

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

REGIONALE DIENSTENCENTRA

Resultaten van de periodieke opvolging
2014-2015 door Zorginspectie

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

INHOUDSOPGAVE

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	Bereikbaarheid en infrastructuur.....	7
4.1	Bereikbaarheid	7
4.2	Infrastructuur	8
4.3	Toegankelijkheid	9
5	Omkadering.....	11
6	Tevredenheidsmeting en klachtenbehandeling	12
6.1	Tevredenheidsmeting gebruikers/mantelzorgers	12
6.2	Klachten	12
7	Zelfevaluatie en kwaliteitsplanning	14
7.1	Zelfevaluatie	14
7.2	Kwaliteitsplanning	14
8	Hulp- en Dienstverlening	15
8.1	Advies en uitlenen van materiele en immateriele hulpverlening en hulpmiddelen	15
8.2	Informatie-, vormings- of voorlichtingscursussen	16
8.3	Personenalarmsysteem	18
8.4	Ergotherapeutisch advies over aanpassing van de woning	18
8.5	Ergotherapeutische begeleiding	19
8.6	Het nemen of ondersteunen van mobiliteitsinitiatieven	19
8.7	Coördinatie van het multidisciplinair overleg	20
9	Algemeen besluit	21

1 OPZET

1.1 SITUERING INSPECTIES

De inspecties kaderen in een periodieke opvolging van de Regionale Dienstencentra, verder RDC genoemd, met aandacht voor het grootste deel van de voorwaarden scheppende werkingsaspecten, zoals personeel, infrastructuur, bereikbaarheid,... Daarnaast werd gefocust op alle soorten dienstverleningsvormen, met specifieke aandacht voor de nieuwere vormen van dienstverlening zoals de coördinatie van het multidisciplinair overleg, de ergotherapeutische begeleiding en de begeleiding bij woningaanpassing. Deze focus werd vastgelegd binnen het inspectieteam, in samenspraak met de Afdeling Woonzorg en Eerste Lijn. Deze afdeling erkent en subsidieert de RDC's en zorgt ook voor beleidsvoorbereidend en beleidsevaluerend werk.

1.2 GEHANTEERD INSPECTIEMODEL

De inspecties werden uitgevoerd in alle hoofdzetels waaraan een erkenning als RDC toegekend is. Het betreft 60 inspectiepunten. Daarvan werden er 2 door middel van een proefinspectie geïnspecteerd, uitgevoerd in oktober-november 2013. De andere inspecties werden uitgevoerd in het laatste trimester van 2014 en het eerste van 2015.

Volgende regelgeving vormde de basis voor de inspectie:

- ◆ Regelgeving Woonzorgdecreet van 13 maart 2009
- ◆ BVR 24/07/2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers (gewijzigd) en bijhorende Bijlage VII Regionale Dienstencentra
- ◆ MB van 22/03/2002 betreffende de kwaliteitszorg in Lokale Dienstencentra, Regionale Dienstencentra en in diensten voor oppashulp
- ◆ Decreet van 17/10/2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen
- ◆ MB van 2 maart 1999 tot vastlegging van de regio's
- ◆ MB van 28 oktober 1999 tot vastlegging van de subsidiëeringswijze van Regionale Dienstencentra
- ◆ MB van 4 mei 2006 houdende de vaststelling van de evaluatiecriteria m.b.t. de programmatie van de RDC's
- ◆ Decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening
- ◆ Besluit van de Vlaamse Regering van 18/12/1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg (opgeheven, behalve Bijlage III 4,D,1° en 2°).
- ◆ BVR van 5 juni 2009 betreffende de procedure voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor gebruikers en mantelzorgers (gewijzigd)

- ♦ BVR 5 juni 2009 tot vaststelling van de regelgevels voor het verlenen van een voorafgaande vergunning voor sommige woonzorgvoorzieningen (gewijzigd)
- ♦ MB van 26 januari 2010 houdende de vastlegging van bevolkingsprojecties voor de toepassing van programmatiecijfers voor de Regionale en Lokale dienstencentra.

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 conform deze eigen inspectietraditie, met als uitgangspunt de geldende regelgeving. In deze regelgevingen 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 beoordelingen 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 het centrum plaats vond en dat in de namiddag dossiers inzake de dienstverleningsvormen konden toegelicht worden door de betrokken terreinmedewerkers. In de praktijk konden beide aspecten soms wel op dezelfde halve dag plaats vinden.

Er werd, gelet op onze zorg voor klantgerichtheid en transparantie, 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 de terugkoppeling hierover naar de afdeling de Afdeling Woonzorg en Eerste Lijn.

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

Bij de consultatie van de gebruikersdossiers, hielden de inspecteurs de principes van geheimhouding en discretie steeds voor ogen. Daarbij werd de privacy van de gebruiker gerespecteerd en werd enkel die informatie opgevraagd die nodig was voor de uitoefening van de controletaak. De inspecteur noteerde geen persoonsgegevens van cliënten tijdens de inspectie, vermeldde deze evenmin in de inspectieverslagen en hij/zij nam geen documenten mee met betrekking tot cliënten.

Voorafgaand aan het plaatsbezoek keek de betrokken inspecteur het jaarverslag 2012 en/of 2013 in en werd de website van de voorziening geconsulteerd. Tijdens het inspectiebezoek werden volgende inspectiewerkzaamheden uitgevoerd: rondgang in de infrastructuur; gesprekken met de centrumleider en/of

leidinggevende en zo nodig met de veldmedewerkers die instaan voor de dienstverlening; inzage van documenten en nazicht van een steekproef van gebruikers- en personeelsdossiers.

