

# DEPARTEMENT ZORG

## Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

## INSPECTIEVERSLAG: GEHANDICAPTENZORG

### INRICHTENDE MACHT

Naam	DE KOMPANIE
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	VZW
Ondernemingsnummer	0534969351
Adres	Pastoor Van der Auwerastraat 18, 2640 Mortsel

### INSPECTIEPUNT

Naam	De Kompanie
Adres	Pastoor Van der Auwerastraat 18, 2640 Mortsel

### UITBATINGSPLAATS

Naam	vzw De Kompanie
Adres	Pastoor Van der Auwerastraat 18, 2640 Mortsel

### INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	23/02/2024
Verslagnummer	ZI-2024-00582
Inspecteur	Bernard Lebon

### INSPECTIEBEZOEK

#### vzw De Kompanie

Onaangekondigde inspectie op 23/02/2024 (09:00-13:00)

Gesprekspartners	Rita Van Der Spiegel, algemeen directeur Annelies Beugnies, algemeen coördinator
------------------	---

## INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	3
• Basisgegevens	6
• Overeenkomsten en rechten en plichten	8
o De individuele dienstverleningsovereenkomst	8
o De collectieve rechten en plichten	10
• Kwaliteits- en verbeterbeleid	12
o Klachtenprocedure	12
• Besluit	14

# 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 beleidsadvies 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](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be).

Meer informatie is te vinden op onze website: [www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be).

Binnen 30 dagen na het inspectiebezoek ontvangt het inspectiepunt en (in voorkomend geval) de klachtindieners 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 dossier-elementen 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 jeugdrechtbank of van een advies van het bureau voor bijzondere jeugdbijstand, in voorzieningen die erkend en gesubsidieerd zijn door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 4 februari 2011 betreffende de algemene **erkenningsvoorwaarden en kwaliteitszorg** van voorzieningen voor opvang, behandeling en begeleiding van personen met een handicap;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende de erkenning en subsidiëring van **multifunctionelecentra** 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](http://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](mailto:openbaarheid.zorginspectie@vlaanderen.be) of via het online invulformulier op de website.

## BASISGEGEVENS

### SITUERING VAN DE INSPECTIE

De inspectie gaat over:

- opvolging van eerdere vaststellingen

Toelichting:

De bron van de opvolging van de inbreuken gaat terug tot het verslag V-2022-BELE-0047. Het resultaat van een opvolgingsbezoek werd in verslag V-2023-BELE-0027 vastgelegd. Er bleef een inbreuk onvoldoende te zijn weggewerkt. Daarenboven werden 2 nieuwe inbreuken vastgesteld. Deze inspectie onderzoekt of de openstaande inbreuken al dan niet zijn weggewerkt.

### GEGEVENS VAN DE ORGANISATIE

Vastgesteld op basis van:

CoHBRA, toelichting door de gesprekspartners

### **VERGUNNING/ERKENNING**

De organisatie is erkend en/of vergund als:

- vergunde zorgaanbieder
- aanbieder van rechtstreeks toegankelijke hulp
- vakantiewerking voor kinderen en volwassenen, crisisopvang en kort verblijf

De organisatie biedt zorg en ondersteuning aan:

- volwassenen, namelijk:
  - woonondersteuning
  - dagondersteuning

Totaal aantal gebruikers (in koppen) dat zorg en ondersteuning krijgt aangeboden door de organisatie:  
50

Toelichting:

De verblijfsfunctie omvat 16 cliënten.

### **UITBATINGSPLAATS**

#### **Soort uitbatingsplaats**

Op deze uitbatingsplaats wordt zorg en ondersteuning geboden aan:

- volwassenen, namelijk:
  - woonondersteuning
  - dagondersteuning

De dagondersteuning die op deze uitbatingsplaats wordt aangeboden, is gericht op volwassenen die

- ook op deze uitbatingsplaats wonen
- niet bij de zorgaanbieder wonen

### **FOCUS INSPECTIE**

**De vaststellingen in dit verslag hebben betrekking op  
WOONONDERSTEUNING**

De Kompanie

aantal gebruikers: 50

leeftijd: 20 - 63 jaar

De volledige uitbatingsplaats kwam aan bod.

