

**zorg**  
**inspectie**



# Perspectief van Zorginspectie

# Perspectief van Zorginspectie

- Onze opdracht
- Onze kijk op kwaliteit
- Onze kijk op het BVR
- Inspecties 2015

# Oprichtingsbesluit

- **Toezicht houden** op toepassing van de voor de voorzieningen en bepaalde individuen geldende regelgeving m.b.t. WVG
- **Visie:** Bijdrage leveren tot verbetering
  - **Kwaliteit**
  - rechtmatige besteding overheidsmiddelen
  - optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie
- **Doelgroep:** zorgvoorzieningen én individuen.
  - Voorzieningen erkend door departement + andere agentschappen WVG.
  - Personen die financiële tegemoetkoming ontvangen

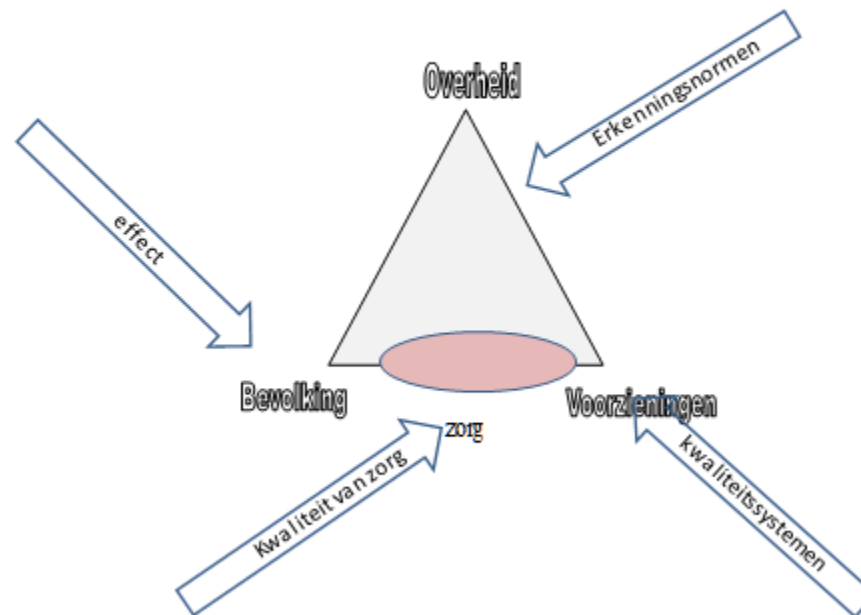
# Beheersovereenkomst

Strategische doelstelling:

*Significante bijdrage leveren tot het bevorderen van de **kwaliteit** van de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen*

Stimuleren, borgen, bewaken, transparant maken van kwaliteit

# Onze kijk op kwaliteit



## Onze kijk op het BVR

- Nadruk op kernprocessen
- Nadruk op resultaten (gebruikersresultaten, medewerkersresultaten, samenlevingsresultaten)
- Nadruk op kwaliteitszorg als dynamische zelfevaluatie en verbetercycli
- Nadruk op kwaliteit als dynamisch en evolutief gegeven (groeniveau's,...)
- Nadruk op dialoog (benchmarking), als stap naar transparantie

