

INSPECTIEVERSLAG: GEHANDICAPTENZORG

INRICHTENDE MACHT

Naam

Type entiteit

Rechtsvorm

Ondernemingsnummer

Adres

INSPECTIEPUNT

Naam

HCO-nummer

Adres

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling

Verslagnummer

Inspecteurs

INSPECTIEBEZOEK

Aangekondigde inspectie

Gesprekspartners

PREVIEW

INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	3
• Basisgegevens	6
• Overeenkomsten en rechten en plichten	6
o De individuele dienstverleningsovereenkomst	6
o De collectieve rechten en plichten	7
• Financiële regeling en afspraken	7
o Woon- en leefkosten	7
o Facturatie eigen financiële bijdrage	7
o Beheer van gelden en goederen	8
• Infrastructuur	8
o Algemene beschrijving van de infrastructuur	8
• Medewerkersbeleid	8
o Algemene organisatie van de werking	8
o Inzet van personeel in de praktijk	8
o Vormingsbeleid	9
o Ondersteuning medewerkers naar aanleiding van incidenten	9
• Ondersteuning	9
o Het dossier	9
o Het handelingsplan	9
• Kwaliteits- en verbeterbeleid	9
o Integriteitsbeleid	9
o Praktijkttoets integriteitsbeleid	10
o Klachtrecht	11
• Groepsgesprek met gebruikers	11
• Ondersteuningsfuncties RTH	11
• Besluit	11

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.

PREVIEW

BASISGEGEVENS

Basisgegevens bieden informatie over de organisatie en de uitbatingsplaats, de grootte ervan, de doelgroep en de focus van de inspectie.

De basisgegevens omvatten 3 onderdelen:

- Situering van de inspectie
- Gegevens van de organisatie
- Doelgroep

Er wordt eveneens vermeld op basis van welke informatie de vaststellingen gebaseerd worden (gesprek met gesprekspartners, gesprek met gebruikers, documenten en/of rondgang).

SITUERING

De rubriek situering beschrijft de aanleiding van de inspectie.

GEGEVENS VAN DE ORGANISATIE

Gegevens van de organisatie schetsen of en waarvoor er een erkenning of vergunning is verleend. Hier wordt ook beknopt ingegaan op wat het aanbod van de organisatie/werking inhoudt.

DOELGROEP

Deze rubriek maakt kenbaar met welke doelgroepen er gewerkt wordt.

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 persoonsvolgend budget (PVB)**
- **De individuele dienstverleningsovereenkomst voor rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH)**

Zorginspectie controleert de aanwezigheid van de minimale vermeldingen, die in de individuele dienstverleningsovereenkomst opgenomen moeten zijn aan de hand van een blanco exemplaar, dat door de voorziening gehanteerd en voorafgaand aan het inspectiebezoek aan Zorginspectie bezorgd wordt.

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.

Zorginspectie bekijkt de inhoud van het document “collectieve rechten en plichten” en brengt in kaart of aan alle verplichte vermeldingen voldaan wordt.

FINANCIËLE REGELING EN AFSPRAKEN

WOON- EN LEEFKOSTEN

KOSTENREGELING VOOR WOON-EN LEEFKOSTEN

Gebruikers betalen woon- en leefkosten. Woonkosten zijn de kosten voor gebruik of huur van infrastructuur. Ook het verbruik van water, verwarming en elektriciteit en de vergoeding van normale en kleine herstellingen voor de gebruikte ruimtes vallen onder woonkosten. Leefkosten zijn de kosten voor het levensonderhoud. Er wordt getoetst hoe de regeling voor woon- en leefkosten in mekaar zit (BVR van 04/02/2011, artikel 9; infonota van 11/12/2020).

Zorginspectie bekijkt in de individuele dienstverleningsovereenkomst en de collectieve rechten en plichten wat er overeengekomen is in verband met de woon- en leefkosten. Er wordt aan de gesprekspartner (verantwoordelijke/directie) gevraagd om deze regeling toe te lichten.

FACTURATIE WOON- EN LEEFKOSTEN

Aan de hand van een steekproef van facturen wordt getoetst of de facturatie van de woon- en leefkosten overeenstemt met de afspraken die hierrond zijn gemaakt en of voldaan is aan de wettelijke bepalingen en richtlijnen op dit vlak (BVR van 04/02/2011, artikel 9; infonota van 11/12/2020).

Zorginspectie gaat op basis van een steekproef van 5 facturen van verschillende gebruikers gedurende eenzelfde periode na of woon-en leefkosten correct worden aangerekend en of de facturatie transparant is, rekening houdend met wat in de IDO is opgenomen. Bij de inspectieronde in 2026 focussen we ons op de volwassenen (i.e. volwassenen PVB) die door de organisatie worden begeleid.