1.3 WIJZE VAN RAPPORTEREN

De meeste gegevens van de 60 inspecties werden geglocaliseerd i.f.v. de opmaak van dit rapport. De gegevens die enkel van belang waren voor de interne werking van de voorziening werden niet geglocaliseerd: bijvoorbeeld de vaststelling of de website als niet klantvriendelijk werd ervaren,.....

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 en bovendien werd alles op dezelfde manier beoordeeld.

Vanzelfsprekend verschilden alle voorzieningen onderling wel bv. op het vlak van grootte van het werkgebied, de samenwerking met aanverwante RDC's of diensten, meer of minder centraal of provinciaal aangestuurd,.... Ongeacht deze verschillen woog elke voorziening in de scoring even zwaar.

2 SITUERING VAN DE WERKING

Om het RDC te kunnen situeren werd het organogram van de lokale werking nagekeken. Er werd nagegaan of er een organogram was opgemaakt, of dit tot op het niveau van het RDC was uitgewerkt en of het een actueel en ook functioneel was. Dit had o.m. tot doel om de inbedding in een groter geheel en de onderlinge samenwerkingsverbanden te kunnen doorgronden. Bovendien moet het voor de personeelsleden duidelijk zijn door wie ze worden aangestuurd en bij wie ze verantwoording moeten afleggen.

Vaststellingen

Alle RDC's beschikken over een organogram. Bij 8 RDC's (13%) was dit evenwel een organogram van een groter geheel, dat niet uitgewerkt was tot op het niveau van het centrum. Er werd aan deze RDC's als aandachtspunt meegegeven om hun organogram ook op het niveau van de dienst uit te werken.

Besluit

De RDC's situeren zich algemeen genomen in het geheel van de overkoepelende organisatie, daarbij is het duidelijk aan wie er verantwoording moet worden afgelegd en door wie het personeel wordt aangestuurd.

3 PROFILERING EN BEKENDMAKING

De bekendmaking van de dienstverlening aan potentiële gebruikers, dient op een aangepaste en verstaanbare manier te gebeuren. Hierbij keek Zorginspectie na of de potentiële doelgroep werd bereikt en of volgende elementen werden bekendgemaakt en/of toegelicht:

- ♦ hulp- en dienstverleningsaanbod zoals verplicht in de regelgeving
- ♦ hulp- en dienstverlening gaat uit van het 'Regionaal Dienstencentrum'
- ♦ 8 en 16 uren fysieke en 32 uren telefonische bereikbaarheid
- ♦ de bereikbaarheid van de lokale kantoren
- ♦ informatie over de kostprijs van de dienstverlening en de correctheid ervan
- ♦ bekendmaking via digitale communicatie en andere communicatiemiddelen.

Daarnaast werd er ook nagekeken of het centrum voldoende toegankelijk was en of de informatie op een klantvriendelijke manier werd aangeboden.

Indien één van deze elementen niet in orde was, resulteerde dit in een tekort. Bij de laatste twee elementen (gehanteerde communicatie en klantvriendelijk manier van aanbieden van informatie) leverde dit een aandachtspunt op.

De bekendmaking dient 'verstaanbaar en aangepast' te zijn. Dit betekent een communicatie die, 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 gebeuren. Indien er enkel elektronisch gecommuniceerd werd, gaf dit een tekort, want niet elke potentiële gebruiker heeft immers toegang tot het internet.

Vermits een RDC's erkend en gesubsidieerd wordt als 'Regionaal Dienstencentrum', werd er verwacht dat de centra zich ook onder deze naam kenbaar maakten. Het niet gebruiken van de term RDC leidde tot een tekort indien deze term nooit werd gebruikt bij de bekendmaking of tot een aandachtspunt indien dit niet in alle bekendmakingskanalen werd gebruikt.

In verband met profilering en bekendmaking werd er niet expliciet gevraagd naar financiële, culturele en/of psychologische drempels. Wanneer er bepaalde vaststellingen werden gedaan die een drempel konden vormen, vb. lidmaatschap van het ziekenfonds vereist om een bepaalde dienstverlening te krijgen, gaf dit een tekort.

Vaststellingen

Voor 58 voorzieningen (96,6%) werd vastgesteld dat het centrum op een aangepaste wijze communiceert met de potentiële gebruikers over het hulpverleningsaanbod. Bij 2 voorzieningen werd hier een tekort gescoord omdat men totaal niet kenbaar maakte dat de dienstverlening uitging van het 'Regionaal Dienstencentrum'. Bij meerdere RDC's werd vastgesteld dat men naast 'RDC' nog een andere naam gebruikt, waarbij de nadruk

lag op 'thuiszorg'. Verschillende voorzieningen gaven aan dat een term met verwijzing naar thuiszorg, duidelijker en herkenbaarder is voor de gebruiker. Bij de tweede voorziening die hierop een tekort scoorde, ontbraken openingsuren, contactgegevens en adres in de bekendmaking en profilering.

Via allerlei, diverse kanalen communiceren de centra op een correcte en aangepaste wijze naar potentiële cliënten: website, eigen of intermutualistisch opgestelde folders, ledenblad...

