

Agentschap Zorginspectie
Koning Albert II-laan 35, bus 31
1030 Brussel
Tel. 02 553 34 34 Fax 2 553 34 35
contact@zorginspectie.be



Analyse van de kwaliteitsaudits in voorzieningen erkend door het VAPH

Kwaliteitsaudits uitgevoerd tussen 2003 en 2009

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	3
2. Werkwijze van inspectie	4
2.1. Voorbereiding	4
2.2. Gehanteerde methodiek: audit	4
2.2.1. Waarom audit?	4
2.2.2. Wat houdt de audit in?	4
2.2.3. De verschillende soorten audits.....	5
2.2.4. Rapportering en vaststellingen	5
2.3 Gevolgen voor de voorziening	7
2.4 Ondersteuning voor voorzieningen tijdens de periode van 2003 tot 2009.....	8
3. Analyse van de auditverslagen voor de periode van 2003 tot 2009.....	9
3.1. Globale analyse.....	9
3.1.1. Overzicht audits en vaststellingen	9
3.1.2. Elementen van het Kwaliteitshandboek en geformuleerde afwijkingen.....	10
3.1.3. Afwijkingen per SMK 2003-2009.....	12
3.2. Analyse van de auditverslagen in de zorgsector.....	16
3.2.1 Analyse van de auditverslagen in de residentiële en semi-residentiële afdelingen, gezinsplaatsingsdiensten en beschermd wonen.	16
3.2.2. Analyse van de auditverslagen in de ambulante sector	19
3.3. Analyse van de auditverslagen in de sector Ambulante Revalidatiecentra	21
4. Besluit.....	24
Bijlagen	26
Bijlage 1.....	26
Bijlage 2.....	26
Bijlage 3.....	28
Bijlage 4.....	28
Bijlage 5.....	30
Bijlage 6.....	30

1. Inleiding

Op 1 januari 2003 ging het Besluit van de Vlaamse Regering van 15 december 2000 betreffende de kwaliteitszorg in de voorzieningen van het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap (VFSIPH, voorloper van het Vlaams Agentschap Personen met een Handicap) van start.¹ Het uitvoeringsbesluit gaf invulling aan het Decreet van 29 april 1997 inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen.²

In de periode tussen 1997 en 2003 werden door het VFSIPH (voorloper van het VAPH), in voorbereiding van de opmaak van het uitvoeringsbesluit en de start van het uitvoeringsbesluit, volgende acties ondernomen:

- In het decreet werd de verplichting opgelegd een Sectoraal Overleg (SOG) op te richten met als opdracht het uitvoeringsbesluit voor te bereiden. De SOG was samengesteld uit vertegenwoordigers van gebruikersorganisaties, het kabinet van de toenmalige minister van welzijn, het VFSIPH (waaronder ook inspectie, toen deel van deze VOI), de werkgeversorganisaties en de werknemersorganisaties.

De SOG heeft in de periode van 1997 tot 2000 de sectorale minimale kwaliteitseisen (SMK's) en de verplichte elementen van het kwaliteitshandboek volgens de bepalingen van het decreet vastgelegd. Na de voorbereiding en uitwerking van het uitvoeringsbesluit heeft de SOG ook een adviserende en evaluatieve rol opgenomen in de verdere implementatie van het uitvoeringsbesluit en het toezicht op de toepassing van de elementen van het uitvoeringsbesluit.

- In voorbereiding van de implementatie van het uitvoeringsbesluit werd door het VFSIPH het initiatief genomen om in samenwerking met het Centrum voor Kwaliteitszorg een project op te zetten met als bedoeling de resultaten van de SOG te toetsen aan de praktijk en deze met de commentaar en inbreng van de voorzieningen te verwerken tot een praktische, bruikbare handleiding voor de voorzieningen. Een honderdtal voorzieningen werkten op vrijwillige basis mee.
- In deze periode tussen 1999 en 2003 werd door de inspectiedienst van het VFSIPH in samenspraak met de SOG een concept uitgewerkt voor het toezicht op de nieuwe regelgeving. Het voorstel van de auditmethodiek, de formulering van de vaststellingen, de gevolgen die gegeven worden aan de vaststellingen en concretisering van de beroepsprocedure, werden voorgelegd en goedgekeurd door de toenmalige raad van bestuur van het VFSIPH (zie verder in punt 2.3).

¹ Het BVR van 15/12/2000 werd dd. 16/04/2004 aangepast: SMK 1.3.1 werd gewijzigd en een bijkomende procedure werd als verplicht opgenomen (4.6.16: "Het detecteren van en gepast reageren op misbruik en geweld ten aanzien van gebruikers").

Het BVR van 15/12/2000 werd dd. 10/02/2006 aangepast voor de sector Ambulante Centra voor Functionele Revalidatie

² Voor de Centra voor Ontwikkelingsstoornissen (COS) werd een apart uitvoeringsbesluit (MB dd. 15/5/2000) opgemaakt. De verwerking van de auditverslagen van de centra wordt als dusdanig niet opgenomen in dit rapport.

2. Werkwijze van inspectie

2.1. Voorbereiding

In voorbereiding op het toezicht op het uitvoeringsbesluit, ontwikkelt de dienst inspectie van het VFSIPH een kwaliteitssysteem volgens ISO 9001:2000 normen en behaalt de dienst een ISO-certificaat in de loop van 2002.

De inspecteurs werden gevormd in kwaliteitssystemen en opgeleid als auditor. In de loop van 2002 werden 'proefaudits' georganiseerd in voorzieningen die zich hiervoor kandidaat hadden gesteld.

2.2. Gehanteerde methodiek: audit

2.2.1. Waarom audit?

De audit wordt als methodiek gekozen om de implementatie van de kwaliteitszorg in de voorzieningen op te volgen en te toetsen. In artikel 2 van het Besluit van de Vlaamse Regering van 15 december 2000 betreffende de kwaliteitszorg in de voorzieningen voor de sociale integratie van personen met een handicap staat het volgende:

“...Om erkend te worden en erkend te blijven, dient een voorziening, onverminderd de naleving van andere erkenningsnormen, een kwaliteitshandboek op te maken, ..., en de sectorspecifieke minimale, kwaliteitseisen (SMK genoemd hierna) na te leven inzake gebruikersgerichtheid, maatschappelijke aanvaardbaarheid, doeltreffendheid, doelmatigheid en continuïteit zoals bepaald in bijlage II.”

Met deze bepaling wil men de voorzieningen ertoe aanzetten de kwaliteit van de verstrekte hulp- en dienstverlening voortdurend te verbeteren. Via een audit zal inspectie nagaan of de bepalingen opgenomen in het BVR van 15/12/2000 in de praktijk gebracht worden door de voorzieningen erkend door het VFSIPH.

De andere erkenningsvoorwaarden, naast de kwaliteitsregelgeving, worden tijdens een audit niet opgevolgd. Tijdens de audit wordt enkel de kwaliteitsregelgeving opgevolgd (BVR 15/12/2000 betreffende de kwaliteitszorg in de voorzieningen van het VFSIPH).

2.2.2. Wat houdt de audit in?

De audit van het kwaliteitshandboek evalueert enerzijds of het kwaliteitshandboek de verplichte elementen omvat en voldoet aan de sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen. Daarnaast meet de audit door middel van een steekproef of de verstrekte hulp- en dienstverlening conform is aan de bepalingen en processen zoals voorzien in het kwaliteitshandboek.

Op het einde van de audit ontvangt de voorziening een auditrapport waarin de bevindingen van de audit worden weergegeven. Dit rapport wordt toegelicht tijdens de slotvergadering en de voorziening zal een kopie van het rapport ontvangen. Tijdens de slotvergadering heeft de voorziening de mogelijkheid om te reageren op het verslag.

2.2.3. De verschillende soorten audits

Erkenningsaudit

Eens om de 4 jaar wordt het volledige kwaliteitshandboek en de implementatie ervan doorgelicht. Dit gebeurt steeds door een team auditors (2), waaronder de regio-inspecteur. Deze audit duurt naargelang de grootte (aantal plaatsen en aantal werkvormen) en de regionale spreiding (aantal inplantingsplaatsen) van de voorziening of dienst één tot drie dagen. Tijdens een erkenningsaudit worden steeds alle nog openstaande afwijkingen uit vorige audits behandeld.

Tussentijdse audit

In de jaren tussen de erkenningsaudits, zal de regio-inspecteur een tussentijdse audit uitvoeren in alle voorzieningen onder zijn bevoegdheid. Dergelijke audits duren een dag. Hoewel beperkter, kunnen tijdens tussentijdse audits alle elementen van het kwaliteitshandboek aan bod komen en hebben de vaststellingen dezelfde draagwijdte als de vaststellingen tijdens een erkenningsaudit. Alle openstaande afwijkingen uit vorige audits worden behandeld tijdens een tussentijdse audit.

