

DE BEHANDELING VAN KLACHTEN VAN GEBRUIKERS

WETGEVING

VOORBEELDEN UIT DE PRAKTIJK

AANBEVELINGEN EN TIPS

OVERZICHT VAN WETGEVING

BESLUIT van de VLAAMSE REGERING van 15 DECEMBER 1993 tot vaststelling van algemene erkenningsvoorwaarden van voorzieningen bedoeld in het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap

(B.S. 8.VII.1994) 1

Art 1.

Voor de toepassing van dit besluit en van zijn bijlage wordt verstaan onder:

1° het decreet : het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap;

2° het Fonds : het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap;

3° de beslissing over de tenlasteneming : de beslissing van het Fonds zoals bedoeld bij artikel 41 van het decreet;

4° het protocol : het protocol van verblijf, opvang, behandeling of begeleiding zoals bedoeld bij artikel 47, 10°, van dit decreet;

5° de collectieve en individuele inspraak : de inspraak van de personen met een handicap of van hun wettelijke vertegenwoordiger zoals bedoeld bij artikel 47, 6° van het decreet;

6° de gebruiker : de persoon met een handicap die voor zijn sociale integratie gebruik maakt van een erkende voorziening;

7° de gebruikersraad : de raad van gebruikers of van hun wettelijke vertegenwoordigers, ingesteld voor het verwezenlijken van hun collectieve inspraak zoals bedoeld bij artikel 47, 6° van het decreet;

8° de ambulante diensten : de thuisbegeleidingsdiensten, de diensten voor begeleid wonen van mentaal gehandicapten en diensten voor zelfstandig wonen van gehandicapte personen.

HOOFDSTUK I. HET REGLEMENT VAN ORDE

Art. 2.

De bepalingen van dit hoofdstuk zijn van toepassing op alle erkende voorzieningen waar de personen met een handicap gebruik maken van een gezamenlijke infrastructuur, met uitzondering van de beschutte werkplaatsen, de diensten voor plaatsing in gezinnen en de ambulante diensten.

Art. 3.

Elke bij artikel 2 bedoelde erkende voorziening is ertoe gehouden een reglement van orde op te stellen en aan de gebruikers of hun wettelijke vertegenwoordigers te overhandigen, overeenkomstig de bepalingen van de bijlage bij dit besluit.

Voor de toepassing van vorig lid worden de afdelingen en/of instellingen die door éénzelfde besluit of beslissing erkend zijn als één enkele voorziening beschouwd; indien de voorziening dit aangewezen acht, kan zij evenwel voor elk van die afdelingen of instellingen afzonderlijk een reglement van orde opstellen.

Art. 4.

Het reglement van orde dient minstens de bepalingen te omvatten die opgenomen zijn in punt 1 van de bijlage bij dit besluit.

De tekst van het reglement en van al zijn latere wijzigingen wordt aan het Fonds medegedeeld.

HOOFDSTUK II. HET PROTOCOL VAN VERBLIJF, OPVANG, BEHANDELING OF BEGELEIDING

Art. 5.

De bepalingen van dit hoofdstuk zijn van toepassing op alle erkende voorzieningen voor opvang, begeleiding of behandeling van personen met een handicap, met uitzondering van de beschutte werkplaatsen en de ambulante diensten.

Art. 6.

Alvorens tot opvang, behandeling of begeleiding over te gaan, wordt tussen de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger en de in artikel 5 bedoelde voorziening een schriftelijk protocol gesloten, dat ten minste de bepalingen omvat die opgenomen zijn in punt 6 van de bijlage bij dit besluit.

In geval van dringende opvang, dient het protocol binnen de vijf dagen na de opname gesloten.

Indien de wettelijke vertegenwoordiger van door de jeugdrechter geplaatste of door het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg verwezen jongeren weigert het protocol te ondertekenen, dient dit met opgave van de redenen door de voorziening aan het Fonds medegedeeld.

HOOFDSTUK III. DE KLACHTENPROCEDURE

Art. 7.

De in dit hoofdstuk bepaalde procedure voor onderzoek en behandeling van de klachten van de gebruikers is van toepassing op alle erkende voorzieningen met uitzondering van de beschutte werkplaatsen.

Ze is evenwel niet van toepassing op de klachten betreffende het beheer van gelden en goederen van de gebruikers door beheerders of personeelsleden van de voorziening.

Art. 8.

De klacht wordt schriftelijk geformuleerd door de gebruiker, zijn wettelijke vertegenwoordiger, een bloed- of aanverwant of zijn vertrouwenspersoon.

Deze schriftelijke klacht wordt gericht aan de directie van de voorziening die bij ontvangst hiervan onmiddellijk melding maakt in een daartoe bestemd register.

De klacht kan steeds worden ingetrokken.

De voorziening is ertoe gehouden binnen de dertig dagen na het indienen van de klacht aan de indiener schriftelijk mede te delen welk gevolg aan de klacht wordt gegeven.

Art. 9.

Indien de afhandeling van de klacht overeenkomstig de bij artikel 8 vastgestelde procedure de indiener geen voldoening schenkt, kan deze zich schriftelijk wenden tot een bij elke in artikel 7 bedoelde voorziening op te richten interne klachtencommissie.

De in vorig lid bedoelde klachtencommissie bestaat uit een vertegenwoordiger van de inrichtende macht van de voorziening en een persoon aangeduid door de gebruikersraad of, bij ontstentenis hiervan, door de gebruikers of hun wettelijke vertegenwoordigers.

Deze commissie behandelt de klacht, hoort alle betrokken partijen en poogt ze te verzoenen, en deelt binnen de dertig dagen na gevat te zijn haar oordeel aangaande de klacht schriftelijk mee aan de indiener en aan de voorziening. Indien beide leden van de klachtencommissie het niet eens zijn over het uit te brengen oordeel, worden beide standpunten medegedeeld.

Indien de klacht gegrond wordt bevonden moet de voorziening binnen de dertig dagen na de mededeling van het oordeel van de klachtencommissie aan de indiener schriftelijk mededelen welk gevolg hieraan werd gegeven.

Art. 10.

Indien de afhandeling van de klacht overeenkomstig de bij artikel 9 vastgestelde procedure de indiener nog steeds geen voldoening schenkt, kan deze zich schriftelijk wenden tot de leidend ambtenaar van het Fonds, die nagaat of de voorziening al dan niet

de reglementering heeft nageleefd en die in het laatste geval de nodige maatregelen treft met het oog op de naleving van de reglementering.

HOOFDSTUK IV. DE INSPRAAK

Afdeling 1. Individuele inspraak

Art. 11.