Tevens wordt getracht om de zorgbehoevende cliënten indirect te bereiken: bv. via bekendmaking van het centrum binnen het eigen ziekenfonds of organisatie, maar ook bij andere welzijns- en zorgvoorzieningen waarmee wordt samengewerkt, zoals de sociale diensten van de ziekenhuizen, andere thuiszorgorganisaties, OCMW's,....

Er werden bij 58 voorzieningen (96,6%) geen financiële, culturele en/of psychologische drempels vastgesteld; zij waken voldoende over hun toegankelijkheid. Bij de 2 voorzieningen waar wel een drempel werd vastgesteld, was dit omdat men het lidmaatschap van het ziekenfonds als voorwaarde stelde om toegang te krijgen tot de dienstverlening.

Besluit

De RDC's besteden algemeen genomen voldoende aandacht aan hun bekendmaking en profilering en waken hierbij ook voldoende over hun toegankelijkheid.

4 BEREIKBAARHEID EN INFRASTRUCTUUR

4.1 BEREIKBAARHEID

Bereikbaarheid staat hier voor fysieke bereikbaarheid van de infrastructuur. Deze bereikbaarheid werd nagekeken voor het gebouw op het adres van de erkenning van het RDC en niet van de gebouwen waar eventueel vormings- en informatiemomenten doorgingen of van een lokaal contactpunt (tenzij deze lokalen zich op loopafstand van het erkenningsadres bevonden).

De fysieke bereikbaarheid werd als volgt geconcretiseerd in het toetsingskader: is er parking op minder dan 300 m? Is er een parkeerplaats voor mindervaliden? Is er een halte van openbaar vervoer op minder dan 500 m? Pas indien men op deze 3 deelaspecten positief scoorde, werd de bereikbaarheid als voldoende beoordeeld.

Vaststellingen

Bijna alle centra scoren goed m.b.t. de ligging en bereikbaarheid. Dit was voor 56 van de 60 centra zo. Bij 4 RDC's stelden we vast dat dit niet in orde was omdat er geen voorbehouden parkeerplaats voor rolstoelgebruikers ter beschikking was in de buurt.

Besluit

De RDC's hebben algemeen genomen voldoende aandacht voor hun bereikbaarheid. Een mogelijke verbetering zou een voorbehouden parkeerplaats voor mindervaliden kunnen zijn.

4.2 INFRASTRUCTUUR

Voor de infrastructuur werden ook enkel die lokalen in het gebouw op het adres van de erkenning geïnspecteerd.

Bij de herkenbaarheid van de infrastructuur werd verwacht dat de lokalen van het RDC als dusdanig (her)kenbaar m.a.w. dat de naam 'Regionaal Dienstencentrum' wordt gebruikt, dat er aanduidingen, pijlen, borden, posters, deuropschriften,... zijn.

Bij de rondgang werd er gelet op het volgende:

- ◆ gemeenschappelijk gebruik van lokalen
- ◆ aandacht voor privacy
- ◆ zijn de lokalen aaneensluitend
- ◆ inrichting van de lokalen om de onthaal- en informatieopdracht goed uit te voeren.

Naast de algemene rolstoeltoegankelijkheid (van inkom, gangen, wachtzaal, bureau,...) werd er ook nagekeken of er een rolstoeltoegankelijk toilet aanwezig was.

Voor de voorzieningen die na 01/01/2010 gebruik maakten van nieuwe lokalen, werd eveneens afgetoetst of rolstoelgebruikers zelfstandig het gebouw, de lokalen en de sanitaire ruimten konden bereiken.

Vaststellingen

Bij 20 RDC's (33,33%) is de herkenbaarheid van het centrum niet in orde, in hoofdzaak omdat het centrum niet als "Regionaal Dienstencentrum" wordt aangegeven. Men beperkt zich soms tot het gebruik van het logo van het ziekenfonds. Het is ook eerder gangbaar in de sector om het RDC onder "Thuiszorgcentrum" kenbaar te maken.

In alle RDC's zijn er voldoende middelen om de onthaal- in informatieopdrachten goed te kunnen uitvoeren. De beschikbare lokalen zijn aaneensluitend en er is tevens aandacht voor de privacy van de gebruiker.

Er werden wel tekorten vastgesteld bij de rolstoeltoegankelijkheid van de lokalen. Dit vormt een dringend werkpunt voor 13 van de 60 voorzieningen (21,66%). In hoofdzaak gaat het om het niet beschikbaar zijn van een volledig aangepast toilet voor rolstoelgebruikers (voldoende ruimte, twee armsteunen,...). In beperktere mate betreft het het niet bereikbaar zijn van de lokalen omwille van hindernissen (zware klapdeuren, niveauverschillen, te smalle deuren,...).

Bij de centra die gebruik maken van nieuwe lokalen (na 01/01/2010), kunnen in 4 RDC's de rolstoelgebruikers niet zelfstandig het gebouw binnen en zijn er bij 2 RDC's obstakels in het gebouw, zodat rolstoelgebruikers niet zelfstandig de lokalen kunnen bereiken.

Zorginspectie stelde ook vast dat er soms door de RDC's een nieuwbouw in gebruik werd genomen zonder dat hiervan melding werd gemaakt aan de Afdeling Woonzorg en Eerste Lijn.