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 (inforota van 28/03/2002). Aan de hand van een steekproef van facturen wordt getoetst of deze regelgeving en richtlijnen correct worden toegepast.

Zorginspectie gaat op basis van een steekproef van 5 facturen van verschillende gebruikers gedurende eenzelfde periode na of de eigen financiële bijdrage correct wordt aangerekend en of de facturatie transparant is, rekening houdend met wat in de IDO is opgenomen.

BEHEER VAN GELDEN EN GOEDEREN

Een zorgaanbieder mag niet zomaar geld en goederen van een gebruiker beheren: geldbeheer kan enkel mits aan een aantal voorwaarden voldaan wordt (BVR van 15/06/1994; infonota van 31/01/2011). Er wordt getoetst of een organisatie betrokken is bij financiële zaken van gebruikers en of de regels ter zake worden gerespecteerd.

Zorginspectie brengt in beeld welke financiële taken de voorziening opneemt voor/met de gebruikers en toetst of (indien van toepassing) aan de gestelde regelgeving voldaan wordt.

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.

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

ALGEMENE BESCHRIJVING VAN DE INFRASTRUCTUUR

Indien er binnen de ambulante begeleiding voor de gebruikers gebruik gemaakt wordt van bepaalde infrastructuur, wordt deze locatie bezocht en worden de aanwezige ruimtes geïnspecteerd.

Er gaat ook aandacht naar de mogelijkheden qua toegankelijkheid, waaronder interne mobiliteit, bijvoorbeeld liften.

MEDEWERKERSBELEID

ALGEMENE ORGANISATIE VAN DE WERKING

Het kunnen inzetten van voldoende medewerkers, al dan niet in dienstverband, met competenties aangepast aan de zorgnood van de gebruikers, is een belangrijke randvoorwaarde om kwaliteit van zorg te kunnen bieden. Er wordt getoetst hoe de organisatie hier mee omgaat.

Er wordt nagegaan hoeveel medewerkers deel uitmaken van de ambulante/mobiele werking, over welke diploma's de medewerkers beschikken en of er met vrijwilligers/externen (samen)gewerkt wordt.

INZET VAN PERSONEEL IN DE PRAKTIJK

Het kunnen inzetten van voldoende medewerkers doorheen de hele dag is een belangrijke randvoorwaarde om kwaliteit van zorg te kunnen bieden. Er wordt getoetst hoe de organisatie hierop inzet en anticipeert op drukke momenten.

Zorginspectie bevraagt op welke manier de medewerkers ingezet worden binnen de ambulante/mobiele begeleidingen.

Daarnaast wordt bekeken of de manier van informatieoverdracht (mede) garandeert dat er continuïteit van zorg geboden kan worden.

VORMINGSBELEID

Vorming en opleiding zijn van belang om de deskundigheid van de medewerkers op peil te houden, rekening houdend met de zorgnoden van de gebruikers. Er wordt getoetst hoe de zorgaanbieder het vormingsbeleid in de praktijk brengt en welke accenten daarbij gelegd worden.

Zorginspectie focust hierbij op vormingen die relevant zijn binnen een ambulante/mobiele werking.

ONDERSTEUNING MEDEWERKERS NAAR AANLEIDING VAN INCIDENTEN

Niet alleen gebruikers, maar ook medewerkers kunnen rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken zijn bij een incident. Er wordt getoetst hoe de zorgaanbieder aan medewerkers ondersteuning biedt op dit vlak.

Er wordt bekeken of er een aanspreekpunt is, bij wie medewerkers terecht kunnen en hoe de opvolging van de desbetreffende medewerker gebeurt.

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 nagegaan in welke mate er voor elke gebruiker een dossier aanwezig is en hoe het dossier binnen de ambulante/mobiele begeleiding invulling krijgt rekening houdend met de geboden zorg en ondersteuning.

HET HANDELINGSPLAN

Er wordt voor een steekproef van gebruikers getoetst of hun wensen en noden op verschillende levensdomeinen deel uitmaken van het dossier en of het handelingsplan actueel is. Wordt de gebruiker zelf betrokken bij de opmaak en evaluatie van het handelingsplan, is er aandacht voor toegankelijke communicatie, wordt er actief gewerkt met het handelingsplan,...? Kortom komt het handelingsplan in de geboden zorg en ondersteuning tot leven?

Zorginspectie kijkt enkel de handelingsplannen van niet-RTH-gebruikers.

KWALITEITS- EN VERBETERBELEID

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 INTEGRITEIT VAN GEBRUIKERS

Zorginspectie be vraagt tijdens deze inspectie de referentiekaders, visie rond bescherming van integriteit van gebruikers om te toetsen of men een referentiekader/afspraken hieromtrent hanteert.

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

Tijdens deze inspectie wordt bekeken welke elementen in de procedure opgenomen werden en of er een evaluatieperiode vastgelegd werd.

