

DEPARTEMENT ZORG

Zorginspectie
T 02 553 34 34
contact.zorginspectie@vlaanderen.be
www.zorginspectie.be
www.departementzorg.be

INSPECTIEVERSLAG: DIENST VOOR THUISVERPLEGING

INRICHTENDE MACHT

Naam	XXXX
Juridische vorm	XXXX
Ondernemingsnummer	XXXX
Adres	XXXX

INSPECTIEPUNT

Naam	XXXX
Adres	XXXX
Erkenningsnummer	XXXX

INSPECTIE

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

INSPECTIEBEZOEK

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

Inhoudsopgave

1	LEESWIJZER.....	3
1.1	Situering Zorginspectie	3
1.2	Wat is de opdracht van Zorginspectie?.....	3
1.3	Hoe werkt Zorginspectie?	3
1.4	Gebruikte afkortingen en begrippen	4
2	BASISGEGEVENS	5
2.1	Soort inspectie	5
2.2	Toegepaste regelgeving	5
2.3	Werkwijze inspectie	6
2.4	Inspectieverslag.....	8
2.4.1	Algemeen	8
2.4.2	Besluit	8
3	SITUERING VAN DE DIENST.....	9
3.1	werkgebied.....	9
4	THEMA'S	10
4.1	THEMA 1: DE PATIËNT CENTRAAL.....	10
4.1.1	Bekendmaking aanbod	10
4.1.2	Continuïteit van zorg	11
4.1.3	Zorg op maat.....	16
4.2	THEMA 2: DESKUNDIGE ZORGVERLENER.....	19
4.2.1	Personeel en teamwerking	19
4.2.2	Bijscholing	23
4.3	THEMA 3: STUREN OP KWALITEIT EN VEILIGHEID	24
4.3.1	Gebruikerstevredenheid.....	24
4.3.2	Klachtrecht.....	25
4.3.3	Grensoverschrijdend gedrag.....	27
4.3.4	Zelfevaluatie	29
5	ALGEMEEN BESLUIT.....	30

1 LEESWIJZER

1.1 SITUERING ZORGINSPECTIE

Zorginspectie maakt deel uit van 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.

1.2 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.

1.3 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.

De datum van de laatste vaststelling, die wordt gedefinieerd in artikel 13 van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, is te vinden op het voorblad van dit inspectieverslag. Binnen 30 dagen na de laatste vaststelling 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. Op basis van de reactie kan het ontwerpverslag aangepast worden. Op dat moment wordt het ontwerpverslag een definitief verslag. Het

definitief verslag wordt bezorgd aan de voorziening, aan het team thuiszorg van de Afdeling Woonzorg van het Departement Zorg en -indien van toepassing- de klachtindiener. Afdeling Woonzorg staat in voor de verdere opvolging van het dossier.

1.4 GEBRUIKTE AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN

AP	aandachtspunt
BVR	Besluit van de Vlaamse Regering
IB	inbreuk
NB	niet beoordeeld/niet bevraagd
NVT	niet van toepassing
VTE	voltijds equivalent
WZD	woonzorgdecreet

2 BASISGEGEVENS

2.1 SOORT INSPECTIE

Het inspectiebezoek vond plaats naar aanleiding van:

- de aanvraag van de erkenning
- het structureel toezicht
- de opvolging van eerder vastgestelde risico's en inbreuken
- een klacht
- een ernstige gebeurtenis

2.2 TOEGEPASTE REGELGEVING

Een erkenning als dienst voor thuisverpleging is niet verplicht. Een dienst voor thuisverpleging kan evenwel enkel een erkenning krijgen en behouden als de dienst voldoet aan de erkenningsvoorwaarden.

De regelgeving die van toepassing is op de diensten voor thuisverpleging is terug te vinden op de website van [de afdeling Woonzorg](#) binnen het Departement Zorg.

2.3 WERKWIJZE INSPECTIE

Zorginspectie focust op 3 thema's. Binnen elk thema worden de erkenningsvoorwaarden geclusterd in subthema's. Onderstaand overzicht geeft weer waarop Zorginspectie zich baseert tijdens een inspectiebezoek:

Thema 1 – De patiënt centraal		
Subthema	Bronnen	Bevraging
- Bekendmaking aanbod	- BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 17 - BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 13	- Zorg- en ondersteunings-aanbod bekend maken
- Continuïteit van zorg	- BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 3 - BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 12 - BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 4 - BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 11 - BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 14 - BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 15	- Gebruikersdossier - Digitaal zorg- en ondersteuningsplan - Informatie-uitwisseling - Continuïteit van dienstverlening - Permanentieregeling - Regeling continue zorgverlening
- Zorg op maat	- BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 6 - BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 18 - BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 9 - BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 10 - BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 19 - BVR 28/06/2019 Bijlage 4, art. 5 - BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 20 - BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 7 - BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 8	- Rekening houden met mantelzorg - Rekening houden met andere hulpverleners - Inspraak door patiënt en omgeving
Thema 2 – Deskundige zorgverlener		
Subthema	Bronnen	Bevraging
- Personeel en teamwerking	- BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 21 - WZD 15/02/2019, art. 17 - WZD 15/02/2019, art. 18 - BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 16	- Personeelsbezetting - Schriftelijke overeenkomst - Teamoverleg
- Bijscholing	- BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 22	- Opvolging vormingsuren
Thema 3 – Sturen op kwaliteit en veiligheid		
Subthema	Bronnen	Bevraging
- Gebruikerstevredenheid	- BVR 28/06/2019, art. 8	- Gebruikerstevredenheidsmeting
- Klachtrecht	- BVR 28/06/2019, art. 8	- Klachtenrecht - Bekendmaking klachtrecht - Adequate behandeling
- Grensoverschrijdend gedrag	- BVR 28/06/2019, art. 10	- Procedure grensoverschrijdend gedrag
- Zelfevaluatie	- BVR 28/06/2019, art. 8	- Periodieke zelfevaluatie

Tijdens de inspectie wordt een intern afgestemde gestandaardiseerde bevraging gebruikt in combinatie met een aantal open vragen. Dit heeft tot gevolg dat de wijze van inspecteren uniform is voor alle voorzieningen.