De bepalingen van deze afdeling zijn van toepassing op alle erkende voorzieningen met uitzondering van de beschutte werkplaatsen.

Art. 12.

De gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger heeft het recht volledig, nauwkeurig en tijdig geïnformeerd te worden omtrent alle aangelegenheden in verband met zijn opvang, behandeling en begeleiding die hem rechtstreeks en persoonlijk aanbelangen, met inbegrip van informatie omtrent zijn psycho-medisch, pedagogische sociaal dossier, onder voorbehoud van het medisch beroepsgeheim zoals geconcretiseerd in het medisch dossier.

Art. 13.

Tussen de voorziening en de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger is, behoudens heikracht of hoogdringendheid, voorafgaand overleg verplicht inzake:

1° wijzigingen aan het dienstverleningsaanbod, het behandelings- of het begeleidingsplan;

2° maatregelen die omwille van de evolutie van de fysieke of geestelijke toestand dienen genomen;

3° wijzigingen in de individuele woon- of leefsituatie; bij dit overleg wordt rekening gehouden met de feiten en omstandigheden die tot deze wijzigingen hebben geleid.

Het initiatief voor dit overleg moet genomen worden door de partij die een wijziging of maatregel wenst door te voeren.

Art. 14.

Klachten omtrent het niet naleven van de bepalingen van deze afdeling worden behandeld overeenkomstig de procedure voorzien bij hoofdstuk 3.

Afdeling 2. Collectieve inspraak

Art. 15.

De bepalingen van deze afdeling zijn van toepassing wanneer in een erkende voorziening de gemiddelde verblijfsduur of duur van de dienstverlening ten minste twee jaar bedraagt.

De ambulante diensten, de beschutte werkplaatsen en de diensten voor plaatsing in gezinnen zijn alleszins uit het toepassingsgebied van deze afdeling uitgesloten.

Art. 16.

In elke bij artikel 15 bedoelde voorziening dient per afzonderlijke, zelfstandige en operationele eenheid van dienstverlening een gebruikersraad opgericht te worden.

Art. 17.

§ 1. Elke gebruikersraad telt minstens drie leden.

§ 2. De leden van de gebruikersraad worden uit en door de gebruikers van de voorziening of hun wettelijke vertegenwoordigers gekozen voor een termijn van vier jaar; hun mandaat is hernieuwbaar. De raad is niet meer rechtsgeldig samengesteld indien het aantal leden van de gebruikersraad lager wordt dan drie en in dat geval wordt een nieuwe verkiezing georganiseerd.

Indien er zich bij de gewone verkiezing geen drie kandidaten aandienen, of indien er bij die verkiezing geen drie leden gekozen worden, wordt na twee jaar een nieuwe verkiezing georganiseerd.

De verantwoordelijken van de voorziening staan in voor de organisatie van de verkiezingen, waarbij zij er inzonderheid over waken dat elke stemgerechtigde verwittigd wordt en zich kandidaat kan stellen. Indien in de voorziening reeds een ouder- of bewonersraad bestaat, wordt de verkiezing in samenwerking met de reeds bestaande raad georganiseerd.

§ 3. De gebruikersraad duidt onder zijn leden een voorzitter aan.

§ 4. De gebruikersraad vergadert minstens drie maal per jaar.

§ 5. Het mandaat van een lid van de gebruikersraad vervalt:

- bij het verstrijken van de termijn waarvoor het gekozen is;
- indien het lid de voorziening verlaat;
- bij ontslag van het lid.

In de gevallen voorzien in vorig lid, 2° en 3°, kan op initiatief van de gebruikersraad en in overleg met de voorziening een andere gebruiker verkozen worden, die het vrijgekomen mandaat verderzet.

Art. 18.

§ 1. Een afgevaardigde van de gebruikersraad wordt als waarnemer uitgenodigd voor de vergaderingen van de raad van bestuur van de inrichtende macht van de voorziening voor de besprekingen van die aangelegenheden die betrekking hebben op de voorziening. Hiervan kan door de Minister bevoegd voor bijstand aan personen op hun gemotiveerde aanvraag aan de voorzieningen waar collectieve overlegorganen werden opgericht, een afwijking worden verleend.

Wanneer in toepassing van artikel 16 verschillende gebruikersraden opgericht zijn, duiden deze gezamenlijk één afgevaardigde aan voor de toepassing van voorgaand lid.

§ 2. Tussen de voorziening en de gebruikersraad is voorafgaand overleg verplicht inzake:

- wijzigingen aan het in hoofdstuk 1 bedoelde reglement van orde;
- belangrijke wijzigingen in de algemene woon- en leefsituatie;
- wijzigingen in het concept van de voorziening.

§ 3. Zowel de voorziening als de gebruikersraad hebben initiatiefrecht om advies te vragen of uit te brengen inzake aangelegenheden die de verhouding voorzieninggebruikers aangaan.

Er is hoorrecht en antwoordplicht omtrent elk onderwerp waarover de gebruikersraad een standpunt aan de verantwoordelijken van de voorziening wenst mede te delen.

§ 4. De voorziening verstrekt aan de gebruikersraad de noodzakelijke informatie omtrent beslissingen die rechtstreeks de woon- en leefsituatie van de gebruikers betreffen en inzake alle andere elementen die de gebruikers als groep aanbelangen, met inbegrip van informatie omtrent haar jaarrekeningen.

Art. 19.

Klachten omtrent het niet naleven van de bepalingen van deze afdeling worden schriftelijk medegedeeld aan de leidend ambtenaar van het Fonds.

[HOOFDSTUK IVbis. GEBRUIK VAN HET IDENTIFICATIENUMMER BIJ HET RIJKSREGISTER VAN NATUURLIJKE PERSONEN

(Voetnoten 2 en 3)

Art. 19bis.

De bepalingen van dit hoofdstuk zijn van toepassing op alle door het Fonds erkende voorzieningen.

Art. 19ter.

De voorziening mag het identificatienummer van de gebruiker bij het Rijksregister van natuurlijke personen slechts gebruiken voor de betrekkingen met het Fonds.

Daarom zullen de rechtspersoon die fungeert als inrichtende macht van de voorziening, alsmede alle personeelsleden van de voorziening die dit identificatienummer gebruiken, een verbintenis ondertekenen overeenkomstig het model dat het Fonds hiertoe vastgesteld heeft.]

(B.VI.Reg. 30.III.1994)

HOOFDSTUK V. WIJZIGINGS- OVERGANGS- EN SLOTBEPALINGEN

Art. 20.