Besluit

Algemeen genomen voldoet de gebruikte infrastructuur bij alle centra aan de normen. Wel kan meer aandacht gaan naar het zich profileren als 'Regionaal Dienstencentrum'. De rolstoeltoegankelijkheid van de infrastructuur vormt vaak nog een werkpunt.

4.3 TOEGANKELIJKHEID

Een RDC moet 32 uren telefonisch bereikbaar zijn en deze uren moeten passend gespreid zijn over de werkweek. Het niet nakomen van deze voorwaarden gaf aanleiding tot een tekort. Er werd bevraagd of de 32 uren bereikbaarheid werd ingevuld door medewerkers van het RDC of dat dit in samenwerking met andere diensten gebeurde.

Deze 32 uren bereikbaarheid moet ook tijdens verlofperiodes gegarandeerd worden.

Daarnaast moet er ook gezorgd worden voor een vrije bereikbaarheid (niet op afspraak) buiten de kantooruren, vanuit de overweging dat de werkende gebruiker of mantelzorger er ook na het werk terecht moet kunnen.

Naast de 32 uren telefonische bereikbaarheid moet het centrum 8 uren fysiek toegankelijk zijn voor vragen i.v.m. alle aan RDC toegekende opdrachten. Er wordt verwacht dat deze uren kenbaar gemaakt worden, zodat de gebruiker er effectief van gebruik kan maken.

Daarnaast is een toegankelijkheid (fysieke bereikbaarheid) van 16 uren voor specifieke dienstverleningsvormen (uitlenen hulpmiddelen, personenalarmsysteem, advies over woningaanpassingen en technologische aanpassingen en de ergotherapeutische begeleidingen) vereist.

Vaststellingen

Inzake de 32 uren bereikbaarheid en de spreiding ervan over de werkweek stelden zich geen problemen. Alle centra voldeden daaraan.

- 51 RDC's (85%) realiseerden hun bereikbaarheid door samen te werken met personeelsleden die niet behoorden tot een Regionaal Dienstencentrum (19 RDC werken samen met een DMW (31,6%), 14 RDC met een andere thuiszorgdienst (23,3 %) en 18 centra via een contactcentrum of centrale balie (30%). Er waren evenwel geen indicaties dat dit ging om niet goed gekwalificeerde medewerkers.

- 9 centra die deze bereikbaarheid wel met RDC-personeel konden realiseren, deden dit meestal in samenwerking met de centrumleider van een ander RDC.

Deze permanentie wordt tijdens verlofperioden steeds gegarandeerd bij alle RDC's.

50 RDC's (83,3%) waren buiten de kantooruren niet vrij (telefonisch) bereikbaar.

Bij de telefonische bereikbaarheid merkten we een tendens om 24u/24u bereikbaar te zijn. Deze bereikbaarheid wordt dan meestal gerealiseerd in samenwerking met andere thuiszorgdiensten, die ook baat hebben bij dergelijke ruime bereikbaarheid (bv. diensten voor Gezinszorg, Thuisverpleging,...).

Bij 21 centra (35%) wordt de 8 uren toegankelijkheid (kenbaar gemaakte uren waarbinnen de cliënt zonder afspraak terecht kan in het RDC) voor dienstverlening van het RDC, niet waargemaakt.

De 16 uren toegankelijkheid voor de hulpmiddelen, PAS, advies en begeleiding inzake ergotherapeutische aanpassingen, wordt bij vrijwel alle RDC's gerealiseerd.

Besluit

De 32 uren telefonische bereikbaarheid wordt door alle RDC's gerealiseerd, ook tijdens verlofperiodes. Dit gebeurt vrijwel steeds in samenwerking met andere diensten. Veelal is dit de Dienst voor Maatschappelijk Werk of een contactcentrum. Er waren geen indicaties dat de bereikbaarheid werd ingevuld niet voldoende gekwalificeerde medewerkers.

De vrije bereikbaarheid buiten de kantooruren is bij de meeste centra een aandachtspunt.

De 8 uren toegankelijkheid dient voor veel RDC's nog gerealiseerd te worden.

De 16 uren toegankelijkheid voor specifieke dienstverleningsvormen als PAS, hulpmiddelen, advies en begeleiding inzake ergotherapeutische aanpassingen, wordt vrijwel steeds door de centra gerealiseerd.

5 OMKADERING

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

Bij de omkadering werd nagegaan of er 0,75 vte centrumleider in dienst is en of die voldoet aan de vooropgestelde diplomavooraarden. Dit diende aangetoond te worden met voorlegging van diploma en arbeidsovereenkomst. Tot slot werd gevraagd naar het totaal aantal vte medewerkers.

Vaststellingen

Alle centra hadden minstens 0,75 vte centrumleider in dienst, die telkens voldoet aan de diplomavooraarden.

Er werd vastgesteld dat er vaak meer dan 0,75 vte centrumleider in dienst is. Gemiddeld werkt er in alle centra 1,04 vte extra personeel. Dit zijn zowel bijkomende vte voor de centrumleider, maar ook bv. ergotherapeuten voor de ergotherapeutische adviezen en begeleidingen of coördinatoren voor de MDO's. Vaak was er een wisselwerking met andere diensten, zoals de Diensten voor Maatschappelijk Werk en andere thuiszorgorganisaties (bv. om bereikbaarheid van 32u te realiseren, te komen tot vraagverheldering bij immateriële vragen,...). Regelmatig wordt er gewerkt met een equipe 'thuiszorg', zodat de gebruiker hier terecht kan voor allerlei vragen inzake thuiszorg.