Correctieaudit

Indien tijdens een audit een grote afwijking vastgesteld wordt, zal binnen de zes maanden een correctieaudit uitgevoerd worden binnen de voorziening, zoals voorzien in artikel 4 van het Besluit van de Vlaamse Regering van 15 december 2000. Tijdens deze audit wordt nagegaan in hoeverre corrigerende maatregelen beslist en geïmplementeerd werden met betrekking tot de vastgestelde grote afwijking(en). Op vraag van de voorziening kunnen tijdens deze audit eveneens de nog openstaande kleine afwijkingen uit vorige audits bekeken worden.

Ad hoc audit

Indien een vastgestelde problematiek dit noodzakelijk maakt, kan in uitzonderlijke gevallen de voorziening vragen om een ad hoc audit uit te voeren. Ook de inspectie zelf kan beslissen een ad hoc audit te laten doorgaan rond de betrokken problematiek. Ook tijdens deze audit staat het de voorziening vrij, naast het onderzoek met betrekking tot de vastgestelde problematiek nog openstaande afwijkingen uit vorige audits aan onderzoek te laten onderwerpen.

2.2.4. Rapportering en vaststellingen

2.2.4.1. Verslag van de audit

Het auditverslag wordt gemaakt op het einde van de auditdag(en) en geeft een overzicht van alle elementen die tijdens de audit onderzocht werden met het aantal vastgestelde afwijkingen en/of aandachtspunten. De vaststellingen worden genoteerd in consensus met de voorziening.

Het auditverslag omvat:

- *Gegevens van de voorziening, de audit en de auditoren*
- *Overzicht van de elementen en procedures van het kwaliteitshandboek die tijdens de audit geaudit werden*
- *Vaststelling(en) van een afwijking*
Terminologie: zie verder in het document.

Indien tijdens de audit een afwijking vastgesteld wordt, zal deze neergeschreven worden op een afzonderlijk blad dat aan het auditrapport wordt toegevoegd. Op dit blad wordt de afwijking precies omschreven evenals de SMK waartegen een afwijking werd vastgesteld. Daarnaast voorziet het blad ook de nodige ruimte voor de vaststelling van de corrigerende maatregelen tijdens latere audits. Alle openstaande afwijkingen uit vorige audits worden eveneens in dit rapport opgenomen. Indien de voorgestelde corrigerende maatregelen volstaan, zullen deze afgesloten worden tijdens de audit en zullen deze afwijkingen niet meer opgenomen worden in een volgend auditrapport.

- *Samenvatting*

Aandachtspunten worden in een tabel weergegeven en aan het auditrapport toegevoegd. Op deze wijze blijft het voor de voorziening of de dienst steeds mogelijk deze punten op te nemen in diverse verbeterprojecten.

- *Conclusie*

Op basis van de samenvatting neemt het auditteam een beslissing in verband met het realiseren van de erkenningsvoorwaarden.

- *Globale beoordeling*

Aan het verslag voegt inspectie een globale beoordeling toe, naar aanleiding van de resultaten van de tevredenheidsbevragingen die afgenomen worden na een audit. In deze globale beoordeling geven de auditoren hun appreciatie over de beschrijvingen in het kwaliteitshandboek, de implementatie en aantoonbaarheid, de samenhang in het kwaliteitssysteem, de betrokkenheid van directie en medewerkers en andere aspecten.

- *Vaststelling tekortkoming met betrekking tot andere regelgeving dan de kwaliteitszorg*

Indien tijdens een audit vaststellingen werden gedaan die niet in overeenstemming zijn met andere regelgeving worden deze hier opgenomen en bij een volgend inspectiebezoek ook opgevolgd.

Bijkomend:

- *Proces verbaal³*

Voor zover een grote afwijking zou vastgesteld zijn, wordt het auditrapport nadien nog aangevuld met een proces verbaal.

- *College van Inspecteurs*

Daarnaast kan het auditteam ook beslissen om vastgestelde afwijkingen voor te leggen aan het College van Inspecteurs alvorens de afwijking(en) te kwalificeren als klein of groot.

2.2.4.2. Vaststellingen tijdens de audit

De terminologie werd voorgelegd aan de SOG en de RVB van het VFSIPH en werd door de RVB van het VFSIPH goedgekeurd.

³ Het opmaken van een proces-verbaal is niet voorzien in het oprichtingsdecreet van het agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Aandachtspunt

Een aandachtspunt is het doen van een aanbeveling voor de verbetering van de werking van de voorziening of de dienst, voor een bepaald punt van de werking dat aandacht vraagt of waar problemen kunnen rijzen, zonder dat er sprake is van een afwijking.

Kleine afwijking

- Een kleine afwijking is het niet voldoen aan een deelaspect van een SMK.
- Een kleine afwijking is het gedeeltelijk ontbreken van een element van het kwaliteitshandboek.
- Een kleine afwijking is het niet of niet volledig geïmplementeerd zijn van een element van het kwaliteitshandboek.

Grote afwijking

- Een grote afwijking is het niet of in belangrijke mate niet realiseren van een SMK.
- Een grote afwijking is het totaal ontbreken van een element van het kwaliteitshandboek en/of het niet beschrijven van een vereiste betreffende kwaliteitsbeleid en/of het kwaliteitssysteem.
- Een grote afwijking is het totaal ontbreken van de implementatie van het kwaliteitshandboek en/of het niet ingevoerd zijn van een vereiste betreffende kwaliteitsbeleid en/of het kwaliteitssysteem.
- Een grote afwijking is het tweemaal (eerste vaststelling + herinnering) niet ingaan op de aanwijzingen van de audit om vastgestelde kleine afwijkingen te corrigeren of verbeteracties te plannen.

2.3 Gevolgen voor de voorziening

Beroepsprocedure

Zoals reeds gesteld zal het formuleren van een grote afwijking aanleiding geven tot een proces-verbaal en zal de voorziening binnen de zes maanden moeten aantonen dat vooralsnog de nodige maatregelen werden getroffen om aan de eisen tegemoet te komen.

Bij twijfel omtrent de kwalificatie van de geformuleerde afwijking, kan er een beoordeling volgen door het College van Inspecteurs.

Indien de kwalificatie 'grote afwijking' wordt weerhouden, wordt een proces-verbaal opgemaakt en kan er beroep aangetekend worden bij de administrateur-generaal van het VFSIPH (nu VAPH).

Indien een voorziening na de vooropgestelde periode van zes maanden de grote afwijking, opgevolgd via een correctie-audit niet heeft bijgestuurd, kan een beperkte erkenningstermijn worden voorgesteld. Tegen deze beslissing was voor de invoering van het Beter Bestuurlijk Beleid beroep mogelijk bij de Raad van Bestuur van het VFSIPH, nu bij de leidend ambtenaar van het VAPH. De voorziening heeft het recht om gehoord te worden door de leidend ambtenaar. Ook bij het definitieve voorstel tot intrekking van erkenning, is er beroep mogelijk bij de minister.

Na deze definitieve beslissing kan de voorziening nog steeds beroep aantekenen bij de minister volgens het besluit van 15 december 1993 aangaande het verlenen van vergunningen en erkenningen door het VFSIPH.

2.4 Ondersteuning voor voorzieningen tijdens de periode van 2003 tot 2009

Tevredenheidsmetingen

Naar aanleiding van een erkenningsaudit werd aan de voorziening de mogelijkheid gegeven een tevredenheidsvragenlijst in te vullen over het verloop van de audit. Bij de tussentijdse audits gebeurde dit niet systematisch maar aan de hand van een steekproef.

De gemiddelde scores op de 11 standaardvragen liggen sinds de start van de bevraging tussen score 7,7 en 8,94 op een schaal van 10.

Momenteel wordt een externe tevredenheidsbevraging georganiseerd na ieder inspectiebezoek en iedere audit door Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Uitwerken van een FAQ

De vragen van voorzieningen over de toepassing van de regelgeving en de auditmethodiek werden gebundeld en vragen en antwoorden werden kenbaar gemaakt en beschikbaar gesteld aan voorzieningen via de website van het VAPH. De bespreking van deze vragen en het voorstel tot antwoord kwam tijdens specifiek hiervoor georganiseerd overleg op de toenmalige inspectiedienst aan bod.

Mededelingen en omzendbrieven

Naar aanleiding van tussentijdse evaluaties (soms in samenspraak met de SOG) werden ter verduidelijking van de toepassing van de regelgeving mededelingen en omzendbrieven aan de voorzieningen overgemaakt.

Meerdere omzendbrieven en mededelingen werden verstuurd. Voorbeelden hiervan zijn:

- afspraken rond de opmaak en het versturen van de kwaliteitplanning,
- implementatie van het Kwaliteitsdecreet,
- preventie en aanpak van misbruik en geweld,
- kwaliteitsbeleid: interpretatie SMK's en toelichting bij enkele systeempcedures....

3. Analyse van de auditverslagen voor de periode van 2003 tot 2009

Een analyse gebeurde voor de auditverslagen van de periode 2003 tot en met 2009 in voorzieningen die onder het toepassingsgebied van het BVR van 15/12/2000 Kwaliteitszorg in de voorzieningen van het VFSIPH ressorteren.

