

////////////////////////////////////

DIENTEN MAATSCHAPPELIJK WERK

Resultaten van de periodieke opvolging door
Zorginspectie 2014-2015

////////////////////////////////////

INHOUD

1	OPZET	3
1.1	Situering inspecties	3
1.2	Gehanteerd inspectiemodel	3
1.3	Wijze van rapporteren	5
2	SITUERING VAN DE WERKING	5
3	PROFILERING EN BEKENDMAKING	6
4	HERKENBAARHEID, BEREIKBAARHEID EN INFRASTRUCTUUR	8
4.1	Herkenbaarheid	8
4.2	Bereikbaarheid	8
4.3	Infrastructuur	10
5	OMKADERING	11
6	KLACHTENBEHANDELING	12
7	ZELFEVALUATIE, KWAITEITSPLANNING EN RESULTAATSGERICHTE INDICATOREN	13
7.1	Zelfevaluatie	13
7.2	Kwaliteitsplanning	14
7.3	Resultaatsgerichte indicatoren	14
8	HULP- EN DIENSTVERLENING	15
9	ALGEMEEN BESLUIT	17

1 OPZET

1.1 SITUERING INSPECTIES

De inspecties kaderen in een periodieke opvolging van de diensten maatschappelijk werk bij de ziekenfondsen, verder DMW genoemd. Ze focussen op een aantal voorwaarden scheppende werkingsaspecten en verder op deze die te maken hebben met de concrete inhoud van de aangeboden begeleiding.

Deze focus werd vastgelegd binnen het inspectieteam, in samenspraak met de Afdeling Woonzorg en Eerste Lijn, team eerste lijn en thuiszorg, verder TELTZ.

Deze afdeling erkent en subsidieert de DMW. Jaarlijks ontvangen deze organisaties een subsidie-enveloppe waarmee ze hun werking uitbouwen. De afdeling zorgt ook voor beleidsvoorbereidend en beleidsevaluerend werk zodat de centra in staat gesteld worden in te spelen op maatschappelijke evoluties.

1.2 GEHANTEERD INSPECTIEMODEL

De inspecties werden uitgevoerd in alle hoofdzetels waaraan een erkenning als DMW toegekend is. Het betreft 28 inspectiepunten. Daarvan werden er 2 middels een proefinspectie geïnspecteerd, uitgevoerd in oktober-november 2013. De andere inspecties werden uitgevoerd in het laatste trimester van 2014 en het eerste van 2015.

Binnen het gehanteerde inspectiemodel werden de normen, zowel de algemene erkenningsnormering als de kwaliteitsregelgeving en specifieke sectorale bepalingen geïntegreerd.

Volgende regelgeving vormde de basis voor de inspectie:

- Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 (=WZD)
- Besluit van de Vlaamse Regering (BVR) van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgdiensten en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers (gewijzigd) en bijlage V (specifieke erkenningsvoorwaarden)
- Besluit van de Vlaamse Regering van 5 juni 2009 tot vaststelling van de regels voor het verlenen van voorafgaande vergunning voor sommige woonzorgdiensten (gewijzigd)
- Besluit van de Vlaamse regering van 5 juni 2009 betreffende de procedures voor woonzorgdiensten en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers (gewijzigd)
- Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsdiensten
- Ministerieel Besluit van 29 november 2011 houdende de bepaling van resultaatsgerichte indicatoren voor de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen
- Ministerieel Besluit betreffende de bepaling van het aantal erkende voltijds equivalenten van de Diensten Maatschappelijk Werk van de Ziekenfondsen.

De gescoorde aandachtspunten en tekorten hadden meestal betrekking op bijlage V bij het Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgdiensten en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers van 24/07/2009, tenzij anders vermeld.

Het inspectieconcept van Zorginspectie vertrekt vanuit een verificatiemodel (= nalevingstoezicht), m.a.w. het nazicht van de naleving van normen en verplichtingen in het kader van de kwaliteits- en sectorale regelgeving. Zorginspectie werkte dus conform de eigen inspectietraditie met als uitgangspunt de geldende regelgeving. In beide is de responsabilisering van voorzieningen een belangrijk principe. Dit vertaalde zich onder meer in een open inspectiehouding waarbij de voorziening de mogelijkheid krijgt om op de wijze die zij geschikt achtte, de conformiteit met de regelgeving aan te tonen.

Wat de beoordeling betreft scoorden we enkel een tekort voor dat deel van deze werkingsprincipes waarvoor er een wettelijke basis is. De andere werden gezien als na te streven good practices en gaven daarom enkel aanleiding tot een aandachtspunt.

