

**INSPECTIES BIJ DE
DAGVERZORGINGSCENTRA
CONFORM ART. 51**

juli - september 2013

Inhoud

1	Inleiding	3
2	Resultaten	5
2.1	Beheersvorm	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.2	Gebruikers	5
2.2.1	Aantal en bezetting	5
2.2.2	Gebruikers gezinszorg of aanvullende thuiszorg	5
2.2.3	Steekproef bezettingsgegevens	6
2.2.4	Leeftijd gebruikers	6
2.3	Infrastructuur	6
2.3.1	Duidelijk onderscheiden infrastructuur	6
2.3.2	Andere voorwaarden infrastructuur	7
2.4	Facilitaire dienstverlening	8
2.4.1	Logistiek	8
2.4.2	Voeding	8
2.4.3	Vervoer	9
2.5	Omkadering	9
2.5.1	Personeelsformatie	9
2.5.2	Personeelsdossiers	10
2.6	Hulp- en dienstverlening	10
2.6.1	Zorgdossier	10
2.6.2	Medicatie	11
2.6.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen	12
2.6.4	Zorgpraktijk	12
2.6.5	Openingsuren	13
2.6.6	Animatie	13
2.6.7	Samenwerkingsverbanden	13
2.7	Inspraak en klachten	13
2.7.1	Inspraak	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.7.2	Klachten	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.8	Opname- en ontslagbeleid, onthaal en informatieverstrekking	14
2.8.1	Gebruikersdossiers	14
2.8.2	Afsprakennota	14
2.8.3	Overeenkomst	14
2.9	Facturatie en geldbeheer	15
2.9.1	Waarborg	15
2.9.2	Prijs per uur	15
2.9.3	Facturatie	16
3	Besluit	16

1 Inleiding

Situering inspecties

Vanaf 1 januari 2013 kan een dagverzorgingscentrum (DVC) ook uitgebaat worden door een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, voor die gebruikers die al thuiszorg of aanvullende thuiszorg aan huis krijgen.

In artikel 51 van bijlage IX van het Besluit van de Vlaamse Regering van 24/07/2009 zijn hiervoor specifieke erkenningsvoorwaarden vastgelegd. Een dagverzorgingscentrum conform artikel 51 onderscheidt zich van de overige dagverzorgingscentra o.a. op het gebied van financiering van de zorg en enkele specifieke erkenningsvoorwaarden.

Dagverzorgingscentra die voor 17 december 2012 zonder erkenning werden uitgebaat als een dagverzorgingscentrum zoals vermeld in artikel 51, konden een voorafgaande vergunning en een erkenning verkrijgen als dagverzorgingscentrum conform artikel 51, ook als in hun regio de programmatie al volledig ingevuld was.

Om een voorafgaande vergunning te verkrijgen moest bij de aanvraag van de voorafgaande vergunning een bezetting aangetoond worden:

- gedurende de periode vanaf 1 januari 2012 tot en met 16 december 2012
- of, als de uitbating van het dagcentrum na 1 januari 2012 werd aangevat, gedurende de periode vanaf de datum van aanvang van de uitbating tot en met 16 december 2012.

De voorafgaande vergunning en de erkenning moesten samen aangevraagd worden vóór 17 december 2012. Negentien initiatiefnemers dienden een ontvankelijke aanvraag in om hun niet erkend dagcentrum te laten regulariseren. Deze centra kregen op basis van het ingediende dossier een voorlopige erkenning voor 1 jaar m.i.v. 17/12/2012.

Zorginspectie kreeg de opdracht om na te gaan of de regularisatie terecht was.

Voor het opmaken van het inspectie-instrument werden de volgende bronnen geconsulteerd:

- de huidige regelgeving (zie hieronder)
- de door de centra ingestuurde dossiers voor het aanvragen van de voorafgaande vergunning en erkenning

In overleg met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Team Ouderenzorg werd een toetsingskader uitgewerkt. Het werd overhandigd aan Minister Jo Vandeuren en ter beschikking gesteld van de sector.

Toegepaste regelgeving

Op de sector is de volgende wetgeving van toepassing:

- Het Woonzorgdecreet van 13/03/2009 (WZD)
- Besluit van de Vlaamse regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers (BVR 24/07/2009) en bijlage IX
- Ministerieel Besluit van 10 december 2001 inzake kwaliteitszorg in de rusthuizen, centra voor dagverzorging, centra voor kortverblijf, serviceflats en woningcomplexen met dienstverlening en de bijlage.