Besluit

Het personeelskader is in realiteit vaak ruimer dan het opgelegde aantal uit de erkenningsvoorwaarde. Diplomavooraarden worden gerespecteerd. Verder werd vastgesteld dat wordt samengewerkt met andere thuiszorgorganisaties.

6 TEVREDENHEIDSMETING EN KLACHTENBEHANDELING

6.1 TEVREDENHEIDSMETING GEBRUIKERS/MANTELZORGERS

De centra dienen de tevredenheid van de gebruikers, maar ook deze van de medewerkers, op te volgen via een tweejaarlijkse tevredenheidsmeting. Het inspectiebezoek richtte zich enkel op de tevredenheidsmeting bij de gebruikers. Hierbij werd nagegaan of dit om de 2 jaar plaatsvond en of de werking werd bijgestuurd n.a.v. de resultaten. Het niet uitvoeren van één van deze elementen vormde een tekort.

Daarnaast werd gekeken of de steekproef gebruikers die bevraagd werden, significant was voor de werking van het centrum en of alle dienstverleningsvormen na verloop van tijd aan bod komen. De laatste elementen vormden een aandachtspunt indien dit niet het geval was.

Vaststellingen

6 RDC's (10%) voerden geen tweejaarlijkse tevredenheidsmeting uit. Bij 11 centra werd vastgesteld dat de tevredenheidsmeting te beperkt was of dat niet alle dienstverleningsvormen werden opgenomen in deze toetsing. Een aantal RDC's van eenzelfde inrichtende macht organiseerden tevredenheidsmetingen over de verschillende RDC's zodat de resultaten per RDC niet meer herkenbaar of te onderscheiden waren. Dit zorgde voor een aandachtspunt.

Besluit

90% van de dienstencentra voeren minstens om de twee jaar een tevredenheidsmeting bij de gebruikers uit. Er zijn echter nog RDC's die hier verder werk moeten van maken en dienstencentra die hun tevredenheidsmetingen moeten verruimen en/of de resultaten beter herkenbaar dienen te maken voor hun specifieke centrum.

6.2 KLACHTEN

Concreet vroeg Zorginspectie 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:

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

Van zodra 1 van deze elementen ontbrak, werd een tekort gescoord. Indien in de klachtenprocedure een element ontbrak (vb. termijn voor feedback), maar dit wel gecommuniceerd werd in de procedure naar de gebruikers toe, dan gaf dit slechts een aandachtspunt.

Het kenbaar maken van de procedure kan gebeuren via de website van het RDC, maar er wordt verwacht dat er daarnaast nog andere kanalen gebruikt worden, zodat niet internetgebruikers ook geïnformeerd worden.

Er werd nagegaan of er 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 RDC's beschikken over een klachtenprocedure maar soms is deze onvolledig (12 dienstcentra of 20 %). Ook van de bekendmaking moeten een aantal centra nog werk maken (25 centra of 41,6 %). Van deze 25 centra spreken er een aantal RDC's niet over 'klachten' maar over bv. 'suggesties' en/of maakt men de termijn van feedback niet kenbaar en/of wordt er niet vermeld op welke wijze de klachtindiener zal geïnformeerd worden over de klachtafhandeling.

Er worden, in verhouding tot het hoog aantal gebruikers en dienstverleningen globaal weinig klachten ingediend en/of geregistreerd. Het actief uitnodigen tot het uiten van onvrede en de drempel niet te hoog leggen, zijn in een aantal dienstencentra (8 centra= 13,3 %) nog niet ingeburgerd.

De behandeling van de ingediende klachten gebeurt wel steeds adequaat en objectief.

Besluit

Alle RDC's beschikken over een klachtenprocedure, doch soms moet deze procedure nog verder worden vervolledigd. Ook naar de bekendmaking van deze klachtenprocedure kan meer aandacht gaan. Het actief uitnodigen tot het uiten van onvrede en het registreren van deze signalen om dit te gebruiken voor kwaliteitsverbetering, is in een aantal centra nog onvoldoende ingeburgerd.

7 ZELFEVALUATIE EN KWALITEITSPLANNING

7.1 ZELFEVALUATIE

We bevroegen hier of er een zelfevaluatie is uitgevoerd en of ze alle verplichte elementen en stappen (zie verder) 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 welke projecten dat waren en of deze waren gepland/ uitgevoerd.

Een zelfevaluatie moet volgende elementen bevatten:

- verzamelen van gegevens
- kwaliteitsdoelstellingen
- stappenplan met tijdsplan
- evaluatie
- stappen die gezet zullen worden wanneer doelstelling niet bereikt werd.

Vaststellingen

Het periodiek uitvoeren van een zelfevaluatie en bij verbeterpunten hieraan projecten koppelen, wordt door een groot deel van de RDC's (57 dienstencentra =95 %) uitgevoerd in overeenstemming met de regelgeving. Dit wordt heel vaak overkoepelend opgenomen, samen met andere RDC's van dezelfde inrichtende macht. Regelmatig hadden de verbeterprojecten te maken met nieuwe na te leven normen. Op deze manier probeerde het RDC voor deze normen tot afspraken en procedures te komen. Bij 2 centra bevatte de zelfevaluatie niet alle stappen van een zelfevaluatie.