## DOELGROEP

Vastgesteld op basis van:

toelichting door de gesprekspartners

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

- niet-aangeboren hersenletsel
- licht verstandelijke handicap
- matig verstandelijke handicap
- autisme of autismspectrumstoornis
- motorische handicap
- meervoudige handicap

## 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.*

Vastgesteld op basis van:

Individuele dienstverleningsovereenkomsten: Onderdeel collectieve rechten en plichten in IDO Wonen versie 2024 en IDO Dagwerking 2024  
toelichting door de gesprekspartners

#### **De individuele dienstverleningsovereenkomst voor persoonsvolgend budget (PVB)**

De vergunde zorgaanbieder werkt met:

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

Het geïnspecteerde model 2024 is een versie die is gebaseerd op de versie van 2023 met als doel het wegwerken van de geformuleerde inbreuken.

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.
- de duur van de proefperiode.
- de proefperiode bedraagt maximum 6 maanden.

#### **Aard van de ondersteuning en tijdelijke meervragen**

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.
- de wijze waarop de voorziening een antwoord zal bieden op vragen van de gebruiker om tijdelijk en beperkt meer ondersteuning te bieden.

#### **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 kost voor zorg en ondersteuning uitgedrukt in euro.
- de opsomming van de woon- en leefkosten zoals overeengekomen tussen gebruiker en zorgaanbieder.



Volgende vermeldingen **ontbreken**:

- een rubriek 'beheer van gelden en goederen'.
- de organisatie beheert gelden en goederen van de gebruiker.

Toelichting:

Er is beslist om niet over te gaan tot het beheer van gelden en goederen. De organisatie beheert geen gelden en goederen van gebruikers.

### **Andere vergoedingen en duurzame goederen**

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

- een verklaring op erewoord van de gebruiker dat hij geen vergoeding voor hulp van derden of ondersteuning door een voorziening heeft ontvangen of dat hij geen aanspraak kan maken op een dergelijke vergoeding.
- de wijze waarop de inventaris van de duurzame persoonlijke goederen van de gebruiker binnen de voorziening wordt bijgehouden en geactualiseerd.

### **Aanpassing van de overeenkomst en het handelingsplan**

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

- de wijze waarop de individuele dienstverleningsovereenkomst kan worden aangepast of gewijzigd.
- de wijze waarop het handelingsplan kan worden aangepast.
- frequentie van evalueren van het handelingsplan is beschreven.
- de frequentie van evalueren is minstens 1 keer per 3 jaar (volwassenen).
- wijze van evalueren van het handelingsplan is beschreven.
- er is vermeld dat de persoon met handicap altijd bijkomend een evaluatie van het handelingsplan kan vragen.

Toelichting:

De gewijzigde versie 2024 van de individuele dienstverleningsovereenkomst vermeldt in artikel 2, 2.2. expliciet dat een evaluatie voor meerderjarigen minstens één keer per drie jaar in overleg geëvalueerd wordt. Desgevallend zal dat voor minderjarigen minstens jaarlijks het geval zijn.

### **Een aantal bijkomende waarborgen**

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

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

## **SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN**

### **Bestaande inbreuk(en)**

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

#### **Weggewerkt**

- Eén of meerdere van de verplichte vermeldingen die de rechten van de gebruiker rechtstreeks regelen zijn niet of niet duidelijk opgenomen in de individuele dienstverleningsovereenkomst (BVR van 04/02/2011, artikel 9 - bijlage 1):
  - de wijze waarop het handelingsplan kan aangepast worden (de frequentie van evalueren is minstens jaarlijks (minderjarigen) of minstens 1 keer per 3 jaar (volwassenen); de wijze van evalueren; de mogelijkheid tot het vragen van een bijkomende evaluatie door een gebruiker)

(BVR van 04/02/2011, artikel 11).

### **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.*

Vastgesteld op basis van:

Individuele dienstverleningsovereenkomsten:

Onderdeel collectieve rechten en plichten in IDO Wonen versie 2024 en IDO Dagwerking 2024

Toelichting door de gesprekspartners

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

### **Collectieve inspraak**

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

- De wijze waarop de collectieve inspraak georganiseerd wordt.
- Het huishoudelijk reglement van het collectief overlegorgaan.