- Het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen
- M.B. van 5 december 2012 tot bepaling van de samenstelling van de dagprijs of prijs per uur, de extra vergoedingen en de voorschotten ten gunste van derden die aangerekend in de dagverzorgingscentra.

Inspectiemethodiek

Alle inspectiebezoeken gebeurden aangekondigd om zeker de juiste gesprekspartners te kunnen treffen. De diensten kozen zelf wie bij de inspecties aanwezig was.

Vooraf werd aan de initiatiefnemer een brief bezorgd waarin de opzet en het verloop van het inspectiegebeuren geschetst werd, alsook een modelverslag op basis waarvan men het inspectiebezoek kon voorbereiden.

Er vond een proefinspectie plaats op 26 maart 2013 om de vraagstelling te testen en om het tijdsgebruik voor beide partijen te kunnen inschatten.

De eigenlijke inspecties van de overige 18 diensten werden uitgevoerd door telkens één inspecteur tussen juli en september 2013. Elk inspectiebezoek duurde gemiddeld een halve dag.

Het inspectie-instrument omvatte de volgende modules: gebruikers, infrastructuur, facilitaire dienstverlening, omkadering, hulp- en dienstverlening, inspraak en klachten, opname- en ontslagbeleid, onthaal en informatieverstrekking, facturatie en geldbeheer en kwaliteitszorg.

In 2 DVC gebeurde slechts een beperkte bevraging (nl. enkel de modules m.b.t. gebruikers, infrastructuur, personeelsformatie, openingsuren, facturatie en geldbeheer en in één werd ook nog afsprakennota en overeenkomst bevraagd). Het betreft immers centra die in 2012 opgestart waren maar inmiddels opnieuw gestopt. Men wenste het centrum in het najaar van 2013 opnieuw operationeel te maken.

De werkwijze van de inspectie was gebaseerd op de methodiek van verificatie (aantonbaarheid) en op het toetsen van de werkwijzen aan de regelgeving.

Van elk inspectiebezoek werd een verslag opgemaakt dat aan de diensten werd bezorgd voor eventuele reactie. De inspectieverslagen bevatten een luik toelichting en een luik waarin enerzijds tekorten worden gescoord (non-conformiteiten met de regelgeving) en anderzijds aandachtspunten zijn opgenomen. Met deze aandachtspunten vroeg Zorginspectie aandacht vanuit het perspectief van de cliënt; aangezien deze vaststellingen niet gelinkt zijn aan regelgeving, hebben ze niet de status van een tekort.

De (in voorkomend geval aangepaste) verslagen en de reacties werden vervolgens bezorgd aan het Team Ouderenzorg binnen het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

Leeswijzer rapport

Op basis van de globale resultaten van de inspectieverslagen maakte Zorginspectie het voorliggend syntheserapport op.

Bij de verschillende items vindt u steeds terug of het een louter informatieve vraag betrof, dan wel of de beoordeling aanleiding gaf tot een tekort (referentie naar het desbetreffende artikel uit het BVR 24/07/2009 of bijlage IX staat vermeld in de tabellen) of een aandachtspunt.

‘NB’ in de tabellen staat voor ‘niet bevraagd’, ‘NVT’ voor ‘niet van toepassing’.

Enkel indien de cijfers in de tabellen o.i. verduidelijking vergen, werd er bijkomende uitleg genoteerd. Alleen de modules waarover we voldoende gegevens hadden, werden verwerkt in dit rapport.

Van de 19 dagverzorgingscentra worden er 16 uitgebaat door een VZW, één door een OCMW en twee door een vereniging van OCMW's.

In het verdere rapport worden de resultaten niet opgesplitst volgens beheersvorm omdat er -gezien de ongelijke vertegenwoordiging van de verschillende beheersvormen- geen gefundeerde conclusies kunnen gemaakt worden over de verschillen in werkwijze op basis daarvan.

2 Resultaten

2.1 Gebruikers

2.1.1 Aantal en bezetting

	Gemiddeld aantal gebruikers
Gemiddeld aantal gebruikers met een overeenkomst	8,7
Gemiddelde bezetting op dag van inspectie	2,47

Informatief werd weergegeven hoeveel gebruikers aanwezig waren op de dag van de inspectie. Op de dag van het inspectiebezoek waren er vier DVC met 0 gebruikers en drie met 1 gebruiker.