Deze inspecties gebeurden aangekondigd zodat de voorziening zich efficiënt kon voorbereiden en de juiste gesprekspartners voor het gesprek met de inspecteur aanwezig konden zijn. Pragmatisch was voorzien dat in de voormiddag het gesprek met de verantwoordelijken van de dienst plaatsvond en dat in de namiddag een steekproef van begeleidingsdossiers kon toegelicht worden door de betrokken terreinmedewerkers. In de praktijk konden sommige inspecties op een halve dag worden afgerond.

Er werd, gelet op onze zorg voor klantgerichtheid en transparantie, ook bijzondere aandacht besteed aan het briefen van de sector:

Op 18/6/2014 is het opzet van de inspectieronde toegelicht voor de sector en ook het kabinet is geïnformeerd. Dit gebeurde na het uitvoeren van 2 proefinspecties en terugkoppeling hierover naar de afdeling Woonzorg en Eerste Lijn.

Het extern inspectiemodel en een toelichtende brief zijn bij die briefing ter beschikking gesteld aan de sector, werden op de website geplaatst van Zorginspectie en werden nog eens per mail opgestuurd door de inspecteur bij het maken van de concrete afspraak voor het inspectiebezoek. De DMW konden zich dus gericht voorbereiden op de inspectie.

Met het oog op de correcte consultatie van begeleidingsdossiers, werd de nota Zorgvuldigheidsafspraken (2004-09-09, opgesteld in overleg met de sector) in herinnering gebracht bij de inspecteurs. Daarbij werd gestipuleerd dat het uitgangspunt is dat beide partijen, sector en inspectie, respect hebben voor de privacy van de gebruiker, enkel opvragen wat nodig is voor de uitoefening van de begeleiding/controletaak en dat de voorziening de persoonsgegevens in een concreet dossier onherkenbaar mag maken (wissen, afdekken) zonder evenwel de authenticiteit van het document in gevaar te brengen. De inspecteur noteerde geen persoonsgegevens van cliënten tijdens de inspectie, vermeldde deze evenmin in de inspectieverslagen en hij nam geen documenten mee met betrekking tot cliënten.

Voorafgaand aan het plaatsbezoek werden door de betrokken inspecteur het jaarverslag 2013 en de website van de voorziening geconsulteerd. Tijdens het inspectiebezoek werden volgende inspectiewerkzaamheden uitgevoerd: rondgang in de infrastructuur, gesprekken met leidinggevende en begeleidende personeelsleden, inzage van documenten en nazicht van een steekproef van gebruikers- en personeelsdossiers.

1.3 WIJZE VAN RAPPORTEREN

De meeste gegevens van 28 inspecties werden geglocaliseerd i.f.v. de opmaak van dit rapport. De gegevens die enkel nuttig waren voor de interne werking van de voorziening werden niet geglocaliseerd: bijvoorbeeld de vaststelling dat het organogram niet geactualiseerd was of dat er geen leidinggevend personeelslid is voor de dienst.

Het was mogelijk de gegevens van de 2 proefinspecties eveneens in het globaal rapport op te nemen want de vragenlijst werd slechts licht aangepast na deze proefinspecties.

Vanzelfsprekend verschilden de voorzieningen onderling wel in capaciteit maar ongeacht de capaciteit woog elke voorziening in de scoring even zwaar.

2 SITUERING VAN DE WERKING

Hier werd nagekeken wat belangrijk was in de organisatie van de DMW om de vaststellingen m.b.t. de bezochte dienst te kunnen duiden. Minimaal werd het organogram van de lokale werking nagekeken.

Vaststellingen

Er werd vastgesteld dat alle diensten beschikten over een organogram.

Besluit

De dienst kan zich situeren in het geheel van de organisatie en de personeelsleden weten aan wie ze verantwoording moeten afleggen, door wie ze worden aangestuurd en waar en bij wie men terecht kan met vragen.

3 PROFILERING EN BEKENDMAKING

Bij de bekendmaking, die op een aangepaste en verstaanbare manier diende te gebeuren, werd nagezien of:

- de term 'dienst maatschappelijk werk' gebruikt wordt
- de doelgroep in de info beschreven wordt evenals als het soort hulpvragen
- het hulp- en dienstverleningsaanbod wordt toegelicht
- er info wordt gegeven over de kostprijs van de dienstverlening
- de openingsuren bekend worden gemaakt
- er informatie gegeven wordt over de telefonische bereikbaarheid
- er naast digitale communicatie ook andere communicatie gehanteerd wordt.

Indien er neen werd gescoord op 1 van deze elementen, resulteerde dit in een tekort.