In de analyse zijn de resultaten van de sectoren die sinds 2006 naar aanleiding van Beter Bestuurlijk Beleid niet meer door het VAPH erkend worden, niet meegenomen. Meer bepaald de resultaten van de auditverslagen in de sector van de Beschutte Werkplaatsen, de Centra voor Beroepsopleiding en Arbeidstrajectbegeleiding werden niet verwerkt.

3.1. Globale analyse

3.1.1. Overzicht audits en vaststellingen

Tabel 1a geeft per jaar een overzicht van het aantal audits, het aantal per soort audit, het aantal grote en kleine afwijkingen en Tabel 1b het aantal aandachtspunten, het aantal afgesloten afwijkingen op jaarbasis en het aantal keer dat het College van Inspecteurs is samengekomen.

Tabel 1a Analyse van de auditverslagen in de voorzieningen die onder het toepassingsgebied van het BVR van 15/12/2000 ressorteren (residentiële en semiresidentiële voorzieningen, ambulante diensten en ambulante revalidatiecentra erkend door het VAPH).

Jaar	Erkennings audit		Tussentijdse audit		Correctieaudit		Grote afwijkingen		Kleine afwijkingen	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
2003	100	15,50	221	18,40	5	21,70	24	54,50	2407	42,60
2004	92	14,20	228	19,00	5	21,70	5	11,40	1294	22,80
2005	89	13,80	245	20,40	4	17,40	9	20,50	883	15,60
2006	92	14,20	123	10,40	4	17,40	3	6,80	374	6,60
2007	89	13,80	172	14,40	3	13,00	0	0,00	302	5,40
2008	109	17,00	136	11,40	2	8,80	3	6,80	271	4,80
2009	74	11,40	75 ⁴	6,00	0	0,00	0	0,00	124	2,20
Totaal	645	100	1200	100	23	100	44	100	5655	100

Tabel 1b Analyse van de auditverslagen in de voorzieningen die onder het toepassingsgebied van het BVR van 15/12/2000 ressorteren (residentiële en semiresidentiële voorzieningen, ambulante diensten en ambulante revalidatiecentra erkend door het VAPH).

Jaar	Aandachtspunten		Afgesloten afwijkingen		College van Inspecteurs	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
2003	2245	17,40	15 ⁵	0,30	8	47,00
2004	1987	15,40	1801	36,60	1	5,90
2005	2308	16,90	1293	26,30	6	35,40

⁴ In de loop van 2009 werden de tussentijdse audits in de voorzieningen met een werking voor minderjarigen (internaat, semi-internaat, OBC, GPD en thuisbegeleiding) vervangen door inspecties in opvolging van het Decreet Rechtspositie Minderjarigen.

⁵ Afwijkingen afgesloten tijdens een correctieaudit in hetzelfde jaar.

2006	1449	11,20	566	11,50	1	5,90
2007	1700	13,10	558	11,30	1	5,80
2008	2079	16,00	425	8,60	0	0,00
2009	1280	10,00	265	5,40	0	0,00
Totaal	13048	100	4923	100	17	100

Bespreking van de resultaten van tabellen 1a en 1b

In het totaal werden van 1/1/2003 tot en met 31/12/2009 1868 audits georganiseerd in de voorzieningen die onder het toepassingsgebied van het BVR van 15/12/2000 ressorteren en erkend worden door het VAPH. In deze telling zijn, zoals reeds eerder werd vermeld, de audits in sectoren die sinds Beter Bestuurlijk Beleid niet meer tot de bevoegdheid van het VAPH behoren, niet meegerekend.

Van de 1868 uitgevoerde audits tellen we 645 erkenningsaudits, 1200 tussentijdse audits en 23 correctieaudits.

Sinds 2006 is er een duidelijke afname van het aantal tussentijdse audits. De afname van de tussentijdse audits in 2006 wordt deels verklaard door de overheveling van de dienst inspectie van het VFSIPH naar het agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en dit naar aanleiding van Beter Bestuurlijk Beleid. In deze overgangperiode werd het uitvoeren van tussentijdse audits minder prioritair in de planning van de inspectiebezoeken. De afname van het aantal afwijkingen tijdens audits gaf Inspectie WVG ook een aanduiding dat de jaarlijkse audit kon losgelaten worden. Daarnaast was er een verschuiving naar de inspectie van andere sectoren zoals het PAB en IMB en is het beschikbare personeel voor het uitvoeren van audits afgenomen.

In de periode van 2003 tot eind 2009 werden 5699 afwijkingen vastgesteld waarvan 44 grote afwijkingen en 5655 kleine afwijkingen. In 2003, 2004 en 2005 werd 86,5% van alle grote afwijkingen geschreven en 8% van alle kleine afwijkingen.

Het College van Inspecteurs is naar aanleiding van vaststellingen tijdens audits 17 maal samengekomen: 8 maal in 2003, 1 maal in 2004, 6 maal in 2005, 1 maal in 2006 en 1 maal in 2007. Iedere grote afwijking gaf aanleiding tot het opmaken van een proces-verbaal, de grote afwijkingen werden binnen de 6 maanden opgevolgd door een correctie- audit. Tijdens de correctieaudits werden grotendeels de grote afwijkingen afgesloten. In de periode van 2003 tot en met 2009 werd de beroepsprocedure voor een beperking van de erkenningstermijn tot 6 maanden of de intrekking van de erkenningstermijn niet opgestart.

Van deze 5699 afwijkingen werden 4923 afwijkingen afgesloten. Jaar na jaar kon het grootste deel van de afwijkingen bij de volgende audit afgesloten worden, met de vaststelling dat de voorziening de werking in voldoende mate bijgestuurd had.

In de periode tussen 2003 en 2009 werden 13.048 aandachtspunten geformuleerd. Deze aandachtspunten zijn ook een aanzet voor de voorziening om de werking bij te sturen. Het aantal aandachtspunten blijft grotendeels gelijk over de verschillende jaren.

3.1.2. Elementen van het Kwaliteitshandboek en geformuleerde afwijkingen

Tabel 2 geeft een overzicht van het totaal aantal geformuleerde afwijkingen in de periode van 2003 tot en met 2009 op de verschillende elementen en procedures van het kwaliteitshandboek. Bij de verwerking van de auditverslagen werd, indien een voorziening de 'standaardindeling' van het

kwaliteitshandboek niet overgenomen had, de afwijking maximaal ondergebracht bij het relevante element of de relevante procedure van het kwaliteitshandboek. Eenzelfde vertaalslag werd gemaakt voor de auditverslagen van de revalidatiecentra sinds de wijzigingen aan de regelgeving in 2006.

Tabel 2 Het totaal aantal afwijkingen per element/procedure van het kwaliteitshandboek in de periode 2003 tot 2009.

Elementen van het Kwaliteitshandboek	Totaal aantal afwijkingen	
1.1. Structuur van het kwaliteitshandboek	54	
1.2. Beschrijving van het aanbod van de voorziening	129	
2.1. Missie, visie, waarden, objectieven en geschreven referentiekaders	307	
2.2. Sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen	35	
2.3. Het geven van toelating aan de overheid tot verificatie en evaluatie	2	
3.0. Kwaliteitsplanning	217	
4.1. Organisatiestructuur	330	
4.2. Verantwoordelijke die met het kwaliteitsbeleid is belast	8	
4.3. Overzicht en werking van de overlegorganen	108	
4.4. Deelname aan externe overlegorganen	32	
4.5. Middelen	109	
Totaal aantal afwijkingen voor de beschrijvende elementen van het kwaliteitshandboek	1331	23,36%
4.6.1. De intake	452	
4.6.2. Het opstellen van het hulp- en dienstverleningsplan	325	
4.6.3. Het uitvoeren, evalueren en bijsturen van het hulp -en dienstverleningsplan	276	
4.6.4. Het beëindigen van de hulp- en dienstverlening	216	
4.6.5. Het organiseren van het collectief overleg	480	
4.6.6. Het toetsen van de tevredenheid van de gebruikers	364	
4.6.7. Het afhandelen van klachten van gebruikers	420	
4.6.16. Het detecteren van en gepast reageren op misbruik en geweld ten aanzien van gebruikers ⁶	52	
Totaal aantal afwijkingen voor de gebruikersgerichte procedures van het kwaliteitshandboek	2585	45,36%
4.6.8. Het implementeren van corrigerende en preventieve maatregelen	250	
4.6.9. Het selecteren en aanwerven van het personeel	216	
4.6.10. Het vormen, trainen en opleiden van het personeel	198	
4.6.11. Het ondersteunen en evalueren van het personeel	273	
4.6.12. Het periodiek evalueren van de ingezette middelen	237	
4.6.13. Het beheren van de documenten van het kwaliteitshandboek	146	
4.6.14. Het plannen en implementeren van kwaliteitsaudits	293	
4.6.15. Het beoordelen van het kwaliteitshandboek door de directie	161	
Totaal aantal afwijkingen voor de systeemprocedures van het kwaliteitshandboek	1774	31,13%