In beide cijfers zitten ook de DVC waar geen overeenkomsten (1 DVC) of geen gebruikers waren op de dag van het inspectiebezoek (4 DVC). Wanneer we deze DVC niet meetellen, bedragen de gemiddelden respectievelijk 9,2 en 3,1.

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Per aanwezige verzorgende een maximum van 6 gebruikers per uur. (art. 51,3°)	0	18	1	19

2.1.2 Gebruikers gezinszorg of aanvullende thuiszorg

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Alle gebruikers ontvangen ook gezinszorg of aanvullende thuiszorg (art.51,4°)	0	14	5	19

In de vijf centra waar een tekort werd gescoord is het niet zo dat geen enkele gebruiker hulp ontvangt van een dienst gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Het aantal gebruikers dat geen gebruik maakt van gezinszorg varieert tussen de 21% en 77% van het totaal aantal gebruikers.

Redenen die hiervoor door de sector zelf werden aangehaald tijdens de inspectiebezoeken zijn:

- bij aanvang –toen men nog niet erkend was als DVC- was het geen verplichting om gebruik te maken van een dienst gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Eens de erkenning bekomen, vond men het niet opportuun om de toenmalige gebruikers plots extra hulp 'op te dringen'.
- om aan de regelgeving te voldoen, werd gezinszorg opgestart, maar nadien stop gezet omdat het aanbod niet beantwoordde aan de hulpvraag van de gebruiker. Men wenst behoeftegestuurd, niet aanbodgestuurd te werken.

- door het aanbod van dagopvang, is er vaak geen vraag (meer) naar gezinszorg of aanvullende thuishulp. Men geeft aan moeite te ondervinden om potentiële gebruikers te overtuigen om ook gezinszorg in te schakelen en hiervoor nog eens extra te betalen.

2.1.3 Steekproef bezettingsgegevens

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Bezettingsgegevens stemmen overeen met praktijk (art.52)	11	7	1	19

In 8 DVC werden de bezettingsgegevens die werden opgegeven in de aanvraag tot regularisatie gecontroleerd aan de hand van bewijsgegevens ter plaatse. In 1 DVC bleken de opgegeven bezettingsgegevens niet overeen te stemmen met de praktijk.

2.1.4 Leeftijd gebruikers

	NB	ja	nee	Totaal
Aanwezigheid gebruikers – 65 jaar	0	13	6	19
Totaal aantal gebruikers -65 jaar is meer dan 25 % van totaal aantal gebruikers	0	2	11	13
Indien meer dan 25% gebruikers jonger dan 65 jaar -> verslag leeftijdsafwijking beschikbaar (BVR 24/07/2009, art. 10)	0	2	0	2

In 2 van de 13 DVC waar gebruikers jonger dan 65 jaar waren, maakte deze populatie meer dan 25% uit van het totaal aantal 'actuele' gebruikers. Voor die gebruikers -die de 25 % overschreden- beschikte men over een verslag waaruit blijkt dat er in de woonomgeving van de gebruiker geen andere voorziening beschikbaar is die de zorgvraag kan beantwoorden.

2.1.5 Nachtopvang

Conform de regelgeving, biedt geen enkel DVC nachtopvang aan.

2.2 Infrastructuur

2.2.1 Duidelijk onderscheiden infrastructuur

	Totaal aantal DVC =
	19
DVC met aparte duidelijk onderscheiden infrastructuur (art. 41)	10
DVC ingericht in gebouwen van het WZC maar met aangepaste bewegwijzering en duidelijk onderscheiden infrastructuur (art. 41)	8
DVC met geen duidelijk onderscheiden infrastructuur (art.41)	1

Een DVC dient zijn werking te ontwikkelen in een eigen, duidelijk te onderscheiden infrastructuur.

Tien centra hebben hiervoor een aparte accommodatie. Negen centra zijn ingericht in de gebouwen van een woonzorgcentrum of een andere voorziening. Eén daarvan scoorde een tekort omdat er noch een aparte ingang, noch een aangepaste bewegwijzering de eigen werking van het centrum bekleemtoonde.