'Verstaanbaar en aangepast' is informatie die, naar inschatting van de inspecteur, in een toegankelijke taal, op een verzorgde en gestructureerde wijze aan de gebruiker ter beschikking wordt gesteld. Dit kan zowel op papieren dragers als via elektronische middelen zijn. Indien er enkel elektronisch gecommuniceerd werd, werd dit een tekort want niet elke potentiële gebruiker heeft toegang tot het internet.

In deze module probeerden we ook zicht te krijgen op de doelgroepen tot wie men zich prioritair richt dus de doelgroepen voor wie men een proactieve benadering uitwerkte zoals wettelijk verplicht is. We deden een beperkte toets m.b.t. aantoonbaarheid voor 5 van deze prioritair benaderde doelgroepen: concreet werd nagezien waaruit de extra inspanning bestond om ze te bereiken vb. een brief, een telefoontje, een uitnodiging voor een informatiemoment.... De verplichte vervolgactie bij 20% van de bereikte personen keken we niet na.

Of er culturele en/of psychologische drempels voor de hulpverlening zijn, werd niet expliciet bevraagd. Er werd wel een standaard tekort voorzien voor het geval er hierover relevante vaststellingen gedaan werden bv. lidmaatschap ziekenfonds vereist om een bepaalde dienstverlening te verkrijgen.

Vaststellingen

De diensten doen grote inspanningen om hun gebruikers te bereiken: slechts voor 1 voorziening werd vastgesteld dat het op een aangepaste wijze communiceren naar de potentiële gebruikers over het hulpverleningsaanbod een werkpunt is.

Alle diensten benaderden in principe ook minstens 5 verschillende doelgroepen, maar voor 1 dienst waren deze proactieve acties onvoldoende aantoonbaar. Deze dienst scoorde hierop een tekort.

Concreet werden voor volgende deeldoelgroepen proactieve acties opgezet:

Doelgroep	Aantal DMW	%
Gebruikers met een verminderde zelfredzaamheid (bv. profiel B of C op KATZ-schaal, min. 15 op BEL-profielscore, nood aan mobiliteitshulpmiddelen, nood aan incontinentiemateriaal)	25	89
Gebruikers in palliatieve fase	8	29
Gebruikers met recht op bijkomende kinderbijslag	16	57
Gebruikers met ziekte- of invaliditeitsuitkering	24	86
Chronisch zieken	14	50
Gebruikers die recht hebben terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen in het kader van de sociale maximumfactuur	3	11
Gebruikers met een dossier bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap	15	54
Personen ouder dan 80 jaar	4	14
Personen die recht hebben op een tegemoetkoming hulp van derden	11	39
Gebruikers die langdurig hulpmateriaal ontfangen	14	50
Gebruikers die een rolstoel aanvragen	20	71
Andere	21	75

Voor een aantal doelgroepen worden door quasi alle ziekenfondsen extra inspanningen geleverd om ze te bereiken: gebruikers met verminderde zelfredzaamheid en mensen met een ziekte- of invaliditeitsuitkering. Opvallend is dat de gebruikers die recht hebben op terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen in het kader van de sociale maximumfactuur slechts door 3 diensten proactief benaderd worden.

Onder de groep “andere” in het raster werden vernoemd: mensen die bijna 1 jaar arbeidsongeschikt waren, gerechtigd of bijna gerechtigd op een tegemoetkoming van de zorgverzekering (ZVZ) (grensscore), personen mét voldoende hoge score voor een tegemoetkoming van de ZVZ maar zonder dat deze vergoeding werd aangevraagd, mensen die hun premie voor de ZVZ niet betaalden, mensen met een PSV-atteest (Persistent Vegetatieve Status), kankerpatiënten, niet eenmalige kopers van incomateriaal, aanvragers van een parkeerkaart voor mindervaliden, verkeersslachtoffers, gebruikers van mobiliteitshulpmiddelen met toelating van de adviserende arts, ontvangers van een mantelzorgpremie, PAS-gebruikers, personen met een FOD tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, mensen die op herstel- of kortverblijf waren.

Allerlei directe kanalen worden door de diensten gehanteerd om op een correcte en aangepaste wijze te communiceren naar potentiële cliënten: website, eigen of intermutualistisch opgestelde folders, ledenblad... Ook indirect wordt gepoogd om de zorgbehoevende cliënten te bereiken: vb. via overleg met de sociale diensten van de ziekenhuizen of rechtstreekse bezoeken aan leden tijdens een ziekenhuisopname, met de adviserende geneesheer, via lijsten van begunstigden van de zorgkas, via signalen vanuit het RDC bij het

plaatsen van een personenalarm of huisbezoeken n.a.v. een advies rond woningaanpassing, via info vanuit de zorgshop over mensen die langdurig materiaal ontlenden.