De naleving van de bepalingen van dit besluit vormt een erkenningsvoorwaarde voor de betrokken voorzieningen.

Art. 21.

Artikel 47, 1° tot 10°, van het decreet treedt in werking op 1 juli 1994.

Art. 22.

§ 1. Een artikel 144bis, dat luidt als volgt, wordt ingevoegd in het koninklijk besluit van 5 juli 1963 betreffende de sociale reclassering van de minder-validen:

"Artikel 144bis. De bij artikel 144 bedoelde voorlopige erkenning kan slechts verleend of behouden worden indien de bij artikel 42, 43 en 44 bedoelde centra of diensten voldoen aan de in uitvoering van artikel 47, 6°, 8°, 9° en 10° van het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap vastgestelde regels inzake inspraak, reglement van orde, protocol van verblijf, opvang, behandeling of begeleiding, en procedure van onderzoek en behandeling van de klachten van de bewoners."

§ 2. Een artikel 4bis, dat luidt als volgt, wordt ingevoegd in het koninklijk besluit van 23 december 1970 tot instelling van de voorwaarden van de erkenning van de inrichtingen, tehuizen en diensten voor plaatsing in gezinnen ten behoeve van gehandicapten:

"Artikel 4bis. Onverminderd de bij artikel 4, eerste lid, bedoelde erkenningsnormen, moeten de in de hoofdstukken I tot IV van de bijlage bij dit besluit bedoelde voorzieningen voldoen aan de in uitvoering van artikel 47, 6°, 8°, 9° en 10° van het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap vastgestelde regels inzake inspraak, reglement van orde, protocol van verblijf, opvang, behandeling of begeleiding, en procedure van onderzoek en behandeling van de klachten van de bewoners, waarvan de naleving een bijkomende erkenningsvoorwaarde vormt."

De bij hoofdstuk V van de bijlage bij dit besluit bedoelde diensten voor plaatsing in gezinnen moeten voor het verkrijgen of voor het behoud van hun erkenning voldoen aan de in uitvoering van artikel 47, 6°, 8° en 10° van voormeld decreet van 27 juni 1990 vastgestelde regels inzake inspraak, protocol van verblijf, opvang, behandeling of begeleiding, en procedure van onderzoek en behandeling van de klachten van de bewoners waarvan de naleving een bijkomende erkenningsvoorwaarde vormt."

§ 3. In artikel 2 van het koninklijk besluit van 25 januari 1971 tot vaststelling van de voorwaarden voor de erkenning van tehuizen voor kort verblijf ten behoeve van gehandicapten, worden tussen de cijfers en woorden "4, tweede lid" en "5", de cijfers en woorden "4bis", ingevoegd.

§ 4. In artikel 3 van het koninklijk besluit van 2 juli 1973 tot vaststelling van de voorwaarden voor de erkenning van dagcentra voor meerderjarige niet-werkende gehandicapten, worden tussen de cijfers en woorden "4, lid 2" en "5" de cijfers en woorden "4bis" ingevoegd.

§ 5. In artikel 3 van het koninklijk besluit van 12 december 1975 tot vaststelling van de voorwaarden voor de erkenning van de centra voor observatie, oriëntering en medische, psychologische en pedagogische behandeling van gehandicapten, evenals van de bijzondere regels voor de vaststelling van de toelagen per dag, toegekend voor het onderhoud, de opvoeding en de behandeling van de gehandicapten die er geplaatst zijn ten laste van de gewone besturen worden de woorden "en 4, 2° lid" vervangen door de woorden "4, 2° lid en 4bis".

§ 6. Artikel 5 van het besluit van de Vlaamse [regering] van 7 februari 1990 houdende vaststelling van de erkenningsvoorwaarden, de werkings- en subsidiëringsmodaliteiten voor thuisbegeleidingsdiensten zoals bedoeld in artikel 3, § 1bis, van het koninklijk besluit nr. 81 van 10 november 1967 tot instelling van een Fonds voor medische, sociale en pedagogische zorg voor gehandicapten, wordt aangevuld met een 7° dat luidt als volgt:

"7° de in uitvoering van artikel 47, 6° en 8°, van het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap vastgestelde regels inzake individuele inspraak en procedure van onderzoek en behandeling van de klachten van de bewoners in acht nemen."

(B.VI.Reg. 19.I.1994)

§ 7. Artikel 4 van het besluit van de Vlaamse [regering] van 4 april 1990 houdende de vaststelling van de erkenningsvoorwaarden, de werkings- en subsidiëringsmodaliteiten voor diensten voor begeleid wonen van mentaal gehandicapten, zoals bedoeld in artikel 3, § 1bis van het koninklijk besluit nr. 81 van 10 november 1967 tot instelling van een Fonds voor medische, sociale en pedagogische zorg voor gehandicapten, wordt aangevuld met een 5°, dat luidt als volgt:

"5° voldoen aan de in uitvoering van artikel 47, 6° en 8° van het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap vastgestelde regels inzake inspraak en procedure van onderzoek en behandeling van de klachten van de bewoners."

(B.VI.Reg. 19.I.1994)

§ 8. Artikel 6, § 1, van het 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, zoals bedoeld in artikel 3, § 1bis, van het koninklijk besluit nr. 81 van 10 november 1967 tot instelling van een Fonds voor medische, sociale en pedagogische zorg voor gehandicapten, wordt aangevuld met een 9°, dat luidt als volgt:

"9° de individuele inspraak van de gebruikers en de procedure van onderzoek en behandeling van de klachten van bewoners dient voorzien overeenkomstig de in uitvoering van artikel 47, 6° en 8°, van het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap vastgestelde regels."

(B.VI.Reg. 19.I.1994)

Art. 23.

Bij wijze van overgangsmaatregel beschikken de in dit besluit bedoelde voorzieningen, die op de datum van inwerkingtreding van dit besluit in uitvoering van de bepalingen van voormeld koninklijk besluit nr. 81 van 10 november 1967 erkend zijn, of die in uitvoering van de bepalingen van de wet van 16 april 1963 betreffende de sociale reclassering van de minder-validen voorlopig erkend zijn, over een termijn van één jaar te rekenen vanaf de publicatie van dit besluit om te voldoen aan de bepalingen van dit besluit.

Art. 24.

Dit besluit treedt in werking op 1 juli 1994.

Art. 25.

De Vlaamse minister bevoegd voor bijstand aan personen is belast met de uitvoering van dit besluit.

Bijlage bij het besluit van de Vlaamse regering tot vaststelling van algemene erkenningsvoorwaarden van voorzieningen bedoeld in het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap.