## Rol van Zorginspectie

- Artikel 7 van het kwaliteitsdecreet bepaalt dat de Vlaamse Regering het toezicht op de naleving van de bepalingen van dit decreet en van het uitvoeringsbesluit organiseert. In het raam van de hererkenningen zal Zorginspectie vanaf 1 januari 2015, naast de erkenningsnormen, de wijze waarop de organisatie de kwaliteitszorg vorm geeft en de zelfevaluatie uitvoert binnen de contouren van dit uitvoeringsbesluit inspecteren. Dit betekent dat Zorginspectie een jaar na het van kracht gaan van het uitvoeringsbesluit de huidige stand van zaken binnen de sector in kaart zal brengen. **De focus van de inspecties zal liggen op de kwaliteit van de zorg die wordt geleverd aan de gebruiker**, vanuit een organisatie die zelf de kwaliteit bewaakt en evalueert vanuit een procesmatige visie. Zorginspectie beschikt hiervoor over een wettelijk kader, zoals de erkenningsvoorwaarden, het decreet rechtspositie van de minderjarige en de wetgeving met betrekking tot kwaliteitszorg. De zelfevaluatie is een van de kaders op basis waarvan het instrumentarium van de inspecties kan worden opgemaakt.
- Zorginspectie zal **bij de eerste doorlichting in het raam van de hererkenningen vooral het overkoepelende thema kwaliteitszorg** benadrukken. De andere thema's komen aan bod wanneer Zorginspectie meer algemeen naar het resultaat van de kwaliteit van zorg kijkt. De jaren nadien kan Zorginspectie focusinspecties organiseren rond bepaalde (sub)thema's.
- Zorginspectie zal nagaan **op welke manier de organisatie het proces van zelfevaluatie op een aantoonbare wijze doorloopt. Zorginspectie zal niet het proces van zelfevaluatie herhalen binnen de organisatie en zal niet zelf scores toekennen**. Zij kan wel vaststellen of de meetfactoren en indicatoren bepaald voor de groeiveaus al dan niet aantoonbaar gedocumenteerd zijn, o.m. aan de hand van de concrete hulp- en dienstverlening.
- Doorheen de inspecties zal **ook de mening van de gebruiker een meer prominente plaats krijgen**. Zorginspectie zal nagaan wat de gebruiker ervaart van de zorg voor kwaliteit aan de hand van een methodiek die toelaat om op een professionele wijze de gebruikers te bevragen. Deze methodiek zal stapsgewijs worden ingevoerd bij de inspecties en zal aangepast worden aan het type van voorziening.



## Inhoud inspecties 2015

- Een standaardluik over kwaliteitszorg
- Inzoomen op ‘gebruikerstevredenheid’ als onderdeel van gebruikersresultaten
- Een specifiek luik, ingevuld per organisatie, adhv de beschreven verbeteracties
- Referentiekader en de preventie van grensoverschrijdend gedrag

