staat per vte die met toepassing van artikel 31 aan de dienst werd toegewezen, al dan niet in samenwerking, in voor het uitlenen en onderhouden van minstens 7 personenalarmtoestellen en beschikt per kalenderjaar over een verwijzingslijst van minstens evenveel gebruikers.

Voor het uitlenen van een personenalarmtoestel kunnen eenmalige plaatsings- of waarborgkosten aangerekend worden ten bedrage van maximaal €60. De gebruikersbijdrage voor het uitlenen van een personenalarmtoestel, omvat alle andere kosten en bedraagt voor ten minste een typetoestel maximaal €23 per maand. De dienst voorziet in de mogelijkheid van een verminderde gebruikersbijdrage voor personen met een beperkte financiële draagkracht. De voormelde bedragen zijn exclusief eventuele extra externe functionaliteiten en zijn gekoppeld aan het prijsindexcijfer dat berekend en toegepast wordt conform artikel 2, §2, van het koninklijk besluit van 24 december 1993 ter uitvoering van de wet van 6 januari 1989 tot vrijwaring van 's lands concurrentievermogen. De basisindex is de spilindex die van toepassing is op 1 januari 2019. De bedragen worden gekoppeld aan het prijsindexcijfer op 1 januari van het jaar dat volgt op de indexsprong (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,8°).

Toelichting werkwijze

Er wordt verwacht dat de dienst over een verwijzingslijst beschikt waarop aantoonbaar is hoeveel gebruikers in 2024 een personenalarmtoestel uitleenden.

De dienst kan voor het uitlenen van de personenalarmtoestellen een samenwerkingsverband aangaan met een externe partner. In dat geval wordt verwacht dat de dienst een samenwerkingsovereenkomst heeft en dit wordt aangetoond.

Daarnaast wordt verwacht dat de dienst instaat voor het onderhoud van de personenalarmtoestellen. Indien er met een externe partner wordt gewerkt, dan wordt verwacht dat het instaan van het onderhoud wordt aangetoond.

Aan de hand van een steekproef van zes facturen voor het uitlenen van de personenalarmtoestellen wordt nagegaan of er plaatsingskosten worden gevraagd en hoeveel deze bedragen, en of er al dan niet een waarborg wordt gevraagd. Het geïndexeerde bedrag voor de plaatsings- of waarborgkosten voor 2024 bedraagt € 71,71. Ook de gebruikersbijdrage voor 2024 wordt nagegaan alsook of dit bedrag alle kosten omvat. Het bedrag dat de regelgeving voorziet is inclusief BTW en moet allesomvattend zijn. Het geïndexeerde bedrag voor 2024 bedraagt

€27,49. Van deze zes facturen zijn er drie facturen bij van gebruikers die een verminderde gebruikersbijdrage betalen.

Vaststellingen

De dienst leende in 2024 **xxx** aantal personenalarmtoestellen uit.

Het bereiken van het vereiste cijfer wordt **(niet)** bewaakt **xxx**.

De dienst beschikt **(niet)** over een verwijzingslijst **xxx**.

De plaatsings- of waarborgkosten bedraagde in 2024 **xxx** euro. **xxx**.

De maandelijkse gebruikersbijdrage inclusief BTW bedraagde in 2024 **xxx** euro. Deze gebruikersbijdrage bevat **(niet)** alle kosten **xxx**.

Deze prijzen worden bekend gemaakt **xxx**.

De dienst biedt **een/geen** verminderde gebruikersbijdrage aan, aan personen met een beperkte financiële draagkracht **xxx**.

De dienst gaat **een/geen** samenwerkingsverband aan met een externe partner voor het uitlenen en onderhouden van de personenalarmtoestellen.

De samenwerking is **(niet)** aantoonbaar a.d.h.v. een samenwerkingsovereenkomst. De samenwerkingsovereenkomst bevat **xxx**.

De dienst of **externe partner** staat **(niet)** in voor het onderhoud van de personenalarmtoestellen **xxx**.

Steekproef:

In **x** van de **x** gebruikersfacturen wordt voor de plaatsings- of waarborgkosten maximum **xxx** euro gefactureerd. **xxx**

In **x** van de **x** gebruikersfacturen worden enkel plaatsings- of waarborgkosten gevraagd **xxx**.