2.2.2 Andere voorwaarden infrastructuur

Omwille van de overzichtelijkheid hebben we ervoor geopteerd om in onderstaande tabel enkel de tekorten op de overige erkenningsvoorwaarden inzake infrastructuur weer te geven.

	Aantal DVC die een tekort scoren op deze voorwaarde (totaal aantal DVC = 19)
Het DVC omvat de volgende lokalen: één of meerdere rustkamers (art.43)	5
Glasoppervlakte begint op maximaal 85 cm hoogte in alle kamers en gemeenschappelijke ruimtes. Ook zittend moet ongehinderd zicht naar buiten mogelijk zijn (art.43)	2
Raamoppervlakte bedraagt ten minste 1/6 van de netto-vloeroppervlakte (art.43)	2
De gebruiker kan een aangepast oproepsysteem gebruiken (art.44)	10
In de toiletten is er een permanent oproepsysteem voorzien (art.50)	5
Huiselijke en gezellige inrichting (art.47,1°)	1
Er werden leuning en handgrepen voorzien (art.47,10°)	8
Rolstoeltoegankelijk toilet in het DVC of in de nabijheid (art. 50)	6
Gemeenschappelijke aangepaste badkamer (art.50)	3
Niveauverschillen worden vermeden (art.47,9°)	1
Aangepaste zonnewering (art.47,8°)	11
Geneesmiddelen en dossiers moeten op veilige en discrete manier bewaard kunnen worden (art.45)	1

Geen enkel DVC voldoet aan alle erkenningsvoorwaarden m.b.t. infrastructuur. Het aantal tekorten varieert van 1 tot 6 per DVC.

Meest voorkomende tekorten zijn het gebrek aan aangepaste zonnewering en een aangepast oproepsysteem, de afwezigheid van leuning en handgrepen in gangen en sanitaire ruimten, het gebrek aan een rolstoeltoegankelijk toilet in of in de nabijheid van het DVC en het ontbreken van minstens één rustkamer.

Wat het oproepsysteem betreft, is er in 3 DVC nergens een aangepast oproepsysteem voorzien. In 5 DVC is er in alle sanitaire ruimten wel een oproepsysteem aanwezig, maar ontbreekt dit in de gemeenschappelijke ruimten en/of rustkamer. In 1 DVC is er niet in elk toilet een oproepsysteem en ontbreekt er één in de gemeenschappelijke ruimten en rustkamer.

2.3 Facilitaire dienstverlening

2.3.1 Logistiek

	NVT	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Dagelijks onderhoud voldoende (art.47,2°)	0	3	16	0	19
Indien dieren aanwezig → aandacht voor welzijn en gezondheid gebruikers en dieren (art.18)	14	3	2	0	19
Restafval en gft in gesloten afvalcontainers (art.47,4°)	0	4	15	0	19

2.3.2 Voeding

	NVT	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Dagelijks warme maaltijd (art.22,1°)	0	2	17	0	19
Bereid volgens hygiënische voorschriften (art.22,2°)	0	14	5	0	19
Voldoende hoeveelheid (art.22,2°)	0	4	15	0	19
Gezond en afwisselend (art.22,2°)	0	2	17	0	19
Dieetvoorschriften worden gerespecteerd (art.22,2°)	3	3	13	0	19
Menu wordt dag zelf meegedeeld (art.22,3°)	0	2	16	1	19
Menu wordt twee weken bewaard (art.22,3°)	0	2	14	3	19
Steeds voldoende gratis drinkwater (art.22,4°)	0	2	17	0	19
Attest Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen (aandachtspunt)	0	8	2	9	19

Bereid volgens hygiënische voorschriften: indien de bereiding van de maaltijden niet werd geobserveerd of indien er geen attest van het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen kon voorgelegd worden, werd op dit item 'niet bevraagd' gescoord.

Indien bij de bereiding/bedeling van de maaltijden geen tegenindicaties opgemerkt werden of er kon worden aangetoond dat men aandacht besteedt aan hygiëne, dan werd er 'conform' gescoord.

Van zodra een verzorgende (samen met de gebruikers) kookt of indien geleverde maaltijden in het DVC bediend worden, is er een toelating nodig van het FAVV. Dit ontbrak in 9 DVC.