⁶ Procedure van toepassing vanaf 2005 na de wijziging van het BVR van 15/12/2000 dd. 16/04/2004

Bespreking van de resultaten van tabel 2

Op alle elementen en procedures van het kwaliteitshandboek werden afwijkingen geschreven. Het grootste aantal afwijkingen werden geschreven op volgende elementen en procedures:

- 4.6.5 Het organiseren van het collectief overleg (480)
- 4.6.1 De intake (452)
- 4.6.7 Het afhandelen van klachten van gebruikers (420)
- 4.6.6 Het toetsen van de tevredenheid van de gebruikers (364)
- 4.6.2 Het opstellen van het hulp- en dienstverleningsplan (325)
- 4.1 Organisatiestructuur (330)
- 2.1 Missie, visie, waarden, objectieven en geschreven referentiekaders (307)
- 4.6.3 Het uitvoeren, evalueren en bijsturen van het hulp- en dienstverleningsplan (276)
- 4.6.4 Het beëindigen van de hulp- en dienstverlening (216)

45% van de afwijkingen wordt op de gebruikersgerichte procedures geschreven. In betrokken gebruikersgerichte procedures worden veel gebruikersgerichte SMK's beschreven. 31% van de afwijkingen wordt op de systeemprocedures van het kwaliteitshandboek geschreven. 24% van de afwijkingen wordt op de beschrijvende elementen van het kwaliteitshandboek geschreven.

3.1.3. Afwijkingen per SMK 2003-2009

Tabel 3: het totaal aantal afwijkingen per SMK in de periode 2003 tot 2009.

SMK's	Totaal aantal afwijkingen
1.1.1. Informatierecht De voorziening en de gebruiker bepalen samen over welke elementen van de hulp- en dienstverlening de gebruiker geïnformeerd wordt, en dit zowel op individueel als op collectief vlak. De voorziening geeft volledig, nauwkeurig en tijdig informatie aan de gebruiker over deze elementen. De voorziening geeft de gebruikers, op collectief vlak, informatie over de inzet van haar financiële middelen.	129
1.1.2. Adviesrecht De voorziening en de gebruiker bepalen samen over welke elementen van de hulp- en dienstverlening voorafgaandelijk overlegd wordt met en advies gevraagd wordt aan de gebruiker, en dit zowel op individueel als op collectief vlak. De gebruiker heeft het recht om advies uit te brengen inzake de hulp- en dienstverlening, en dit zowel op individueel als op collectief vlak.	9
1.1.3. Antwoordplicht De voorziening hoort de gebruiker inzake alle aangelegenheden die de verhouding voorziening-gebruiker aangaan te antwoorden, en dit zowel op individueel als op collectief vlak. De voorziening antwoordt op de door de gebruiker gestelde vragen binnen overeengekomen termijnen.	62
1.1.4. Medezeggenschap van de gebruiker De voorziening garandeert medezeggenschap van de gebruiker, inzake de hulp- en dienstverlening van de voorziening, en dit zowel op individueel als op collectief vlak.	5
1.1.5. Aanwenden van de ervaringsdeskundigheid van de gebruiker De voorziening maakt gebruik van de ervaringen en inzichten van de gebruiker inzake de hulp- en dienstverlening van de voorziening, en dit zowel op individueel als op collectief vlak.	5
1.1.6. Ondersteunen en versterken van de mondigheid van de gebruiker De voorziening neemt de nodige maatregelen om de mondigheid van de gebruiker met betrekking tot de hulp- en dienstverlening van de voorziening te ondersteunen en te versterken, en dit zowel op individueel als op collectief vlak. De voorziening, waar de	8

gemiddelde duur van de hulp- en dienstverlening meer dan twee jaar bedraagt, neemt het initiatief tot het oprichten en het ondersteunen van een structureel collectief overlegorgaan.	
1.2.1. Wederzijdse rechten en plichten	161
De wederzijdse rechten en plichten van de gebruiker en de voorziening worden in overleg opgesteld, schriftelijk vastgelegd en door beide partijen ondertekend, en dit zowel op individueel als op collectief vlak.	
1.2.2. Kenbaar maken van het aanbod	17
Het aanbod van de voorziening en de modaliteiten ervan worden beschreven en kenbaar gemaakt aan de gebruiker en aan derden.	
1.3.1. Integriteit	40
De voorziening respecteert steeds de eigenheid van de gebruiker en aanvaardt hem/haar als een volwaardig persoon. De voorziening neemt maatregelen om de integriteit van de gebruiker te waarborgen. Hiertoe ontwikkelt de voorziening een geschreven referentiekader. <i>De voorziening neemt in het bijzonder maatregelen tegen misbruik en geweld ten aanzien van gebruikers.</i> ⁷	
1.3.2. Betrokkenheid	7
De voorziening garandeert dat de relatie met de gebruiker vertrekt vanuit een grondhouding van vertrouwen en gekenmerkt wordt door inleving en echtheid. Hiertoe ontwikkelt de voorziening een geschreven referentiekader.	
1.3.3. Privacy	22
De voorziening respecteert de privacy van de gebruiker, rekening houdend met de eigenheid van de gebruiker. Hiertoe ontwikkelt de voorziening een geschreven referentiekader.	
1.4.1. Kennis van de behoefte aan hulp- en dienstverlening	3
De voorziening peilt naar en registreert de wensen, behoeften en mogelijkheden van de gebruiker.	
1.4.2. Geïndividualiseerd	1
De voorziening beschrijft haar hulp- en dienstverlening voor elke gebruiker en houdt hierbij rekening met de individuele wensen, behoeften en mogelijkheden van de gebruiker.	
1.4.3. Zelfstandigheid en zelfbeschikkingsrecht van de gebruiker	0
De voorziening houdt rekening met en bevordert de zelfstandigheid en het zelfbeschikkingsrecht van de gebruiker.	
1.4.4. Keuzevrijheid	0
De gebruiker beschikt over keuzevrijheid in het aanbod waar mogelijk.	
1.4.5. Flexibiliteit	0
De voorziening past de hulp- en dienstverlening aan de zich wijzigende behoeften van de gebruiker.	
1.4.6. Aangepaste fysieke omgeving	0
De voorziening neemt maatregelen om haar gebouwen, inrichting en uitrusting af te stemmen op de eigenheid van de gebruiker.	
1.4.7. Toegankelijke communicatie	0
De voorziening neemt maatregelen om haar communicatie af te stemmen op de eigenheid van de gebruiker.	
1.5.1. Toetsing van de tevredenheid van de gebruikers	50
De voorziening heeft permanent aandacht voor en peilt periodiek naar de tevredenheid van de gebruikers over de hulp- en dienstverlening.	
1.5.2. Klachtenprocedure	142
De voorziening beschrijft in overleg met de gebruikers de wijze waarop ze de klachten van de gebruikers afhandelt. De voorziening maakt kenbaar aan alle gebruikers hoe klachten ingediend en afgehandeld worden. De voorziening stelt de gebruiker ervan op de hoogte dat hij zich kan wenden tot het Vlaams Fonds indien de interne klachtenprocedure geen voldoening geeft.	
2.1. Maatschappelijke integratie van de gebruikers	2
De voorziening streeft bij de hulp- en dienstverlening naar maatschappelijke integratie van	

⁷ Formulering van SMK 1.3.1 werd gewijzigd bij de aanpassing van het BVR van 15/12/2000 dd. 16/04/2004.

