

# DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

## Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

[contact@zorginspectie.be](mailto:contact@zorginspectie.be)

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

## INSPECTIEVERSLAG ALGEMENE ERKENNINGSVOORWAARDEN (VOLWASSENEN) - ORGANISATIE EN WERKING

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

### INSPECTIEPUNT

Naam	De Meander
Adres	Stokkemerbaan 147, 3650 Dilsen-Stokkem
Telefoon	089-79 84 20
E-mail	Inge.Aerts@demeander.be

### INRICHTENDE MACHT

Naam	DE MEANDER
Juridische vorm	VZW
Adres	Stokkemerbaan 147, 3650 Dilsen-Stokkem
E-mail	luc.lemkens@demeander.be

### UITBATINGSPLAATS

Naam	
Adres	,

### OPDRACHT

Nummer	O-2015-EVST-0277
Datum	14/10/2015
Inspecteur(s)	Martine Vandenhoek

### VERSLAG

Nummer	V-2015-MAVA-0065
Datum	9/12/2015

### INSPECTIEBEZOEK

Soort	Aangekondigd bezoek op 24/11/2015 (9:00-14:00)
Gesprekspartners	Luc Lemkens, algemeen directeur Inge Aerts, directeur zorg Katrien Aerden, kwaliteitscoördinator

## LEESWIJZER

### **Toegepaste wetgeving en administratieve bepalingen:**

#### Algemeen:

- Besluit van de Vlaamse Regering van 4 februari 2011 betreffende de algemene erkenningsvoorwaarden en kwaliteitszorg van voorzieningen voor opvang, behandeling en begeleiding van personen met een handicap
- Besluit van de Vlaamse Regering van 15 juni 1994 betreffende het beheer van gelden of goederen van personen met een handicap door beheerders of personeelsleden van voorzieningen
- Omzendbrief van 28 maart 2002 inzake de supplementen boven de financiële bijdrage
- Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen

#### Specifiek voor zelfstandig wonen:

- Besluit van de Vlaamse Regering van 31 juli 1990 houdende de vaststelling van de erkenningsvoorwaarden, de werkings- en subsidiëringsmodaliteiten voor diensten voor zelfstandig wonen van gehandicapte personen
- Besluit van de Vlaamse Regering van 5 juni 2015 wijziging Zelfstandig Wonen

### **Onze opdracht**

De opdracht van Zorginspectie bestaat erin om ten behoeve van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) een objectief beeld te geven over de mate waarin de werking van de erkende en gesubsidieerde voorzieningen beantwoordt aan de regelgeving en bepalingen zoals hierboven aangegeven.

Het VAPH is bevoegd voor de erkenning en subsidiëring van deze voorzieningen. De finale beoordeling van het dossier komt dit agentschap toe. Zo kan het bijvoorbeeld over bijkomende stukken/gegevens uit het dossier beschikken die mogelijk een ander licht werpen op de vaststellingen van de inspecteur. Het VAPH kan aan de voorziening vragen binnen een te bepalen termijn de nodige maatregelen te nemen om aan de verplichtingen te voldoen zoals die decretaal en reglementair bepaald zijn (BVR van 4 februari 2011, artikel 55 en volgende).

Een uitgebreide toelichting over de aanpak van Zorginspectie kunt u nalezen op [www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be). Alle verslagen van Zorginspectie worden overgemaakt aan het VAPH.

### **Wat komt u te weten in dit verslag?**

Per bevraagd item wordt beschreven hoe de werkwijze en praktijk in elkaar zitten zoals dit kan worden vastgesteld tijdens het inspectiebezoek. Niet alle elementen uit de regelgeving komen aan bod tijdens deze inspectie. Dit betekent niet dat aan deze elementen niet moet worden voldaan: ze komen ofwel aan bod bij een volgend inspectiebezoek of behoren tot de opdracht van het VAPH.

Doorheen het verslag worden eventuele vastgestelde tekorten op regelgeving en aandachtspunten geformuleerd:

- Er wordt een tekort genoteerd indien de praktijk niet strookt met de regelgeving.
- Door middel van een aandachtspunt wordt uw aandacht gevraagd voor bijsturing van bepaalde elementen uit de werking van de voorziening, zonder dat er sprake is van een inbreuk op regelgeving. Zorginspectie vraagt hiervoor aandacht in functie van een verbetering van de kwaliteit van zorg aan de gebruiker en de optimale werking van de voorziening.
- Indien het gaat om specifieke gevallen waarover geen uitspraak kan worden gedaan op het moment van het inspectiebezoek zelf, wordt de kwalificatie "niet toetsbaar" gehanteerd.