De wederzijdse rechten en plichten van voorzieningen en gebruikers, het reglement van orde en het protocol van verblijf, opvang, behandeling of begeleiding

1. Het reglement van orde bedoeld bij hoofdstuk 1 van dit besluit dient minstens volgende elementen te bevatten:

1.1. De exacte identificatie (benaming, zetel, aard, rechtsvorm) van de rechtspersoon die de voorziening beheert, met de datum van erkenning.

1.2. De doelstellingen en het overzicht van het dienstverleningsaanbod van de voorziening, met globale omschrijving van de doelgroep.

1.3. In voorkomend geval, de bijzondere opnemingsvoorwaarden, inzonderheid deze gebonden aan de regionale oriëntatie, de proefperiode (zie punt 5 van deze bijlage), de

specifieke kenmerken van de doelgroep zoals leeftijd, geslacht, bijkomende handicaps of de uitsluiting hiervan.

1.4. De omstandigheden die aanleiding kunnen geven tot heroriëntering of ontslag uit de voorziening, de opzeggingstermijnen en de opzeggingsvergoeding in geval van verbreking zonder gegronde reden.

1.5. De wijze waarop de gebruikersraad is samengesteld, indien deze krachtens de bepalingen van artikel 16 van dit besluit dient aanwezig te zijn.

1.6. De wijze waarop klachten, suggesties en bemerkingen kunnen worden ingediend en de wijze waarop ze worden behandeld, rekening houdend met de bepalingen van hoofdstuk 3 van dit besluit.

1.7. De wederzijdse rechten en verplichtingen van de gebruiker, zijn wettelijke vertegenwoordiger en de voorziening. Als de voorziening aan de gebruiker of aan zijn wettelijke vertegenwoordiger een voorschot vraagt, mag dit niet hoger liggen dan de persoonlijke bijdrage voor een periode die de dertig dagen niet mag overschrijden. Naast dit voorschot mag geen bijkomende waarborgsom gevraagd worden.

1.8. De samenstelling van de toezichtsraad over het beheer van gelden en goederen van de gebruiker, indien de voorziening ertoe gehouden is dergelijke toezichtsraad op te richten in uitvoering van de bepalingen van artikel 48 van het decreet.

1.9. Een overzicht van de door de voorziening in het belang van de werking en van de gebruikers verzekerde risico's.

2. Het reglement van orde waarborgt aan de gebruikers de eerbiediging van hun ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, van hun vrijheid en privacy.

3. Behoudens bij dringende opname moet het reglement van orde vóór de opname of vóór de aanvang van de dienstverlening worden overhandigd aan de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger, die tekent voor ontvangst en akkoord.

Elke wijziging van dit reglement moet eveneens tegen ontvangstbewijs aan de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger worden medegedeeld. Deze wijzigingen hebben uitwerking ten vroegste dertig dagen na de mededeling ervan.

4. De voorziening die een persoon met een handicap opneemt of aan die persoon haar diensten verstrekt, verbindt er zich toe deze niet te ontslaan noch de dienstverlening te beëindigen tenzij om redenen van heirkracht, om redenen voortvloeiende uit de beslissing tot tenlasteneming of om één van de hiernavolgende redenen:

- als de gebruiker niet meer beantwoordt aan de bijzondere opnamevoorwaarden zoals bepaald in het reglement van orde;
- als de lichamelijke en/of geestelijke toestand van de gebruiker dermate gewijzigd is dat het zorgaanbod van de voorziening niet meer kan beantwoorden aan de noden en zorgvragen van de gebruiker;
- bij het niet nakomen door de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger van de in het protocol en reglement van orde vastgelegde verplichtingen.

De ontslagprocedure is opgenomen in het reglement van orde, en ontslag geschiedt overeenkomstig die procedure.

Een voorziening kan de beëindiging of schorsing van een arbeidsovereenkomst van een tewerkgestelde gebruiker nooit invoeren als reden voor ontslag. Deze bepaling geldt niet voor de centra voor beroepsopleiding, omscholing of herscholing.

Bij eenzijdige opzegging geldt voor beide partijen een opzeggingstermijn van minstens drie maanden, tenzij in wederzijds akkoord een andere termijn wordt overeengekomen.

Bij ontslag of stopzetting van de dienstverlening door de voorziening verbindt deze zich ertoe mee te werken bij het zoeken naar een aangepaste andere voorziening.

Bij het niet respecteren van de vastgestelde of overeengekomen opzeggingstermijn door een van de partijen, dient deze aan de andere partij een verbrekingsvergoeding te betalen.

Deze vergoeding is, per dag dat men vroeger de voorziening verlaat, het verschil tussen de reglementair vastgestelde volledige dagprijs en de verminderde dagprijs met een maximum termijn van dertig dagen, tenzij door de betrokkene wordt aangetoond dat de voorziening de schriftelijke overeenkomst zoals bepaald in punt 6 van deze bijlage niet nakomt.

Voor de voorzieningen waarvoor geen dagprijs voorzien is, wordt de vergoeding bepaald in het reglement van orde of in het protocol.

5. Indien bij de opname een proefperiode wordt voorzien, dient deze aan volgende voorwaarden te voldoen:

1° de duur van de proefperiode kan maximum zes maanden bedragen;

2° tijdens de proefperiode gelden afwijkende procedures omtrent ontslag:

- de opzegtermijn dient in onderling overleg bepaald te worden;
- bij eenzijdige verbreking van de overeenkomst zonder gegronde reden door de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger kan een verbrekingsvergoeding gevorderd worden van maximum zeven maal het verschil tussen de wettelijk vastgestelde volledige dagprijs en de verminderde dagprijs;
- tijdens de proefperiode kan de voorziening de overeenkomst enkel opzeggen om redenen van heikracht of indien omwille van de lichamelijke en/of geestelijke toestand van de gebruiker, het zorgaanbod van de voorziening niet kan beantwoorden aan de noden en zorgvragen van de gebruiker; indien de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger de in het protocol en reglement van orde vastgestelde verplichtingen niet nakomt.

Deze regels zijn niet van toepassing bij dienstverlening door een centrum voor beroepsopleiding, omscholing of herscholing.

6. Het protocol bedoeld bij hoofdstuk 2 omvat ten minste volgende vermeldingen:

6.1. De identiteit van de partijen; voor de gebruiker wordt in voorkomend geval eveneens de identiteit van de wettelijke vertegenwoordiger vermeld.

6.2. De aanvangsdatum van de opname of dienstverlening en de duur van de overeenkomst alsmede, in geval van proefperiode, de duur hiervan.

