

INSPECTIEVERSLAG: GEHANDICAPTENZORG

INRICHTENDE MACHT

Naam	VITAS
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	OPDRAVER
Ondernemingsnummer	0239946326
Adres	J.H. Leynenstraat 30, 3990 Peer

INSPECTIEPUNT

Naam	VitaS
HCO-nummer	204797
Adres	J. H. Leynenstraat 30, 3990 Peer

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	13/06/2025
Verslagnummer	ZI-2025-01580
Inspecteur	Liesbeth Emonds

INSPECTIEBEZOEK

VitaS

Onaangekondigde inspectie op 13/06/2025 (09:30-15:15)

Gesprekspartners	Christel Clijsters - verantwoordelijke RTH Dorien Gielen - begeleider RTH
------------------	--

INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	3
• Basisgegevens	6
• Overeenkomsten en rechten en plichten	8
o De individuele dienstverleningsovereenkomst	8
o De collectieve rechten en plichten	9
o Ondertekening van de overeenkomst	11
• Financiële regeling en afspraken	13
o Facturatie eigen financiële bijdrage	13
• Infrastructuur	14
o Algemene beschrijving van de infrastructuur	14
o Infrastructuur voor gemeenschappelijk gebruik	14
• Ondersteuning	16
o Het dossier	16
• Collectieve inspraak	17
• Kwaliteits- en verbeterbeleid	18
o Kwaliteitshandboek	18
o Integriteitsbeleid	19
o Klachtenprocedure	21
o Procedure registreren van feiten en incidenten	23
o Zelfevaluatie	23
• Toekomstvisie	25
• Besluit	26

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 de laatste vaststelling in het kader van het toezicht 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.

Wie is waarvoor verantwoordelijk?

Zorginspectie heeft de opdracht om via inspectie na te gaan of de regelgeving wordt nageleefd en de werking van de vergunde, erkende en gesubsidieerde voorzieningen voor personen met een handicap beantwoordt aan de geïnspecteerde regelgeving.

Het **Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)** is bevoegd voor de vergunning, erkenning en subsidiëring van deze voorzieningen en is verantwoordelijk voor de handhaving van de regelgeving. De finale beoordeling van het dossier komt dit agentschap toe. Het VAPH beschikt naast het inspectieverslag ook over andere dossierelementen voor die beslissing.

Waarop is de inspectie gebaseerd?

De beoordeling of de geïnspecteerde werking voldoet aan de voorwaarden is gebaseerd op volgende regelgeving en infonota's:

- Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de **kwaliteit** van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen;
- Decreet van 7 mei 2004 betreffende de **rechtspositie** van de **minderjarige** in de integrale jeugdhulp;

- Decreet van 12 juli 2013 betreffende de **integrale jeugdhulp**;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 15 juni 1994 betreffende het **beheer van gelden of goederen** van personen met een handicap door beheerders of personeelsleden van voorzieningen of aanbieders van zorg;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 10 juli 2008 houdende de wijze van vereffening van een vrij besteedbaar **bedrag** en de toekenning ervan aan de **minderjarigen** aan wie residentiële jeugdhulpverlening geboden wordt, ter uitvoering van een beschikking van de jeugdrechtsbank of van een advies van het bureau voor bijzondere jeugdbijstand, in voorzieningen die erkend en gesubsidieerd zijn door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 4 februari 2011 betreffende de algemene **erkenningvoorwaarden en kwaliteitszorg** van voorzieningen voor opvang, behandeling en begeleiding van personen met een handicap;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende de erkenning en subsidiëring van **multifunctionele centra** voor personen met een handicap;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juni 2016 houdende het **vergunnen** van aanbieders van **niet-rechtstreeks toegankelijke** zorg en ondersteuning voor personen met een handicap;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juni 2016 over de **besteding van het budget** voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning voor meerderjarige personen met een handicap en over organisatiegebonden kosten voor vergunde zorgaanbieders;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 22 februari 2013 betreffende **rechtstreeks toegankelijke hulp** voor personen met een handicap
- Infonota's van het Vlaams Agentschap voor

De integrale regelgeving en infonota's vindt u op www.vaph.be.

Wat leest u in dit inspectieverslag?

Doorheen de inspectie wordt nagegaan hoe werkwijzen en praktijk in elkaar zitten en of deze voldoen aan de regelgeving. Elke inspectie is een momentopname.

Inspecties gebeuren aangekondigd of onaangekondigd, via een inspectiebezoek ter plaatse of op stukken. Er wordt geobserveerd, in gesprek gegaan met medewerkers en verantwoordelijken, rondgegaan in de infrastructuur die binnen de werking wordt ingezet en documenten worden ingekeken.

In dit verslag wordt per bevraagd item genoteerd wat de inspecteur heeft vastgesteld en wat zijn/haar beoordeling is. Hiervoor worden standaardvragen gebruikt, waar nodig aangevuld met een toelichting. Niet alle elementen uit de regelgeving komen aan bod tijdens elke inspectie. Toch moet aan alle elementen uit de regelgeving worden voldaan: ze komen ofwel aan bod bij een volgend inspectiebezoek of het toezicht erop behoort tot de opdracht van het VAPH.

In het verslag wordt aangegeven of er aandachtspunten en/ of inbreuken zijn genoteerd:

- Een **inbreuk** wordt genoteerd bij de niet-naleving van de regelgeving door actoren in de zorg. Onder regelgeving wordt niet alleen wetgeving verstaan, maar ook geformaliseerde afspraken (Decreet van 19/01/2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, artikel 2, 6° en artikel 3).
- Door middel van een **aandachtspunt** wordt aandacht gevraagd voor bijsturing van bepaalde elementen uit de werking van de zorgaanbieder, zonder dat er sprake is van een inbreuk. Zorginspectie vraagt hiervoor aandacht met het oog op de optimale werking van de zorgaanbieder in functie van de verbetering van de kwaliteit van zorg geboden aan de gebruiker.

De uitgebreide beschrijving van alle vaststellingen wordt gebundeld in het besluit bij het verslag.

Indien een zorgaanbieder niet voldoet aan de vereisten voor een verantwoorde ondersteuning, kunnen de inbreuken aanleiding geven tot een opvolgingsbezoek. Een opsomming van dergelijke inbreuken komt expliciet aan bod in het besluit.