Dossiers worden steekproefsgewijs geïnspecteerd. Het resultaat van dit onderzoek wordt per thema in een samenvattende tabel gebundeld.

Indien een voorziening niet voldoet aan de vereisten voor een verantwoorde ondersteuning, kunnen

deze tekorten aanleiding geven tot een opvolgingsinspectie. Een opsomming van dergelijke tekorten wordt gegeven in het besluit bij dit verslag.

Per module wordt onder de rubriek "samenvatting van de vaststellingen" weergegeven welke tekorten nieuw zijn, welke tekorten uit eerdere inspectiebezoeken werden weggewerkt, welke tekorten niet werden weggewerkt en desgevallend, welke tekorten niet werden gecontroleerd.

## ERKENNING EN DOELGROEP

### ERKENNING

De organisatie is erkend als:

- FAM
- MFC
- Rechtstreeks toegankelijke hulp

Focus van de inspectie:

- FAM

Op moment van het inspectiebezoek werden er 116 volwassenen met een handicap begeleid door de organisatie.

### **Toelichting**

De voorziening is erkend als MFC en FAM. Binnen de MFC werking worden er een 25 -tal jongeren tussen 12 en 25 jaar begeleid. Ze lopen hoofdzakelijk school in De Garve.

Binnen FAM gaat het om een 116 gebruikers (verblijf, beschermd wonen en persoonsvolgend convenant).

### DOELGROEP

De gebruikers hebben als **hoofdhandicap**:

- mentale handicap

Naast de hoofdhandicap is er sprake van **bijkomende problemen**, namelijk:

- motorische handicap
- autisme
- sensorïële handicap
- gedrags- of emotionele stoornis
- psychiatrische problemen

## KWALITEITSSYSTEEM EN ZELFEVALUATIE

### Bron:

- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: kwaliteitshandboek, website, strategisch beleidsplan, beleidsopties, afdelingsbeleidsplannen, andere stavingsdocumenten.

### VOLLEDIGHEID EN BESCHIKBAARHEID VAN HET KWALITEITSHANDBOEK

	Ja	Nee	NB
Alle <b>verplichte procedures zijn opgenomen</b> binnen het kwaliteitshandboek	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het kwaliteitshandboek ligt permanent <b>ter beschikking van de gebruikers</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dit is <b>conform de beschrijving in het Charter</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het kwaliteitshandboek ligt permanent <b>ter beschikking van alle personeelsleden</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kwaliteitshandboek is raadpleegbaar op de website en kan opgevraagd worden bij de sociale dienst. Voor het personeel is het ook beschikbaar via het intranet "MeanderNet" (Zorgonline).			

## ZELFEVALUATIE

### Inhoud van de procedure zelfevaluatie

	Ja	Nee	NB
De procedure zelfevaluatie <b>voldoet aan de minimale eisen</b> van het decreet	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>In 2013 werd de procedure zelfevaluatie (5.1) opgemaakt. Binnen deze procedure wordt verwezen naar andere procedures die van belang zijn voor de zelfevaluatie m.n.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-procedure 1.3. missie, visie, objectieven enz. voor de werking van De Meander wat de doelstellingen op beleidsniveau betreffen (opstellen van opdrachtsverklaring, uitwerken van het strategisch beleidsplan, formuleren van jaarlijkse beleidsopties en afdelingsbeleidsplannen)</li> <li>-procedure 4.5 voor de evaluatie van de procedures van het kwaliteitshandboek</li> <li>-procedure 5.3. voor de evaluatie van ingezette middelen</li> <li>-procedure 5.5. voor het beoordelen van het kwaliteitshandboek</li> </ul> <p>In de procedure 5.1 is een tabel opgenomen waar voor de gebruikersgerichte processen, de organisatiegerichte processen en de organisatiestructuren is opgenomen op welke wijze ze zullen geëvalueerd worden, wie betrokken is en waar de registraties gebeuren. Gebruikers worden betrokken bij de evaluatie procedure IDO, procedure collectief overleg; klachtenprocedure evaluatie van de financiële middelen.</p> <p>Uit de praktijktoets blijkt dat gebruikers ook betrokken worden bij verbeteracties in de afdelingsbeleidsplannen. Dit is nog niet opgenomen in de procedure.</p> <p>Er is een praktijk van bijsturing indien kwaliteitsdoelstellingen niet gehaald worden of indien ze niet meer relevant zijn. De manier van werken in die situaties is nog niet opgenomen in de procedure.</p>			