6.3. Een inventaris van de maandelijkse inkomsten van de persoon met een handicap, met een onderscheid tussen arbeidsinkomsten, vervangingsinkomens en andere persoonlijke inkomsten; de wettelijk voorgeschreven persoonlijke bijdrage in de dagprijs wordt vastgesteld op basis van deze gegevens en wordt samen met het bedrag van het gereserveerd persoonlijk inkomen vermeld in het protocol.

6.4. De natuurlijke of rechtspersoon die voor de betaling instaat en de wijze waarop de afrekening en de betaling zal gebeuren, evenals, in voorkomend geval, het gevraagde voorschot en de wijze van betaling hiervan.

6.5. In voorkomend geval, het bedrag van de socio-culturele toelage.

6.6. De elementen die niet door de dagprijs gedekt zijn en aanleiding geven tot een afzonderlijke vergoeding, voorzover deze niet vermeld zijn in of afwijken van het Reglement van Orde.

6.7. Het individueel behandelingsplan of dienstverleningsaanbod, of de termijn waarbinnen het individueel behandelingsplan wordt opgemaakt en de wijze waarop over het behandelingsplan of dienstverleningsaanbod met de betrokkene of zijn wettelijke vertegenwoordiger overleg en bijsturing wordt mogelijk gemaakt.

De diensten voor plaatsing in gezinnen dienen het pleeggezin te vermelden waar de persoon met een handicap zal verblijven.

6.8. De opzeggingstermijn en de verbrekingsvergoeding.

6.9. Indien het beheer van gelden en/of goederen van de gebruiker aan personeelsleden of beheerders van de voorziening wordt toevertrouwd, dient in het protocol een luik "beheer van gelden en/of goederen" voorzien dat de bepalingen groepeert die in uitvoering van artikel 47, 11°, van het decreet in het protocol dienen opgenomen te zijn.

6.10. De wijze waarop dit protocol kan worden aangepast of gewijzigd.

7. Een exemplaar van het door de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger voor ontvangst en akkoord getekende reglement van orde wordt bij het in punt 6 van deze bijlage bedoeld protocol gevoegd en maakt er een ondeelbaar geheel mee uit.

1 Gewijzigd bij: B.VI.Reg. 19.I.1994 (B.S. 15.II.1994) B.VI.Reg. 30.III.1994 (B.S. 15.VII.1994)

2 Onverminderd de strafbepalingen opgenomen in de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen, wordt bij het niet-naleven van de bij de artikelen 19bis en 19ter vastgestelde verplichtingen de erkenning van de

instantie of voorziening geschorst of ingetrokken. Dit gebeurt overeenkomstig de regels vastgesteld bij artikel 27 van het besluit van de Vlaamse regering van 24 juli 1991 of bij de artikelen 15 en 16 van het besluit van de Vlaamse regering van 15 december 1993 tot vaststelling van de algemene regels inzake het verlenen van vergunningen en erkenningen door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap. (B.VI.Reg. 30.III.1994, art.4)

3 De op de datum van inwerkingtreding van het B.VI.Reg. 30.III.1994 erkende voorzieningen of instanties beschikken over een termijn van twee maanden, te rekenen vanaf de datum van inwerkingtreding van het koninklijk besluit tot regeling van de toegang tot de informatiegegevens en van het gebruik van het identificatienummer van het Rijksregister van de natuurlijke personen uit hoofde van het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap, om te voldoen aan het bepaalde in de artikelen 19bis en 19ter. Deze termijn wordt verlengd met twee maanden na de datum van de publikatie van het B.VI.Reg. 30.III.1994 in het Belgisch Staatsblad als deze publikatie later geschiedt dan die van het in vorig lid bedoelde koninklijk besluit. (B.VI.Reg. 30.III.1994, art. 5)

BESLUIT van de VLAAMSE REGERING van 15 DECEMBER 2000 betreffende de kwaliteitszorg in de voorzieningen voor de sociale integratie van personen met een handicap

Publicatie B.S. : 27.2.2001

Inwerkingtreding : 1.5.2001

HOOFDSTUK I. ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1.

Voor de toepassing van dit besluit en van de bijlagen verstaat men onder:

1° *voorziening*: een voorziening die erkend is of een erkenning heeft aangevraagd op grond van het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap;

2° *het Fonds*: het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap;

3° *verantwoorde hulp- en dienstverlening*: een hulp- en dienstverlening die gebruikersgericht wordt verleend en voldoet aan de vereisten van doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit en maatschappelijke aanvaardbaarheid;

4° *gebruiker*: de persoon die een beroep doet op de hulp- en dienstverlening van een voorziening. Met gebruiker wordt in voorkomend geval gelijkgesteld, de wettelijke vertegenwoordiger, de vertrouwenspersoon of de belangrijke betrokken derde, met inbegrip van de plaatsende instantie bij gedwongen hulp- en dienstverlening;

5° *gebruikersgerichtheid*: de mate waarin de hulp- en dienstverlening afgestemd is op de specifieke behoeften van de gebruiker;

6° *doeltreffendheid*: de mate waarin de doelstellingen gerealiseerd worden;

7° *doelmatigheid*: de mate waarin de resultaten zich verhouden tot de middelen. De resultaten zijn het antwoord op de behoeften van de gebruiker. Met middelen wordt bedoeld: personeel, financiën, gebouwen en inrichting, uitrusting, technieken en methoden;

8° *continuïteit*: de mate waarin de hulpverlener zorg draagt voor een goede overdracht van hulp- en dienstverlening in situaties waarin

verschillende hulp- en dienstverleners betrokken zijn die elkaar aflossen, vervangen of opvolgen;

9° *maatschappelijke aanvaardbaarheid*: de mate waarin de hulp- en dienstverlening wordt aangeboden vanuit in consensus aanvaarde maatschappelijke waarden en rechten die minimaal vervat liggen in de Belgische grondwet en de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en van de VN-verklaring omtrent de rechten van de personen met een handicap;

10° *het collectief overleg van de voorziening*: het proces waarbij de gebruikers als groep in dialoog treden met de voorziening;

11° *de beroepsprocedure inzake vergunningen en erkenningen*: de procedure zoals bepaald in artikel 13 tot en met 16 van het decreet van 15 juli 1997 houdende oprichting van een Gezins- en Welzijnsraad en van een adviserende beroepscommissie inzake Gezins- en welzijnsaangelegenheden en in het besluit van de Vlaamse regering van 15 december 1993 tot vaststelling van de algemene regels inzake het verlenen van vergunningen en erkenningen door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap;