PRAKTIJKTOETS INTEGRITEITSBELEID

Een vergunde zorgaanbieder moet werk maken van preventie, detectie en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers (BVR van 04/02/2011, artikel 42 - 43). Sommige incidenten van grensoverschrijdend gedrag vallen binnen de meldingsplicht bij het VAPH zoals beschreven in de omzendbrief van 9 augustus 2012. Vanuit de dagelijkse werking wordt algemeen getoetst of deze verplichtingen in de praktijk worden omgezet. Volgende principes worden hierbij als uitgangspunt gebruikt:

- 1. De vergunde zorgaanbieder voert een preventief beleid ter voorkoming van alle vormen van grensoverschrijdend gedrag. Voor wat betreft seksueel grensoverschrijdend gedrag impliceert dit een visie inzake omgaan met lichaamsbeleving, relaties en seksualiteit.*
- 2. De vergunde zorgaanbieder voert een beleid dat toelaat om (signalen van) grensoverschrijdend gedrag snel te detecteren en er op gepaste wijze op te reageren. Hierbij wordt rekening gehouden met verschillende mogelijke plegers (gebruiker, medewerker/vrijwilliger en derden).*
- 3. Indien zich een incident voordoet, reageert de voorziening snel en adequaat en maakt het incident bespreekbaar.*
- 4. Indien zich een incident voordoet, communiceert de vergunde zorgaanbieder op gepaste wijze met de relevante betrokken partijen (wettelijk vertegenwoordiger of betrokken familieleden, de andere gebruikers, ...).*
- 5. Bij een incident heeft de vergunde zorgaanbieder aandacht voor de nazorg voor de betrokken gebruikers en medewerkers en faciliteert herstel indien mogelijk, ...*
- 6. De vergunde zorgaanbieder heeft interne afspraken over registratie van incidenten, met inbegrip van een afwegingskader (vlaggensysteem voor seksueel grensoverschrijdend gedrag zoals uitgewerkt door Sensoa - www.sensoa.be) en afspraken over het melden van incidenten aan het centraal meldpunt voor grensoverschrijdend gedrag bij het VAPH.*
- 7. Het eigen beleid op vlak van omgaan met grensoverschrijdend gedrag wordt gecommuniceerd naar alle relevante actoren en maakt deel uit van de zelfevaluatie.*

Zorginspectie bekijkt aan de hand van concrete dossiers hoe volgende elementen in de praktijk toegepast worden:

- Afweging en melding van de incidenten
- Reactie van de organisatie op de incidenten
- Zelfevaluatie

Bijkomend worden interne afspraken rond het signaleren/registreren van (s)gog bekeken.

KLACHTRECHT

Een voorziening moet in de collectieve rechten en plichten de wijze beschrijven waarop ze opmerkingen, suggesties en klachten van de gebruikers of hun vertegenwoordigers afhandelt. Klachten dienen te worden opgenomen in een daartoe bestemd register en dienen binnen 30 dagen na het indienen schriftelijk te worden beantwoord. De voorziening dient een correct samengestelde klachtencommissie op te richten en dient de mogelijkheid aan de gebruiker kenbaar te maken dat deze zich rechtstreeks schriftelijk kan wenden tot de leidend ambtenaar van het VAPH (BVR van 04/02/2011, artikel 32 - 36).

Er wordt nagegaan of bovenstaande elementen in de klachtenprocedure vermeld worden en op welke wijze dit aan de gebruikers kenbaar gemaakt wordt.

Aan de hand van concrete dossiers wordt een praktijktoets uitgevoerd en er wordt bekeken of de klachtenbehandeling deel uitmaakt van de zelfevaluatie.

GROEPSGESPREK MET GEBRUIKERS

Tijdens het groepsgesprek wordt getoetst in welke mate de gebruikers geïnformeerd worden over de (te) ontvangen begeleiding en de daar bijhorende afspraken. Ook het aspect “inspraak” komt aan bod.

ONDERSTEUNINGSFUNCTIES RTH

Onder deze rubriek brengt Zorginspectie de organisatie van de verschillende ondersteuningsfuncties RTH in kaart, als die door de voorziening georganiseerd wordt.

BESLUIT

In het besluit worden de vaststellingen eerst algemeen toegelicht, waarna beschreven wordt of de organisatie al dan niet voldoet aan de regelgeving met vermelding van de overeenstemmende inbreuken.

Indien men niet aan de regelgeving voldoet worden er inbreuken vermeld met verwijzing naar de regelgeving en wordt aan de organisatie gevraagd om de nodige maatregelen te nemen om de werking in overeenstemming te brengen met desbetreffende regelgeving.

Met het oog op het verder uitbouwen van een kwaliteitsvolle werking worden in het verslag desgevallend één of meerdere aandachtspunten geformuleerd.