de gebruiker, rekening houdend met de eigenheid van de gebruiker.	
2.2. Niet-discriminerend	3
De voorziening weigert geen gebruiker op grond van etnische afkomst, nationaliteit, geslacht, seksuele geaardheid, sociale achtergrond, ideologische, filosofische, godsdienstige overtuiging of financieel onvermogen. De voorziening respecteert de ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging van de gebruiker voor zover de werking van de voorziening en de integriteit van de medegebruikers niet in het gedrang komen.	
2.3. Regionaal overleg	5
De voorziening werkt mee aan het regionaal overleg met het oog op de afstemming van vraag en aanbod van de hulp- en dienstverlening en aan het overleg omtrent de invulling van de niet-beantwoorde behoeften in de regio.	
2.4. Veiligheid en gezondheid	1
De voorziening neemt de nodige maatregelen om de veiligheid en de gezondheid van de gebruiker te vrijwaren.	
3.1. Kwaliteitsbeleid	57
De voorziening beschrijft haar missie, visie en waarden ten aanzien van de hulp- en dienstverlening, en maakt deze kenbaar aan de gebruikers, het personeel en aan derden. De voorziening beschrijft en actualiseert periodiek haar objectieven ten aanzien van haar doelgroep(en). De voorziening beschrijft haar kwaliteitsplanning en evalueert en actualiseert deze jaarlijks.	
3.2. Planmatig en methodisch handelen	42
De voorziening beschrijft voor elke gebruiker de hulp- en dienstverlening. Deze hulp- en dienstverlening wordt in overleg met de gebruiker gepland, uitgevoerd, periodiek geëvalueerd, bijgestuurd en geregistreerd.	
3.3. Kennis	84
De voorziening actualiseert haar kennis inzake ontwikkelingen in de hulp- en dienstverlening. De voorziening stelt periodiek een vormings-, trainings-, en opleidingsplan op voor het personeel en voert dit uit.	
3.4. Corrigerende en preventieve maatregelen	80
De voorziening stelt corrigerende en preventieve maatregelen op ten aanzien van de hulp- en dienstverlening, voert deze uit en evalueert ze.	
3.5. Personeel	117
De voorziening beschrijft de wijze waarop ze het personeel selecteert, ondersteunt en evalueert.	
3.6. Organisatiestructuur	92
De voorziening beschrijft de verantwoordelijkheden, bevoegdheden en onderlinge verhoudingen van het personeel, en maakt deze kenbaar aan haar gebruikers, het personeel en de overheid.	
3.7. Kwaliteitshandboek	4420
De voorziening beschrijft de structuur van het kwaliteitshandboek. De voorziening beschrijft op welke manier aan de sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen voldaan wordt. De voorziening zorgt ervoor dat de elementen van het kwaliteitshandboek op een doeltreffende wijze geïmplementeerd en geactualiseerd worden.	
4.1. Overlegkanalen	7
De voorziening beschrijft de wijze waarop ze de interne communicatie en het overleg organiseert.	
4.2. Interdisciplinaire werking	0
De voorziening bevordert interdisciplinaire werking.	
4.3. Evaluatie van ingezette middelen	29
De voorziening evalueert periodiek haar ingezette middelen in functie van de resultaten.	
4.4. Financiële middelen	1
De voorziening zet de toegekende financiële middelen van de overheid en de persoonlijke financiële bijdrage van de gebruiker in op een doelmatige manier.	
5.1. Aanmelding	8
Indien de voorziening, na kennisname van de behoeften van de gebruiker, niet kan voorzien	

in de aangewezen hulp- en dienstverlening, verwijst de voorziening de gebruiker door.	
5.2. Naadloosheid	10
De voorziening zorgt voor een soepele overgang tussen de verschillende vormen van de hulp- en dienstverlening binnen haar eigen werking.	
5.3. Samenwerking met derden	2
Indien de voorziening zelf niet kan voorzien in bepaalde behoeften van de gebruiker zoekt zij actief naar samenwerking met derden.	
5.4. Doorverwijzing	0
De voorziening zoekt actief mee naar alternatieven wanneer zij vaststelt dat zij niet meer kan voldoen aan de behoeften van de gebruiker. De voorziening streeft naar een soepele overgang bij doorverwijzing.	
5.5. Beëindiging	13
De voorziening maakt duidelijke afspraken met de gebruiker over de omstandigheden waarin en de wijze waarop de hulp- en dienstverlening beëindigd wordt.	
5.6. Informatieoverdracht	10
De voorziening waarborgt een verantwoorde overdracht van relevante informatie met betrekking tot de hulp- en dienstverlening in overleg met de gebruiker.	

Bespreking van de resultaten van tabel 3

78% (4420 afwijkingen) van de afwijkingen werd geschreven op de SMK 3.7 (kwaliteitshandboek: de voorziening beschrijft de structuur van het kwaliteitshandboek. De voorziening beschrijft op welke manier aan de sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen voldaan wordt. De voorziening zorgt ervoor dat de elementen van het kwaliteitshandboek op een doeltreffende wijze geïmplementeerd en geactualiseerd worden).

Deze SMK bewaakt dat de voorziening in haar kwaliteitshandboek beschrijft hoe de SMK's gerealiseerd worden in de praktijk. Tegelijkertijd bewaakt SMK 3.7 dat de beschrijving in het kwaliteitshandboek ook in de praktijk geïmplementeerd wordt en indien nodig, als de praktijk wijzigt, geactualiseerd wordt.

Aangezien in het kwaliteitshandboek moet beschreven worden hoe de voorziening alle SMK's in praktijk brengt en SMK 3.7 ook bewaakt dat de praktijk overeenstemt met de beschrijving, maakt dat SMK 3.7 een belangrijk instrument werd voor de voorziening om de SMK's zichtbaar en aantoonbaar te maken in de praktijk.

Voor de inspectie is SMK 3.7 tijdens de audits een belangrijk instrument om alle SMK's af te toetsen en voorzieningen via het formuleren van een afwijking aan te zetten de beschrijvingen van de SMK's in het kwaliteitshandboek te optimaliseren en zo ook implementatie en praktijk van de SMK's te garanderen en te kunnen toetsen.

In de periode van 2003 tot 2009 worden geen of minder afwijkingen geschreven op bepaalde SMK's (zie tabel 3).

In de procedures van de kwaliteitshandboeken worden de betrokken SMK's als doelstellingen voor de procedure opgenomen. Aangezien ze als doelstelling in de procedure geformuleerd werden, moet ook in de werkwijze beschreven worden op welke manier deze doelstellingen (SMK's) in de voorziening gerealiseerd worden of opgenomen worden.

Indien de voorziening de werkwijze voor de realisatie van de SMK niet of gedeeltelijk beschreven heeft, maar wel kan aantonen dat de SMK tot de praktijk van de voorziening behoort, werd een afwijking op SMK 3.7 geschreven en niet op de betrokken SMK. Er kan op dat moment niet aangetoond worden dat de voorziening de betrokken SMK niet opneemt in haar werking.

Op volgende SMK's worden meer dan 100 afwijkingen geschreven:

- 1.1.1 Informatierecht
- 1.2.1 Wederzijdse rechten en plichten:
- 1.5.2 Klachtenprocedure
- 3.5 Personeel

3.2. Analyse van de auditverslagen in de zorgsector

Een opdeling wordt gemaakt tussen de analyse van de auditverslagen in de residentiële en semi-residentiële afdelingen, de gezinsplaatsingsdiensten en beschermd wonen, en de analyse van de auditverslagen in de ambulante sector.

3.2.1 Analyse van de auditverslagen in de residentiële en semi-residentiële afdelingen, gezinsplaatsingsdiensten en beschermd wonen

Toepassingsgebied

Alle voorzieningen van de residentiële en semi-residentiële sector.

Een voorziening heeft minstens 1 afdeling maar meestal meerdere afdelingen op meerdere inplantingsplaatsen. De audits werden georganiseerd voor het geheel van de voorziening (dus alle erkende afdelingen residentieel en semi- residentieel, en alle inplantingsplaatsen).

Afdelingen

Internaat (I), Semi-internaat (SI), Dagcentrum (DC), Tehuis voor werkenden (TW), Tehuis voor niet-werkenden of nursing (TNW), Kortverblijf (KV), Observatie- en behandelingscentrum (OBC), Beschermd wonen (BsWo), Diensten voor Pleegzorg (DGP).

Tabel 4 Overzicht van het aantal audits, afwijkingen en aandachtspunten, afgesloten afwijkingen per jaar, het aantal keer dat het College van Inspecteurs is samengekomen en het totaal over de periode van 2003 tot 2009 in de residentiële en semi-residentiële afdelingen, gezinsplaatsingsdiensten en beschermd wonen.

Jaar	Erk. audit	Tuss. audit	Correctie audit	Grote afwijk.	Kleine afwijk.	Aandachtspunten	Afgesloten afwijk.	College van insp.
2003	63	176	5	19	1761	1688	15	5
2004	62	174	3	0	982	1497	1387	0
2005	59	187	3	8	652	1725	1061	6
2006	64	108	4	3	286	1168	510	1
2007	58	141	3	0	202	1228	418	1
2008	63	113	2	3	165	1443	269	0
2009	49	60 ⁸	0	0	90	980	137	0
Totaal	418	959	20	33	4139	9758	3798	13

⁸ In de loop van 2009 werden de tussentijdse audits in de voorzieningen met een werking voor minderjarigen (internaat, semi-internaat, OBC, GPD) vervangen door de inspecties in opvolging van het Decreet Rechtspositie Minderjarigen.

Bespreking van de resultaten van tabel 4

In het totaal zijn 1397 audits in de sector doorgegaan (74% van het totale aantal audits), waarvan 418 erkenningsaudits (64% van het totale aantal erkenningsaudits), 959 tussentijdse audits (79% van het totaal aantal tussentijdse audits) en 20 correctieaudits (86% van het aantal correctieaudits).

Verder:

- 33 grote afwijkingen (75% van het totaal).
- 4139 kleine afwijkingen werden vastgesteld (73% van het totaal aantal kleine afwijkingen).
- 9758 aandachtspunten werden geformuleerd (75% van het totaal aantal aandachtspunten).
- Het aantal tussentijdse audits is sinds 2006 afgenomen (voor verklaring: zie punt 3.1.1. tabel 1).
- 13 keer is het College van Inspecteurs samengekomen (76% van het totaal).

Het is voor de hand liggend dat het zwaartepunt van het aantal audits, afwijkingen en aandachtspunten in deze deelsector ligt aangezien het de meest omvangrijke sector is met het grootste aantal voorzieningen, werkvormen en inplantingsplaatsen ten opzichte van de ambulante sector en de revalidatiesector.