[12° *centra voor revalidatie*: de extramurale centra of diensten voor revalidatie die niet voorzien in ziekenhuisverpleging of niet onderworpen zijn aan de ziekenhuisnormen en die door het Fonds op grond van het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor Integratie van Personen met een Handicap werden erkend of die een erkenningsaanvraag hebben ingediend;

13° *zelfevaluatie*: een totale beoordeling, uitgevoerd door centra voor revalidatie, van hun werking, zowel qua klantgerichtheid als qua interne processen] (*B.V.R. 10.2.2006*: artikel 4 voorziet een afwijking: de centra voor revalidatie kunnen tot 31.8.2006 een kwaliteitshandboek opmaken overeenkomstig de componenten, bepaald in bijlage I gevoegd bij het besluit van de Vlaamse regering van 15 december 2000 betreffende de kwaliteitszorg in voorzieningen voor sociale integratie van personen met een handicap en de sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen, vermeld in bijlage II gevoegd bij het besluit van 15 december 2000)

HOOFDSTUK II. ERKENNING

Art. 2.

Om erkend te worden en erkend te blijven, dient een voorziening, onverminderd de naleving van andere erkenningsnormen, een kwaliteitshandboek op te maken, overeenkomstig de componenten vermeld in bijlage I, en de sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen na te leven inzake gebruikersgerichtheid, maatschappelijke aanvaardbaarheid, doeltreffendheid, doelmatigheid en continuïteit, zoals bepaald in bijlage II.

[In afwijking van het eerste lid moeten de centra voor revalidatie een kwaliteitshandboek opmaken volgens de componenten, vermeld in bijlage I bis, en moeten ze de sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen, vermeld in bijlage II bis, naleven] (B.V.R. 10.2.2006)

Elke voorziening maakt jaarlijks een kwaliteitsplanning op en bezorgt deze aan het Fonds in de vorm en binnen de termijnen zoals bepaald door het Fonds.

HOOFDSTUK III. TOEZICHT, BESTUURLIJK INGRIJPEN, SANCTIES

Art. 3.

De [personeelsleden van het bevoegde agentschap], gemachtigd om toezichtsoopdrachten uit te voeren overeenkomstig hoofdstuk X van het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap, worden eveneens belast met het toezicht op de naleving van de kwaliteitszorg in de voorzieningen. (B.V.R. 26.3.2004, uitwerking 1.4.2006)

Elke voorziening is er toe verplicht de gemachtigde ambtenaren van het Fonds toe te laten ter plaatse de elementen van het kwaliteitshandboek te toetsen aan de vereisten van artikel 2 en alle stappen te ondernemen die daarvoor noodzakelijk zijn.

De beheerders, de directie en het personeel van de voorziening zijn verplicht aan de gemachtigde ambtenaren van het Fonds alle medewerking te verlenen bij de uitoefening van hun toezichtsoopdracht.

Art. 4.

§ 1. [Het gemachtigde personeelslid van het bevoegde agentschap] deelt aan de voorziening schriftelijk de resultaten en bevindingen van zijn in artikel 3 bedoelde toezichtsoopdrachten mee in een rapport.

(B.V.R. 26.3.2004, uitwerking 1.4.2006)

§ 2. Als een voorziening niet voldoet aan de vereisten inzake een verantwoorde hulp- en dienstverlening en de daaruit voortvloeiende verplichtingen op het vlak van de kwaliteitszorg, zoals deze decretaal en reglementair bepaald zijn, stelt [het gemachtigde personeelslid van het bevoegde agentschap] dit vast in een proces-verbaal dat toegevoegd wordt aan het in § 1 bedoelde rapport, en dat op gemotiveerde wijze aangeeft op welke punten de vereisten inzake een verantwoorde

hulp- en dienstverlening en de daaruit voortvloeiende decretaal en reglementair bepaalde verplichtingen op het vlak van de kwaliteitszorg niet of onvoldoende nageleefd werden. Dit document vermeldt eveneens de termijn van maximum zes maanden waarbinnen de voorziening de nodige maatregelen dient te nemen.

De voorziening heeft het recht hieromtrent schriftelijk bezwaar in te dienen bij de leidend ambtenaar van het Fonds. Na onderzoek van de bezwaren bevestigt of ontkracht de leidend ambtenaar dit proces-verbaal, of geeft hij opdracht tot een nieuw onderzoek.

(B.V.R. 26.3.2004, uitwerking 1.4.2006)

§ 3. Als bij bevestiging van het proces-verbaal door de leidend ambtenaar en bij het verstrijken van de in § 2 voorziene termijn blijkt dat de voorziening de nodige maatregelen niet heeft genomen, kan het Fonds een erkenning van een beperkte termijn afleveren, die de zes maanden niet mag overschrijden, of de lopende erkenning herleiden tot diezelfde beperkte termijn, op voorwaarde dat de voorziening zich ertoe verbindt om binnen die termijn aan de in het proces-verbaal vastgestelde tekortkomingen te verhelpen.

De voorziening heeft het recht hieromtrent door het Fonds gehoord te worden en het recht schriftelijk haar bezwaren tegen deze beslissing bij het Fonds te laten gelden.

Na onderzoek van de bezwaren bevestigt of vernietigt het Fonds deze beslissing.

Het Fonds brengt de voorziening schriftelijk op de hoogte van zijn gemotiveerde beslissing. Als deze beslissing de erkenning voor een beperkte termijn bevestigt, zal tevens vermeld worden dat de erkenning zal ingetrokken of niet toegekend worden na het verstrijken van deze termijn als de voorziening niet de nodige maatregelen neemt om te voldoen aan de vereisten van artikel 2 van dit besluit.

De gebruikers van de voorziening worden via het collectief overlegorgaan onverwijld door de voorziening schriftelijk op de hoogte gebracht van deze beslissing.

Art. 5.

Als de voorziening na de procedure, bepaald in artikel 4 voldoet aan de gestelde voorwaarden, wordt de erkenning verlengd en brengt het Fonds de voorziening op de hoogte. De voorziening brengt de gebruikers onverwijld op de hoogte via het collectief overleg.

Als de voorziening niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, wordt de erkenning ingetrokken. Het Fonds brengt de voorziening schriftelijk op de hoogte van zijn gemotiveerde beslissing. De gebruikers van de voorziening worden via het collectief overleg onverwijld door de voorziening schriftelijk op de hoogte gebracht van deze beslissing.

De voorziening kan tegen de intrekking van de erkenning een beroep aantekenen overeenkomstig de bepalingen van de beroepsprocedure inzake vergunningen en erkenningen.