Culturele of psychologische drempels bij de aanlevering van de hulp- en dienstverlening werden niet vastgesteld door Zorginspectie (=ZI).

Besluit

Zowel via directe als indirecte kanalen wordt gepoogd om potentiële gebruikers te bereiken.

Een aantal meer kwetsbare groepen wordt rechtstreeks proactief benaderd, telefonisch of per brief vaak met het aanbod voor een huisbezoek. Hier leggen de verschillende diensten andere klemtonen al doen alle diensten inspanningen naar de gebruikers met verminderde zelfredzaamheid en mensen met een ziekte- of invaliditeitsuitkering.

4 HERKENBAARHEID, BEREIKBAARHEID EN INFRASTRUCTUUR

Volgende items kwamen hier aan bod: herkenbaarheid, bereikbaarheid, rechtstreeks en zonder afspraak bereikbaar zijn, de mogelijkheid tot een huisbezoek en de infrastructuur an sich.

4.1 HERKENBAARHEID

Er wordt verwacht dat de lokalen van de DMW als dusdanig herkenbaar zijn, m.a.w. dat er aanduidingen, pijlen, borden, posters, deuropsschriften,...zijn.

De herkenbaarheid is geen expliciet vermelde eis in de wetgeving: daarom scoorden we hier enkel aandachtspunten.

Vaststellingen

Aan 5 diensten werd gevraagd meer werk te maken van hun herkenbaarheid (5 diensten= 18 %). Het aandachtspunt refereert naar een, meestal met andere diensten gedeeld, gebouw waarbij op de gevel niets is aangebracht dat het herkenbaar maakt als DMW.

Besluit

Grosso modo besteden de diensten voldoende aandacht aan de herkenbaarheid van hun gebouwen en lokalen.

4.2 BEREIKBAARHEID

Bereikbaarheid werd als volgt geconcretiseerd in het toetsingskader: is er parking op minder dan 300 m, een parkeerplaats voor mindervaliden en is er een halte van openbaar vervoer op minder dan 500 m. Enkel indien

men op alle 3 deze deelaspecten positief scoorde, werd de bereikbaarheid/ligging als voldoende beoordeeld, anders gaf dit aanleiding tot een tekort.

Verder werd gevraagd of de dienst rechtstreeks (zonder afspraak) toegankelijk was (versta: fysiek dus niet enkel telefonisch) op de uren die de dienst zelf afficheert.

Er werd ook bevraagd of de dienst inspanningen doet om buiten de kantooruren bereikbaar/toegankelijk te zijn.

We gingen na of de dienst -minstens- 1 avond in de week of een halve dag in het weekend vrij toegankelijk is want het is belangrijk dat men zich niet uitsluitend richt tot niet werkenden. Wanneer niet voorzien werd een aandachtspunt gescoord.

Indien de dienst niet vrij toegankelijk was buiten de kantooruren, dan verwachtten we toch dat er minstens een afspraak kon gemaakt worden voor een consult buiten de kantooruren. Indien zelfs dit niet kon, werd een tekort gescoord nl.: het is reglementair vereist dat de dienst aandacht besteedt aan de toegankelijkheid buiten de kantooruren.

Kwamen in deze module verder nog aanbod: de mogelijkheid tot het uitvoeren van een huisbezoek en de bekendmaking ervan. We toetsten de financiële toegankelijkheid: met name of de dienstverlening al dan niet gratis was zoals wettelijk voorzien.

Vaststellingen

Bijna alle diensten scoren goed m.b.t. ligging en bereikbaarheid, uitgezonderd twee. In beide diensten was er noch in of aan het eigen gebouw noch in de buurt een parking voor mindervaliden.

Ook de rechtstreekse toegankelijkheid tijdens de kantooruren stelde weinig problemen tenzij bij 1 dienst die ook dan enkel op afspraak werkt. De toegankelijkheid buiten de kantooruren scoort veel minder goed. In 22 (79 %) diensten is er geen vrije toegankelijkheid buiten de kantooruren. Er wordt na de kantooruren enkel op afspraak (en met huisbezoeken) gewerkt. Dus de grote meerderheid van de DMW scoorde hier een aandachtspunt.

Alle diensten verrichten huisbezoeken maar er wordt soms niet echt “reclame” voor gemaakt: in 1 op 4 diensten wordt de mogelijkheid tot huisbezoeken naar de gebruikers niet of onvoldoende kenbaar gemaakt,

Anderzijds wordt wel gezorgd voor continuïteit in de vakantieperiodes: geen enkele dienst scoorde hier een tekort.