Toelichting

Ter voorbereiding van het inspectiebezoek werd aan de dienst gevraagd om volgende documenten vooraf over te maken:

- *Personeelslijst*
- *Blanco schriftelijke arbeidsovereenkomst (huidige versie)*
- *Blanco overeenkomst met zelfstandig verpleegkundigen (huidige versie)*
- *De schriftelijke overeenkomst m.b.t. de werking van de dienst voor thuisverpleging*
- *Arbeidsovereenkomst/functieomschrijving van coördinerende verpleegkundige*
- *Klachtenprocedure / klachtrecht*
- *Procedure grensoverschrijdend gedrag*
- *Registratie bijscholingsuren verpleegkundigen*
- *Invullen Microsoft Forms met vragen omtrent de werking van de dienst*

Volgende documenten werden ter plaatse ingekeken:

- *Zorgplanning*
- *Steekproef gebruikersdossiers*
- *Klachtenregistratie*

2.4 INSPECTIEVERSLAG

2.4.1 Algemeen

Na deze inleiding volgt een korte situering van de dienst en worden de drie thema's behandeld. Elk thema wordt opgedeeld in subthema's. Binnen elk subthema worden diverse items beschreven.

Iedere vaststelling wordt voorafgegaan door de betreffende regelgeving en een beschrijving van de gevolgde werkwijze om tot de vaststelling te komen. In het verslag wordt weergegeven of de dienst al dan niet voldoet aan de erkenningsvoorwaarden. Zoniet, wordt een inbreuk gescoord. In aandachtspunten wordt de aandacht gevestigd op elementen die de kwaliteit van leven en/ of de veiligheid van de patiënten kunnen verbeteren maar die niet opgenomen zijn in de regelgeving.

2.4.2 Besluit

Het verslag wordt afgesloten met een algemeen besluit.

Bij het besluit wordt er gewerkt met 3 mogelijke scenario's. Het besluit wordt gegenereerd op basis van het aantal gescoorde inbreuken en het aantal aandachtspunten.

3 SITUERING VAN DE DIENST

3.1 WERKGEBIED

De dienst is actief in volgende regio/gemeenten: X

Vaststellingen

	Ja	Nee
De dienst profileert zich onder de erkende benaming 'dienst voor thuisverpleging'.		IB
<i>In het verslag verschijnt een 'standaardzin' met eventuele toelichting</i> Standaardzin indien 'Ja' wordt aangevinkt: 'De dienst profileert zich onder de erkende benaming 'dienst voor thuisverpleging'.' Standaardzin indien 'Nee' wordt aangevinkt: 'De dienst profileert zich niet onder de erkende benaming 'dienst voor thuisverpleging'.		

Beoordeling

- Geen inbreuken
- De initiatiefnemer profileert zich niet onder de erkende benaming. WZD 15/02/2019, art. 17

4 THEMA'S

4.1 THEMA 1: DE PATIËNT CENTRAAL

4.1.1 Bekendmaking aanbod

Regelgeving

De dienst maakt zijn opdracht en zorg en ondersteuningsaanbod, en de mogelijkheden en voorwaarden ervan bekend. BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 17

Toelichting werkwijze

Zorginspectie gaat na of de hierboven beschreven erkenningsvoorwaarde haar weerslag vindt in de praktijk door consultatie van de communicatiekanalen die de dienst gebruikt om nieuwe en bestaande patiënten te informeren. Daarbij wordt verwacht dat de dienst minstens een openbare website (of een openbare pagina op sociale media heeft) en dat de dienst ook documentatie op papier ter beschikking stelt.

Vaststellingen

	Ja	Neen	NB
De dienst maakt zijn opdracht en zorg- en ondersteuningsaanbod <u>digitaal</u> bekend.	(1)	(2) IB	(3)
De dienst maakt zijn opdracht en zorg- en ondersteuningsaanbod <u>op papier</u> bekend.	(4)	(5) IB	(6)
<i>In het verslag verschijnt een 'standaardzin' met eventuele toelichting</i>			
Standaardzin indien mogelijkheid 1 wordt aangevinkt: 'De dienst maakt zijn opdracht en zorg- en ondersteuningsaanbod digitaal bekend.'			
Standaardzin indien mogelijkheid 2 wordt aangevinkt: 'De dienst maakt zijn opdracht en zorg- en ondersteuningsaanbod niet digitaal bekend.'			
Standaardzin indien mogelijkheid 3 wordt aangevinkt: 'De manier waarop de dienst zijn opdracht en zorg- en ondersteuningsaanbod digitaal bekend maakt, werd niet beoordeeld tijdens huidig inspectiebezoek'.			
Standaardzin indien mogelijkheid 4 wordt aangevinkt: 'De dienst maakt zijn opdracht en zorg- en ondersteuningsaanbod op papier bekend.'			
Standaardzin indien mogelijkheid 5 wordt aangevinkt: 'De dienst maakt zijn opdracht en zorg- en ondersteuningsaanbod niet op papier bekend.'			
Standaardzin indien mogelijkheid 6 wordt aangevinkt: 'De manier waarop de dienst zijn opdracht en zorg- en ondersteuningsaanbod op papier bekend maakt, werd niet beoordeeld tijdens huidig inspectiebezoek'.			

Beoordeling

- Geen inbreuken
- De dienst maakt zijn opdracht en zorg en ondersteuningsaanbod niet digitaal bekend. BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 17
- De dienst maakt zijn opdracht en zorg en ondersteuningsaanbod niet bekend op papier. BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 17

4.1.2 Continuïteit van zorg

4.1.2.1 Gebruikersdossier

Regelgeving

Overeenkomstig artikel 18, eerste lid, 2°, van het Woonzorgdecreet wordt voor elke patiënt een gebruikersdossier opgesteld. Dit dossier bevat de volgende informatie:

1° de identificatiegegevens van de patiënt: voor- en achternaam, het adres, het telefoonnummer, de geboortedatum en het geslacht;

2° de datum waarop het dossier wordt opgesteld met in voorkomend geval de vermelding van de verstrekker op wie de patiënt al eerder een beroep voor thuisverpleging heeft gedaan;

3° de naam van de verantwoordelijke verpleegkundige;

4° in voorkomend geval een lijst met de medische instructies;

5° een lijst van de verpleegproblemen, verpleegkundige doelstellingen en interventies;

6° de vermelding of er al dan niet een zorg- en ondersteuningsplan is. BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 3

Toelichting werkwijze

Zorginspectie gaat na of de hierboven beschreven erkenningsvoorwaarde haar weerslag vindt in de praktijk via een steekproef van gebruikersdossiers.