Het besluit vermeldt ook welke eerder vastgestelde inbreuken zijn weggewerkt of worden behouden. Het kan ook zijn dat een eerder vastgestelde inbreuk niet werd gecontroleerd (bijvoorbeeld omdat de remediëringstermijn nog loopt) of dat de inbreuk de kwalificatie "niet toetsbaar" krijgt (het gaat dan om specifieke gevallen waarover op moment van het inspectiebezoek geen uitspraak kan worden gedaan).

In het verslag wordt gesproken over "de **zorgaanbieder**" ongeacht de specifieke zorg en ondersteuning die wordt aangeboden door het inspectiepunt. Zowel voor volwassenen als voor minderjarigen wordt de term

"gebruiker" gehanteerd.

Wat na de inspectie?

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

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

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

BASISGEGEVENS

SITUERING VAN DE INSPECTIE

De inspectie gaat over:

- Deze inspectie kadert in een aanvraag voor een erkenning RTH bij het VAPH.

GEGEVENS VAN DE ORGANISATIE

VERGUNNING/ERKENNING

De organisatie is erkend en/of vergund als:

- aanbieder van rechtstreeks toegankelijke hulp
- woonzorgcentrum, centrum voor dagverzorging en assistentiewoningen.

Toelichting:

Vitas wil met het initiatief een meer geïntegreerde zorg aanbieden voor personen met een (vermoeden van) beperking en dementie. Er wordt ambulante en mobiele begeleiding, dagopvang en verblijf aangeboden worden op of vanuit de verschillende zorgcampussen van Vitas (Peer, Oudsbergen, Hechtel-Eksel, Leopoldsburg en Beringen), zodat de gebruikers meteen geïncorporeerd worden in de andere aanwezige zorgvoorzieningen op de campus.

Daarnaast wil Vitas de nodige handicapspecifieke expertise inbrengen in de werking van het woonzorgcentrum op de campus (en ruimer). Omgekeerd kunnen ze vanuit hun ervaring in ouderenzorg dementie-expertise inbrengen in de zorg en ondersteuning voor personen met een (vermoeden van) handicap.

Vitas biedt begeleiding en dit zowel ambulant als mobiel. Deze begeleiding kan gaan van een gesprek of hulp bij het invullen van administratie tot kijken wat er nodig is om de gebruiker te helpen (bv. maaltijdgebeuren, aangepaste hulpmiddelen, zinvolle daginvulling zoeken,...)

Oorspronkelijk wou men met ateliers werken, maar men merkte dat het voor de gebruikers moeilijk is om ter plaatse te komen, waardoor er meer ingezet wordt op mobiele begeleiding. Er wordt dagopvang georganiseerd, maar eerder beperkt.

De dagondersteuning waar men een atelierwerking hanteert bv. deelnemen aan een smul-, groen of creatief atelier, wordt op maat van de gebruiker ingezet. Dit kan zowel een volledige dag als een halve dag zijn. Ook verblijf is mogelijk van 's avonds 18u tot de volgende ochtend 10u, maar daar is tot op heden nog geen gebruik van gemaakt.

Intussen is men opgestart met de uitrol van vrijwilligerswerking net om een gepaste buddy te vinden voor de gebruiker, zodat deze zich kan bewegen buiten zijn eigen omgeving.

Bijkomend wordt er ingezet om de medewerkers binnen de woonzorgcentra coaching aan te bieden over hoe om te gaan met personen met een beperking in plaats van een eenmalige vorming aan te bieden vb. tijdens de briefingsmomenten de vraag stellen "waar loop je tegenaan?", zodat medewerkers ook kunnen groeien.

Vitas beschikt over 164.25 punten en ondersteunt op het moment van het inspectiebezoek 21 cliënten. Het maximaal aantal cliënten per dag die ondersteuning kunnen ontvangen is afhankelijk van de regio/verplaatsing en is afhankelijk van de ondersteuningsvraag die gesteld wordt. In de praktijk worden er per begeleider maximaal 4 cliënten per dag begeleid.

DOELGROEP

De organisatie biedt zorg en ondersteuning aan volgende doelgroep(en):

- licht verstandelijke handicap
- autisme of autismespectrumstoornis

Toelichting:

De gesprekspartners geven aan dat er cliënten met een licht verstandelijke beperking met autismespectrumstoornissen of dementie en enkele cliënten met NAH begeleid worden.

Men richt zich specifiek tot de groep 50-plussers.

Als er ruimte is kunnen ook jongere mensen met een lichte verstandelijke beperking begeleid worden.

DE VASTSTELLINGEN IN DIT VERSLAG ZIJN GEBASEERD OP:

- gesprek met gesprekspartners: verantwoordelijke RTH en begeleider RTH
- inzage in volgende documenten: Model-IDO RTH versie 3, collectieve rechten en plichten VitaS v1, RTH- intake v2, RTH- procedure beëindiging van de ondersteuning v2, RTH -signaalprocedure v1, RTH - klachtenprocedure v2, RTH- procedure omgaan met aspecten van seksualiteit, RTH - visie m.b.t. intimiteit, RTH- procedure registreren van feiten en incidenten, aspect wonen en leven-RTH - procedure grensoverschrijdend gedrag v2, RTH- zelfevaluatie v1, steekproef 5 IDO's, steekproef 5 gebruikersfacturen, steekproef 5 gebruikersdossiers

OVEREENKOMSTEN EN RECHTEN EN PLICHTEN

Vóór de start van de zorg en ondersteuning moet tussen de zorgaanbieder en de gebruiker een schriftelijke overeenkomsten gesloten worden. Die bestaat uit: een individuele dienstverleningsovereenkomst (met inbegrip van een handelingsplan) en een document met de collectieve rechten en plichten. Voor gebruikers die aan begeleid werken doen, worden bijkomende overeenkomsten afgesloten, ook met de werkpost. Als het handelingsplan aan bod kwam tijdens deze inspectie, wordt het binnen een apart hoofdstuk behandeld.

DE INDIVIDUELE DIENSTVERLENINGSOVEREENKOMST

De zorgaanbieder stelt een individuele dienstverleningsovereenkomst op samen met de gebruiker. Daarin wordt afgesproken welke ondersteuning wordt geboden en wat de vergoeding daarvan is. Er zijn minimale vermeldingen die in de individuele dienstverleningsovereenkomst moeten worden opgenomen (BVR van 04/02/2011, bijlage 1). Er wordt getoetst of de overeenkomst hieraan voldoet.