2.3.3 Vervoer

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Het DVC zorgt ervoor dat de gebruikers gebruik kunnen maken van aangepast vervoer (art.23)	2	17	0	19

Alle DVC die hiernaar gevraagd werden, zorgden ervoor dat de gebruikers gebruik kunnen maken van aangepast vervoer om van en naar het centrum te gaan. Binnen één DVC zijn er vaak meerdere manieren om dit vervoer te regelen:

- samenwerking met de Minder Mobiele Centrale (14 DVC) of Handicar (2 DVC)
- organisatie door DVC zelf d.m.v. eigen vervoermiddel (2 DVC)
- andere: vervoer CM, dienst aangepast vervoer, verzorgenden van de dienst gezinszorg (4 DVC), privé vervoersmaatschappij (2 DVC), vervoer OCMW.

2.4 Omkadering

2.4.1 Personeelsformatie

2.4.1.1 Coördinator

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Het DVC beschikt over een coördinator (art.35,1°)	0	17	2	19
De coördinator is verantwoordelijk voor de dagelijkse leiding (art.35,1°)	0	17	0	17
De coördinator is voor minstens 1/3 tewerkgesteld (art.35,1°)	0	17	0	17
De coördinator heeft een bachelorsdiploma (art.35,1°)	0	17	0	17

2.4.1.2 Overig personeel

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Minimaal 1 vte verzorgende (art.35,2°)	0	18	1	19
De voltijdse functie wordt ingevuld door max 2 personen (art.36)	0	4	15	19

Verschillende DVC waren nog niet alle dagen open en zetten bijgevolg personeel in overeenkomstig de openingsuren en de bezetting. Hier werd toch conform gescoord indien men kon aantonen dat men in een voltijdse functie kan voorzien van zodra dit nodig zou blijken.

De voltijdse functie werd in 15 DVC door meer dan 2 personen ingevuld. Er werd daar gewerkt met een vast team van medewerkers dat bestond uit 3 tot 10 verzorgenden. De inzet van meerdere personeelsleden werd volgens de vertegenwoordigers van de centra ingegeven door de zorg voor de continuïteit van de hulp- en dienstverlening.

Conform de regelgeving en de interne afspraken werd ook bij de 12 DVC die een afwijking op deze erkenningsvoorwaarde hadden verkregen, een tekort gescoord.

2.4.1.3 **Permanentie**

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Tijdens openingsuren zorgt tenminste een lid van het verzorgend personeel voor een permanente dienstverlening (art.35,4°)	2	17	0	19
Overdag is er voldoende personeel oproepbaar om tijdig aangepaste hulp te kunnen bieden (art.37)	2	17	0	19
Inzet van voldoende en deskundig personeel (art.35,3°)	0	17	2	19

Inzet van voldoende en deskundig personeel (art. 35,3°): van zodra er een personeelstekort werd gescoord, werd ook op dit artikel 'niet-conform' gescoord.

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
De persoonsverzorging, huishoudelijke hulp wordt uitgevoerd door de dienst voor gezinszorg (art.51,2°)	2	17	0	19

2.4.2 **Personeelsdossiers**

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Het DVC kan voor elke medewerker een attest van goed gedrag en zeden voorleggen (art.39)	2	14	3	19

2.5 **Hulp- en dienstverlening**

2.5.1 **Zorgdossier**

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Per gebruiker is er een geïndividualiseerd zorg- en begeleidingsplan (art. 20,4°)	2	16	1	19
Het zorg- en begeleidingsplan bevat alle gegevens (art. 20,4°)	0	6	10	16

In onderstaande tabel wordt gedetailleerd weergegeven welke gegevens precies ontbraken in de 10 DVC met een onvolledig zorg- en begeleidingsplan. Het kwam voor dat binnen eenzelfde DVC meerdere elementen in het zorgdossier ontbraken.

	Aantal DVC waar dit element ontbrak (totaal DVC = 10)
Behandelende arts	0
Persoon die in geval van nood moet verwittigd worden	0
Persoonlijke kenmerken, levensloop	6
Individuele behoeften en wensen	1
Afspraken rond zorg- en dienstverlening	4
Afstemming zorg- en dienstverlening	6
Afspraken rond vrijetijdsbesteding en sociale activiteiten	4