### **Tarieven en bijkomende vergoedingen**

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

- De tarieven van de woon- en leefkosten.
- De prestaties of verstrekkingen die aanleiding geven tot bijkomende vergoedingen.

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

Volgende vermeldingen **ontbreken**:

- De samenstelling van de toezichtsraad voor beheer van gelden en goederen.

Toelichting:

De organisatie nam de beslissing om niet aan beheer van gelden en goederen te doen. Dit staat expliciet vermeld in de individuele dienstverleningsovereenkomst versie 2024, artikel 1.2.. Vandaar dat de samenstelling van de toezichtsraad niet aan de orde is.

## **Een aantal bijkomende waarborgen**

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

- Waarborg aan de gebruikers dat hun ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, hun vrijheid en privacy, hun veiligheid en hun gezondheid geëerbiedigd zullen worden, voor zover de werking van de voorziening en de integriteit van de medegebruikers en personeel niet in het gedrang komen.
- Het recht van de gebruiker op een dossier.
- Het recht van een gebruiker op inzage in het dossier.
- De manier waarop de gebruiker zijn recht op inzage in het dossier kan uitoefenen.

## **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.

# KWALITEITS- EN VERBETERBELEID

## 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.*

Vastgesteld op basis van:

Toelichting door de gesprekspartners, klachtenprocedure in de collectieve rechten en plichten  
Klachtenprocedure in het kwaliteitshandboek

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

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

Toelichting:

De organisatie heeft beslist om niet aan geldbeheer te doen. Bijgevolg kunnen er geen klachten omtrent geldbeheer geformuleerd worden.

## SCHRIFTELIJKE KLACHTEN OVER DE ZORG EN ONDERSTEUNING

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

Volgende vermeldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

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

Toelichting:

De samenstelling van de klachtencommissie is aangepast op basis van de voorheen geformuleerde openstaande inbreuk. De functie van de voorzitter viel voorheen samen met de functie als directeur. Dit is gewijzigd zodat de samenstelling conform de reglementaire bepalingen.

De procedure voor de afhandeling van schriftelijke klachten over de zorg en ondersteuning wordt in de praktijk toegepast.

## **KLACHTEN OVER COLLECTIEF OVERLEG**

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

Volgende meldingen zijn **voldoende** gegarandeerd:

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

## **SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN**

### **Bestaande inbreuk(en)**

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

### **Weggewerkt**

- De klachtenprocedure is niet uitgewerkt voor de afhandeling van
  - klachten in verband met het beheer van gelden (BVR van 04/02/2011, artikel 32).
  - klachten over collectieve inspraak (BVR van 04/02/2011, artikel 31).

### **Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

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

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

## BESLUIT

Op basis van de vaststellingen genoteerd in dit verslag, wordt besloten dat de werking van de vergunde zorgaanbieder voldoet aan de gecontroleerde regelgeving. Eerdere vaststellingen die bij deze inspectie niet aan bod kwamen of niet getoetst konden worden, blijven onverminderd van kracht.

### De individuele dienstverleningsovereenkomst

#### Inbreuken

##### Weggewerkte inbreuken

- Eén of meerdere van de verplichte vermeldingen die de rechten van de gebruiker rechtstreeks regelen zijn niet of niet duidelijk opgenomen in de individuele dienstverleningsovereenkomst (BVR van 04/02/2011, artikel 9 - bijlage 1):
  - de wijze waarop het handelingsplan kan aangepast worden (de frequentie van evalueren is minstens jaarlijks (minderjarigen) of minstens 1 keer per 3 jaar (volwassenen); de wijze van evalueren; de mogelijkheid tot het vragen van een bijkomende evaluatie door een gebruiker) (BVR van 04/02/2011, artikel 11).

### Klachtenprocedure

#### Inbreuken

##### Weggewerkte inbreuken

- De klachtenprocedure is niet uitgewerkt voor de afhandeling van
  - klachten in verband met het beheer van gelden (BVR van 04/02/2011, artikel 32).
  - klachten over collectieve inspraak (BVR van 04/02/2011, artikel 31).