Tabel 5⁹ Totaal aantal afwijkingen per element/procedure van het kwaliteitshandboek (periode 2003 tot 2009)

Elementen van het kwaliteitshandboek	Totaal aantal afwijkingen
1.1	39
1.2	113
2.1	234
2.2	21
2.3	2
3.0	156
4.1	223
4.2	7
4.3	81
4.4	18
4.5	84
4.6.1	361
4.6.2	264
4.6.3	209
4.6.4	172
4.6.5	371
4.6.6	254
4.6.7	286
4.6.8	180
4.6.9	146
4.6.10	131
4.6.11	181
4.6.12	171
4.6.13	100
4.6.14	201
4.6.15	120
4.6.16 ¹⁰	41

⁹ Voor de opsomming van de elementen en procedures van het kwaliteitshandboek verwijzen we naar tabel 2.

¹⁰ Procedure van toepassing vanaf 2005 na de wijziging van het BVR van 15/12/2000 dd. 16/04/2004.

Tabel 6¹¹ Het totaal aantal afwijkingen per SMK in de periode 2003 tot 2009

SMK's	Totaal aantal afwijkingen
1.1.1	102
1.1.2	3
1.1.3	33
1.1.4	0
1.1.5	1
1.1.6	3
1.2.1	137
1.2.2	12
1.3.1	32
1.3.2	6
1.3.3	19
1.4.1	3
1.4.2	1
1.4.3	0
1.4.4	0
1.4.5	0
1.4.6	0
1.4.7	0
1.5.1	29
1.5.2	88
2.1	1
2.2	3
2.3	4
2.4	1
3.1	47
3.2	30
3.3	58
3.4	61
3.5	81
3.6	56
3.7	3266
4.1	5
4.2	0
4.3	23
4.4	1
5.1	3
5.2	9
5.3	2
5.4	0
5.5	7
5.6	8

¹¹ Voor de opsomming van de SMK's verwijzen we naar tabel 3.

Bespreking van de resultaten van de tabellen 5 en 6

- Het aantal afwijkingen op de elementen en procedures van het kwaliteitshandboek en het aantal afwijkingen per SMK liggen in dezelfde lijn als de resultaten van tabellen 2 en 3 (zie bespreking van de resultaten van tabellen 2 en 3).
- Het grootste aantal afwijkingen wordt geschreven op de gebruikersgerichte procedures.
- Het grootste aantal afwijkingen (78%) wordt geschreven op SMK 3.7.

Voor wat betreft het aantal afwijkingen op de elementen en procedures van het kwaliteitshandboek en het aantal afwijkingen per SMK op jaarbasis, zie bijlage 1 en 2 (tabellen 13 en 14).

3.2.2. Analyse van de auditverslagen in de ambulante sector

Toepassingsgebied

Diensten voor Begeleid Wonen, Thuisbegeleiding en Zelfstandig Wonen.

Tabel 7 Overzicht van het aantal audits, afwijkingen en aandachtspunten, afgesloten afwijkingen per jaar, het aantal keer dat het college van inspecteurs is samengekomen en het totaal over de periode van 2003 tot 2009 in de ambulante sector.

Jaar	Erk. audit	Tuss. audit	Corr. audit	Grote afw.	Kleine afw.	Aandachts Punten	Afgesloten afw.	College van Insp.
2003	24	45	0	4	537	452	0	1
2004	14	54	1	0	212	394	413	0
2005	13	58	0	0	109	463	227	0
2006	14	15	0	0	43	187	56	0
2007	19	31	0	0	73	401	73	0
2008	26	23	0	0	71	462	59	0
2009	10	15	0	0	16	151	32	0
Totaal	120	241	1	4	1061	2510	860	1

Bespreking van de resultaten van tabel 7

- In het totaal zijn er 362 audits doorgegaan waarvan 120 erkenningsaudits en 241 tussentijdse audits.
- 1 correctieaudit.
- 4 grote afwijkingen.
- 1061 kleine afwijkingen werden vastgesteld.
- 2510 aandachtspunten werden geformuleerd.
- 1 keer is het College van Inspecteurs samengekomen.

Tabel 8 Het totaal aantal afwijkingen per element/procedure van het kwaliteitshandboek in de periode 2003 tot 2009.

Elementen van het kwaliteitshandboek	Totaal aantal afwijkingen
1.1	11
1.2	9
2.1	51
2.2	7
2.3	0
3.0	42
4.1	58
4.2	1
4.3	17
4.4	8
4.5	17
4.6.1	69
4.6.2	55
4.6.3	58
4.6.4	33
4.6.5	85
4.6.6	72
4.6.7	98
4.6.8	46
4.6.9	38
4.6.10	46
4.6.11	73
4.6.12	55
4.6.13	30
4.6.14	52
4.6.15	29
4.6.16	9

Tabel 9 Het totaal aantal afwijkingen per SMK in de periode 2003 tot 2009.

SMK's	Totaal aantal afwijkingen
1.1.1	25
1.1.2	4
1.1.3	20
1.1.4	4
1.1.5	3
1.1.6	4
1.2.1	21
1.2.2	3
1.3.1	4
1.3.2	1
1.3.3	3
1.4.1	0
1.4.2	0
1.4.3	0
1.4.4	0
1.4.5	0
1.4.6	0
1.4.7	0
1.5.1	15
1.5.2	35
2.1	0
2.2	0
2.3	1
2.4	0
3.1	10
3.2	10
3.3	16
3.4	14
3.5	23
3.6	16
3.7	819
4.1	0
4.2	0
4.3	4
4.4	0
5.1	0
5.2	1
5.3	0
5.4	0
5.5	6
5.6	2

Bespreking van de resultaten van tabellen 8 en 9

- Het aantal afwijkingen op de elementen en procedures van het kwaliteitshandboek en het aantal afwijkingen per SMK liggen in dezelfde lijn als de resultaten van tabellen 2 en 3 (zie bespreking van de resultaten van tabellen 2 en 3).
- Het grootste aantal afwijkingen wordt geschreven op de gebruikersgerichte procedures. Als men de elementen en procedures met het aantal afwijkingen boven 50 neemt, kan opgemerkt worden dat ook de procedures 4.6.11 (evaluatie en ondersteuning personeel), 4.6.12 (evaluatie van de middelen) en 4.6.14 (interne audits) meer dan 50 afwijkingen scoren.
- Het grootste aantal afwijkingen (819) wordt geschreven op SMK 3.7.
- Voor wat betreft het aantal afwijkingen op de elementen en procedures van het kwaliteitshandboek en het aantal afwijkingen per SMK op jaarbasis, zie bijlagen 3 en 4 (tabellen 15 en 16).

3.3. Analyse van de auditverslagen in de sector Ambulante Revalidatiecentra

Toepassingsgebied

Alle ambulante centra voor functionele revalidatie (extramurale centra) die door het VAPH erkend worden.

Voor deze sector werd in 2006 een wijziging in de regelgeving doorgevoerd. Om de resultaten te kunnen verwerken werden afwijkingen van de auditverslagen aan de overblijvende procedures en SMK's toegewezen, maar werd bvb. de nummering van de procedures en SMK's niet aangepast maar in de oude nummering gescoord. In deze sector werden enkel erkenningsaudits uitgevoerd. Dit was een gevolg van de organisatie van de inspectiedienst binnen het VFSIPH en het toezicht op de revalidatiesector door de medische cel van het VFSIPH.

Tabel 10 Overzicht van het aantal audits, afwijkingen en aandachtspunten, afgesloten afwijkingen per jaar, het aantal keer dat het College van Inspecteurs is samengekomen en het totaal over de periode van 2003 tot 2009 in de revalidatiesector.

Jaar	Erk. audit	Tuss. audit	Corr. audit	Grote Afw.	Kleine afw.	Aandachts punten	Afgesloten afw.	College van Insp.
2003	13			1	109	105		2
2004	16		1	5	100	96		1
2005	16		1	1	119	114		
2006	14				45	94		
2007	12				27	71		
2008	20				34	155		
2009	15				18	139		
Totaal	106		2	7	452	774	265¹²	3

Bespreking van de resultaten van tabel 10

- In het totaal zijn 106 audits in de sector doorgegaan.
- 2 correctieaudits.

¹² De wijziging van regelgeving in 2006 heeft impact gehad op het afsluiten van afwijkingen: een aantal afwijkingen konden niet meer afgesloten worden omwille van het feit dat de SMK of verplichte procedure gewijzigd werd of niet meer van toepassing is.

- 7 grote afwijkingen werden geformuleerd.
- 452 kleine afwijkingen werden vastgesteld.
- 774 aandachtspunten werden geformuleerd.
- 3 keer is het College van Inspecteurs samengekomen.

Tabel 11 Het totaal aantal afwijkingen per element/procedure van het kwaliteitshandboek in de periode 2003 tot 2009.