De individuele dienstverleningsovereenkomst voor rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH)

De vergunde zorgaanbieder werkt met:

de model-IDO zoals beschikbaar via het VAPH, aangevuld met eigen elementen

De IDO bestaat uit de model-IDO aangevuld met bepalingen betreffende de aanwezigheden, zodat dit voor de cliënten duidelijker is.

De individuele dienstverleningsovereenkomst bevat volgende vermeldingen:

Identiteit van de partijen, aanvang, duur en proefperiode:

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

- de identiteit van de partijen.
- de aanvangsdatum van de ondersteuning.
- de duur van de overeenkomst.

Toelichting:

Onder paragraaf 3 Proefperiode wordt vermeld dat de overeenkomst geen proefperiode bevat.

Aard van de ondersteuning

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

- de aard van de ondersteuning.
- de duur van de ondersteuning.
- de frequentie van de ondersteuning.
- de plaats(en) waar de ondersteuning geboden wordt.

Financiële regeling

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

- diegene die verantwoordelijk is voor de betaling.
- de wijze waarop de afrekening en de betaling zal gebeuren.
- de eigen financiële bijdrage.
- een rubriek 'beheer van gelden en goederen'.

Toelichting:

Artikel 6: beheer persoonlijke gelden en goederen van de gebruiker vermeldt dat indien de RTH-aanbieder persoonlijke gelden (het inkomen en/of spaargeld) en goederen van de gebruiker beheert er een lastgevingsovereenkomst afgesloten wordt tussen de RTH-aanbieder en de gebruiker en/of vertegenwoordiger (Bijlage 7 - Lastgeving).

De gesprekspartners geven echter aan dat er niet aan geldbeheer gedaan wordt en er automatisch "nee" aangeduid wordt bij dit artikel. Zorginspectie kon dit ook vaststellen cf. ondertekening overeenkomst.

Andere vergoedingen en duurzame goederen

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

- de wijze waarop de inventaris van de duurzame persoonlijke goederen van de gebruiker binnen de voorziening wordt bijgehouden en geactualiseerd.

Aanpassing van de overeenkomst

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

- de wijze waarop de individuele dienstverleningsovereenkomst kan worden aangepast of gewijzigd.

Individuele inspraak:

Bij de intake/kennismaking wordt steeds bevraagd wat de noden zijn.

Er wordt tussentijds een bevraging gedaan over wat de cliënt al dan niet goed vindt en dan wordt samen bekeken hoe en/of er aanpassingen nodig zijn.

Er is geen standaardstramien van evalueren van toepassing. Dit wordt volgens de gesprekspartners steeds op maat van de cliënt bekeken.

De bijsturing van zorgvragen wordt in het (kwartaal)verslag mobiele begeleiding opgenomen, zodat iedere begeleider op de hoogte is van de wijzigingen.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

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

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

DE COLLECTIEVE RECHTEN EN PLICHTEN

De rechten en plichten van de gebruiker en de zorgaanbieder moeten omschreven worden in een document. Dit is voor alle gebruikers van de zorgaanbieder hetzelfde. Er zijn minimale vermeldingen die in de collectieve rechten en plichten moeten worden opgenomen (BVR van 04/02/2011, bijlage 2). Er wordt getoetst of het document van de zorgaanbieder hieraan voldoet.

De inhoud van het document "Collectieve rechten en plichten" is nagekeken.

Algemene informatie

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

- De exacte identificatie van de voorziening: benaming, zetel, aard van de rechtsvorm van de rechtspersoon die de voorziening beheert, datum en duur van de erkenning of vergunning.
- De missie, visie, waarden, doelstellingen en strategie van de voorziening.
- Een overzicht van het ondersteuningsaanbod, met een globale omschrijving van de doelgroep.

Bijzondere opnamevoorwaarden, wederzijdse rechten en plichten en ontslag

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

- De wederzijdse rechten en verplichtingen van de gebruiker of vertegenwoordiger en de voorziening.
- De omstandigheden die aanleiding kunnen geven tot heroriëntering of ontslag uit de voorziening.
- De toepassingsgronden voor heroriëntering of ontslag zijn geoorloofd.
- De opzeggingstermijnen.
- De opzeggingstermijn bedraagt maximum 3 maanden.
- De verbrekingsvergoeding ingeval de opzeggingstermijnen niet gerespecteerd worden.

Toelichting:

Betreffende vermelding van de wederzijdse rechten en plichten wordt er in de inleiding een gedeeltelijke

opsomming vermeld.

Verder zijn de wederzijdse rechten en plichten opgenomen doorheen de volledige collectieve rechten en plichten.

Bovenstaande items met betrekking tot heroriëntering of ontslag, opzegtermijn en verbrekingsvergoeding worden niet vermeld in de collectieve rechten en plichten, maar wel in de IDO.

Collectieve inspraak

Volgende vermeldingen **ontbreken**:

- De wijze waarop de collectieve inspraak georganiseerd wordt.

Toelichting:

De inhoudstabel vermeldt wel het luik inspraak, maar dit is niet verder uitgewerkt in de tekst.

Tarieven en bijkomende vergoedingen

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

- De prestaties of verstrekkingen die aanleiding geven tot bijkomende vergoedingen.

Toelichting:

Afspraken met betrekking tot facturatie staan enkel vermeld in de individuele dienstverleningsovereenkomst.

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

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

- De plaats en de wijze waarop het kwaliteitshandboek ingezien kan worden.
- Een overzicht van de risico's die de voorziening in het belang van gebruiker verzekert.

Volgende vermeldingen **ontbreken**:

- De wijze waarop het document "Collectieve rechten en plichten" in overleg kan worden aangepast.

Een aantal bijkomende waarborgen

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

- Het recht van de gebruiker op een dossier.
- Het recht van een gebruiker op inzage in het dossier.
- De manier waarop de gebruiker zijn recht op inzage in het dossier kan uitoefenen.