Er werden evenmin inbreuken vastgesteld m.b.t. het financiële aspect: alle diensten werken gratis zoals reglementair vereist.

Besluit

Ligging en vrije toegankelijkheid tijdens de geafficheerde openingsuren is in bijna alle diensten in orde. Er is continuïteit van dienstverlening ook tijdens de vakantieperiodes en de dienstverlening is gratis.

De vrije toegankelijkheid buiten de kantooruren, dus 's avonds of in het weekend, is bij de meeste diensten een lacune en ook de bekendmaking van de mogelijkheid tot huisbezoek (o.a. op deze momenten) kan beter.

4.3 INFRASTRUCTUUR

We deden een rondgang in het gebouw en noteerden of er gemeenschappelijk gebruik is op hetzelfde moment van de lokalen met een andere dienst. We hadden daarbij aandacht voor de privacy en kwaliteit van het onthaal.

Naast algemene rolstoeltoegankelijkheid (inkom, wachtzaal, spreekzaal) kwam in een aparte vraag ook de beschikbaarheid van een rolstoeltoegankelijk toilet aan bod.

De beschikbaarheid van een rolstoeltoegankelijk toilet werd door de sector als te hoge eis benoemd bij de vorige inspectieronde. Derhalve werd –i.s.m. de afdeling Woonzorg en Eerste Lijn - de beschikbaarheid ervan enkel geëist in een nieuw gebouw (gebouw daterend van na 2007), bij de andere niet. ZI verwacht dan wel dat men de gebruikers informeert over het feit dat de dienst niet rolstoeltoegankelijk is en dat dan een huisbezoek wordt aangeboden.

Vaststellingen

Enkel de resultaten rond rolstoeltoegankelijkheid werden geglobaliseerd, de andere aspecten werden alleen in de voorzieningsgebonden inspectieverslagen opgenomen.

De rolstoeltoegankelijkheid werd voor 3 diensten als onvoldoende beoordeeld. Concreet betekende dit dat in deze diensten de deuren te smal waren of te zwaar en dat in dat laatste geval er geen bel of een niet werkende bel voorzien was om assistentie te kunnen vragen.

Besluit

25 diensten hadden voldoende aandacht voor rolstoeltoegankelijkheid.

5 OMKADERING

In deze sector wordt met subsidie-enveloppes gewerkt. Er is qua personeelsinzet en –kwalificatie slechts beperkte, afdwingbare regelgeving. De diensten beschikken dus over een grote mate van vrijheid om hun personeelsequipe vorm te geven.

Werd bevroegd:

- is er een leidinggevende in de dienst?
- bedraagt het aantal reëel beschikbare personeelsleden minstens het aantal gesubsidieerde personeelsleden zoals vermeld in het subsidiebesluit?

Daartoe werden steekproeven uitgevoerd op de contracten van de personeelsleden vermeld op de nominatieve personeelslijst waarbij werd gefocust op de vermelde arbeidsduur. De voorzieningen kunnen autonoom de gevraagde kwalificaties kiezen dus deze werden niet bevraagd.

Maatschappelijk werkers ingezet voor de MDT (multidisciplinaire teams i.f.v. het VAPH) en indicatiestellers voor de zorgverzekering (ZVZ) werden hier niet meegerekend gelet op de specifieke, bijkomende subsidiëring die er hiervoor door de overheid voorzien is.

Tenslotte werd de beschikbaarheid van een deontologische code nagekeken.

Vaststellingen

In een beperkt aantal diensten is het kader onvoldoende bezet in verhouding tot het aantal gesubsidieerde voltijds equivalenten(= vte): 3 DMW scoorden hier een tekort. Het aantal vte tekort is daarbij niet eenduidig af te lijnen: in deze diensten werd door de verantwoordelijken geen effectieve berekening gemaakt van het aantal gesubsidieerde vte voor de MDT en ZVZ maar er waren ter plaatse wel indicaties dat indien de personeelsleden voor de MDT en ZVZ in mindering werden gebracht van het aantal van de totale polyvalente equipe de specifieke DMW-equipe onderbezet was.

In heel wat diensten wordt gewerkt met een polyvalente equipe van maatschappelijk werkers, sociaal verpleegkundigen en ergotherapeuten die niet enkel als DMW/MDT/indicatiestellers voor de ZVZ maar ook voor het RDC taken opnemen zoals het verzekeren van de bereikbaarheid, het beantwoorden van immateriële hulpvragen,....

Er is ook geïnvesteerd in een zo efficiënt mogelijke inzet van deze hoger geschoolde medewerkers door het onthaal, al dan niet telefonisch, overkoepelend te organiseren voor verschillende diensten. Het gaat dan vaak over een goed (bij)- geschoolde overkoepelende equipe die strikt genomen niet tot de DMW behoort, maar als een soort eerste lijn fungeert voor een aantal “thuiszorg” diensten.