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Het uitvoeren van de instructies op het zorgplan wordt geregistreerd (art.20,4°)	0	9	7	16
Het zorg- en begeleidingsplan wordt regelmatig geëvalueerd en geactualiseerd (art. 20,4°)	0	10	6	16
Er kan aangetoond worden dat de gebruiker of zijn familieleden en mantelzorgers instemmen met het zorg- en begeleidingsplan (art. 20,5°)	1	11	4	16
In het zorg- en begeleidingsplan worden een maximale persoonlijke autonomie en zelfverantwoordelijkheid ingeschreven (art. 20,5°)	1	11	4	16
De dossiers worden bewaard met respect voor de privacy, zodat alleen daartoe bevoegde personen er toegang tot hebben (art. 20,6°)	0	15	1	16
De gebruiker en zijn vertegenwoordiger hebben steeds recht op inzage in dat deel van het zorg- en begeleidingsplan dat hen rechtstreeks aanbelangt (art. 20,6°)	0	16	0	16

2.5.2 Medicatie

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Men beschikt over een medicatiefiche per gebruiker (art. 20,4°)	2	11	6	19

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
De medicatiefiche bevat de nodige gegevens: naam geneesmiddel, dosis, moment van toediening en eventuele medicatie “indien nodig” (met vermelding van toe te dienen dosis, interval en indicatie van toediening). (aandachtspunt)	1	7	3	11
Er is een systeem om de medicatiefiche up to date te houden (aandachtspunt)	2	4	5	11

2.5.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen

	NB	ja	nee	Totaal
Er zijn gebruikers waarvoor vrijheidsbeperkende maatregelen worden genomen	6	1	12	19
Indien er gebruikers gefixeerd worden dan worden er in de zorgdossiers de nodige elementen (wijze van fixatie en tijdstip) omschreven	0	0	1	1
Er is instemming van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger met de vrijheidsbeperkende maatregel	0	0	1	1
Er wordt een systematische evaluatie van de vrijheidsbeperkende maatregelen voorzien	0	0	1	1

2.5.4 Zorgpraktijk

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
De veiligheid van de gebruikers wordt gegarandeerd – geen tegenindicaties (art. 16)	2	17	0	19
De gebruiker kan één keer per week een bad/douche nemen (art. 20,2°)	2	16	1	19
Aan de gebruiker wordt de nodige hulp geboden bij de dagelijkse lichaamsverzorging - geen tegenindicaties (art. 20,1°)	2	17	0	19
De voorziening biedt voldoende en aangepast incontinentiemateriaal aan (art. 20,3°)	3	15	1	19
Het personeel beschikt over de nodige kwalificaties voor de opdrachten die ze vervullen (SMK 5.4.)	7	12	0	19

Bij 1 DVC werd een tekort gescoord omwille van het feit dat het aanbod van een wekelijkse bad of douche niet bekend gemaakt werd.

2.5.5 Openingsuren

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Het DVC biedt uitsluitend zorg- en dienstverlening aan op een weekday tussen 7 u en 20 u, die geen feestdag is (art.51,6°)	0	19	0	19

2.5.6 Animatie

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Er is een animatieaanbod (WZD art. 26)	2	17	0	19
Het animatieaanbod is afgestemd op de individuele mogelijkheden van de gebruiker (SMK 1.7)	2	17	0	19
Het DVC betreft familieleden mantelzorgers en vrijwilligers bij zijn werking. Het centrum integreert zich zo veel mogelijk in de buurt (art. 17)	5	13	1	19

Er werd eenmaal een tekort gescoord omwille van het feit dat er niet met vrijwilligers gewerkt werd.

2.5.7 Samenwerkingsverbanden

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Het dagverzorgingscentrum werkt samen met een thuiszorgvoorziening of een ouderenvoorziening met het oog op continuïteit van zorg in het natuurlijk thuismilieu (art. 51,5°)	6	13	0	19

2.6 Inspraak

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
De voorziening treft de nodige maatregelen voor inspraak in de algemene werking van de voorziening en in de individuele hulp- en dienstverlening (SMK 1.5)	4	14	1	19

2.7 Opname- en ontslagbeleid, onthaal en informatieverstrekking

2.7.1 Gebruikersdossiers

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
In de gebruikersdossiers zit er een bewijs van overhandiging van de interne afsprakennota (art. 9)	2	16	1	19
In de gebruikersdossiers zit er een ondertekende schriftelijke overeenkomst (art. 11)	2	14	3	19

2.7.2 Afsprakennota

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Het DVC beschikt over een afsprakennota (art. 9)	2	17	0	19
De hoofdlijnen van de afsprakennota worden samengevat in een onthaalbrochure (aandachtspunt)	0	16	1	17
De afsprakennota bevat alle verplichte elementen (art. 9)	0	0	17	17

In de 17 DVC waar de interne afsprakennota werd nagezien, bevatte dit document niet alle verplichte elementen en/of was de inhoud ervan in tegenspraak met de regelgeving.