Besluit

De meeste RDC besteden heel wat tijd aan het uitwerken van een zelfevaluatie, slechts enkele centra dienen hiervoor nog bijkomende inspanningen te doen.

7.2 KWALITEITSPLANNING

Aan het centrum werd gevraagd om de kwaliteitsplanning voor 2014 voor te leggen, waarbij werd bekeken of deze systematisch/gestructureerd was uitgewerkt.

Vermits er voor de RDC's hierover geen specifieke regelgeving bestaat, werden handvatten uit andere sectoren gehanteerd. Zo werd er nagekeken of de planning volgende elementen bevatte: projectdefinitie, stappenplan voor het doorlopen van het project, voorbereiding, invoering en voortgangscategorie van het

project, deelnemers en bevoegdheden, tijdpad, ingezette middelen, communicatie en rapportering over de projecten.

Vaststellingen en besluit

De RDC's zijn ondertussen vertrouwd met de uitwerking van een jaarlijkse kwaliteitsplanning, zodat er geen tekorten werden gescoord. RDC's maakten vaak samen met andere RDC's van een zelfde inrichtende macht een gezamenlijke planning op.

8 HULP- EN DIENSTVERLENING

8.1 ADVIES EN UITLENEN VAN MATERIELE EN IMMATERIELE HULPVERLENING EN HULPMIDDELEN

Bij deze dienstverlening werd enerzijds nagegaan of er minstens 20 soorten hulpmiddelen ter beschikking worden gesteld en anderzijds of het centrum over de kennis en middelen beschikt om vlot een antwoord te geven op vragen inzake immateriële hulpverlening.

Vaststellingen

Het ter beschikking stellen van **materiële hulpmiddelen** en het verstrekken van advies bij het gebruik van deze hulpmiddelen wordt door alle centra opgenomen. Deze vorm van dienstverlening wordt vrijwel steeds uitbesteed aan een specifieke dienst, vaak via een winkel of mediotheek. Met deze specifieke dienst wordt dan steeds een samenwerkingsovereenkomst opgemaakt.

Deze vorm van dienstverlening leunt dicht aan bij de ergotherapeutische begeleiding en het ergotherapeutisch advies bij de aanpassing van de woning (zie verder). Deze 'winkels' hebben vaak ergotherapeuten in dienst die in de winkel advies verstrekken.

Het verstrekken van **immateriële hulpverlening** wordt eveneens door alle dienstencentra opgenomen. Hierbij zijn er raakpunten met de Diensten voor Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen. Hoewel de vragen die gesteld worden niet steeds strikt gescheiden kunnen worden (en trouwens afhankelijk zijn van de vraagsteller), wordt er bij de meeste RDC's geprobeerd om een onderscheid te maken tussen de twee hulp- en dienstverleningsvormen. Daarbij worden de vragen waar men geen begeleidingsnood aantreft, opgenomen door medewerkers van het RDC en vragen waarvoor wel een duidelijke begeleidingsnood is, door medewerkers van de DMW.

Er zijn verschillen tussen RDC's in de organisatie van de toeleiding van de vragen. Dit gaat van RDC's die eigen contactgegevens voor dergelijke vragen promoten tot RDC's die deze taak vooral door de DMW laten opnemen. Er zijn tenslotte RDC's die de krachten van thuiszorgdiensten bundelen en een vorm van call-centrum uitbouwen, waar de medewerkers van de verschillende diensten alle vragen voor elkaar beantwoorden of indien nodig naar elkaar doorverwijzen.

Besluit

Het uitlenen van materiële hulpmiddelen en de adviesverstrekking erbij, wordt door alle centra opgenomen conform de regelgeving.

Alle vragen inzake immateriële hulpverlening worden door alle centra opgenomen, maar de manier waarop dit gebeurt, verschilt tussen de centra.

8.2 INFORMATIE-, VORMINGS- OF VOORLICHTINGSCURSUSSEN

De RDC's moeten minstens 40 (of 20 voor het Brussel Hoofdstedelijk Gewest) informatie-, vormings- of voorlichtingscursussen aanbieden binnen hun werkingsgebied over onderwerpen inzake thuiszorg die relevant zijn voor de doelgroep van gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers. Hierbij dienen er minstens 30 momenten (15 voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest) te zijn waarbij men de doelgroep samenbrengt. Indien er andere vormen van informatieverstrekking gehanteerd worden, dan het samenbrengen van de doelgroep, moet de interactie met de doelgroep mogelijk zijn. De samenwerking met andere erkende thuiszorgorganisaties is toegelaten, maar beperkt tot 15 momenten (7 voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest) die meetellen. Indien men meer vormen in samenwerking organiseert, worden deze niet meegeteld om tot de 40 (of 20) cursussen te komen.

De volgende elementen werden afgetoetst:

- Is het vormingsmoment doorgegaan?
- Is het doelpubliek de gebruiker, mantelzorger of vrijwilliger? (M.a.w.: dus niet bedoeld voor professionele medewerkers of professionele medewerkers in opleiding).
- Is het een onderwerp waardoor de mogelijkheid vergroot dat de gebruiker zich in zijn thuismilieu kan handhaven en/of wordt de zelfstandigheid en de emancipatie verhoogd?
- Komen de gebruikers, mantelzorgers, vrijwilligers fysiek samen? Indien dit niet het geval is, werd nagegaan of er een mogelijkheid was tot interactie met de doelgroep.
- Indien het moment doorging in samenwerking met een andere voorziening, was dit dan een erkende thuiszorgdienst? Was dit het geval, dan werden maximaal 15 (respectievelijk 7) bijeenkomsten meegeteld om tot de 40 momenten (respectievelijk 20) te komen.
- Vond het vormingsmoment plaats binnen het erkende werkingsgebied?