De laatste jaren is intensief gewerkt aan de opmaak en invoering van een deontologische code binnen de diensten. Alle diensten beschikken hier over een basisdocument, vaak aangevuld met andere specifieke documenten: afspraken rond het beroepsgeheim, gegevensbeveiliging, specifieke paragrafen in het

arbeidscontract...Een aantal diensten informeert ook de gebruikers rond wat ze op dit punt van de dienst kunnen verwachten in al dan niet specifieke brochures: respect, hulp op maat, privacy, beroepsgeheim.

Besluit

Meer dan 90 % van de diensten bouwden een personeelsequipe uit die kwantitatief voldoet aan de norm. Ook kwalitatief worden de nodige standaarden gerespecteerd: het ingezette personeel heeft een goede basisopleiding en in een deontologische code worden de afspraken vastgelegd m.b.t. een correcte omgang met de gegevens van cliënten.

6 KLACHTENBEHANDELING

Klachtenbehandeling bleek bij de vorige inspectieronde in 2005 een werkpunt in veel diensten dus werd, mede als signaal en om aandacht te vragen voor dit werkingsaspect, de bevraging van de klachtenbehandeling terug opgenomen.

Concreet vroeg ZI of er een klachtenprocedure was, of ze kenbaar werd gemaakt en of ze goed was samengesteld.

Een goed samengestelde procedure is een procedure die de 5 onderstaande elementen bevatte:

- op welke wijze kan de gebruiker een klacht kenbaar maken
- op welke wijze wordt de klacht beoordeeld op ontvankelijkheid
- de termijn van feedback
- op welke wijze wordt de klacht behandeld
- op welke wijze wordt de gebruiker geïnformeerd over het resultaat

Van zodra 1 van deze elementen ontbrak, scoorden we een tekort. Echter, als bleek dat in de procedure in het kwaliteitshandboek bv. de termijn voor feedback ontbrak maar deze wel vermeld werd in de procedure die aan de gebruikers wordt gegeven, werd enkel een aandachtspunt gescoord.

Er werd ook nagegaan of effectief klachten werden ingediend en of deze klachten correct werden behandeld én geregistreerd.

Een bijzonder aandachtspunt werd voorzien voor het geval er geen enkele klacht werd ingediend: de voorziening werd dan gevraagd na te gaan of er mogelijk een (te hoge) drempel is voor het indienen van klachten.

Vaststellingen

Alle DMW beschikken inmiddels over een klachtenprocedure maar soms is ze onvolledig (7 diensten= 25 %). Dan ontbrak ofwel de termijn van feedback of de wijze waarop de gebruiker zal geïnformeerd worden over het resultaat.

Ook aan de bekendmaking moeten een aantal diensten nog werken (eveneens 7 diensten= 25 %).

We zien dat de klachtmogelijkheid op de website vaak duidelijker wordt geafficheerd dan in de brochures. In de brochures ontbreekt in een aantal diensten de nodige info hierover.

Er waren geen tegenindicaties dat de behandeling van de ingediende klachten niet adequaat en objectief zou verlopen. Hierop werden geen tekorten vastgesteld.

Er worden, in verhouding tot het hoog aantal gebruikers en lopende begeleidingen globaal wel weinig klachten ingediend en/of geregistreerd. In 4 diensten werd in het refertejaar zelfs geen enkele klacht ingediend. Hier rijzen dus vragen naar een eventueel te hoge drempel.

Besluit

Alle diensten beschikken over een klachtprocedure maar in 1 op 4 is ze onvolledig en in evenveel DMW is de bekendmaking ervan nog onvoldoende.

Het aantal geregistreeerde klachten is, in verhouding tot het aantal begeleidingen, meestal erg laag.

Het actief uitnodigen tot het uiten van onvrede en het registreren van deze signalen om dit te gebruiken voor kwaliteitsverbetering, is in een aantal diensten nog niet ingeburgerd.

7 ZELFEVALUATIE, KWAITEITSPANNING EN RESULTAATSGERICHTE INDICATOREN

7.1 ZELFEVALUATIE

We bevroegen hier of er een zelfevaluatie is uitgevoerd en of ze alle verplichte elementen en stappen bevatte.

Er werd rekening mee gehouden dat deze zelfevaluaties lopen over een tweejaarlijkse cyclus en dat de eerste moest afgerond zijn op 1/1/2012, een volgende op 1/1/2014. Indien de recentste zelfevaluatie aanleiding gaf tot verbeterprojecten, toetsten we ook welke projecten dat waren en of deze waren gepland/ uitgevoerd.