In **x** van de **x** gebruikersfacturen bedraagt de gebruikersbijdrage maximum **xxx** euro **xxx**.

In **x** van de **x** gebruikersfacturen omvat de gebruikersbijdrage alle kosten **xxx**.

In **x** van de **x** gebruikersfacturen voor personen met een verminderde gebruikersbijdrage wordt deze **(niet)** toegekend **xxx**.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk(en) wordt/worden vastgesteld:

- de dienst staat niet per vte dat werd toegewezen in voor het uitlenen van minstens 7 personenalarmtoestellen, al dan niet in samenwerking
- de dienst staat niet per vte dat werd toegewezen in voor het onderhouden van minstens 7 personenalarmtoestellen, al dan niet in samenwerking
- de samenwerkingsovereenkomst kon niet voorgelegd worden
- voor personen met een beperkte financiële draagkracht is er geen mogelijkheid tot een verminderde gebruikersbijdrage:
 - in **x** van de **x** gebruikersfacturen voor personen met een verminderde gebruikersbijdrage wordt deze niet toegekend
- de dienst beschikt niet per kalenderjaar over een verwijzingslijst van minstens evenveel gebruikers
- het bedrag van de eenmalige plaatsings- of waarborgkosten is hoger dan **€71,71**:
 - in **x** van de **x** gebruikersfacturen wordt geen correct bedrag gevraagd voor de plaatsings- of waarborgkosten
- zowel plaatsings- als waarborgkosten kunnen niet aangerekend worden:
 - in **x** van de **x** gebruikersfacturen worden er zowel plaatsings- en waarborgkosten gevraagd
- de gebruikersbijdrage bedraagt niet maandelijks max **€27,49**:

- in x van de x gebruikersfacturen wordt geen correcte gebruikersbijdrage gevraagd
- de gebruikersbijdrage omvat niet alle kosten:
 - in x van de x gebruikersfacturen bevat de gebruikersbijdrage niet alle kosten.
(BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4,8°)

Volgend aandachtspunt wordt vastgesteld:

- het bereiken van het vereiste cijfer wordt niet bewaakt.

2.3.8 Multidisciplinair overleg

De dienst kan voorzien in de coördinatie van het multidisciplinaire overleg voor gebruikers met een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen. Die activiteit wordt minstens opgenomen voor de gemeenten waar geen andere zorgaanbieder dat overleg organiseert, conform artikel 4, 9°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 19 december 2008 betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg. De coördinatie verloopt op basis van een samenwerkingsverband met een SEL en omvat de organisatorische en administratieve ondersteuning, het voorzitten van het overleg en het bewaken van de voortgangscntrole van het overleg door de administratieve opvolging en afhandeling ervan. De minister kan de nadere regels voor het overleg bepalen (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4, 11°).

Toelichting werkwijze

In het jaarverslag van de dienst worden cijfergegevens voor het werkjaar 2024 opgenomen over het aantal MDO's (multidisciplinaire overleggen), het aantal waar de dienst als partner aan deelnam en het aantal keer dat de dienst de coördinatie van een MDO heeft verzorgd. Deze bevraging richt zich specifiek op de coördinatie van de MDO's. Daarnaast wordt onderzocht of de dienst al dan niet samenwerkingsverbanden aangaat met een externe partner.

Vaststellingen

De dienst coördineert xxx MDO's xxx.

De dienst neemt deel aan xxx MDO's.

De dienst gaat een/geen samenwerkingsverband aan met een externe partner xxx.

Er is een/geen samenwerkingsovereenkomst.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk wordt vastgesteld:

- de dienst heeft een samenwerkingsverband, maar er kan geen samenwerkingsovereenkomst aangetoond worden (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 4, 11°).

2.3.9 Toeleiding naar een andere vorm van hulp

De dienst staat open voor alle hulpvragen, informeert de gebruiker en zijn mantelzorgers objectief en transparant over de mogelijkheden en beperkingen van het volledige woonzorgaanbod en van eventuele andere hulp- en dienstverlening en leidt de gebruiker en zijn mantelzorger toe naar de gepaste zorg van hun keuze (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 14).