Volgende vermeldingen **ontbreken**:

- Waarborg aan de gebruikers dat hun ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, hun vrijheid en privacy, hun veiligheid en hun gezondheid geëerbiedigd zullen worden, voor zover de werking van de voorziening en de integriteit van de medegebruikers en personeel niet in het gedrang komen.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Eén of meer van de verplichte vermeldingen zijn niet of niet duidelijk opgenomen in de collectieve rechten en plichten (BVR van 04/02/2011, artikel 15 en bijlage 2):
 - de wijze waarop het document "Collectieve rechten en plichten" in overleg kan worden aangepast.
- Eén of meerdere van de verplichte vermeldingen die de rechten van de gebruiker rechtstreeks regelen zijn niet of niet duidelijk opgenomen in de collectieve rechten en plichten (BVR van 04/02/2011, artikel 15 en bijlage 2):
 - de wijze waarop de collectieve inspraak georganiseerd wordt.
 - de collectieve rechten en plichten waarborgen aan de gebruikers dat hun ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, hun vrijheid en privacy, hun veiligheid en hun

gezondheid geëerbiedigd zullen worden, voor zover de werking van de voorziening en de integriteit van de medegebruikers en personeel niet het gedrang komen: deze bepaling is onvoldoende verankerd in het document (BVR van 04/02/2011, artikel 15).

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

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

ONDERTEKENING VAN DE OVEREENKOMST

Er wordt steekproefsgewijs nagekeken of de zorgaanbieder de nodige overeenkomsten met de gebruikers heeft afgesloten.

Aantal overeenkomsten bekeken: 5

De individuele dienstverleningsovereenkomst is ondertekend.

- ja voor 5 overeenkomsten

De ondertekening gebeurde voor de start van de overeenkomst.

- ja voor 5 overeenkomsten

De individuele dienstverleningsovereenkomst is ondertekend door:

- de gebruiker: 3 cases
- de vertegenwoordiger: 2 cases

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

- De gebruiker kan volgens de gesprekspartner zelf zijn rechten uitoefenen (3 keer)

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

- De gebruiker heeft een bewindvoerder voor persoon en/of goederen (2 keer)

De collectieve rechten en plichten maken deel uit van de overeenkomst.

- ja voor 5 overeenkomsten

De overeenkomst afgesloten tussen de zorgaanbieder en gebruiker in kader van begeleid werken, maakt deel uit van de overeenkomst.

- niet van toepassing voor 4 overeenkomsten

De gesprekspartners geven aan dat er voor iedereen een nieuwe overeenkomst opgemaakt werd, die de voorgaande vervangt naar aanleiding van de toevoeging van het luik afwezigheden.

Er is maar 1 cliënt opgestart sinds de nieuwe versie. De gesprekspartners geven aan dat de datum van ondertekening ook de startdatum is, maar dit is niet duidelijk vermeld in de overeenkomst.

Voor de andere cliënten heeft Zorginspectie de voorgaande IDO bekeken, waarbij er bij 2 cliënten enkel een datum staat bij de ondertekening en de startdatum niet vermeld wordt.

Bij 1 cliënt werd wel voorafgaandelijk ondertekend en is de startdatum ook duidelijk vermeld. Bij 1 cliënt heeft de bewindvoerder op 2/12/2024 ondertekend, terwijl de IDO startte op 12/11/2024. De gesprekspartners verwijzen voor deze laatste IDO naar het feit dat hier de datum van de intake als startdatum vermeld werd, maar dat de effectieve start van de IDO pas op 2/12/2024 plaatsvond. Dit kon ook aangetoond worden via de aanwezig registraties.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

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

- De startdatum van de ondersteuning wordt niet consequent ingevuld.

FINANCIËLE REGELING EN AFSPRAKEN

FACTURATIE EIGEN FINANCIËLE BIJDRAGE

De eigen financiële bijdrage is wettelijk vastgelegd. Ook de maximale bijdrage voor rechtstreeks toegankelijke hulp is wettelijk bepaald. Voor bepaalde kosten mag een supplement worden aangerekend (informatie van 28/03/2002). Aan de hand van een steekproef van facturen wordt getoetst of deze regelgeving en richtlijnen correct worden toegepast.

Er is een steekproef van 5 facturen nagekeken

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

- ja in 4 van de facturen
- nee in 1 van de facturen

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

- niet van toepassing in 5 van de facturen

De aangerekende bijkomende kosten zijn geoorloofd.

- niet van toepassing in 5 van de facturen

Toelichting:

In 1 case wordt er voor een halve dag dagopvang 7,33 € eigen bijdrage aangerekend, wat hoger ligt dan de helft van de maximale bijdrage per dag voor dagopvang (12,48 €). Dit gefactureerde bedrag werd wel opgenomen in de IDO van desbetreffende cliënt. De gesprekspartners geven aan dat men voor de berekeningswijze van een halve dag dagopvang dezelfde berekeningswijze gehanteerd heeft als deze voor het woonzorgcentrum en dit is ook niet gewoon de helft van de kostprijs van een hele dag.

In de overige cases staat duidelijk vermeld hoeveel begeleidingen, dagopvang er geweest zijn of wordt verwezen naar het abonnement van 8 begeleidingen.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

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

- Er moet met het VAPH uitgeklaard worden of de bijdrage voor een halve dag dagopvang meer mag bedragen dan de helft van de maximale bijdrage per dag.

INFRASTRUCTUUR

Infrastructuur kan bijdragen aan een goede kwaliteit van leven voor de gebruikers en de geboden zorg en ondersteuning faciliteren. Er wordt getoetst of er zich binnen de geïnspecteerde werking problemen stellen op dit vlak.

ALGEMENE BESCHRIJVING VAN DE INFRASTRUCTUUR

De infrastructuur van de geïnspecteerde werking betreft infrastructuur waar gebruikers wonen en/of (een deel) van de dag doorbrengen.

De infrastructuur van de geïnspecteerde werking:

- maakt deel uit van een grotere campus met meerdere woonentiteiten en/of gebouwen voor dagbesteding.

Toelichting:

In Peer wordt op het moment van het inspectiebezoek gebruik gemaakt van een assistentiewoning, die dienst doet als centrum RTH.

In Leopoldsborg wordt gebruik gemaakt van enkele ruimtes gelegen in het Service Flats 't Heppens Hof.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

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

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

INFRASTRUCTUUR VOOR GEMEENSCHAPPELIJK GEBRUIK

Er wordt getoetst of de gedeelde infrastructuur tegemoet komt aan de zorgnoden van de gebruikers.

De vaststellingen in dit hoofdstuk hebben betrekking op een assistentiewoning gelegen op de campus in Peer, die fungeert als centrum RTH

Binnen deze entiteit zijn er voor de gebruikers volgende gemeenschappelijke ruimtes:

- zitruimte
- keukenfaciliteit
- toiletten
- bad- en/of doucheruimte
- buitenruimte

Het gebouw heeft één bouwlaag.