**De procedure moet op volgend(e) punt(en) worden bijgestuurd om te voldoen aan de minimale bepalingen:**

- beschrijven van de te ondernemen stappen als een doelstelling niet bereikt wordt

**Toets met de praktijk**

	Ja	Nee	NB
Er werd reeds een <b>zelfevaluatie opgestart</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>In De Meander is een lange traditie van het evalueren van de eigen werking die over de jaren heen verder verfijnd werd o.a. via het werken in een zelf ontwikkeld elektronisch zorgsysteem Zorgonline. Voor MFC en FAM wordt met hetzelfde systeem gewerkt (1 zelfevaluatie voor beide werkvormen).</p> <p>De organisatie heeft al 3 cycli van 5 jaar achter de rug wat het werken met een strategische beleidsplan (SBP) betreft. Het huidige SBP loopt van 2013 tot en met 2017.</p>			

**Verzameling en registratie van gegevens over de kwaliteit van de zorg**

	Ja	Nee	NB
De voorziening maakt gebruik van een <b>bestaande methodiek of systeem</b> voor de zelfevaluatie	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Korte beschrijving van het gebruikte systeem: - Zorgonline</p> <p>Het elektronische zorgsysteem Zorgonline werd ontwikkeld door De Meander en is ondertussen in een BVBA ondergebracht. Het is geïnspireerd op EFQM. Het wordt in diverse sectoren gebruikt o.a. organisatie voor gehandicapten, woonzorgcentra, bijzondere jeugdzorg.</p>			

	Ja	Nee	NB
De voorziening werkt met <b>eigen kwaliteitsindicatoren</b>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>De organisatie benoemt niets als formele kwaliteitsindicator. Bij de praktijktoets stellen we wel vast dat er af en toe een duidelijke indicator is bepaald. Voorbeeld: - aantal ongevallen en bijna ongevallen verlagen in vergelijking tot vorige werkjaar als indicator dat een aantal afgesproken maatregelen de veiligheid van gebruikers verhogen.</p>			

Bij de verzameling van gegevens wordt gebruik gemaakt van volgende insteek:

<p><b>Vanuit GEBRUIKERS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gebruikersdossier (of andere elementen uit de gebruikersdossiers)</li> <li>- medicatiebeleid en -fouten</li> <li>- tevredenheidsmeting</li> <li>- klachten</li> <li>- vormen van collectieve inspraak</li> </ul>
<p><b>Vanuit PERSONEEL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- personeelsevaluaties/functioneringsgesprekken/sollicitatiegesprekken</li> <li>- personeelspeilingen</li> <li>- team-en personeelsvergaderingen</li> <li>- ondernemingsraad/comité veiligheid/syndicale afvaardiging</li> </ul>

**Vanuit STAKEHOLDERS**

- raad van bestuur/algemene vergadering
- wetgevend kader/overheid
- overleg met buurt

**Vanuit DAGELIJKSE WERKING**

- interne audit
- interne en externe overlegorganen
- middelen: personeel
- middelen: gebouwen en uitrusting
- middelen: uitrusting
- middelen: financiën
- middelen: methoden en technieken

**Vanuit ELEMENTEN VAN ZORGVERNIEUWING**

- registraties FAM/MFC
- overleg met reguliere diensten

*Voorbeelden elementen vanuit gebruikers:*

Klachten en ontevredenheden worden jaarlijks geanalyseerd en opgenomen in het verslag "beoordelen kwaliteitshandboek".

Gebruik van de Time Out ruimte: jaarlijks overzicht voor alle leefgroepen FAM en MFC van aantal keren dat er overgegaan werd tot TO.

In 2014 een oplijsting van de aanwezigheid van de gebruiker bij de bespreking van zijn zorgplan en indien niet aanwezig of er achteraf dan wel een bespreking was met gebruiker.

Metten van aantal ongevallen en bijna ongevallen met gebruikers.

Jaarlijkse analyse van medicatiefouten door de medische dienst.

Registraties van GOG gebeuren enkel op cliëntniveau (cf. aandachtspunt).

Jaarlijkse inventarisatie van alle thema's die aan bod kwamen tijdens het collectief overleg.

Tweejaarlijkse tevredenheidsmetingen.