HOOFDSTUK IV. WIJZIGINGS- EN OPHEFFINGSBEPALINGEN

Art. 6.

In hoofdstuk I, II.B., "Werking", van de bijlage, gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 december 1970 tot vaststelling van de voorwaarden voor erkenning van de inrichtingen, tehuizen en diensten voor plaatsing in gezinnen ten behoeve van gehandicapten, wordt a) en b) opgeheven.

Art. 7.

In B. "Werking", van de bijlage, gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 januari 1971 tot vaststelling van de voorwaarden voor de erkenning van de tehuizen voor kortverblijf ten behoeve van gehandicapten, worden a), b) en d) opgeheven.

Art. 8.

Artikel 9 van het besluit van de Vlaamse regering van 4 april 1990 houdende de vaststelling van de erkenningsvoorwaarden, de werkings- en subsidiëringsmodaliteiten voor de diensten voor begeleid wonen voor mentaal gehandicapten zoals bedoeld in artikel 3, § 1bis, van het koninklijk besluit nr. 81 van 10 november 1967 tot instelling van een Fonds voor medische, sociale en pedagogische zorg voor gehandicapten, wordt opgeheven.

Art. 9.

De artikelen 14 en 16 van het besluit van de Vlaamse regering van 31 juli 1990 houdende de vaststelling van de erkenningsvoorwaarden, de werkings- en subsidiërings-modaliteiten voor diensten voor zelfstandig wonen van gehandicapte personen zoals bedoeld in artikel 3, § 1bis, van het koninklijk besluit nr. 81 van 10 november 1967 tot instelling van een Fonds voor medische, sociale en pedagogische zorg voor gehandicapten, worden opgeheven.

Art. 10.

In artikel 5, eerste lid, van het 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, bedoeld in het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap, worden de volgende wijzigingen aangebracht;

1° in 2° worden de woorden « het bevoegde orgaan » vervangen door de woorden « de inrichtende macht »;

2° in 3° wordt het woord « opname » vervangen door de woorden « hulp- en dienstverlening ».

Art. 11.

In artikel 8, § 1, 1°, van hetzelfde besluit worden de woorden « de in de voorziening opgerichte gebruikersraad » vervangen door de woorden « het in de voorziening opgericht collectief overlegorgaan ».

Art. 12.

Artikel 9 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

« Art. 9. Bij de vaststelling van de wederzijdse rechten en plichten, als bedoeld in artikel 1, § 2 van de bijlage II bij 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, moet de samenstelling van de toezichtsraad voor het beheer van gelden en goederen van de gebruiker vermeld, als de voorziening ertoe gehouden is dergelijke toezichtsraad op te richten met toepassing van artikel 48 van voormeld decreet van 27 juni 1990.

De oprichting en samenstelling van de toezichtsraad, evenals alle wijzigingen hieraan, worden onverwijld schriftelijk medegedeeld aan het Fonds en aan de gebruikers.»

Art. 13.

Artikel 9 van het besluit van de Vlaamse regering van 17 december 1996 betreffende de erkenning en subsidiëring van thuisbegeleidingsdiensten voor personen met een handicap, wordt opgeheven.

Art. 14.

In artikel 10, § 1, 1°, van hetzelfde besluit wordt het tweede lid opgeheven.

Art. 15.

In artikel 14 van hetzelfde besluit worden de woorden « ras, nationaliteit, geslacht, vermogenstoestand of » geschrapt.

Art. 16.

Het ministerieel besluit van 21 juni 1990 tot vaststelling van de vorm en de inhoud van de begeleidingsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 9, §§ 1 en 3, van het besluit van de Vlaamse regering van 4 april 1990 houdende de vaststelling van de erkenningsvoorwaarden, de werkings- en subsidiëringsmodaliteiten van de diensten voor begeleid wonen voor mentaal gehandicapten zoals bedoeld in artikel 3, § 1bis, van het koninklijk besluit nr. 81 van 10 november 1967 tot instelling van een Fonds voor medische, sociale en pedagogische zorg voor gehandicapten, wordt opgeheven.

Art. 17.

Het ministerieel besluit van 21 november 1990 tot vaststelling van de vorm en de inhoud van de dienstverleningsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 14 van het besluit van de Vlaamse regering van 31 juli 1990 houdende de vaststelling van de erkenningsvoorwaarden, de werkings- en subsidiëringsmodaliteiten voor diensten

voor zelfstandig begeleid wonen van gehandicapte personen zoals bedoeld in artikel 3, § 1bis, van het koninklijk besluit nr. 81 van 10 november 1967 tot instelling van een Fonds voor medische, sociale en pedagogische zorg voor gehandicapten, wordt opgeheven.

HOOFDSTUK V. OVERGANGS-, INWERKINGSTREDING- EN SLOTBEPALINGEN

Art. 18.

Bij wijze van overgangsmaatregel:

1° beschikken de voorzieningen over een termijn die afloopt op 31 december 2002 om te voldoen aan alle bepalingen van dit besluit;

2° kunnen de voorzieningen die dat wensen vóór 31 december 2002 toetreden tot de in dit besluit omschreven kwaliteitszorg. Deze toetreding is afhankelijk van het afsluiten van een convenant tussen het Fonds, de voorziening en de gebruikers via het collectief overleg.

Art. 19.

Dit besluit treedt in werking de eerste dag van de derde maand volgend op de maand waarin het besluit in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt.

Art. 20.

Het decreet van 29 april 1997 inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen treedt, voor wat de gehandicaptensector betreft, op dezelfde datum in werking als dit besluit.

Art. 21.

De Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen, is belast met de uitvoering van dit besluit.