De vaststellingen in dit hoofdstuk hebben betrekking op de gedeelde infrastructuur van 't Heppens Hof in Leopoldsborg

Binnen deze entiteit zijn er voor de gebruikers volgende gemeenschappelijke ruimtes:

- eetruimte
- zitruimte
- toiletten
- buitenruimte
- polyvalente ruimte

Er is geen keukenfaciliteit.

Er is een kleine kitchenette voorzien van een wasbak. Het is mogelijk om hier bijvoorbeeld de gebruikte glazen/tassen af te wassen.

De eetruimte, zitruimte, kleine kitchenette zonder toestellen bevinden zich in de gemeenschappelijke ruimte van de bewoners van 't Heppens Hof. De polyvalente ruimte, waar de activiteiten aangeboden worden is gelegen op de eerste verdieping en wordt net zoals de andere faciliteiten ook gebruikt door de andere bewoners. De polyvalente ruimte wordt tijdens de afgesproken RTH-begeleiding gereserveerd voor deze

cliënten.

Het gebouw heeft meer dan één bouwlaag.
Er is een lift.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

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

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

ONDERSTEUNING

HET DOSSIER

Elke gebruiker heeft recht op een dossier dat zorgvuldig wordt bijgehouden en veilig wordt bewaard (BVR van 04/02/2011, artikel 23). Het dossier geeft aan de medewerkers de relevante informatie om de zorg en ondersteuning op een kwaliteitsvolle manier te bieden. De beschikbaarheid en veilige bewaring van dossiers wordt getoetst binnen de geïnspecteerde werking.

Er wordt gewerkt met een dossier voor elke gebruiker.

Het betreft een papieren en een elektronisch dossier

Het dossier is consulteerbaar op de uitbatingsplaats.

Het dossier van een beroepsoefenaar in de gezondheidszorg wordt afzonderlijk bewaard.

Het papieren dossier wordt veilig bewaard.

Medewerkers hebben enkel toegang tot de dossiers van de gebruikers van wie ze betrokken zijn op de ondersteuning.

Toelichting:

Het dossier bestaat uit:

- het inschrijvingsformulier centrum RTH (administratieve gegevens, huisarts, interesse in welk aanbod en of er al elders RTH ingezet wordt/doorverwijzing en reden - interesse in ateliers en contactpersonen)
- het verslag van het kennismakingsgesprek met formulering van mogelijke doelstellingen
- de individuele dienstverleningsovereenkomst
- een handelingsplan met beschrijving van de cliënt (verschillende domeinen, afgesproken doelen i.f.v. behoeften gebruiker en evolutiebespreking). De evolutiebespreking wordt 1x per jaar georganiseerd en dan worden de doelstellingen (opnieuw) besproken.
- kwartaal verslagen met neerslag van de begeleidingen

Daarnaast is er ook nog verslaggeving van de 2 wekelijkse teamvergadering, waarin de aandachtspunten per cliënt worden vermeld.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

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

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

COLLECTIEVE INSpraak

Een zorgaanbieder moet collectieve inspraak bieden aan de gebruikers of hun vertegenwoordigers. Bij woonondersteuning of verblijf moet een zorgaanbieder het initiatief nemen om een collectief overlegorgaan op te richten, bij andere zorgvormen is het organiseren van een vergadering een mogelijkheid, maar geen verplichting. Er wordt getoetst of de zorgaanbieder werk maakt van collectieve inspraak en of de gebruikers zelf ook mogelijkheden krijgen op dit vlak (DRM van 07/05/2004, artikel 19 en BVR van 04/02/2011, artikels 27 tot en met 30).

De zorgaanbieder organiseert collectieve inspraak, alleen voor gebruikers.

De collectieve inspraak wordt op volgende manier gegarandeerd:

Bij de dagopvang wordt bij de afsluiting van de activiteit steeds gevraagd hoe de cliënt de activiteit vond en wat hij/zij de volgende keer wenst te doen. Dit is volgens de gesprekspartners standaard geïntegreerd in de werking, maar er wordt geen formeel overlegmoment georganiseerd met een neerslag van de bevindingen. Bij de individuele begeleiding wordt dit enkel op individueel niveau bevestigd. De gesprekspartners geven aan dat het gezien de problematiek van de huidige cliënten ook niet raadzaam is om via een collectief overleg input te vragen. Deze cliënten hebben ook geen nood aan collectief overleg en zijn sterk op het individuele gericht.

De wijze waarop de collectieve inspraak gebeurt, wordt niet bepaald in de collectieve rechten en plichten.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

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

- De collectieve inspraak is niet aantoonbaar.

KWALITEITS- EN VERBETERBELEID

KWALITEITSHANDBOEK

Een zorgaanbieder moet beschikken over een kwaliteitshandboek (Decreet van 17/10/2003 en BVR van 04/02/2011, artikel 46). De inhoud van het kwaliteitshandboek is in regelgeving vastgelegd (BVR van 04/02/2011, bijlage 3). Het kwaliteitshandboek moet permanent ter beschikking liggen van de medewerkers en de gebruikers van de voorziening. Hoe het kwaliteitshandboek is uitgewerkt, wordt getoetst.

De zorgaanbieder beschikt over een kwaliteitshandboek.

Het kwaliteitshandboek is ter beschikking van de medewerkers.

Toelichting:

Volgende procedures werden opgevraagd:

- procedure intake
- procedure beëindiging van de ondersteuning
- procedure afhandelen van klachten van cliënten
- procedure voorkomen, detecteren en gepast reageren op GOG
- procedure registreren van feiten en incidenten
- procedure zelfevaluatie

De procedures intake en beëindiging van de ondersteuning worden door Zorginspectie enkel gecontroleerd op aanwezigheid en niet op inhoud.

De andere procedures worden zowel op aanwezigheid gecontroleerd als inhoudelijk besproken in de volgende hoofdstukken van dit verslag.

De organisatie bezorgde volgende documenten op 9/5/2025:

- RTH - intake (d.d. 4/2025)
- RTH - procedure beëindiging van de ondersteuning (d.d. 4/2025)
- RTH - klachtenprocedure (d.d. 4/2025)
- RTH - signaalprocedure (d.d. 4/2025)
- aspect wonen en leven RTH - procedure seksueel grensoverschrijdend gedrag (d.d. 2/2025)
- RTH - procedure registreren van feiten en incidenten (d.d. 4/2025)
- RTH - procedure omgaan met aspecten van seksualiteit (d.d. 6/2022)
- RTH - visie m.b.t. intimiteit (d.d. 7/2023)
- RTH - zelfevaluatie (d.d. 4/2025)

Het kwaliteitshandboek is ter beschikking van de gebruikers.