*Voorbeelden elementen vanuit personeel:*

In 2015 was er een bevraging m.b.t. psycho-sociaal welzijn van het personeel (enquête van De Meander).

Jaarlijkse evaluatie van de overlegorganen.

Jaarlijkse evaluatie VTO.

Bevraging van personeel m.b.t. het mee-eten met de bewoners in de leefgroep als pedagogische taak.

*Voorbeelden elementen vanuit stakeholders:*

Aanbod van de voorziening wordt geëvalueerd met externe en interne stakeholders.

Bestuursorganen worden geconsulteerd rond zorgvernieuwing, organisatiestructuur, missie, visie, beleidsopties, SBP.

Rond verschillende thema's, acties wordt er samen gewerkt met een aantal partners uit de buurt zoals het WZC, Wit Geel Kruis, OCMW voor begeleid werken, Kind en Gezin, opvoedingswinkel, scholen uit de buurt enz.

*Voorbeelden vanuit de dagelijkse werking:*

Procedures van het kwaliteitshandboek worden via het systeem van intern audit in een cyclisch proces met een looptijd van 4 jaar geëvalueerd.

De ingezette middelen worden periodisch geëvalueerd (Vb. financieel=jaarlijks, personeel =jaarlijks, infrastructuur/uitrusting/inrichting= masterplan goedgekeurd voor 5 jaar, methoden en technieken =tweejaarlijks).

*Voorbeelden elementen vanuit zorgvernieuwing:*

Er werden gesprekken aangegaan met externe partners m.b.t. het invullen van zorgvernieuwing.

**Kwaliteitsdoelstellingen**

	Ja	Nee	NB	NVT
Er worden <b>kwaliteitsdoelstellingen geformuleerd</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Er wordt een <b>onderscheid gemaakt</b> tussen strategische en operationele doelstellingen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Zijn de geformuleerde operationele doelstellingen aan strategische doelstellingen van de organisatie <b>gelinkt</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
De kwaliteitsdoelstellingen zijn <b>SMART geformuleerd</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bij het formuleren van de doelstellingen komen elementen van <b>zorgvernieuwing tot uiting</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Het formuleren van de kwaliteitsdoelstellingen gebeurt op de wijze zoals <b>beschreven in de procedure</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>De organisatie werkt met een SBP voor 2013 tot en met 2017: 20 doelstellingen                      Jaarlijks worden er op basis van het SBP een aantal beleidsopties geformuleerd. Elke beleidsoptie is gelinkt aan eens strategische doelstelling. Op basis van het SBP en/of op basis van de beleidsopties formuleert elke afdeling (dienst/leefgroep/atelier) een aantal doelstellingen en werkt deze uit in een verbeterproject (= afdelingsbeleidsplan ABP). In principe lopen deze over een werkjaar.</p> <p>Er wordt door iedereen gewerkt binnen Zorgonline. Het ABP wordt gemaakt binnen een vast sjabloon met vermelding van: de operationele doelstelling van het verbeterproject, de link naar beleidsoptie of strategische doelstelling, het stappenplan en de eindevaluatie. Er is een opvolgingssysteem dat ook gelinkt is aan het SBP (stap bereikt = groene bol in het ABP, statusbalk doelstelling SBP wordt ook groener).</p> <p>Medewerkers worden ondersteund in het SMART formuleren van de doelstellingen. Elke beginnende leidinggevende krijgt daar een opleiding rond.</p> <p><i>Voorbeelden van verbeterprojecten:</i></p> <p><b>ABP 2015 Belzer FAM</b>                      Doelstelling: aangepaste activiteiten voor ouder wordende doelgroep op maandbasis inplannen                      Link met SBP bij doelstelling kwaliteit van leven verhogen                      Stappenplan                      -behoefteonderzoek bij de bewoners op de bewonersvergadering =gebeurd                      -activiteitenkaft opstellen met picto's voor de bewoners = af                      -maandelijks activiteit plannen in het uurrooster = opgenomen                      Eindevaluatie gepland in november 2015</p> <p><b>ABP 2015 Alpenroos MFC</b>                      Doelstelling: tegen eind 2015 verkennen hoe de huidige MFC-werking kan uitgebreid worden met een ambulante en mobiel aanbod                      Link met beleidsoptie zorgvernieuwing                      Stappenplan                      - inventarisatie huidig aanbod=gebeurd                      - studiebezoek aan andere voorziening=gebeurd                      -...                      Eindevaluatie gepland in november 2015</p>				