Vaststellingen

Steekproef = Z		
	Ja	Neen
Voor elke patiënt wordt een gebruikersdossier opgesteld.	X/Z	Y/Z IB

Steekproef = Z

Het gebruikersdossier bevat volgende informatie:

	Ja	Neen
• Identificatiegegevens van de patiënt: voor- en achternaam, adres, geboortedatum en geslacht	X/Z	Y/Z IB
• Administratieve gegevens: datum waarop dossier is opgesteld en de naam van de verantwoordelijke verpleegkundige	X/Z	Y/Z IB
• Een lijst met de medische instructies, een lijst van de verpleegproblemen, verpleegkundige doelstellingen en interventies of een zorg- en ondersteuningsplan.	X/Z	Y/Z IB

Beoordeling

- Geen inbreuken
- Er wordt niet voor elke patiënt een gebruikersdossier opgesteld overeenkomstig artikel 18, eerste lid, 2°, van het Woonzorgdecreet. BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 3
- In het gebruikersdossier ontbraken identificatiegegevens (voor- en achternaam, adres, geboortedatum en geslacht) van de patiënt. BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 3
- In het gebruikersdossier ontbraken administratieve gegevens (datum waarop dossier is opgesteld en de naam van de verantwoordelijke verpleegkundige). BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 3
- In het gebruikersdossier ontbrak een lijst met de medische instructies, een lijst van de verpleegproblemen, verpleegkundige doelstellingen en interventies of een zorg- en ondersteuningsplan. BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 3

4.1.2.2 Digitaal zorg- en ondersteuningsplan

Regelgeving

2° de woonzorgvoorziening, de vereniging, de partnerorganisatie of het project bewaart de persoonsgegevens van een gebruiker in een gebruikersdossier en werkt samen met de andere zorgaanbieders uit het zorgteam via het digitale zorg- en ondersteuningsplan, waarin minstens de zorg- en ondersteuningsdoelen en de afspraken over de geplande zorg en ondersteuning voor een persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag worden opgenomen, en dat toegankelijk is voor het zorgteam. BVR 28/06/2019, art. 12 §1, 2°

Toelichting werkwijze

Zorginspectie gaat na of de hierboven beschreven erkenningsvoorwaarde haar weerslag vindt in de praktijk door consultatie van het systeem waarmee de dienst patiëntengegevens bewaart en ter beschikking stelt van het zorgteam.

Vaststellingen

	Ja	Neen	NB
Er is een digitaal zorg- en ondersteuningsplan.		IB	
<i>In het verslag verschijnt een 'standaardzin' met eventuele toelichting</i> Standaardzin indien 'Ja' wordt aangevinkt: 'De dienst maakt gebruik van een digitaal zorg- en ondersteuningsplan.' Standaardzin indien 'Nee' wordt aangevinkt: 'De dienst maakt geen gebruik van een digitaal zorg- en ondersteuningsplan.' Standaardzin indien 'NB' wordt aangevinkt: 'Er werd niet beoordeeld tijdens huidig inspectiebezoek of de dienst gebruik maakt van een digitaal zorg- en ondersteuningsplan.'			

Beoordeling

- Geen inbreuken
- De dienst werkt niet via een digitaal zorg- en ondersteuningsplan. BVR 28/06/2019, art. 12 §1, 2°

4.1.2.3 Informatie-uitwisseling

Regelgeving

De verantwoordelijke verpleegkundige of de dienst waaraan die verpleegkundige verbonden is, bewaart het gebruikersdossier. De informatie uit dat dossier is uitwisselbaar tussen de verpleegkundigen van de dienst, als dat noodzakelijk is voor de goede werking en de continuïteit van de zorg in het bijzonder. BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 4

Toelichting werkwijze

Zorginspectie gaat na of de hierboven beschreven erkenningsvoorwaarde haar weerslag vindt in de praktijk door nazicht van het systeem waarmee de informatie uit de gebruikersdossiers wordt bijgehouden. de manier de verpleegkundigen van de dienst toegang hebben tot de gebruikersdossiers en hoe zij onderling informatie uitwisselen. Daarbij wordt verwacht dat de verpleegkundigen minstens toegang hebben tot het gebruikersdossier van de hen toegewezen patiënten (ook bij vervanging) en dat het systeem toelaat relevante informatie te delen met het zorgteam.

Vaststellingen

	Ja	Neen	NB
De dienst beschikt over een systeem om informatie uit het gebruikersdossier uit te wisselen tussen de verpleegkundigen van de dienst, als dat noodzakelijk is voor de goede werking en de continuïteit van de zorg in het bijzonder.		IB	

In het verslag verschijnt een 'standaardzin' met eventuele toelichting

Standaardzin indien 'Ja' wordt aangevinkt:

'De dienst beschikt over een systeem om informatie uit het gebruikersdossier uit te wisselen tussen de verpleegkundigen van de dienst.'

Standaardzin indien 'Nee' wordt aangevinkt:

'De dienst beschikt niet over een systeem om informatie uit het gebruikersdossier uit te wisselen tussen de verpleegkundigen van de dienst.'

Standaardzin indien 'NB' wordt aangevinkt:

'Er werd niet beoordeeld tijdens huidig inspectiebezoek of de dienst beschikt over een systeem om informatie uit het gebruikersdossier uit te wisselen tussen de verpleegkundigen van de dienst.'