Toelichting:

De medewerkers kunnen zowel digitaal als op papier deze documenten consulteren.

Cliënten kunnen inzage in het kwaliteitshandboek vragen.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

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

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

INTEGRITEITSBELEID

Personen met een handicap kunnen zich om uiteenlopende redenen in een kwetsbare positie bevinden.

Een zorgaanbieder moet inzetten op het voorkomen, detecteren en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag waar de persoon met handicap slachtoffer van is.

Mogelijk worden binnen de werking van de organisatie vrijheidsbeperkende maatregelen ingezet. Dergelijke maatregelen hebben een grote impact op de kwaliteit van leven van diegenen op wie ze worden toegepast. Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen moet in elke individuele situatie zorgzaam gebeuren.

Een geschreven referentiekader en bijhorende procedures moeten duidelijk maken op welke manier een organisatie inzet op de bescherming van de integriteit van haar gebruikers (BVR van 04/02/2011, artikel 9, §4; artikel 42-45). Er wordt getoetst in welke mate dit referentiekader en de bijhorende procedures zijn uitgewerkt.

REFERENTIEKADERS, VISIE ROND BESCHERMING VAN DE INTEGRITEIT VAN GEBRUIKERS

De zorgaanbieder heeft over één of meerdere aspecten van bescherming van de integriteit van gebruikers een geschreven referentiekader uitgewerkt.

Het geschreven referentiekader behandelt:

- omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag
- omgaan met agressie
- omgaan met relaties, lichamelijk welbevinden en seksualiteit

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

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

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

PROCEDURE VOOR PREVENTIE, DETECTIE VAN EN GEPAST REAGEREN OP GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG TEN AANZIEN VAN GEBRUIKERS

De zorgaanbieder heeft een procedure voor preventie, detectie van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers uitgewerkt.

De procedure behandelt:

- Incidenten seksueel grensoverschrijdend gedrag
- Agressie-incidenten (fysiek, verbaal,...)

In de procedure zijn volgende elementen gegarandeerd:

Volgende elementen zijn **voldoende** gegarandeerd:

- afspraken over maatregelen ter voorkoming van alle vormen van grensoverschrijdend gedrag.
- afspraken met betrekking tot het detecteren van signalen van grensoverschrijdend gedrag.
- afspraken over registratie van incidenten (registratiesysteem)
- een aangepaste werkwijze die rekening houdt met verschillende mogelijke plegers van grensoverschrijdend gedrag:
 - incident gebruiker – gebruiker
 - incident medewerker – gebruiker
 - incident vrijwilliger - gebruiker
 - incident derden – gebruiker
- afspraken over nazorg voor slachtoffers
- afspraken over nazorg voor andere betrokkenen

Volgende elementen zijn **gedeeltelijk** gegarandeerd:

- afspraken over communicatie met betrekking tot het incident met familie, andere gebruikers, ...

Volgende elementen zijn **niet** gegarandeerd:

- afspraken over het melden van incidenten aan het centraal meldpunt voor grensoverschrijdend gedrag bij het VAPH.
- afspraken over het inschatten van de ernst van een incident.
- afspraken over nazorg voor gebruikers die grensoverschrijdend gedrag heeft gesteld

Toelichting:

Er wordt in 6.2.4.1 bij conclusie mogelijk misdrijf vermeld dat het "Agentschap" verwittigd moet worden zonder verdere specificatie en niet door wie of binnen welke termijn.

In 6.2.4.3 wordt vermeld dat er een anonieme melding gedaan wordt indien de conclusie is dat de melding ongegrond is. Dit is niet in overeenstemming met de VAPH-regelgeving.

6A. vermeldt een werkwijze van medewerker/bezoeker/gebruiker naar gebruiker en 6B. vermeldt werkwijze van gebruiker(s) naar gebruiker/medewerker/bezoeker. Bij het toepassingsgebied wordt medewerkers inclusief vrijwilligers vermeld.

Zorginspectie merkt op dat een derde ruimer bekeken kan worden dan een bezoeker.

In verband met communicatie met betrekking tot het incident wordt niet concreet vermeld welke communicatie er verwacht wordt en/of naar wie. Er wordt enkel verwezen dat er een overleg georganiseerd "kan" worden met de naaste(n), huisarts, ... van het slachtoffer.

De procedure voor preventie, detectie van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers wordt periodiek geëvalueerd.

Datum van de laatste evaluatie:

2/2025

Er hebben zich volgens de gesprekspartners nog geen incidenten voorgedaan. Bijgevolg is de praktische implementatie van de procedure niet toetsbaar.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- In de procedure voor preventie, detectie van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers is geen werkwijze opgenomen voor het melden van incidenten aan het centraal meldpunt voor grensoverschrijdend gedrag (BVR van 04/02/2011, artikel 43 en omzendbrief van 09/08/2012).
- De procedure voor preventie, detectie van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers bevat onvoldoende afspraken over communicatie met familie, andere gebruikers,... als zich een incident voordoet (BVR van 04/02/2011, artikel 21).

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

- Het gehanteerde afwegingskader om experimenteelgedrag te onderscheiden van grensoverschrijdend gedrag is onduidelijk.
- In de procedure voor preventie, detectie van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers wordt een derde enkel als een bezoeker omschreven.
- De procedure voor preventie, detectie van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers bevat onvoldoende afspraken over nazorg voor één of meerdere van de partijen betrokken bij een incident (slachtoffer/gebruiker die grensoverschrijdend gedrag gesteld

heeft/andere betrokkenen).

KLACHTENPROCEDURE

De wijze waarop opmerkingen, suggesties en klachten kunnen worden ingediend en de wijze waarop ze behandeld worden, zijn een verplicht element binnen de collectieve rechten en plichten (BVR van 04/02/2011, bijlage 2). Op die manier wordt aan de gebruikers duidelijk gemaakt hoe klachten kunnen worden ingediend en hoe ze behandeld worden. Het afhandelen van klachten van gebruikers is ook een verplichte procedure binnen het kwaliteitssysteem. De minimale bepalingen voor beide zijn gelijk.

De aanpak en procedure zoals beschreven in de collectieve rechten en plichten wordt als vertrekpunt genomen. De klachtenprocedure in het kwaliteitssysteem wordt enkel nagekeken op de verplichte vermeldingen die eventueel niet worden opgenomen in de collectieve rechten en plichten.