Vaststellingen en besluit

Het periodiek uitvoeren van een zelfevaluatie en er -wanneer nodig - verbeterprojecten aan koppelen is in de DMW ondertussen standaard: alle diensten bewaken op deze wijze zelf hun interne kwaliteit. Indien de output van de zelfevaluatie potentiële verbeterpunten bevat dan worden ook verbeterprojecten opgezet in quasi alle diensten, op 2 na.

De wijze van werken en topics bij de zelfevaluatie (en mutatis mutandis ook bij de kwaliteitsplanning) worden soms overkoepelend aangestuurd vanuit het provinciale of landelijke bestuursniveau. Ter plaatse worden vaak ook de andere “thuiszorgdiensten” betrokken in deze zelfevaluatie: MDT- team, ZVZ- team, RDC..

Opvallend was dat nogal wat verbeterprojecten te maken hadden met uitzuivering van het takenpakket en het optimaliseren en/of structureren van de werking binnen de typemodules (zie verder).

7.2 Kwaliteitsplanning

Er werd bevraagd of er voor 2014 een kwaliteitsplanning was opgemaakt en of ze systematisch/gestructureerd was uitgewerkt.

Gelet op het ontbreken van specifieke regelgeving hiervoor in deze sector werden handvatten uit andere sectoren gehanteerd. Er werd nagekeken of de planning volgende elementen bevatte: projectdefinitie, stappenplan voor het doorlopen van het project, voorbereiding, invoering en voortgangscontrole van het project, deelnemers en bevoegdheden, tijdpad, ingezette middelen, communicatie en rapportering over de projecten.

Vaststellingen en besluit

Ook de uitwerking van een jaarlijkse kwaliteitsplanning is inmiddels standaard bij alle diensten.

7.3 Resultaatsgerichte indicatoren

Tenslotte stonden we in deze module stil bij de verplichte registratie die de diensten moeten uitvoeren i.f.v. de resultaatsgerichte indicatoren. Concreet betekent dit dat de DMW vanaf 1/01/2013 kwaliteitsindicatoren moeten registreren. We gingen na of dit gebeurde en zo ja, of er voor alle verplichte indicatoren geregistreerd werd.

Vaststellingen en besluit

Alle diensten registreren de resultaatsgerichte indicatoren en bij de bevraging bleek dat ook inmiddels alle indicatoren geregistreerd worden.

8 HULP- EN DIENSTVERLENING

We startten hier met verkennende vragen naar het aantal dossiers per typemodule, naar wat men onder een gebruiker en begeleiding verstond en of er voorzien was in interne kwaliteitsbewaking en/of intervisie.

Aansluitend hierop werd overgestapt naar de praktijk.

Met uitzondering van de eisen tot een systematische en integrale benadering en aandacht voor empowerment en zelfredzaamheid is er weinig normering rond de aanpak van de begeleiding. Daarom dienden voor deze module voor de toetsing van het begeleidingsaanbod handvatten gezocht buiten de strikt wettelijke normering. Als kader werd gekozen voor de intermutualistisch afgesproken typemodules én verder voor algemeen aanvaarde werkingsprincipes zoals bijvoorbeeld gestructureerde dossiervorming en afronding van de begeleiding.

Deze elementen zijn niet in de wettelijke bepalingen voor de sector opgenomen en dus zijn ze niet afdwingbaar maar bij de voorbereiding van de inspectieronde werd door de sector toch meegegeven dat ze vrij algemeen gehanteerd zouden zijn en ook standaard verwerkt in de software van de meeste diensten.

Er werden 5 cliëntdossiers volgens de 5 relevante typemodules geselecteerd door de inspecteur, gevarieerd ook naar begeleidend personeelslid.

Er werden geen dossiers geselecteerd voor de modules Indicatiestelling Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap en Indicatiestelling zorgverzekering. Maar wel voor de bij deze inspectieronde relevante modules:

- Directe hulp en ondersteuning
- Proactief benaderen van personen met een vermoeden van zorgafhankelijkheid
- Psychosociale begeleiding bij verliesverwerking
- Trajectbegeleiding
- Zorgbegeleiding in complexere thuiszorgsituaties.

Indien geen typemodules gehanteerd werden in de dienst, werd gepoogd toch herkenbare soorten begeleidingen te detecteren, ook al werden ze niet typemodule genoemd. In elk geval werd er naar gestreefd om te variëren volgens de deeldoelgroepen en de soort begeleidingen die de dienst zelf onderscheidde.