Elementen van het kwaliteitshandboek	Totaal aantal afwijkingen
1.1	4
1.2	7
2.1	22
2.2	7
2.3	0
3.0	19
4.1	48
4.2	0
4.3	10
4.4	6
4.5	82
4.6.1	22
4.6.2	6
4.6.3	9
4.6.4	11
4.6.5	24
4.6.6	38
4.6.7	36
4.6.8	23
4.6.9	31
4.6.10	21
4.6.11	19
4.6.12	11
4.6.13	46
4.6.14	40
4.6.15	12
4.6.16	2

Tabel 12 Het totaal aantal afwijkingen per SMK in de periode van 2003 tot en met 2009.

SMK's	Totaal aantal afwijkingen
1.1.1	2
1.1.2	2
1.1.3	9
1.1.4	1
1.1.5	1
1.1.6	1
1.2.1	3
1.2.2	2
1.3.1	4
1.3.2	0
1.3.3	0
1.4.1	0
1.4.2	0
1.4.3	0
1.4.4	0
1.4.5	0
1.4.6	0
1.4.7	0
1.5.1	6
1.5.2	19
2.1	1
2.2	0
2.3	0
2.4	0
3.1	10
3.2	2
3.3	10
3.4	5
3.5	13
3.6	20
3.7	332
4.1	2
4.2	0
4.3	2
4.4	0
5.1	5
5.2	0
5.3	0
5.4	0
5.5	0
5.6	0

Bespreking van de resultaten van tabellen 11 en 12

Het aantal afwijkingen op de elementen en procedures van het kwaliteitshandboek en het aantal afwijkingen per SMK zijn verschillend ten opzichte van de resultaten van de andere sectoren, voor wat betreft het aantal afwijkingen per element of procedure:

- Het grootste aantal afwijkingen wordt geschreven op systeempcedures en elementen zoals 4.5 (middelen), 4.1 (organisatiestructuur), 4.6.6 (tevredenheid), 4.6.7 (klachten), 4.6.9 (selectie en aanwerving personeel), 4.6.13 (beheer van de documenten) en 4.6.14 (kwaliteitsaudits).
- Het grootste aantal afwijkingen (332) wordt geschreven op SMK 3.7.

Voor wat betreft het aantal afwijkingen op elementen en procedures van het kwaliteitshandboek en het aantal afwijkingen per SMK op jaarbasis, zie bijlagen 5 en 6 (tabellen 17 en 18).

4. Besluit

De implementatie van het uitvoeringsbesluit van het kwaliteitsdecreet van 29 april 1997 werd goed voorbereid in de periode tussen het goedkeuren van het uitvoeringsbesluit (BVR van 15/12/2000 betreffende de kwaliteitszorg in de voorzieningen van het VFSIPH) en de start op 1/1/2003. Voorzieningen werden naast de eigen voorbereidingen, via proefaudits en een handleiding voor het opstellen en invoeren van een kwaliteitshandboek voorbereid op de implementatie van het BVR kwaliteitszorg van 15/12/2000 en de wijze waarop het toezicht wordt uitgevoerd.

Uit de analyse blijkt dat jaar na jaar (van 2003 tot 2009) het aantal nieuwe grote en kleine afwijkingen aanzienlijk daalt. In 2008 werd nog maar 10% van het aantal nieuwe afwijkingen geschreven ten opzichte van 2003. Hieruit concluderen we dat de voorzieningen erkend door het VAPH 'kwaliteitszorg' volgens de bepalingen van het uitvoeringsbesluit van 15/12/2000 in de praktijk toepassen.

Dit betekent concreet dat de voorzieningen een kwaliteitshandboek hebben waarin alle Sectorspecifieke Minimale Kwaliteitseisen (SMK's) en de verplichte elementen en procedures van het kwaliteitshandboek beschreven staan, maar nog belangrijker dat dit kwaliteitshandboek ook de praktijk van een voorziening weergeeft volgens de bepalingen van het Kwaliteitsdecreet van 29/04/1997 en het BVR Kwaliteitszorg van 15/12/2000.

Volgende factoren hebben hierin een duidelijke rol gespeeld:

- De bereidheid van de voorzieningen om kwaliteitszorg volgens de bepalingen van het uitvoeringsbesluit te implementeren.
- De strikte, jaarlijkse opvolging van de afwijkingen door inspectie maakte dat de geformuleerde tekorten van de voorzieningen jaar na jaar door de inspectie opgevolgd werden. Via deze audits hebben voorzieningen de mogelijkheid om bijstellingen van de afwijkingen aan te tonen. De cijfers van het aantal afgesloten afwijkingen tonen aan dat voorzieningen veel werk geleverd hebben om afwijkingen aan te pakken en de werking bij te sturen.
- De opbouw van de elementen/procedures van het kwaliteitshandboek en de verplichte SMK's zijn ook een belangrijke factor geweest in het implementeren van kwaliteitszorg in de voorzieningen. Vooral SMK 3.7 is hier een belangrijk instrument geweest om via afwijkingen op SMK 3.7 de afwijkende beschrijving en praktijk vast te leggen en via deze afwijking de voorziening er toe aan te zetten de beschrijving van het kwaliteitshandboek te optimaliseren en de praktijk te verbeteren.
- Het concrete, afgesproken kader waarbinnen grote en kleine afwijkingen en de aandachtspunten geformuleerd worden, maken het toezicht voor de voorzieningen transparant.

Het uitgetekende proces binnen de beroepsprocedure maakt duidelijk wat de gevolgen zijn voor de voorziening indien deze geen actie ondernam bij een grote afwijking. In de periode tussen 2003 en 2009 werd geen enkele keer de beroepsprocedure opgestart. Hier kan men stellen dat de geleidelijke opbouw van de sanctionering (grote afwijking, opvolging van de bijsturing van de grote afwijking binnen de 6 maanden) een positief effect had op de bijsturing van grote afwijkingen door een voorziening.

- Daarnaast werd door de inspectie aan de voorzieningen regelmatig verduidelijkingen over toepassingen in de praktijk via omzendbrieven en mededelingen overgemaakt, of kon een FAQ over kwaliteit geraadpleegd worden op de website van het VFSIPH (nu VAPH). In deze FAQ formuleert Inspectie WVG antwoorden op vragen van voorzieningen over toepassingen.

Bijlagen

Bijlage 1

Tabel 13 Residentiële en semi-residentiële voorzieningen, gezinsplaatsingsdiensten, diensten beschermd wonen. Overzicht per jaar van het aantal afwijkingen op de elementen en procedures van het kwaliteitshandboek.

Kwal. handboek	Aantal afw. '03	Aantal afw. '04	Aantal afw. '05	Aantal afw. '06	Aantal afw. '07	Aantal afw. '08	Aantal afw. '09
1.1	26	6	3	1	3	0	0
1.2	71	21	15	3	1	1	1
2.1	141	41	26	12	6	3	5
2.2	10	5	4	0	1	1	0
2.3	2	0	0	0	0	0	0
3.0	22	84	36	2	5	6	1
4.1	141	40	16	14	6	4	2
4.2	4	3	0	0	0	0	0
4.3	42	11	7	6	2	10	3
4.4	15	0	2	0	1	0	0
4.5	43	16	13	8	2	1	1
4.6.1	179	82	52	14	8	15	11
4.6.2	134	57	41	8	17	7	0
4.6.3	89	49	42	13	4	6	6
4.6.4	54	47	27	25	7	9	3
4.6.5	170	116	43	13	16	8	5
4.6.6	144	44	31	9	16	6	4
4.6.7	127	51	41	34	13	15	5
4.6.8	45	55	41	13	11	12	3
4.6.9	63	29	29	10	11	2	2
4.6.10	65	21	14	14	9	5	3
4.6.11	37	43	39	27	13	13	9
4.6.12	37	34	35	26	13	18	8
4.6.13	46	20	18	4	5	3	4
4.6.14	60	64	35	12	17	6	7
4.6.15	16	41	26	12	11	14	3
4.6.16			26	2	4	3	3

Bijlage 2

Tabel 14 Residentiële en semi-residentiële voorzieningen, gezinsplaatsingsdiensten, diensten beschermd wonen. Overzicht per jaar van het aantal afwijkingen op de SMK's.