Beoordeling

- Geen inbreuken
- De informatie uit het gebruikersdossier is niet uitwisselbaar tussen de verpleegkundigen van de dienst, als dat noodzakelijk is voor de goede werking en de continuïteit van de zorg in het bijzonder. BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 4

4.1.2.4 Continuïteit van de dienstverlening

Regelgeving

De patiënt ontvangt, behalve in geval van overmacht, de zorg en ondersteuning op de tijdstippen die tussen de patiënt en de dienst zijn afgesproken. BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 11

Toelichting werkwijze

Zorginspectie brengt in kaart hoe de dienst deze erkenningsvoorwaarde omzet in de praktijk.

Vaststellingen

	Open vraag
Op welke manier zorgt de dienst er voor dat patiënt, behalve in geval van overmacht, de zorg en ondersteuning ontvangt op de tijdstippen die tussen de patiënt en de dienst zijn afgesproken?	

4.1.2.5 Permanentieregeling

Regelgeving

De dienst werkt een permanentieregeling uit voor een optimale bereikbaarheid. BVR 28/06/2019, bijlage 4, art. 14

Toelichting werkwijze

Zorginspectie gaat na of de hierboven beschreven erkenningsvoorwaarde haar weerslag vindt in de praktijk door na te gaan hoe de dienst de permanentieregeling uitwerkt. Daarbij wordt verwacht dat de dienst minstens een telefoonnummer en de tijdstippen waarop de dienst bereikbaar is, bekend maakt.

Vaststellingen

	Ja	Neen	NB
De dienst werkt een permanentieregeling uit voor een optimale bereikbaarheid		IB	
<i>In het verslag verschijnt een 'standaardzin' met eventuele toelichting</i>			
Standaardzin indien 'Ja' wordt aangevinkt: 'De dienst werkt een permanentieregeling uit.'			
Standaardzin indien 'Nee' wordt aangevinkt: 'De dienst kan niet aantonen dat men een permanentieregeling uitwerkt.'			
Standaardzin indien 'NB' wordt aangevinkt: 'Er werd niet beoordeeld tijdens huidig inspectiebezoek of de dienst een permanentieregeling uitwerkt.'			

Beoordeling:

- Geen inbreuken
- De dienst werkt geen permanentieregeling uit voor een optimale bereikbaarheid. BVR 28/06/2019, bijlage 4, art. 14

4.1.2.6 Regeling continue zorgverlening

Regelgeving

De dienst werkt een regeling uit om de patiënt een continue zorgverlening te kunnen bieden, waardoor de noodzakelijke verpleegkundige zorg verzekerd is. BVR 28/06/2019, bijlage 4, art. 15

Toelichting werkwijze

Zorginspectie brengt in kaart hoe de dienst deze erkenningsvoorwaarde omzet in de praktijk.

Vaststellingen

	Open vraag
Op welke manier zorgt de dienst er voor dat men de patiënt een continue zorgverlening kan bieden, waardoor de noodzakelijke verpleegkundige zorg verzekerd is?	

4.1.3 Zorg op maat

4.1.3.1 Rekening houden met mantelzorg

Regelgeving

De dienst houdt rekening met de beschikbare mantelzorg, heeft oog voor de behoefte aan ondersteuning van de mantelzorg en verwijst zo nodig door naar een vereniging voor mantelzorgers en gebruikers, met respect voor de keuze van de gebruiker. BVR 28/06/2019, bijlage 4, art. 6

Toelichting werkwijze

Zorginspectie gaat na of de hierboven beschreven erkenningsvoorwaarde haar weerslag vindt in de praktijk door na te gaan hoe de dienst de beschikbare mantelzorg in kaart brengt. Daarbij wordt minstens verwacht dat de dienst kan aantonen dat ze zicht hebben op de mantelzorg.

Vaststellingen

	Ja	Neen	NB
De dienst houdt rekening met de beschikbare mantelzorg.		IB	
<i>In het verslag verschijnt een 'standaardzin' met eventuele toelichting</i>			
Standaardzin indien 'Ja' wordt aangevinkt: 'De dienst houdt rekening met de beschikbare mantelzorg.'			
Standaardzin indien 'Nee' wordt aangevinkt: 'De dienst kan niet aantonen dat men rekening houdt met de beschikbare mantelzorg.'			
Standaardzin indien 'NB' wordt aangevinkt: 'Er werd niet beoordeeld tijdens huidig inspectiebezoek of de dienst rekening houdt met de beschikbare mantelzorg.'			
	Open vraag		
Op welke manier heeft de dienst oog voor de behoefte aan ondersteuning van de mantelzorg en verwijst zo nodig door naar een vereniging voor mantelzorgers en gebruikers, met respect voor de keuze van de gebruiker?			

Beoordeling

- Geen inbreuken
- De dienst houdt geen rekening met de beschikbare mantelzorg. BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 6.

4.1.3.2 Rekening houden met andere hulpverleners

Regelgeving

Als dat nodig is, zorgt de dienst voor de nodige informatieoverdracht aan andere hulpverleners, conform artikel 12, §1, eerste lid, 1°, van dit besluit. BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 18.

Toelichting werkwijze

Zorginspectie gaat na of de hierboven beschreven erkenningsvoorwaarde haar weerslag vindt in de praktijk door na te gaan hoe de dienst rekening houdt met de andere hulpverleners rond de patiënt. Daarbij wordt minstens verwacht dat de dienst kan aantonen dat ze zicht hebben op de andere hulpverleners.

Vaststellingen

	Ja	Neen	NB
De dienst houdt rekening met andere hulpverleners rond de patiënt.		IB	
<i>In het verslag verschijnt een 'standaardzin' met eventuele toelichting</i>			
Standaardzin indien 'Ja' wordt aangevinkt: 'De dienst houdt rekening met de andere hulpverleners rond de patiënt.'			
Standaardzin indien 'Nee' wordt aangevinkt: 'De dienst kan niet aantonen dat men rekening houdt met de andere hulpverleners rond de patiënt.'			
Standaardzin indien 'NB' wordt aangevinkt: 'Er werd niet beoordeeld tijdens huidig inspectiebezoek of de dienst rekening houdt met de andere hulpverleners rond de patiënt.'			
	Open vraag		
Op welke manier zorgt de dienst voor de nodige informatieoverdracht, als dat nodig is, aan andere hulpverleners bij tussentijdse evaluaties van patiënten met langdurige en complexe zorg en ondersteuning?			