Groei-niveaus (0-5)	Kwaliteitszorg: organisatie en visie	Kwaliteitszorg: betrokkenheid	Kwaliteitszorg: methodieken en instrumenten	Kwaliteitszorg: verbetertraject
0	De organisatie heeft geen visie op kwaliteitszorg.	Binnen de organisatie is er geen betrokkenheid inzake kwaliteitszorg.	De organisatie hanteert geen methodieken noch instrumenten voor de kwaliteitszorg.	De organisatie formuleert geen verbetertrajecten.
1	De organisatie onderneemt geen acties om te komen tot een adequate kwaliteitszorg.	De organisatie onderneemt geen acties om de betrokkenheid te vergroten.		De organisatie formuleert ad hoc verbetertrajecten.
	Er is structureel overleg inzake de kwaliteitszorg van de organisatie	De organisatie betreft op ad hoc basis de directie en medewerkers.	De organisatie hanteert enkel ad hoc methodieken en instrumenten voor de kwaliteitszorg.	
2	De organisatie heeft een basiskennis van de basisprincipes en modellen van integrale kwaliteitszorg.			De organisatie ontwikkelt SMART-geformuleerde verbetertrajecten.
	De organisatie heeft een personeelslid of personeelsleden die kwaliteitszorg als eindverantwoordelijkheid binnen het takenpakket heeft/hebben.	De organisatie betreft de medewerkers.	De organisatie beschikt over een kwaliteitshandboek waarin een kwaliteitsbeleid is opgenomen.	
	De organisatie heeft een visie op integrale kwaliteitszorg.	De organisatie betreft de bestuursorganen.	De organisatie beschikt over een methodiek of instrument voor de zelfevaluatie.	De organisatie informeert de medewerkers over de verbetertrajecten.
	Integrale kwaliteitszorg beslaat minimaal volgende domeinen van de organisatie: leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen, kernprocessen, gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten.			
3	Kwaliteitszorg is geïntegreerd in de dagelijkse werking van alle activiteitencentra van de organisatie.	Alle functiegroepen participeren in de kwaliteitszorg.	Het kwaliteitshandboek is gebruiksvriendelijk en bevat alle elementen volgens art.5§4 van het kwaliteitsdecreet.	De verbetertrajecten zijn SMART gedefinieerd en als dusdanig opgesteld dat de PDCA-cyclus herkenbaar is.
	Alle elementen van kwaliteitszorg zijn op elkaar afgestemd en vormen een geheel.	De organisatie bepaalt op een doordachte wijze waar de gebruiker bij de kwaliteitszorg betrokken wordt.	Alle functiegroepen passen het kwaliteitshandboek toe.	De organisatie stelt verantwoordelijken aan voor de uitvoering en voortgang per verbetertraject.
		De organisatie bepaalt op een doordachte wijze waar de externe partners (verwijzers, andere hulpverleners,...) bij de kwaliteitszorg betrokken worden.	De zelfevaluatie gebeurt op basis van een vooraf vastgelegde en gestandaardiseerde manier, waarin de PDCA-cyclus duidelijk aanwezig is en waarin minimaal volgende domeinen van de organisatie aan bod komen: leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen, kernprocessen, gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten.	De organisatie overloopt systematisch minimaal volgende domeinen van een organisatie (leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen, kernprocessen, gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten) bij het bepalen van verbetertrajecten binnen het jaar- of meerjarenplan van de organisatie.
		De bestuursorganen participeren in de kwaliteitszorg.		De organisatie communiceert de resultaten van de verbetertrajecten aan de betrokkenen.
4	De organisatie evalueert systematisch de kwaliteitszorg en stuurt bij.	De organisatie evalueert systematisch de wijze waarop de externe partners en de gebruikers betrokken worden en stuurt bij.	De organisatie evalueert systematisch de ingezette methodiek of instrument voor de zelfevaluatie en stuurt bij.	De organisatie voert de verbetertrajecten conform de planning uit, evalueert ze en stuurt bij.
	De organisatie legt minimaal de gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten samen in een synthese, die de basis vormt voor het bepalen van prioritaire verbetertrajecten.		De organisatie evalueert systematisch het kwaliteitshandboek en stuurt bij.	De organisatie implementeert de resultaten van de verbetertrajecten in de werking van de organisatie en legt ze samen met andere beleidsrelevante informatie.
5	De organisatie benchmarkt zijn kwaliteitszorg en zelfevaluatie.	De organisatie maakt de manier waarop de betrokkenen betrokken worden actief kenbaar.	De organisatie onderneemt actief initiatieven voor kennisdeling van de gebruikte methodieken en instrumenten.	De organisatie borgt de bekomen resultaten van de verbetertrajecten in het kwaliteitshandboek
	De organisatie heeft een kwaliteitscertificaat.		De organisatie vergelijkt zijn methodieken en instrumenten nationaal en internationaal.	De organisatie communiceert actief over de verbetertrajecten en de resultaten ervan.
	De organisatie maakt zijn kwaliteitszorg en zelfevaluatie actief kenbaar.		De methodieken en instrumenten zijn gecertificeerd en/of wetenschappelijk onderbouwd.	