In elke afsprakennota ontbrak een verwijzing naar de instanties die toezicht uitoefenen op de erkenning van het dagverzorgingscentrum en een verwijzing naar de toepasselijke erkenningsnormen.

Verder bleken vooral de bepalingen m.b.t. het klachtenbeleid niet vermeld (in 9 verslagen) of niet conform art. 21 §1 (in 7 verslagen).

.

2.7.3 Overeenkomst

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
De zorg- en dienstverlening wordt nader geregeld in een schriftelijke overeenkomst (art. 11)	2	15	2	19
De schriftelijke overeenkomst bevat alle verplichte elementen (art. 11)	0	5	10	15

In de 15 DVC waar de overeenkomst werd nagekeken, bevatte dit document niet alle verplichte elementen en/of was de inhoud ervan in tegenspraak met de regelgeving.

Ontbrekende of niet-reglementaire bepalingen hadden vnl. betrekking op de opzeggingstermijn en het aanrekenen van vergoedingen bij afwezigheden/overlijden.

2.8 Facturatie en geldbeheer

2.8.1 Waarborg

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Er mag geen waarborg worden gevraagd (art. 28)	3	16	0	19

2.8.2 Prijs per uur

Deze vraag werd gesteld in 18 DVC (in 1 DVC dat op het moment van het inspectiebezoek niet meer/nog niet opnieuw functioneerde werd het niet bevraagd).

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
De samenstelling van de prijs per uur is conform MB 5/12/2012, artikel 1	1	18	0	19
De samenstelling van de prijs per uur is conform MB 5/12/2012, artikel 3	1	7	11	19
De dagprijs en de extra vergoedingen worden geafficheerd op een centrale plaats (art. 27)	2	15	2	19

Art. 3 §3 van het MB 5/12/2012 stelt dat in een dagverzorgingscentrum conform artikel 51 ook de volgende kostprijs-elementen minimaal in de prijs per uur moeten opgenomen zijn: de persoonsverzorging, de huishoudelijke hulp en de psychosociale ondersteuning en pedagogische ondersteuning en begeleiding voor een bedrag van 3,17 euro per uur, dat gekoppeld is aan een kalenderjaar en aan het prijsindexcijfer

Indien dus een prijs per uur werd aangerekend die lager is dan 3,17 euro per uur (geïndexeerd voor 2013 = 3,23 €), werd een tekort gescoord. Dit was het geval in 11 DVC waar een prijs per uur van 3,17€ werd aangerekend.

In 5 dagverzorgingscentra werd een hogere prijs gevraagd, variërend van 3,25 € tot 3,8€. Het aanrekenen van een prijs per uur hoger dan 3,23 € gaf geen aanleiding tot een tekort.

Voor de dagprijs én de prijs per uur is een kennisgeving aan/goedkeuring nodig van de FOD Economie. Ook in geval van een wijziging van de dagprijs/prijs per uur is steeds een goedkeuring nodig. 15 DVC beschikten echter niet over deze kennisgeving/goedkeuring.

	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Men beschikt over een kennisgeving / goedkeuring FOD Economie (aandachtspunt)	2	2	15	19
De prijs op de goedkeuring FOD stemt overeen met praktijk (aandachtspunt)	0	2	0	2

	NB	ja	nee	Totaal
Er was een aanpassing van de dagprijs in het afgelopen werkjaar	3	3	13	19
De aanpassing werd vooraf aan alle belanghebbenden bekendgemaakt (art. 14)	0	3	0	3
De aanpassing gaat in ten vroegste 30 dagen na de kennisgeving ervan (art. 14)	2	1	0	3