Beoordeling

- Geen inbreuken
- De dienst houdt geen rekening met de andere hulpverleners rond de patiënt. BVR 28/06/2019 bijlage 4, art. 18.

4.1.3.3 Inspraak door patiënt en omgeving

Regelgeving

De zorg en ondersteuning houden rekening met de persoonlijkheid van de patiënten, hun gezondheidstoestand en ziektebeeld, hun zelfzorgvermogen, hun normen en waarden, en de inbreng van de directe omgeving en hun sociale context, binnen wettelijke en maatschappelijke grenzen. BVR 28/06/2019, bijlage 4, art. 9

De zorg en ondersteuning worden opgestart, geëvalueerd en bijgestuurd in samenspraak tussen de patiënt en de dienst. BVR 28/06/2019, bijlage 4, art. 10

Toelichting werkwijze

Zorginspectie brengt in kaart hoe de dienst deze erkenningsvoorwaarden omzet in de praktijk.

Vaststellingen

	Open vraag
Op welke manier is er samenspraak tussen de patiënt en de dienst bij het opstarten, bij het evalueren en het bijsturen van de dienstverlening?	
Op welke manier wordt in de zorg en ondersteuning rekening gehouden met de inbreng van de directe omgeving en hun sociale context?	

4.2 THEMA 2: DESKUNDIGE ZORGVERLENER

4.2.1 Personeel en teamwerking

4.2.1.1 Personeelsbezetting

Regelgeving

De dienst beschikt over minstens 7 voltijdsequivalent verpleegkundigen en één coördinerend verpleegkundige. In het eerste lid wordt verstaan onder coördinerend verpleegkundige: de verpleegkundige die verantwoordelijk is voor de organisatie van de dienst voor de coördinatie, de continuïteit, de kwaliteit en de evaluatie van de zorg. Die verpleegkundige is ook het aanspreekpunt voor de administratie. BVR 28/06/2019, bijlage 4, art. 21

Toelichting werkwijze

Zorginspectie gaat na of de hierboven beschreven erkenningsvoorwaarde haar weerslag vindt in de praktijk door nazicht van de personeelsformatie van de dienst.

Vaststellingen

	Ja	Neen	NB
De dienst beschikt over een coördinerend verpleegkundige.		IB	
<i>In het verslag verschijnt een 'standaardzin' met eventuele toelichting</i>			
Standaardzin indien 'Ja' wordt aangevinkt: 'De dienst beschikt over een coördinerend verpleegkundige.'			
Standaardzin indien 'Nee' wordt aangevinkt: 'De dienst beschikt niet over een coördinerend verpleegkundige..'			
Standaardzin indien 'NB' wordt aangevinkt: 'Er werd niet beoordeeld tijdens huidig inspectiebezoek of de dienst beschikt over een coördinerend verpleegkundige.'			
	Aantal	vereist	
De dienst beschikt over voldoende (minimum 7 vte) verpleegkundig personeel.	... vte (IB indien <7)	7 vte	
De dienst beschikt over zorgkundigen.	... vte	/	
De dienst beschikt over administratief personeel.	... vte	/	
"Andere"	... vte	/	

Beoordeling

- Geen inbreuken
- De dienst beschikt niet over een coördinerend verpleegkundige . BVR 28/06/2019, bijlage 4, art. 21
- De dienst beschikt niet over minimum 7 voltijdsequivalent verpleegkundigen. BVR 28/06/2019, bijlage 4, art. 21

4.2.1.2 Schriftelijke overeenkomst

Regelgeving

Een dienst voor thuisverpleging is een organisatie van verpleegkundigen die gecoördineerd wordt door een of meer verpleegkundigen, waarvan de werking is vastgelegd in een schriftelijke overeenkomst en waarvan de verpleegkundigen als werknemer of als zelfstandige verpleegkundige activiteiten uitoefenen in het natuurlijke thuismilieu van de gebruiker. WZD 15/02/2019, art. 17

Met behoud van de toepassing van artikel 38, tweede lid, bepaalt de Vlaamse Regering voor een dienst voor thuisverpleging welke gegevens de overeenkomst, vermeld in artikel 17, moet bevatten. Die overeenkomst bevat de volgende gegevens:

- 1° de permanentieregeling van de verpleegkundigen;
- 2° het aanleggen en bewaren van een gebruikersdossier, met eerbied voor de persoonlijke levenssfeer van de gebruiker;
- 3° het verplichte gebruik van steriel materiaal;
- 4° de verplichte aanwezigheid van het nodige materiaal dat voor de verzorging aan huis wenselijk is.

Het gebruikersdossier, vermeld in het eerste lid, 2°, is het document dat per gebruiker, op basis van een evaluatie van het zelfzorgvermogen en een omschrijving van de zorg- en ondersteuningsnood, weergeeft welke passende zorg en ondersteuning de dienst voor thuisverpleging wil aanbieden of nodig acht en dat kan worden bijgestuurd naargelang de evoluerende zorg- en ondersteuningsnood. Dat dossier maakt de bij voorkeur digitale uitwisseling van gegevens tussen de verpleegkundigen van de dienst enerzijds, en tussen verpleegkundigen van de dienst thuisverpleging en de woonzorgvoorzieningen anderzijds mogelijk met als doel de zorg en ondersteuning aan de gebruiker continu en optimaal te laten verlopen. WZD 15/02/2019, art. 18

Toelichting werkwijze

Zorginspectie gaat na of de hierboven beschreven erkenningsvoorwaarden hun weerslag vinden in de praktijk door nazicht van de schriftelijke overeenkomst.