Groei-niveaus (0-5)	Gebruikersresultaten: klachtenbehandeling	Gebruikersresultaten: Gebruikerstevredenheid → over hulpverleningsprocessen, over hulpuitvoering, over inspraak en participatie	Gebruikersresultaten: Effect van de hulpverlening
0	De organisatie heeft geen klachtenbehandeling.	De organisatie gaat de gebruikerstevredenheid niet na.	De organisatie gaat het effect van de hulpverlening voor de gebruikers niet na.
1	De organisatie bepaalt ad hoc een werkwijze voor de klachtenbehandeling.	De organisatie gaat ad hoc de gebruikerstevredenheid na.	De organisatie gaat ad hoc de effecten van de hulpverlening na.
2	De organisatie heeft een klachtenprocedure.	De organisatie hanteert een of enkele methodieken of instrumenten om de gebruikerstevredenheid na te gaan.	De organisatie hanteert een of enkele methodieken of instrumenten om het effect van de hulpverlening te meten.
3	De organisatie stelt de klachtenprocedure op met inspraak van de proceseigenaars.	De organisatie heeft een duidelijke procedure of afspraken rond het meten van de gebruikerstevredenheid.	De organisatie heeft SMART indicatoren geformuleerd om het effect van de hulpverlening na te gaan.
	De klachtenprocedure is geëxpliciteerd met een duidelijk stappenplan, tijdspad, verantwoordelijken en finaliteit en terugkoppeling naar de gebruiker die de klacht indiende.	De organisatie gebruikt systematisch een op de doelgroep(en) afgestemde methodiek voor het meten van de gebruikerstevredenheid, waarbij ze minimaal de hulpverleningsprocessen, de hulpuitvoering, inspraak en participatie bevraagt.	De organisatie gebruikt systematisch de eigen en de sectorale gegevens uit een uniform registratiesysteem om de effecten en processen van de hulpverlening in kaart te brengen.
	De organisatie communiceert de klachtenprocedure.	De organisatie gebruikt de gegevens van de tevredenheidsmeting als input voor de beleidsvoering van de organisatie.	De organisatie participeert aan wetenschappelijk onderzoek.
	Alle betrokkenen passen de klachtenprocedure toe.	De organisatie gebruikt de gegevens van de tevredenheidsmeting om de communicatie en de samenwerking met gebruikers te verbeteren.	
	De organisatie bundelt systematisch de klachten van gebruikers en bespreekt ze op (beleids)overleg.		
4	De organisatie evalueert systematisch de klachtenprocedure en stuurt bij.	De organisatie evalueert systematisch de instrumenten om de gebruikerstevredenheid te meten en stuurt bij.	De organisatie evalueert systematisch de gehanteerde indicatoren en instrumenten om de effecten van de hulpverlening te meten en stuurt bij.
	De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers en medewerkers.	De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers.	De organisatie gebruikt de aanbevelingen van wetenschappelijk onderzoek om de hulpverlening te optimaliseren.
	Vanuit de gegevens van de klachtenprocedure zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.	Vanuit de gegevens van de tevredenheidsmeting zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.	De organisatie gebruikt de eigen en de sectorale gegevens uit een uniform registratiesysteem om systematisch acties op te zetten rond de inputgebieden en de kernprocessen.
	De organisatie linkt de gegevens van de klachtenprocedure aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens kan geformuleerd worden.	De organisatie linkt de gegevens van de tevredenheidsmeting aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.	De organisatie linkt de resultaten van de effectmeting aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens kan geformuleerd worden.
5	De organisatie communiceert de klachtenprocedure systematisch extern.	Een onafhankelijk externe evalueert de tevredenheidsmeting. De organisatie communiceert deze resultaten en stuurt de tevredenheidsmeting bij.	De organisatie gebruikt systematisch de eigen en de sectorregistratiegegevens om te benchmarken.
	De organisatie evalueert systematisch de klachtenprocedure met inspraak van externe partners.	De tevredenheidsmeting is wetenschappelijk onderbouwd .	De organisatie gebruikt systematisch de eigen en de sectorregistratiegegevens om te benchmarken .
	De klachtenprocedure staat model voor andere organisaties.	De organisatie stelt de tevredenheidsmeting als model voor andere organisaties.	De organisatie staat model voor andere organisaties inzake het meten van de effectiviteit van de hulpverlening.
		De organisatie publiceert de resultaten van de tevredenheidsmeting.	De organisatie publiceert de resultaten van de hulpverlening, de registratiegegevens en de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek.



## **Referentiekader en de preventie van grensoverschrijdend gedrag**

Voor wat het beleid rond en de procedures inzake het omgaan met grensoverschrijdend gedrag betreft, verwachten we dat, gezien de maatschappelijke gevoeligheid van het thema, elke organisatie een beleid en procedures heeft inzake het voorkomen en het omgaan met situaties van overschrijdend gedrag. De bepaling voorziet ook in de verplichting om de administratie op de hoogte te brengen van dergelijke incidenten. Jongerenwelzijn zal zorgen voor een gepaste registratie opdat hierover gepast gerapporteerd kan worden.

## Methodiek inspecties 2015

- NIET herscoren
- Naast gesprek met verantwoordelijken ook gesprekken met aanwezige medewerkers
- Geen extra papierwerk (aantoonbaarheid)
- Jongeren worden niet bevraagd
- 4 delen, maar een coherent geheel

# Timing inspecties 2015

Vanaf juni 2015