SMK's	Aantal afw. '03	Aantal afw. '04	Aantal afw. '05	Aantal afw. '06	Aantal afw. '07	Aantal afw. '08	Aantal afw. '09
1.1.1	53	24	10	4	7	3	1
1.1.2	2	1	0	0	0	0	0
1.1.3	5	3	14	8	1	2	0
1.1.4	0	0	0	0	0	0	0
1.1.5	0	0	1	0	0	0	0
1.1.6	2	1	0	0	0	0	0
1.2.1	23	73	29	3	6	0	3
1.2.2	4	3	3	1	1	0	0
1.3.1	21	0	6	3	1	1	0
1.3.2	5	1	0	0	0	0	0
1.3.3	12	3	2	1	0	0	1
1.4.1	2	1	0	0	0	0	0
1.4.2	1	0	0	0	0	0	0
1.4.3	0	0	0	0	0	0	0
1.4.4	0	0	0	0	0	0	0
1.4.5	0	0	0	0	0	0	0
1.4.6	0	0	0	0	0	0	0
1.4.7	0	0	0	0	0	0	0
1.5.1	21	3	0	0	4	1	0
1.5.2	56	12	7	7	0	5	1
2.1	1	0	0	0	0	0	0
2.2	1	0	1	1	0	0	0
2.3	4	0	0	0	0	0	0
2.4	0	0	0	0	1	0	0
3.1	21	12	7	2	2	3	0
3.2	17	4	5	1	1	2	0
3.3	44	8	2	2	2	0	0
3.4	6	20	19	3	4	9	0
3.5	28	17	21	9	2	2	2
3.6	28	12	4	5	2	2	3
3.7	1388	765	517	221	164	133	78
4.1	3	1	1	0	0	0	0
4.2	0	0	0	0	0	0	0
4.3	7	4	6	5	0	1	0
4.4	1	0	0	0	0	0	0
5.1	2	0	1	0	0	0	0
5.2	0	7	0	1	0	1	0
5.3	1	1	0	0	0	0	0
5.4	0	0	0	0	0	0	0
5.5	2	0	2	2	0	1	0
5.6	1	2	0	3	0	2	0

Bijlage 3

Tabel 15 Ambulante sector. Overzicht per jaar van het aantal afwijkingen op de elementen en procedures van het kwaliteitshandboek.

Kwal. handboek	Aantal afw. '03	Aantal afw. '04	Aantal afw. '05	Aantal afw. '06	Aantal afw. '07	Aantal afw. '08	Aantal afw. '09
1.1	10	1	0	0	0	0	0
1.2	7	2	0	0	0	0	0
2.1	38	6	6	0	0	1	0
2.2	7	0	0	0	0	0	0
2.3	0	0	0	0	0	0	0
3.0	12	20	3	0	2	5	0
4.1	41	6	5	1	3	1	1
4.2	0	0	1	0	0	0	0
4.3	6	0	4	3	0	4	0
4.4	6	1	1	0	0	0	0
4.5	10	4	1	1	1	0	0
4.6.1	31	16	8	1	4	6	3
4.6.2	31	15	5	0	1	1	2
4.6.3	33	12	4	1	5	2	1
4.6.4	15	10	3	2	3	0	0
4.6.5	46	21	8	2	6	1	1
4.6.6	38	7	11	1	6	8	0
4.6.7	40	18	17	2	9	12	0
4.6.8	19	15	5	4	1	1	1
4.6.9	28	3	2	2	0	1	2
4.6.10	31	6	2	4	0	1	2
4.6.11	22	13	7	7	9	12	1
4.6.12	22	7	5	7	7	6	1
4.6.13	18	4	3	1	3	1	0
4.6.14	28	8	2	2	7	4	1
4.6.15	2	17	3	1	2	4	0
4.6.16	0	0	4	1	4	0	0

Bijlage 4

Tabel 16 Ambulante sector. Overzicht per jaar van het aantal afwijkingen op de SMK's.

SMK's	Aantal afw. '03	Aantal afw. '04	Aantal afw. '05	Aantal afw. '06	Aantal afw. '07	Aantal afw. '08	Aantal afw. '09
1.1.1	15	4	3	0	2	1	0
1.1.2	3	1	0	0	0	0	0
1.1.3	2	4	6	1	4	3	0
1.1.4	3	1	0	0	0	0	0
1.1.5	2	1	0	0	0	0	0
1.1.6	4	0	0	0	0	0	0
1.2.1	4	9	5	2	1	0	0
1.2.2	3	0	0	0	0	0	0
1.3.1	4	0	0	0	0	0	0
1.3.2	1	0	0	0	0	0	0
1.3.3	1	1	1	0	0	0	0
1.4.1	0	0	0	0	0	0	0
1.4.2	0	0	0	0	0	0	0
1.4.3	0	0	0	0	0	0	0
1.4.4	0	0	0	0	0	0	0
1.4.5	0	0	0	0	0	0	0
1.4.6	0	0	0	0	0	0	0
1.4.7	0	0	0	0	0	0	0
1.5.1	12	2	0	0	0	1	0
1.5.2	22	2	0	1	5	5	0
2.1	0	0	0	0	0	0	0
2.2	0	0	0	0	0	0	0
2.3	1	0	0	0	0	0	0
2.4	0	0	0	0	0	0	0
3.1	7	1	1	0	0	1	0
3.2	3	2	0	0	3	0	2
3.3	12	2	1	1	0	0	0
3.4	1	6	0	3	0	0	1
3.5	7	6	5	3	0	2	0
3.6	12	1	2	0	0	1	0
3.7	413	163	85	31	58	53	13
4.1	0	0	0	0	0	0	0
4.2	0	0	0	0	0	0	0
4.3	1	1	1	0	0	1	0
4.4	0	0	0	0	0	0	0
5.1	0	0	0	0	0	0	0
5.2	0	1	0	0	0	0	0
5.3	0	0	0	0	0	0	0
5.4	0	0	0	0	0	0	0
5.5	4	2	0	0	0	0	0
5.6	0	1	0	1	0	0	0

Bijlage 5

Tabel 17 Revalidatiesector. Overzicht per jaar van het aantal afwijkingen op de elementen en procedures van het kwaliteitshandboek.

Kwal. handboek	Aantal afw. '03	Aantal afw. '04	Aantal afw. '05	Aantal afw. '06	Aantal afw. '07	Aantal afw. '08	Aantal afw. '09
1.1	1	1	1	1	0	0	0
1.2	3	4	0	0	0	0	0
2.1	4	5	7	2	1	1	2
2.2	0	0	1	1	3	1	1
2.3	0	0	0	0	0	0	0
3.0	3	5	7	1	2	1	0
4.1	10	13	17	9	0	0	0
4.2	0	0	0	0	0	0	0
4.3	3	2	3	0	0	2	0
4.4	2	1	2	0	0	0	1
4.5	2	2	3	1	0	0	0
4.6.1	2	4	5	1	2	6	0
4.6.2	0	2	2	1	0	1	1
4.6.3	2	1	2	1	1	1	1
4.6.4	1	2	0	2	1	4	0
4.6.5	11	11	2	0	0	0	1
4.6.6	13	3	10	7	1	3	1
4.6.7	5	8	6	3	3	0	0
4.6.8	3	7	9	4	0	1	3
4.6.9	6	3	9	3	5	3	0
4.6.10	7	2	6	4	0	2	0
4.6.11	4	5	9	0	0	1	0
4.6.12	4	3	4	0	0	0	0
4.6.13	3	1	2	2	1	4	3
4.6.14	10	10	9	0	7	2	2
4.6.15	1	3	6	2	0	0	0
4.6.16	0	0	1	0	0	1	0

Bijlage 6

Tabel 18 Revalidatiesector. Overzicht per jaar van het aantal afwijkingen op de SMK's.

SMK's	Aantal afw. '03	Aantal afw. '04	Aantal afw. '05	Aantal afw. '06	Aantal afw. '07	Aantal afw. '08	Aantal afw. '09
1.1.1	0	2	0	0	0	0	0
1.1.2	1	0	1	0	0	0	0
1.1.3	3	0	2	1	3	0	0
1.1.4	1	0	0	0	0	0	0
1.1.5	1	0	0	0	0	0	0
1.1.6	1	0	0	0	0	0	0
1.2.1	1	2	0	0	0	0	0
1.2.2	2	0	0	0	0	0	0
1.3.1	0	1	0	2	0	0	0
1.3.2	0	0	1	0	0	0	0
1.3.3	0	0	0	0	0	0	0
1.4.1	0	0	0	0	0	0	0
1.4.2	0	0	0	0	0	0	0
1.4.3	0	0	0	0	0	0	0
1.4.4	0	0	0	0	0	0	0
1.4.5	0	0	0	0	0	0	0
1.4.6	0	0	0	0	0	0	0
1.4.7	0	0	0	0	0	0	0
1.5.1	3	0	3	0	0	0	0
1.5.2	7	6	3	2	0	0	1
2.1	0	0	0	0	1	0	0
2.2	0	0	0	0	0	0	0
2.3	0	0	0	0	0	0	0
2.4	0	0	0	0	0	0	0
3.1	1	3	3	0	1	1	1
3.2	0	0	0	0	1	0	10
3.3	4	1	3	1	0	1	0
3.4	0	1	4	0	0	0	0
3.5	1	2	6	0	3	1	0
3.6	5	3	7	5	0	0	0
3.7	77	77	88	34	18	27	14
4.1	2	0	0	0	0	0	0
4.2	0	0	0	0	0	0	0
4.3	0	0	2	0	0	0	0
4.4	0	0	0	0	0	0	0
5.1	0	0	0	0	0	4	1
5.2	0	0	0	0	0	0	0
5.3	0	0	0	0	0	0	0
5.4	0	0	0	0	0	0	0
5.5	0	0	0	0	0	0	0
5.6	0	0	0	0	0	0	0