Vaststellingen

Zoals hoger vermeld, zijn er heel wat elementen waarmee men rekening moet houden om deze informatie-, vorming- of voorlichtingscursussen te organiseren. Deze complexiteit krijgt zijn neerslag in de tekorten die hier werden vastgesteld. Hoewel de overgrote meerderheid wel 40 (of 20) cursussen organiseert, voldoen 20 RDC's (33,33%) niet aan deze norm. Dit ligt vooral aan het normelement dat maximaal 15 vormingsmomenten, die samen met een erkende thuiszorgorganisatie worden georganiseerd, meetellen.

Bovendien wordt soms een ruimere doelgroep bereikt dan de in de regelgeving beoogde doelgroep, bv. professionele medewerkers of studenten. De centra proberen deze laatste doelgroepen te bereiken vanuit de overweging dat professionele medewerkers vaak de doorverwijzers zijn naar de RDC's en daarom goed op de hoogte moeten zijn van het bestaan en de werking van deze RDC's en de thuiszorg in het algemeen. Soms is het onderwerp van de vormingen niet relevant zijn voor de thuiszorg.

Het beperkende aantal van 15 momenten dat mag georganiseerd worden met een erkende thuiszorgvoorziening zorgt voor verwarring binnen het werkveld. Bovendien signaleert men dat men graag de krachten bundelt, enerzijds om een soms moeilijk te bereiken doelgroep toch te bereiken en anderzijds om hen niet te veel te overstelpen met een gelijkaardig vormings- en informatieaanbod.

Er zijn dan ook heel wat subsidievormen om informatie aan de burger of de gebruiker te verstrekken. Immers, ook andere –al dan niet door de Vlaamse Overheid erkende- werkvormen of organisaties moeten informatie aan de burger/gebruikers verstrekken om erkend en/of gesubsidieerd te worden, zoals bv. de Verenigingen van Gebruikers en Mantelzorgers, Lokale Dienstencentra; preventie-initiatieven als expertisecentra rond dementie, valpreventie, LOGO's

6 RDC's (10%) organiseren minder dan 30 momenten waar men de doelgroep fysiek samenbrengt. Hierbij wordt als verklaring vaak verwezen naar de moeilijk te mobiliseren doelgroep.

We stellen vast dat men bij deze informatieverstrekking evolueert en bv. de mogelijkheden van de sociale media worden gebruikt.

Besluit

1/3 van de RDC's behaalt de vooropgestelde norm van 40 informatie-, vorming- of voorlichtingscursussen niet, vooral omdat ze meer dan 15 vormingsmomenten samen met een erkende thuiszorgorganisatie organiseren.

Dit gebeurt vanuit de overweging om enerzijds de krachten te bundelen om een moeilijk te bereiken doelgroep toch te bereiken en anderzijds omdat men de gebruiker niet wil overstelpen met een gelijkaardig vormings- en informatieaanbod. Er zijn dan ook heel wat subsidievormen of voorzieningen met erkenningsverplichtingen inzake vorming en informatie.

8.3 PERSONENALARMSYSTEEM

Elk centrum moet minstens 60 personenalarmtoestellen ter beschikking stellen, ze onderhouden en de nodige dienstverlening aanbieden.

Daarnaast werd bekeken of deze dienstverlening gebeurde voor een waarborgkost en gebruikersbijdrage die in overeenstemming is de regelgeving.

Vaststelling

Het aanbod van het personenalarmsysteem, het onderhoud en de dienstverlening hierbij, wordt door alle RDC's opgenomen in overeenstemming met de regelgeving. Dit gebeurt bijna altijd in samenwerking met een andere dienst waaraan de RDC's deze dienstverlening uitbesteden. Hiervoor werd steeds een samenwerkingsovereenkomst opgemaakt.

De diensten houden zich aan de in de regelgeving i.v.m. de vooropgestelde prijzen. Slechts 1 RDC rekende een hogere plaatsings- en waarborgkost aan en 2 RDC's (3,3%) rekenden een hogere gebruikersbijdrage aan.

Besluit:

Alle RDC's nemen (vaak in samenwerking met een andere dienst) deze vorm van dienstverlening op.

8.4 ERGOTHERAPEUTISCH ADVIES OVER AANPASSING VAN DE WONING

Het ergotherapeutische advies vormt een relatief nieuwe erkenningsvoorwaarde, die bij het uitwerken van het woonzorgdecreet werd toegevoegd aan het takenpakket van de RDC's.

Zorginspectie keek na of er advies werd verstrekt inzake de aanpassing van de woning en inzake technische hulpmiddelen. Deze adviesverstrekking dient te gebeuren door middel van minstens één huisbezoek.

De RDC's dienen begeleiding aan te bieden bij het laten uitvoeren van het gegeven advies aan gebruikers met een beperkte sociale vaardigheid.

Dit werd nagegaan door nazicht van een steekproef van de schriftelijke adviezen die werden verstrekt of een dossier dat hierover werd opgemaakt.

Vaststelling

Deze relatief nieuwe dienstverlening wordt goed opgenomen door de RDC's. Slechts één RDC behaalde het vooropgestelde aantal van 30 adviesverstrekkingen niet.