Vaststellingen

	Ja	Neen	NB
De werking van de dienst voor thuisverpleging is vastgelegd in een schriftelijke overeenkomst.		* IB volgende vier vragen verschijnen niet	* volgende vier vragen verschijnen niet
De overeenkomst bevat minstens volgende gegevens:			
	Ja	Neen	NB
• De permanentieregeling van de verpleegkundigen.		IB	
• Het aanleggen en bewaren van een gebruikersdossier, met eerbied voor de persoonlijke levenssfeer van de gebruiker.		IB	
• Het verplichte gebruik van steriel materiaal.		IB	
• De verplichte aanwezigheid van het nodige materiaal dat voor de verzorging aan huis wenselijk is.		IB	
* In het verslag wordt bij 'Nee' en 'NB' een standaardzin gebruikt. Standaardzin indien 'Nee' wordt aangevinkt bij de eerste vraag: 'De werking van de dienst voor thuisverpleging is niet vastgelegd in een schriftelijke overeenkomst.' Standaardzin indien 'NB' wordt aangevinkt bij de eerste vraag: 'Er werd niet beoordeeld tijdens huidig inspectiebezoek of de werking van de dienst voor thuisverpleging is vastgelegd in een schriftelijke overeenkomst.'			

Beoordeling

- Geen inbreuken
- De werking van de dienst is niet vastgelegd in een schriftelijke overeenkomst. WZD 15/02/2019, art. 17
- De schriftelijke overeenkomst bevat geen gegevens m.b.t. permanentieregeling van de verpleegkundigen. WZD 15/02/2019, art. 18
- De schriftelijke overeenkomst bevat geen gegevens m.b.t. het aanleggen en bewaren van een gebruikersdossier, met eerbied voor de persoonlijke levenssfeer van de gebruiker. WZD 15/02/2019, art. 18
- De schriftelijke overeenkomst bevat geen gegevens m.b.t. het verplichte gebruik van steriel materiaal. WZD 15/02/2019, art. 18
- De schriftelijke overeenkomst bevat geen gegevens m.b.t. verplichte aanwezigheid van het nodige materiaal dat voor de verzorging aan huis wenselijk is. WZD 15/02/2019, art. 18

4.2.1.3 Teamoverleg

Regelgeving

De dienst organiseert periodiek teamoverleg tussen de verpleegkundigen van de dienst. Voor de patiënten met complexe, intensieve of langdurige zorgbehoeften vindt dat overleg minstens maandelijks plaats. BVR 28/06/2019, art. 16

Toelichting werkwijze

Zorginspectie gaat na of de hierboven beschreven erkenningsvoorwaarde haar weerslag vindt in de praktijk door nazicht van verslaggeving, agenda's, ... Daarnaast wordt aan de dienst gevraagd of er patiënten zijn met langdurige, complexe, intensieve of langdurige zorgbehoeften. Voor deze patiënten dient er maandelijks een teamoverleg georganiseerd te worden. Hierbij wordt een steekproef gedaan van gebruikersdossiers.

Vaststellingen

	Ja	Neen	NB
De dienst organiseert periodiek teamoverleg tussen de verpleegkundigen van de dienst.		IB	
<i>In het verslag verschijnt een 'standaardzin' met eventuele toelichting</i>			
Standaardzin indien 'Ja' wordt aangevinkt: 'De dienst organiseert periodiek teamoverleg tussen de verpleegkundigen van de dienst.'			
Standaardzin indien 'Nee' wordt aangevinkt: 'De dienst kan niet aantonen dat men periodiek teamoverleg organiseert tussen de verpleegkundigen van de dienst.'			
Standaardzin indien 'NB' wordt aangevinkt: 'Er werd niet beoordeeld tijdens huidig inspectiebezoek of de dienst periodiek teamoverleg tussen de verpleegkundigen van de dienst organiseert.'			

Steekproef = Z		
	Ja	Neen
Voor de patiënten met complexe, intensieve of langdurige zorgbehoeften vindt dat overleg minstens maandelijks plaats.	X/Z	Y/Z IB

Beoordeling

- Geen inbreuken
- De dienst organiseert geen periodiek teamoverleg tussen de verpleegkundigen van de dienst. BVR 28/06/2019, art. 16
- Voor de patiënten met complexe, intensieve of langdurige zorgbehoeften vindt het overleg tussen de verpleegkundigen van de dienst niet minstens maandelijks plaats. BVR 28/06/2019, art. 16

4.2.2 Bijscholing

Regelgeving

De verpleegkundigen die aan de dienst verbonden zijn, volgen een bijscholing die voor hun taak nuttig is, van minstens 40 uur per voltijdse equivalent, gespreid over een periode van twee kalenderjaren. Die vorming heeft onder meer betrekking op de kwaliteitszorg, de continuïteit van de zorgverlening en de samenwerking met andere voorzieningen, vermeld in artikel 4 van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019. BVR 28/06/2019, art. 22

Toelichting werkwijze

Zorginspectie gaat na of de hierboven beschreven erkenningsvoorwaarde haar weerslag vindt in de praktijk via een steekproef van de bijscholingsuren van verpleegkundigen van de dienst.

Vaststellingen

Steekproef = Z		
	Ja	Neen
De verpleegkundigen die aan de dienst verbonden zijn, volgen een bijscholing die voor hun taak nuttig is, van minstens 40 uur per voltijdse equivalent, gespreid over een periode van twee kalenderjaren.	X/Z	Y/Z IB

Beoordeling

- Geen inbreuken
- De verpleegkundigen die aan de dienst verbonden zijn, volgen niet minstens een bijscholing van 40 uur per voltijdse equivalent, gespreid over een periode van twee kalenderjaren. BVR 28/06/2019, art. 22

4.3 THEMA 3: STUREN OP KWALITEIT EN VEILIGHEID

4.3.1 Gebruikerstevredenheid

Regelgeving

De woonzorgvoorziening of de vereniging gaat de tevredenheid van zijn gebruikers na en stuurt afhankelijk daarvan bij. Minstens driejaarlijks wordt een verantwoorde gebruikerstevredenheidsmeting uitgevoerd. BVR 28/06/2019, art. 8 § 4

Toelichting werkwijze

Zorginspectie gaat na of de hierboven beschreven erkenningsvoorwaarde haar weerslag vindt in de praktijk door nazicht van de laatste gebruikerstevredenheidsmeting. Tevens verwacht Zorginspectie dat de dienst kan aantonen dat er verbeteracties werden opgestart, indien dit nodig werd geacht.