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

- mondelinge klachten, opmerkingen en suggesties over de zorg en ondersteuning.
- schriftelijke klachten over de zorg en ondersteuning.

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

- klachten gerelateerd aan de beëindiging van de zorg en ondersteuning.
- klachten over collectieve inspraak.

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

- klachten gerelateerd aan de beëindiging van de zorg en ondersteuning.
- klachten over collectieve inspraak.

Toelichting:

De gesprekspartners geven aan dat de signaalprocedure en de klachtenprocedure een geheel vormen en de signaalprocedure de klachtenprocedure voorafgaat.

De procedure voor de afhandeling van mondelinge klachten, opmerkingen en suggesties over de zorg en ondersteuning wordt in de praktijk toegepast.

Toelichting:

Er werden in 2024 18 signalen en in 2025 16 signalen geregistreerd in het signalenregister. Het betreft allemaal mondelinge ongenoegens. Het register vermeldt volgende items: type signaal/klacht/suggestie wordt aangeduid, wie meldt, reden, datum, behandeld door wie en de voorgestelde oplossing. De gesprekspartner geeft aan dat dit meegenomen wordt tijdens de evaluatie van de werking.

SCHRIFTELIJKE KLACHTEN OVER DE ZORG EN ONDERSTEUNING

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

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

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

Volgende vermeldingen **ontbreken**:

- een klacht kan steeds worden ingetrokken.
- het antwoord wordt schriftelijk gegeven.
- er is een beroepsfase bij de interne klachtencommissie.
- de klachtencommissie is correct samengesteld (een vertegenwoordiger van de inrichtende macht en een vertegenwoordiger van de gebruikers).
- de contactgegevens van de klachtencommissie.
- de opdracht van de klachtencommissie is beschreven (klachtbehandeling, horen van de partijen, verzoeningspoging).

- de klachtindiener kan zich bij de klachtencommissie laten bijstaan door een derde.
- de klachtencommissie deelt binnen de 30 dagen haar oordeel mee (gegrond of niet).
- de klachtencommissie deelt haar oordeel schriftelijk mee.
- de klachtencommissie deelt haar oordeel mee aan zowel de zorgaanbieder als de klachtindiener.
- beide standpunten worden meegedeeld indien de leden van de klachtencommissie het onderling niet eens zijn.
- de zorgaanbieder moet binnen de 30 dagen antwoorden aan de klachtindiener indien de klacht gegrond bevonden wordt.
- de zorgaanbieder moet schriftelijk antwoorden aan de klachtindiener.
- de indiener van de klacht kan zich schriftelijk wenden tot de leidend ambtenaar van het VAPH, indien de interne klachtenafhandeling geen voldoening schenkt.

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

- een klacht wordt geregistreerd.

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

- een klacht kan steeds worden ingetrokken.
- het antwoord wordt schriftelijk gegeven.
- er is een beroepsfase bij de interne klachtencommissie.
- de klachtencommissie is correct samengesteld (een vertegenwoordiger van de inrichtende macht en een vertegenwoordiger van de gebruikers).
- de opdracht van de klachtencommissie is beschreven (klachtbehandeling, horen van de partijen, verzoeningspoging).
- de klachtindiener kan zich bij de klachtencommissie laten bijstaan door een derde.
- de klachtencommissie deelt binnen de 30 dagen haar oordeel mee (gegrond of niet).
- de klachtencommissie deelt haar oordeel schriftelijk mee.
- de klachtencommissie deelt haar oordeel mee aan zowel de zorgaanbieder als de klachtindiener.
- beide standpunten worden meegedeeld indien de leden van de klachtencommissie het onderling niet eens zijn.
- de zorgaanbieder moet binnen de 30 dagen antwoorden aan de klachtindiener indien de klacht gegrond bevonden wordt.
- de zorgaanbieder moet schriftelijk antwoorden aan de klachtindiener.
- de indiener van de klacht kan zich schriftelijk wenden tot de leidend ambtenaar van het VAPH, indien de interne klachtenafhandeling geen voldoening schenkt.

Toelichting:

Er werden geen schriftelijke klachten ingediend.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- De klachtenprocedure is niet uitgewerkt voor de afhandeling van:
 - klachten gerelateerd aan de eenzijdige beëindiging van zorg en ondersteuning (BVR van 04/02/2011, artikel 38).
 - klachten over collectieve inspraak (BVR van 04/02/2011, artikel 31).
- Eén of meerdere van de verplichte vermeldingen die het klachtrecht van de gebruiker regelen ontbreken in de collectieve rechten en plichten (BVR van 04/02/2011, artikel 15 en bijlage 2).
- De klachtenprocedure bevat niet alle verplichte vermeldingen van de klachtafhandeling (BVR van 04/02/2011, artikel 32-36, artikel 31, artikel 38).

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

- De onontvankelijkheidscriteria van een klacht in de procedure lijken gebaseerd op de criteria van het

VAPH. Er dient bekeken te worden of deze ook voor de organisatie van toepassing zijn.

PROCEDURE REGISTREREN VAN FEITEN EN INCIDENTEN

De opvolging van deze procedure gebeurt door de algemeen directeur, maar kan ook gedelegeerd worden naar de verantwoordelijke voor RTH, die op diens beurt het team van RTH kan betrekken en de nodige verantwoordelijkheden kan geven. Er wordt niet vermeld dat ernstige gebeurtenissen aan het VAPH gemeld moeten worden ten laatste de volgende werkdag volgend op het incident.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- In de procedure registreren van feiten en incidenten is geen werkwijze opgenomen die waarborgt dat feiten en incidenten onmiddellijk gemeld worden aan het VAPH (BVR 4/02/2011, art.45/1).

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

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

ZELFEVALUATIE

Een zorgaanbieder moet een zelfevaluatie uitvoeren (Decreet van 17/10/2003 en BVR van 04/02/2011, artikel 47 - 49). Op die manier krijgt een organisatie in beeld wat goed en minder goed loopt en wat moet worden bijgestuurd. Bijsturing moet planmatig gebeuren. De organisatie moet hiertoe een zelfevaluatiesysteem opzetten en garanderen dat alle processen en ingezette middelen binnen een cyclus van vijf jaar worden geëvalueerd.