**ABP 2015 Pionier FAM**

Doelstelling: een eetsituatie creëren waar elke bewoner zich goed bij voelt

Link SBP kwaliteit van leven

Stappenplan

- bevraging/observatie van de bewoners=gebeurd en diverse domeinen werden in kaart gebracht

-uitproberen van nieuwe tafelschikking =ok en gevisualiseerd

-communicatie met vertegenwoordigers = via persoonlijk gesprek

Eindevaluatie gepland in november 2015

**ABP 2014 Dierenpark**

Doelstelling: belevingsgericht werken afstemmen op de zorgvraag van ouder wordende bewoners

Link SBP kwaliteit van leven

Stappenplan

- noden van ouder wordende in kaart brengen

-inventaris van mogelijke activiteiten

- uitproberen bij de doelgroep en evalueren

Eindevaluatie november 2014: aangepast aanbod is gerealiseerd en geïmplementeerd in de werking.

**Stappenplan**

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is een <b>stappenplan met tijdsplan</b> voor het realiseren van de kwaliteitsdoelstellingen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bij het formuleren van het stappenplan worden <b>verantwoordelijkheden toegewezen</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Het opstellen van het stappenplan gebeurt op wijze zoals <b>beschreven in het kwaliteitshandboek</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdsplan en stappenplan zijn verankerd in het sjabloon. Voor de beleidsopties is er telkens iemand van de beleidsvergadering verantwoordelijk. Voor de ABP is de direct leidinggevende van de dienst/leefgroep/atelier verantwoordelijk.				

**Frequentie en wijze van evalueren**

	Ja	Nee	NB	NVT
De evaluatie gebeurt op de wijze en volgens frequentie zoals <b>beschreven in de procedure</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluatiemomenten liggen vast. De organisatie toont met verslagen aan dat er gehandeld wordt volgens de gemaakte afspraken: ABP: evaluatie op elke teamvergadering en eindevaluatie in november van het werkjaar. Beleidsopties: evaluatie 2 keer per jaar op de beleidsvergadering. SBP: jaarlijkse evaluatie op de beleidsvergadering.				

**Corrigerende maatregelen**

	Ja	Nee	NB	NVT
Er werden corrigerende <b>maatregelen genomen of overwogen</b> nadat vastgesteld werd dat kwaliteitsdoelstellingen niet gerealiseerd werden	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De genomen corrigerende maatregelen bevatten een	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

stappenplan met tijdsplan				
De wijze waarop corrigerende maatregelen beslist worden en in een stappenplan omgezet is conform de wijze beschreven in het kwaliteitshandboek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<p><i>Voorbeeld van bijsturing:</i>                  Doelstelling van 2014: realiseren van een afdeling in een WZC samen met de organisatie Soprimat. Op een bepaald ogenblik werd Soprimat overgenomen door een andere partner waarna de samenwerking werd stopgezet. De bijsturing en uiteindelijke stopzetting van het project is gemotiveerd en opgenomen in het sjabloon (blauwe bol = aan gewerkt maar niet meer van toepassing).</p> <p>Indien een ABP niet binnen het werkjaar kan worden afgewerkt dan is er sowieso een evaluatie in november opgenomen in het sjabloon en meestal met een goedkeuring van de leidinggevende om verder te werken aan het project gedurende het volgende jaar.</p>				

**Borging van de volledigheid van de zelfevaluatie**

	Ja	Nee	NB
Alle facetten van de werking zijn gepland voor evaluatie	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De volledige zelfevaluatiecycclus wordt doorlopen binnen de 5 jaar	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De voorziene planning wordt in de praktijk gerealiseerd	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SBP loopt van 2013 tot en met 2017. Alles wordt zeer transparant in kaart gebracht via Zorgonline. Via de groene en rode bollen en de statusbalken wordt gevisualiseerd waar een project zich op de tijdslijn bevindt.			

**Inspraak**

Beschrijving inspraak van de gebruikers in het proces van de zelfevaluatie

In de procedure is verankerd waar gebruikers sowieso inspraak hebben het proces van zelfevaluatie (evaluatie procedure IDO, procedure collectief overleg; klachtenprocedure evaluatie van de financiële middelen).

De gebruikersraad werkt om de 2 jaar de tevredenheidsmeting uit voor FAM en MFC. Zij kiezen het thema en stellen de vragenlijst op. De organisatie zorgt vervolgens voor de bevraging en verwerking van de gegevens. In 2014 kozen zij het thema "vrije tijd".