Toelichting werkwijze

Uit het jaarverslag van 2024 blijkt dat de dienst gebruikers toeleidt naar andere zorg- en dienstverleningsorganisaties. We willen graag meer te weten komen over hoe de dienst de keuze maakt om toe te leiden naar andere organisaties. Dit wordt enkel beschrijvend weergegeven.

Vaststellingen

De dienst leidt de meeste gebruikers toe naar xxx. De dienst geeft als een mogelijke reden hiervoor xxx.

2.3.10 Vroegtijdige zorgplanning

De dienst heeft oog voor de hele zorgsituatie, inclusief de vroegtijdige zorgplanning overeenkomstig artikel 4, §1, eerste lid, 9°, van het Woonzorgdecreet (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 8).

Toelichting werkwijze

De dienst dient oog te hebben voor de hele zorgsituatie, inclusief de vroegtijdige zorgplanning, de palliatieve zorg en de levenseindezorg en dit met respect voor het zelfbeschikkingsrecht van de gebruiker (art. 4, §1, eerste lid, 9° WZD).

Uit het jaarverslag 2024 blijkt dat de vroegtijdige zorgplanning een domein is dat behandeld wordt door de dienst en waarvoor er registratiegegevens aanwezig zijn. De term 'vroegtijdige zorgplanning' kan door de dienst zelf worden ingevuld. Er wordt verwacht dat de dienst een definitie hanteert waarbij er minstens een bespreking gebeurt over de wensen en noden van de toekomstige zorgen. Daarnaast wordt nagegaan of de dienst voorziet in een aanbod vroegtijdige zorgplanning.

Vaststellingen

De dienst beschikt over een/geen definitie van 'vroegtijdige zorgplanning' xxx.

Gebruikers worden (niet) geïnformeerd over het aanbod van de dienst m.b.t. de opmaak van een vroegtijdige zorgplanning xxx.

De cijfergegevens uit het jaarverslag xxx.

Beoordeling

Er worden geen inbreuken vastgesteld/ Volgende inbreuk wordt vastgesteld:

- de dienst heeft geen oog voor de hele zorgsituatie, inclusief de vroegtijdige zorgplanning (BVR 28/06/2019, Bijlage 5, art. 8).

Volgend(e) aandachtspunt(en) wordt/worden vastgesteld:

- definiëring m.b.t. de vroegtijdige zorgplanning ontbreekt
- de gebruikers worden niet geïnformeerd over het aanbod van de dienst m.b.t. de opmaak van een vroegtijdige zorgplanning
- het aanbod van de dienst m.b.t. de opmaak van een vroegtijdige zorgplanning gebeurt enkel via het papieren kanaal
- het aanbod van de dienst m.b.t. de opmaak van een vroegtijdige zorgplanning gebeurt enkel via de digitale weg
- de informatie via het papieren kanaal en via de digitale weg stemmen niet overeen.

ALGEMEEN BESLUIT

Deze inspectieronde werd ingedeeld in drie grote delen. Er zijn twee scenario's voor de conclusie:

Scenario 1:

De dienst werkt conform de geïnspecteerde regelgeving. Er zijn geen inbreuken.

Er worden geen verdere acties van de organisatie verwacht naar aanleiding van dit inspectieverslag. De inspectievaststellingen vereisen geen verdere opvolging door de functionele entiteit.

Scenario 2:

De dienst werkt conform de geïnspecteerde regelgeving m.b.t. (schrappen wat niet past):

- de deelmodule organisatie en werking,
- de deelmodule hulp- en dienstverlening
- de deelmodule personeelsomkadering.

De dienst werkt niet conform de geïnspecteerde regelgeving m.b.t. (schrappen wat niet past):

- de deelmodule organisatie en werking: er zijn x/6 inbreuken
- de deelmodule hulp- en dienstverlening: er zijn x/25 inbreuken
- de deelmodule personeelsomkadering: er zijn x/7 inbreuken.

Er worden verdere acties van de organisatie verwacht naar aanleiding van dit inspectieverslag om de inbreuk(en) structureel weg te werken. Zorginspectie adviseert aan de functionele entiteit om de remediëring van de inspectievaststellingen op te volgen.