Het zelfevaluatiesysteem dat de zorgaanbieder heeft opgezet, garandeert:

- een evaluatie van de gebruikersgerichte processen
- een evaluatie van de organisatiegerichte processen
- een evaluatie van de ingezette middelen

Toelichting:

De gesprekspartner geeft aan dat er jaarlijks een zelfevaluatie uitgevoerd wordt (cf. procedure zelfevaluatie) met betrekking tot:

- de dienstverlening (gebruikers, medewerkers, leidinggevenden, algemeen directeur)
- de financiële middelen (verantwoordelijke financiën, de algemeen directeur en Algemene vergadering)
- de personele middelen (medewerkers, leidinggevenden, HR verantwoordelijke, algemeen directeur)
- de infrastructuur (externe preventiedienst, verantwoordelijke facility, algemeen directeur)

Het opgemaakte beleidsplan en de vooropgestelde kwaliteitsplanning vormen de leidraad voor de zelfevaluatie. Waar mogelijk wordt de zelfevaluatie steeds in team uitgevoerd.

Het RTH-project zit hierin vervat.

Met betrekking tot de geboden dienstverlening wordt waar mogelijk ook de feedback vanuit de gebruikers en de teamleden van RTH meegenomen.

Verder worden gebruikers ingelicht over de concretere uitwerking van de evaluatie vb. verschuiving van de dagondersteuning van Beringen naar Leopoldsburg omwille van bereikbaarheid via openbaar vervoer (bushalte dichtbij).

De zelfevaluatie van de genoemde processen wordt gegarandeerd binnen een periode van maximaal 5 jaar.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

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

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

TOEKOMSTVISIE

Na de erkenning RTH-pilootproject wil men een erkenning vergunde zorgaanbieder bekomen. In eerste instantie voor een uitbreiding RTH-ondersteuning en bijkomend om nadien ook cliënten met PVB te kunnen ondersteunen. Nu zijn er cliënten die van RTH overgaan naar PVB, waardoor men deze cliënten op dit moment niet meer kan ondersteunen. Men wil echt inzetten op continuering van zorg. Men wil ook meer inzetten om via coaching ouder wordende cliënten met een beperking beter te ondersteunen, ook binnen de ouderenzorg. Daarnaast merkt men op dat bewoners in de woonzorgcentra ook ondersteuning nodig hebben om hun perceptie over personen met een beperking te verruimen. Nu heerst er nog vaak de perceptie dat personen met een beperking niet thuis horen in een woonzorgcentrum. Het doel is te komen tot een geïntegreerde werking, zodat personen met een beperking gewoon kunnen aansluiten/doorstromen naar het woonzorgcentrum.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

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

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

BESLUIT

Aan de organisatie wordt gevraagd om de nodige maatregelen te nemen om de werking in overeenstemming te brengen met de regelgeving. Met het oog op het verder uitbouwen van een kwaliteitsvolle werking, worden in het verslag één of meerdere aandachtspunten geformuleerd. Eerdere vaststellingen die bij deze inspectie niet aan bod kwamen of niet getoetst konden worden, blijven onverminderd van kracht.

Nieuwe inbreuken

- Eén of meer van de verplichte vermeldingen zijn niet of niet duidelijk opgenomen in de collectieve rechten en plichten (BVR van 04/02/2011, artikel 15 en bijlage 2):
 - de wijze waarop het document “Collectieve rechten en plichten” in overleg kan worden aangepast.
- Eén of meerdere van de verplichte vermeldingen die de rechten van de gebruiker rechtstreeks regelen zijn niet of niet duidelijk opgenomen in de collectieve rechten en plichten (BVR van 04/02/2011, artikel 15 en bijlage 2):
 - de wijze waarop de collectieve inspraak georganiseerd wordt.
 - de collectieve rechten en plichten waarborgen aan de gebruikers dat hun ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, hun vrijheid en privacy, hun veiligheid en hun gezondheid geëerbiedigd zullen worden, voor zover de werking van de voorziening en de integriteit van de medegebruikers en personeel niet het gedrang komen: deze bepaling is onvoldoende verankerd in het document (BVR van 04/02/2011, artikel 15).
- In de procedure voor preventie, detectie van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers is geen werkwijze opgenomen voor het melden van incidenten aan het centraal meldpunt voor grensoverschrijdend gedrag (BVR van 04/02/2011, artikel 43 en omzendbrief van 09/08/2012).
- De procedure voor preventie, detectie van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers bevat onvoldoende afspraken over communicatie met familie, andere gebruikers,... als zich een incident voordoet (BVR van 04/02/2011, artikel 21).
- De klachtenprocedure is niet uitgewerkt voor de afhandeling van:
 - klachten gerelateerd aan de eenzijdige beëindiging van zorg en ondersteuning (BVR van 04/02/2011, artikel 38).
 - klachten over collectieve inspraak (BVR van 04/02/2011, artikel 31).
- Eén of meerdere van de verplichte vermeldingen die het klachtrecht van de gebruiker regelen ontbreken in de collectieve rechten en plichten (BVR van 04/02/2011, artikel 15 en bijlage 2).
- De klachtenprocedure bevat niet alle verplichte vermeldingen van de klachtafhandeling (BVR van 04/02/2011, artikel 32-36, artikel 31, artikel 38).
- In de procedure registreren van feiten en incidenten is geen werkwijze opgenomen die waarborgt dat feiten en incidenten onmiddellijk gemeld worden aan het VAPH (BVR 4/02/2011, art.45/1).

Aandachtspunten

- De startdatum van de ondersteuning wordt niet consequent ingevuld.
- Er moet met het VAPH uitgeklaard worden of de bijdrage voor een halve dag dagopvang meer mag bedragen dan de helft van de maximale bijdrage per dag.
- De collectieve inspraak is niet aantoonbaar.
- Het gehanteerde afwegingskader om experimenteelgedrag te onderscheiden van grensoverschrijdend gedrag is onduidelijk.
- In de procedure voor preventie, detectie van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers wordt een derde enkel als een bezoeker omschreven.
- De procedure voor preventie, detectie van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers bevat onvoldoende afspraken over nazorg voor één of meerdere van de partijen betrokken bij een incident (slachtoffer/gebruiker die grensoverschrijdend gedrag gesteld heeft/andere betrokkenen).

- De onontvankelijkheidscriteria van een klacht in de procedure lijken gebaseerd op de criteria van het VAPH. Er dient bekeken te worden of deze ook voor de organisatie van toepassing zijn.