Vaststellingen

De hoofdmoot van de begeleidingen betreffen begeleidingen volgens module 1. Men spreekt meestal van een begeleiding indien er meerdere contacten zijn met de gebruiker. Dit kan een kantoorcontact zijn, telefonisch contact of een huisbezoek. Het onderscheid tussen een geregistreerde gebruiker en het aantal begeleidingen wordt meestal gevormd door het aantal keren dat er contact is geweest met de dienst.

Men gaf ter plaatse wel aan dat het soms moeilijk is om de begeleidingen eenduidig toe te wijzen aan een bepaalde module: zo wordt men bijvoorbeeld vaak geconfronteerd met verliesverwerking én met zorgafhankelijkheid binnen eenzelfde begeleiding.

Zowel een systematische als een integrale benadering zijn voorzien in het hulpverleningsconcept én worden in de praktijk ook gehanteerd, wat bleek uit de steekproefdossiers. Daarbij is er ook aandacht voor empowerment en zelfredzaamheid m.a.w. de diensten nemen de eigen verantwoordelijkheid en het stimuleren van de zelfredzaamheid van de gebruiker als uitgangspunt. Geen enkele dienst scoort tekorten op deze toetsing van de kwaliteit van de begeleiding.

Er is bij de meeste diensten ook voldoende aandacht voor:

- kwaliteitsbewaking middels intervisie en/of supervisie: in alle diensten
- een goede dossiervorming: in alle diensten in orde, op 2 na
- een duidelijke taakverdeling en/of multidisciplinair overleg daar waar meerdere zorgpartners betrokken zijn: in orde in alle diensten

Verder is voorzien in een gestructureerde afronding van de begeleiding (slechts 1 dienst scoorde hier een tekort) en waar nodig gebeuren vervolgacties dus er wordt aanklappend gewerkt. Dit laatste ligt ook in het verlengde van de zogenaamde proactieve acties.

5 diensten hanteren de typemodules nog niet volledig.

Besluit

De begeleidingen verlopen gestructureerd en met respect voor de gangbare kwalitatieve hulpverleningsprincipes. Dit is een sterk punt voor alle diensten en de dienstverlening van deze sector als geheel.

Een goede 10 % van de diensten hanteert de typemodules nog niet volledig.

9 ALGEMEEN BESLUIT

De inspectieronde is in de 28 voorzieningen binnen de voorziene termijn uitgevoerd in een erg constructieve samenwerking zowel met de partners binnen de administratie als met de partners op het terrein.

Globaal scoorden de diensten gemiddeld slechts 1 tekort en 1.64 aandachtspunt. M.a.w. de resultaten zijn uitstekend.

De vaakst voorkomende tekorten waren de onvolledigheid en het onvoldoende kenbaar maken van de klachtenprocedure (beide bij 1 op 4 diensten).

Bij de aandachtspunten waren dat het niet voorzien in rechtstreekse toegankelijkheid buiten de kantooruren (22 DMW) en het onvoldoende kenbaar maken van de mogelijkheid tot huisbezoeken buiten de reguliere openingsuren (7 DMW), bij 5 diensten is de herkenbaarheid van de lokalen voor verbetering vatbaar.

Globaal worden van de bezochte voorzieningen, de ligging en de infrastructuur zelf als voldoende geschikt beoordeeld, al is de infrastructuur op enkele plaatsen niet volledig aangepast.

Een reële lacune in de werking is het gebrek aan bereikbaarheid buiten de kantooruren. Dit kan een beperkend effect hebben op de beoogde doelgroep.

Sedert de vorige inspectieronden en aansluitend bij de beleidsintenties, focust men sterker op zorgbehoevende gebruikers die in een proactieve benadering ook actief door de diensten worden opgespoord en uitgenodigd.

De dienstverlening is, conform de wettelijke vereisten overal gratis en richt zich niet enkel tot de eigen leden.

De omkadering staat kwantitatief en kwalitatief in de overgrote meerderheid van de diensten op punt.

Het klachtenbeleid evolueerde sinds de vorige inspectieronde maar in weerwil van het overal beschikbaar zijn van een procedure, zijn er indicaties dat er sterker werk kan gemaakt worden van een proactieve benadering op dit vlak waarbij de gebruiker actiever gestimuleerd wordt om onvrede te uiten.

Zelfevaluatie en kwaliteitsplanning zijn algemeen toegepaste instrumenten om de kwaliteit te toetsen en te verbeteren en alle diensten registreren in dit kader ook de resultaatsgerichte indicatoren.

Globaal werd vastgesteld dat de begeleiding in de praktijk systematisch en gestructureerd verloopt. Er is aandacht voor empowerment, dossiervorming, taakverdeling en afspraken tussen de betrokken partners en gestructureerde afronding.