Binnen de ABP's kan de afdeling zelf beslissen in welke mate en op welke manier gebruikers (bewoners zelf of vertegenwoordiger) betrokken worden bij de uitwerking van het actieplan. De organisatie kan daar verschillende mooie voorbeelden van geven o.a. behoeftenbevraging ouder wordende bewoners, vertegenwoordigers betrokken bij het project levenseinde.

Binnen het collectief overleg werd er door de vertegenwoordigers rond het thema communicatie gewerkt met o.m. de vraag tot toegang tot logboek. Dit wordt waarschijnlijk een beleidsoptie voor 2016 waar gebruikers bij betrokken worden.

Beschrijving inspraak van het personeel

De inspraak van het personeel is beschreven in de procedure zelfevaluatie en is aantoonbaar via voorgelegde verslaggeving. De ABP's worden gedragen door alle medewerkers en zijn gelinkt aan de beleidsopties, aan het SBP.

Via MeanderNet heeft elke medewerker ook toegang tot de ABP's van andere afdelingen. Dit zorgt voor een interessante kruisbestuiving.

	Ja	Nee	NB	NVT

De <b>gebruikers hebben inspraak</b> in de zelfevaluatie	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Het <b>personeel heeft inspraak</b> bij de zelfevaluatie	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
De inspraak van <b>gebruikers</b> verloopt zoals beschreven in het <b>kwaliteitshandboek</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De inspraak van <b>personeel</b> verloopt zoals beschreven in het <b>kwaliteitshandboek</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**De resultaten van de zelfevaluatie worden actief kenbaar gemaakt aan**

	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>	<b>NB</b>
Iedereen via publicatie op de website	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alle gebruikers individueel	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collectief overlegorgaan gebruikers	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alle personeelsleden individueel	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personeelsleden via team- of personeelsvergadering	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personeelsleden via ondernemingsraad/comité of syndicaal overleg	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raad van bestuur/Algemene vergadering	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Externe stakeholders	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>SBP, jaarverslag en inspectieverslagen staan op de website.</p> <p>SBP wordt overgemaakt aan de burgemeester en aan belangrijkste partners waar men mee samen werkt vb. zelfstandig verpleegkundige dienst. Het SBP is uitgegeven in een aantrekkelijk boekje met foto's en voor iedereen beschikbaar aan het onthaal van De Meander.</p> <p>Het SBP wordt goedgekeurd door de Raad van Bestuur.</p> <p>Jaarlijks worden de beleidsopties voorgelegd aan de Raad van Bestuur. Vanaf 2016 zal met in kleinere commissies werken waarbinnen bepaalde opties verder worden uitgewerkt door bestuursleden (vooral rond zorgvernieuwing vb. afbouw MFC? toekomstig opnamebeleid, organisatie woon- en leefkosten, zorgbeleid en ethiek).</p> <p>De beleidsopties worden jaarlijks voorgelegd aan de gebruikersraad en toegelicht op een open personeelsvergadering waar er een evaluatie is van het vorige werkjaar en er vooruitgeblikt wordt op nieuwe beleidsopties.</p> <p>MeanderNet: alle ABP's zijn consulteerbaar voor personeel.</p>			

**SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN**

**Nieuwe tekorten**

- In de beschrijving van de werkwijze voor zelfevaluatie ontbreekt één verplicht element (Decreet van 17/10/2003, artikel 5 § 3).

**AANDACHTSPUNTEN**

- De meldingen van grensoverschrijdend gedrag en gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen worden nog niet geïnventariseerd en opgenomen binnen de zelfevaluatie. Momenteel is de registratie enkel op dossierniveau terug te vinden.
- Het verdient aanbeveling om in de procedure te verankeren op welke manier gebruikers ook bij

de afdelingsbeleidsplannen en beleidsopties kunnen betrokken worden.

## BESLUIT

De Meander is reeds ver gevorderd in het uitwerken van de zelfevaluatie. In de organisatie is een lange traditie van het evalueren van de eigen werking en deze werd over de jaren heen verder verfijnd.

## SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

	Aantal
Nieuwe tekorten	1
Aandachtspunten	2

Aan de organisatie wordt gevraagd om de nodige maatregelen te nemen om de werking in overeenstemming te brengen met de regelgeving.

Met het oog op het verder uitbouwen van een kwaliteitsvolle werking, worden in het verslag een aantal aandachtspunten geformuleerd.

---

De inspecteur(s),

Martine Vandenhoeck