2.8.3 Facturatie

	NVT	NB	Conform	Niet conform	Totaal
Voor elke gebruiker wordt er op het einde van elke maand een factuur opgemaakt (art. 32)	0	2	17	0	19
De facturatie bevat alle verplichte elementen (art. 32)	0	0	16	1	17
De prestaties worden steeds achteraf verrekend (art. 31)	0	3	16	0	19
Afwezigheden die uiterlijk de dag voordien werden gemeld mogen niet aangerekend worden (art. 29)	0	7	12	0	19
Na overlijden mag geen dagprijs meer aangerekend worden. (art. 29)	0	9	10	0	19
Tijdens opzegperiode mag geen opzegvergoeding aangerekend worden (art. 12)	0	10	9	0	19
Alleen supplementen die in de overeenkomst staan en die niet behoren tot de minimale kostprijselementen van de prijs per uur mogen aangerekend worden (art. 24)	0	3	15	1	19
De bewijsstukken voor de supplementen moeten kunnen voorgelegd worden (art. 24)	7	5	7	0	19
De bewijsstukken voor de voorschotten aan derden moeten kunnen voorgelegd worden (art. 25)	11	4	4	0	19
Extra vergoedingen mogen alleen tegen marktconforme prijzen worden aangerekend (art. 24)	0	6	13	0	19

In 1 DVC werd de gevraagde prijs per uur niet vermeld op de factuur. De uurprijs was daar wel duidelijk geafficheerd op een centrale plaats die toegankelijk is voor o.a. alle gebruikers.

3 Besluit

Bij 19 initiatiefnemers die een voorlopige erkenning bekomen hadden om hun niet erkend dagcentrum te laten regulariseren, werd in de zomer van 2013 een inspectie uitgevoerd. Deze inspectieronde werd uitgevoerd in een constructieve samenwerking zowel met de partners binnen de administratie als met de partners op het terrein.

Alle DVC scoorden goed op de erkenningsvoorwaarden m.b.t. o.a. hygiëne, vervoer, veiligheid en animatieaanbod.

In 13 DVC waren ook gebruikers jonger dan 65 jaar.

In dit besluit geven we verder de tekorten die bij ongeveer 25% van de DVC werden gescoord en de voornaamste aandachtspunten weer.

In 5 DVC werd een tekort gescoord omdat niet alle gebruikers ook hulp ontvangen van een dienst gezinszorg.

Geen enkel DVC voldoet aan alle erkenningsvoorwaarden m.b.t. infrastructuur. Eenzelfde DVC scoorde één of meerdere tekorten. Meest voorkomende tekorten zijn het gebrek aan aangepaste zonnewering en een aangepast oproepsysteem, de afwezigheid van leuning en handgrepen in gangen en sanitaire ruimten, het gebrek aan een rolstoeltoegankelijk toilet in of in de nabijheid van het DVC en de het ontbreken van minstens één rustkamer.

Op vlak van voeding werd negenmaal het aandachtspunt meegegeven dat men niet beschikt over een attest van het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen. Maar in alle DVC die operationeel waren op het moment van het inspectiebezoek, werd vastgesteld dat er dagelijks een gezonde, warme maaltijd en steeds voldoende drinkbaar water werd voorzien.

In 15 DVC werd een tekort gescoord omdat de voltijdse functie van verzorgende door meer dan 2 personen werd ingevuld. In de overgrote meerderheid van de DVC is een coördinator aanwezig, conform de regelgeving.

In nagenoeg alle DVC (16) beschikt men over een geïndividualiseerd zorg- en begeleidingsplan, maar dit bleek in 10 DVC onvolledig. In 6 DVC bleek het zorg- en begeleidingsplan niet geëvalueerd noch geactualiseerd te worden. In 7 DVC werd uitgevoerde zorg en/of het verlenen van medicatie niet geregistreerd op het zorg- en begeleidingsplan. Het betrof eerder een statisch i.p.v. een werkdocument binnen de hulp- en dienstverlening.

In 6 DVC beschikte men niet over een medicatiefiche van elke gebruiker.

Bij geen enkel DVC bevatte de afsprakennota alle verplichte elementen en bij de meeste DVC ontbraken er ook in de overeenkomst verplichte elementen.

Vanuit de sector kwam het signaal dat de erkenningsvoorwaarden m.b.t. infrastructuur, personeel (max. 2 personen voor een voltijdse functie) en het zorg- en begeleidingsplan overeenstemden met deze voor residentiële woonzorgvormen binnen het woonzorgdecreet maar dat het voor deze kleinschalige initiatieven niet evident was om daaraan te voldoen.