Vaststellingen

	Ja	Neen	NB
Minstens driejaarlijks wordt een gebruikerstevredenheidsmeting uitgevoerd.		IB	
De dienst toont aan dat het de werking bijstuurde n.a.v. de gebruikerstevredenheid.		IB	
<i>In het verslag verschijnt een 'standaardzin' met eventuele toelichting</i>			
Standaardzin indien 'Ja' wordt aangevinkt op de eerste rij: 'De dienst voert minstens om de drie jaar een gebruikerstevredenheidsmeting uit.'			
Standaardzin indien 'Nee' wordt aangevinkt op de eerste rij: 'De dienst kan niet aantonen dat men minstens om de drie jaar een gebruikerstevredenheidsmeting uitvoert.'			
Standaardzin indien 'NB' wordt aangevinkt op de eerste rij: 'Er werd niet beoordeeld tijdens huidig inspectiebezoek of de dienst minstens om de drie jaar een gebruikerstevredenheidsmeting uitvoert.'			
Standaardzin indien 'Ja' wordt aangevinkt op de tweede rij: 'De dienst stuurt bij in functie van de gebruikerstevredenheidsmeting.'			
Standaardzin indien 'Nee' wordt aangevinkt op de tweede rij: 'De dienst kan niet aantonen dat men bijstuurt in functie van de gebruikerstevredenheidsmeting.'			
Standaardzin indien 'NB' wordt aangevinkt op de tweede rij: 'Er werd niet beoordeeld tijdens huidig inspectiebezoek of de dienst bijstuurt in functie van de gebruikerstevredenheidsmeting.'			

Beoordeling

- Geen inbreuken
- De dienst voert niet minstens driejaarlijks een gebruikerstevredenheidsmeting uit. BVR 28/06/2019, art. 8 § 4
- De dienst stuurt niet bij afhankelijk van de gebruikerstevredenheidsmeting. BVR 28/06/2019, art. 8 § 4

4.3.2 Klachtrecht

Regelgeving

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

Toelichting werkwijze

Zorginspectie gaat na of de hierboven beschreven erkenningsvoorwaarde haar weerslag vindt in de praktijk door consultatie van de communicatiekanalen die de dienst gebruikt om het klachtrecht bekend te maken aan nieuwe en bestaande patiënten.

Daarbij wordt verwacht dat de dienst minstens volgende gegevens meedeelt:

- het (e-mail) adres en telefoonnummer waar een klacht kan ingediend worden
- de mogelijkheid om een klacht mondeling in te dienen
- dat de oorzaak van de klacht wordt onderzocht
- de vooropgestelde termijn waarop er feedback wordt gegeven aan de klachtindiener.

Zorginspectie gaat na of de hierboven beschreven erkenningsvoorwaarde haar weerslag vindt in de praktijk via een steekproef van klachtbehandelingen.

Vaststellingen

	Ja	Neen	NB
Het klachtrecht wordt bekend gemaakt aan de gebruikers.		* IB volgende vier vragen verschijnen niet	* volgende vier vragen verschijnen niet
De bekendmaking van het klachtrecht bevat de volgende elementen:			
• het (e-mail) adres en telefoonnummer waar een klacht kan ingediend worden		AP	
• de mogelijkheid om een klacht mondeling in te dienen		AP	
• dat de oorzaak van de klacht wordt onderzocht		AP	
• de vooropgestelde termijn waarop er feedback wordt gegeven aan de klachtindiener		AP	

* In het verslag wordt bij 'Nee' en 'NB' een standaardzin gebruikt.

Standaardzin indien 'Nee' wordt aangevinkt in de eerste rij:
'Het klachtrecht wordt niet bekend gemaakt aan de gebruikers'

Standaardzin indien 'NB' wordt aangevinkt in de eerste rij:
'Er werd niet beoordeeld tijdens huidig inspectiebezoek of de dienst het klachtrecht bekend maakt aan de gebruikers'.

	Ja	Neen	NB
De dienst heeft al klachten ontvangen.	(1)	(2) Bevraging stopt	(3) Bevraging stopt
Klachten worden geregistreerd.	(4)	(5) AP Volgende tabel verschijnt niet	(6) Volgende tabel verschijnt niet

In het verslag verschijnt een 'standaardzin' met eventuele toelichting

Standaardzin indien scenario 1:
'De dienst gaf aan reeds klachten ontvangen te hebben.'

Standaardzin indien scenario 2:
'De dienst gaf aan nog geen klachten ontvangen te hebben.'

Standaardzin indien scenario 3:
'Tijdens huidig inspectiebezoek werd niet beoordeeld of de dienst al klachten ontvangen heeft.'

Standaardzin indien scenario 4:
'Binnenkomende klachten van patiënten worden door de dienst geregistreerd.'

Standaardzin indien scenario 5:
'Binnenkomende klachten van patiënten worden door de dienst niet geregistreerd.'

Standaardzin indien scenario 6:
'Tijdens huidig inspectiebezoek werd niet beoordeeld of klachten geregistreerd worden.'

Steekproef = Z		
Bij de behandeling van de klachten, konden volgende elementen aangetoond worden:	Ja	Neen
De oorzaak van de klacht wordt onderzocht	X/Z	Y/Z AP
De vooropgestelde termijn waarop er feedback wordt gegeven, werd gerespecteerd	X/Z	Y/Z AP

Beoordeling

- Geen inbreuken
- De dienst garandeert aan de gebruikers geen klachtrecht . BVR 28/06/2019, art. 8 § 3
- Het is aangewezen om het (e-mail) adres en telefoonnummer waar een klacht kan ingediend worden bekend te maken aan de gebruikers.
- Het is aangewezen om de mogelijkheid om een klacht mondeling in te dienen bekend te maken aan de gebruikers.
- Het is aangewezen om bekend te maken aan de gebruikers dat de oorzaak van de klacht onderzocht wordt.
- Het is aangewezen om de vooropgestelde termijn waarop er feedback wordt gegeven aan de klachtindiener bekend te maken aan de gebruikers.
- Het is aangewezen om binnenkomende klachten te registreren en op te volgen. Aan de hand van een analyse van geregistreerde klachten kan de dienst structurele knelpunten detecteren en verbeteracties opzetten.
- Het is aangewezen om bij de behandeling van klachten de oorzaak van de klacht te onderzoeken.
- Het is aangewezen om bij de behandeling van klachten de vooropgestelde termijn waarop er feedback wordt gegeven, te respecteren.