Er kon altijd worden aangetoond dat het advies werd verstrekt na een huisbezoek.

De begeleiding voor mensen met een beperkte sociale vaardigheid kon door alle centra worden aangetoond.

Vaststelling

Deze dienstverlening wordt door de meeste RDC's opgenomen conform de regelgeving. Slechts 1 centrum kwam daar niet toe en nog een ander centrum stelde dit in samenwerking met een derde te doen, doch kon deze samenwerking niet aantonen. Het overgrote deel van de RDC's ondersteunt een initiatief en kan aantonen dat ze deelnemen aan overlegmomenten met deze initiatieven of dat ze een vorm van logistieke ondersteuning bieden.

Besluit

Vrijwel alle RDC's ondersteunen mobiliteitsinitiatieven of nemen zelf initiatief op dit vlak.

8.7 COÖRDINATIE VAN HET MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG

Deze opdracht is ook nieuw sinds de invoering van het woonzorgdecreet. Deze taak gaat verder dan het louter bijwonen van deze overlegmomenten als betrokken thuiszorgdienst. Er wordt verwacht dat het RDC de coördinatie ervan opneemt. Deze coördinatie kon aangetoond worden a.d.h.v. uitnodigingen voor de betrokkenen, het zoeken van een plaats waar het overleg kon plaatsvinden, optreden als voorzitter van de vergadering, het verslag opmaken,....

Vaststelling

Er werden geen tekorten vastgesteld, omdat alle RDC's zich minstens aanbieden als mogelijke organisator van dit overleg.

Er werden wel grote verschillen vastgesteld tussen de RDC's op het vlak van de intensiteit in het opnemen van de coördinatie. Dit heeft o.m. te maken met het al of niet actief zijn van andere aanbieders van deze dienstverlening in het werkgebied van het RDC. Zo zijn er regio's waar bv. de OCMW's systematisch de coördinatie opnemen en het RDC dit dan eerder bij uitzondering opneemt. Soms neemt een medewerker van de Dienst voor Maatschappelijk Werk de coördinatie op zich, omdat deze medewerker al deelnam aan het overleg als betrokken thuiszorgpartner. Dit werd als conform beschouwd, als het RDC en de DMW bij de SEL als mogelijke organisatoren gekend zijn, gezien de regelgeving deze mogelijkheid voorziet.

Besluit:

Alle RDC's bieden zich aan om de coördinatie van een MDO te organiseren.

9 ALGEMEEN BESLUIT

Tijdens deze inspectieronde stelde Zorginspectie in het algemeen een open en constructieve houding vast en hadden de RDC's het inspectiebezoek goed voorbereid.

Gemiddeld werden per centrum 2,88 tekorten vastgesteld en werden gemiddeld 2,05 aandachtspunten meegegeven.

De vaakst voorkomende tekorten waren een onvolledige klachtenprocedure (25 van de 60 RDC's), samen met het onvoldoende kenbaar maken ervan (12 van de 60 RDC's); het niet 8 uren effectief fysiek toegankelijk zijn (bij 21 van de 60 RDC's); het niet organiseren van 40 informatie-, vormings- of voorlichtingscursussen (bij 20 van de 60 RDC's); het niet duidelijk herkenbaar maken van de lokalen van het RDC (bij 18 van de 60 RDC's) en het niet opnemen van 30 ergotherapeutische begeleidingen (bij 14 van de 60 RDC's).

Bij de aandachtspunten werden vooral het niet voorzien in rechtstreekse bereikbaarheid buiten de kantooruren (bij 50 RDC's) en het realiseren van de 32 uren bereikbaarheid met niet- RDC-medewerkers (bij 44 RDC's) aangebracht.

De RDC's besteden voldoende aandacht aan hun bekendmaking en profilering. Men waakt voldoende over de toegankelijkheid.

Globaal worden van de bezochte voorzieningen, de ligging, de infrastructuur en de inrichting als voldoende geschikt beoordeeld. Soms is de infrastructuur niet volledig aangepast voor rolstoelgebruikers of - voor RDC's met gebouwen van na 01/01/2010 - kunnen rolstoelgebruikers niet zelfstandig binnen. Het rolstoeltoegankelijk maken van het gebouw is dus een werkpunt.

De bereikbaarheid en toegankelijkheid van de centra is in orde, maar het feit dat geen enkel centrum buiten de kantooruren vrij toegankelijk is, kan een beperkend effect hebben op de beoogde doelgroep.

Alle RDC's voldoen aan de omkaderingsnorm, zowel kwalitatief als kwantitatief.

De RDC's maken werk van het meten van de tevredenheid van hun gebruikers. Er wordt wel, aandacht gevraagd voor het voldoende ruim maken van deze meting en het voldoende gedetailleerd zijn van de informatie per RDC wanneer de tevredenheidsmetingen overkoepelend georganiseerd worden.

Het klachtenbeleid is bij alle RDC's voorzien maar kan nog verbeterd worden door de procedure te vervolledigen (bv. termijn van feedback aanvullen en manier om de klager te informeren over het resultaat). De RDC's kunnen ook actiever de gebruiker informeren over de mogelijkheid om klachten in te dienen.

Alle centra maken werk van hun zelfevaluatie en kwaliteitsplanning, waarbij ze zich al of niet inschakelen in een groter geheel.