4.3.3 Grensoverschrijdend gedrag

Regelgeving

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

Zorginspectie gaat na of de hierboven beschreven erkenningsvoorwaarde haar weerslag vindt in de praktijk door nazicht van de procedure grensoverschrijdend gedrag.

Vaststellingen

	Ja	Neen	NB
De dienst heeft een procedure grensoverschrijdend gedrag.		IB Volgende vraag verschijnt niet	Volgende vraag verschijnt niet
	Ja	Neen	NB
De procedure omschrijft minstens volgende elementen.: - preventie - detectie - reactie - geanonimiseerde registratie - geanonimiseerde melding aan de afdeling Woonzorg binnen het Departement Zorg.		IB	
<i>In het verslag verschijnt een 'standaardzin' met eventuele toelichting</i> Standaardzin indien 'Ja' wordt aangevinkt op de eerste rij: 'De dienst beschikt over een procedure grensoverschrijdend gedrag.' Standaardzin indien 'Nee' wordt aangevinkt op de eerste rij: 'De dienst beschikt niet over een procedure grensoverschrijdend gedrag.' Standaardzin indien 'NB' wordt aangevinkt op de eerste rij: 'Er werd niet beoordeeld tijdens huidig inspectiebezoek of de dienst een procedure grensoverschrijdend gedrag heeft.' Standaardzin indien 'Ja' wordt aangevinkt op de tweede rij: 'De procedure grensoverschrijdend gedrag van de dienst omschrijft minstens volgende elementen: preventie, detectie, reactie, geanonimiseerde registratie en geanonimiseerde melding.' Standaardzin indien 'Nee' wordt aangevinkt op de tweede rij: 'De procedure grensoverschrijdend gedrag van de dienst bevat niet alle elementen: preventie, detectie, reactie, geanonimiseerde registratie en geanonimiseerde melding.' Standaardzin indien 'NB' wordt aangevinkt op de tweede rij: 'Er werd niet beoordeeld tijdens huidig inspectiebezoek of de procedure grensoverschrijdend gedrag volgende elementen bevat: preventie, detectie, reactie, geanonimiseerde registratie en geanonimiseerde melding.'			

Beoordeling

- Geen inbreuken
- De dienst hanteert geen procedure grensoverschrijdend gedrag. BVR 28/06/2019, art. 10 § 1
- De procedure grensoverschrijdend gedrag van de dienst bevat niet alle elementen: preventie, detectie, reactie, geanonimiseerde registratie en geanonimiseerde melding. BVR 28/06/2019, art. 10 § 1

4.3.4 Zelfevaluatie

Regelgeving

De woonzorgvoorziening of de vereniging voert een zelfevaluatie uit. Die zelfevaluatie bevat een periodieke evaluatie van de volgende aspecten:

1° de werking van de woonzorgvoorziening of de vereniging;

2° de doelstellingen.

BVR 28/06/2019, art. 8 § 2

Toelichting werkwijze

Zorginspectie gaat na of de hierboven beschreven erkenningsvoorwaarde haar weerslag vindt in de praktijk door nazicht van de laatste zelfevaluatie.

Vaststellingen

	Ja	Neen	NB
De dienst voor thuisverpleging voert een zelfevaluatie uit. Die zelfevaluatie bevat een periodieke evaluatie van de volgende aspecten: • de werking • de doelstellingen		IB	
<i>In het verslag verschijnt een 'standaardzin' met eventuele toelichting</i> Standaardzin indien 'Ja' wordt aangevinkt: 'De dienst voert een zelfevaluatie uit met een periodieke evaluatie van de werking en de doelstellingen.' Standaardzin indien 'Nee' wordt aangevinkt: 'De dienst kan niet aantonen dat men een zelfevaluatie uitvoert met een periodieke evaluatie van de werking en de doelstellingen.' Standaardzin indien 'NB' wordt aangevinkt: 'Er werd niet beoordeeld tijdens huidig inspectiebezoek of de dienst een zelfevaluatie uitvoert.'			

Beoordeling

- Geen inbreuken
- De dienst voert geen zelfevaluatie uit met een periodieke evaluatie van de werking en de doelstellingen. BVR 28/06/2019, art. 8 § 2

5 ALGEMEEN BESLUIT

Scenario 1:

De erkende dienst werkt conform de erkenningsvoorwaarden.

→ Er worden geen verdere acties van de organisatie verwacht naar aanleiding van dit inspectieverslag.

Scenario 2:

De erkende dienst werkt conform de erkenningsvoorwaarden onder:

- thema 1 – de patiënt centraal
- thema 2 – deskundige zorgverlener
- thema 3 – sturen op kwaliteit en veiligheid.

De erkende dienst heeft werkpunten omtrent de erkenningsvoorwaarden onder:

- thema 1 – de patiënt centraal
- thema 2 – deskundige zorgverlener
- thema 3 – sturen op kwaliteit en veiligheid.

→ Er worden verdere acties van de organisatie verwacht naar aanleiding van dit inspectieverslag om de inbreuk(en) en/of aandachtspunt(en) structureel weg te werken.

Scenario 3:

De erkende dienst werkt conform de erkenningsvoorwaarden onder:

- thema 1 – de patiënt centraal
- thema 2 – deskundige zorgverlener
- thema 3 – sturen op kwaliteit en veiligheid.

De erkende dienst heeft werkpunten omtrent de erkenningsvoorwaarden onder

- thema 1 – de patiënt centraal
- thema 2 – deskundige zorgverlener
- thema 3 – sturen op kwaliteit en veiligheid.

→ Er worden verdere acties van de organisatie verwacht naar aanleiding van dit inspectieverslag om de inbreuk(en) en/of aandachtspunt(en) structureel weg te werken. De remediëring zal niet enkel via de functionele entiteit opgevolgd worden maar ook aan de hand van een opvolginspectie ter plaatse.