Bijlage I

Kwaliteitshandboek

- 1 Inleiding
 - 1.1. Structuur van het kwaliteitshandboek
 - 1.2. Beschrijving van het aanbod van de voorziening
- 2 Kwaliteitsbeleid
 - 2.1. Missie, visie, waarden, objectieven, geschreven referentiekader
 - 2.2. Sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen
 - 2.3. Het geven van toelating aan de overheid tot verificatie en evaluatie
- 3 Kwaliteitsplanning
- 4 Kwaliteitssysteem
 - 4.1. Organisatiestructuur
 - 4.2. Verantwoordelijke die met het kwaliteitsbeleid is belast
 - 4.3. Overzicht en werking van de overlegorganen
 - 4.4. Deelname aan externe overlegorganen
 - 4.5. Middelen
 - 4.6. Overzicht van de procedures
 - 4.6.1. De intake
 - 4.6.2. Het opstellen van het hulp- en dienstverleningsplan
 - 4.6.3. Het uitvoeren, evalueren en bijsturen van het hulp -en dienstverleningsplan
 - 4.6.4. Het beëindigen van de hulp- en dienstverl
 - 4.6.5. Het organiseren van het collectief overleg
 - 4.6.6. Het toetsen van de tevredenheid van de gebruikers
 - 4.6.7. Het afhandelen van klachten van gebruikers
 - 4.6.8. Het implementeren van corrigerende en preventieve maatregelen
 - 4.6.9. Het selecteren en aanwerven van het personeel
 - 4.6.10. Het vormen, trainen en opleiden van het personeel
 - 4.6.11. Het ondersteunen en evalueren van het personeel
 - 4.6.12. Het periodiek evalueren van de ingezette middelen
 - 4.6.13. Het beheren van de documenten van het kwaliteitshandboek
 - 4.6.14. Het plannen en implementeren van kwaliteitsaudits
 - 4.6.15. Het beoordelen van het kwaliteitshandboek door de directie
 - 4.6.16. Het detecteren van en gepast reageren op misbruik en geweld ten aanzien van gebruikers

(B.V.R.16.4.2004, art. 1, uitwerking 1.7.2004)

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 15 december 2000 betreffende de kwaliteitszorg in de voorzieningen voor sociale integratie van personen met een handicap

Bijlage I bis

Kwaliteitshandboek

- 1 Inleiding
- 2 Opbouw en structuur van het kwaliteitshandboek
- 3 Beschrijving van het aanbod van het centrum
- 4 Kwaliteitsbeleid
 - 4.1. Missie, visie, waarden, doelstellingen, geschreven referentiekader
 - 4.2. Sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen
 - 4.3. De overheid toestemming geven tot verificatie en evaluatie
- 5 Kwaliteitssysteem
 - 5.1. Organisatiestructuur
 - 5.2. Verantwoordelijke die met het kwaliteitsbeleid is belast
 - 5.3. Overzicht en werking van de overlegorganen
 - 5.4. Deelname aan externe overlegorganen
 - 5.5. Overzicht van de procedures
 - 5.5.1. De intake
 - 5.5.2. Het opstellen van het hulp- en dienstverleningsplan
 - 5.5.3. Het uitvoeren, evalueren en bijsturen van het hulp -en dienstverleningsplan
 - 5.5.4. Het beëindigen van de hulp- en dienstverlening
 - 5.5.5. Het toetsen van de tevredenheid van de gebruikers
 - 5.5.6. Het afhandelen van klachten van gebruikers
 - 5.5.7. Het selecteren, aanwerven en volgen van het personeel
 - 5.5.8. Het vormen, trainen en opleiden van het personeel
 - 5.5.9. Het beheren van de documenten van het kwaliteitshandboek
 - 5.5.10. Het plannen en implementeren van een zelfevaluatie
 - 5.5.11. Het detecteren van en het gepast reageren op misbruik en geweld ten aanzien van gebruikers

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 10 februari 2006, tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 15 december 2000 betreffende de kwaliteitszorg in voorzieningen voor de sociale integratie van personen met een handicapen bij 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.

Bijlage II

Sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen

Artikel 1. Gebruikersgerichtheid

§ 1. Overleg tussen de gebruiker en de voorziening op individueel en collectief vlak

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.

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.

3° Antwoordplicht:

De voorziening hoort de gebruiker inzake alle aangelegenheden die de verhouding voorziening-gebruiker aangaan, en dit zowel op individueel als op collectief vlak. De

voorziening antwoordt op de door de gebruiker gestelde vragen binnen overeengekomen termijnen.

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° 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.

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 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.

§ 2. Duidelijkheid van het aanbod

1° Wederzijdse rechten en plichten:

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.

2° Kenbaar maken van het aanbod:

Het aanbod van de voorziening en de modaliteiten ervan worden beschreven en kenbaar gemaakt aan de gebruiker en aan derden.

§ 3. Respectvolle bejegening van de gebruiker

1° Integriteit:

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. [De voorziening neemt in het bijzonder maatregelen tegen misbruik en geweld ten aanzien van gebruikers]

(B.V.R. 16.4.2004, art.2., uitwerking 1.7.2004)

2° Betrokkenheid:

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.

3° Privacy:

De voorziening respecteert de privacy van de gebruiker, rekening houdend met de eigenheid van de gebruiker. Hiertoe ontwikkelt de voorziening een geschreven referentiekader.

§ 4. Hulp- en dienstverlening, op maat van de gebruiker

1° Kennis van de behoefte aan hulp- en dienstverlening:

De voorziening peilt naar en registreert de wensen, behoeften en mogelijkheden van de gebruiker.

2° Geïndividualiseerd:

De voorziening beschrijft haar hulp- en dienstverlening voor elke gebruiker en houdt hierbij rekening met de individuele wensen, behoeften en mogelijkheden van de gebruiker.

3° Zelfstandigheid en zelfbeschikkingsrecht van de gebruiker:

De voorziening houdt rekening met en bevordert de zelfstandigheid en het zelfbeschikkingsrecht van de gebruiker.

4° Keuzevrijheid:

De gebruiker beschikt over keuzevrijheid in het aanbod waar mogelijk.

5° Flexibiliteit:

De voorziening past de hulp- en dienstverlening aan aan de zich wijzigende behoeften van de gebruiker.

6° Aangepaste fysieke omgeving:

De voorziening neemt maatregelen om haar gebouwen, inrichting en uitrusting af te stemmen op de eigenheid van de gebruiker.

7° Toegankelijke communicatie:

De voorziening neemt maatregelen om haar communicatie af te stemmen op de eigenheid van de gebruiker.

§ 5. Tevredenheid van de gebruiker

1° Toetsing van de tevredenheid van de gebruikers:

De voorziening heeft permanent aandacht voor en peilt periodiek naar de tevredenheid van de gebruikers over de hulp- en dienstverlening.

2° Klachtenprocedure:

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.

Art. 2. Maatschappelijke aanvaardbaarheid

§ 1. Maatschappelijke integratie van de gebruiker

De voorziening streeft bij de hulp- en dienstverlening naar maatschappelijke integratie van de gebruiker, rekening houdend met de eigenheid van de gebruiker.

§ 2. Niet-discriminerend

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.

§ 3. Regionaal overleg

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.

§ 4. Veiligheid en gezondheid

De voorziening neemt de nodige maatregelen om de veiligheid en de gezondheid van de gebruiker te vrijwaren.

Art. 3. Doeltreffendheid

§ 1. Kwaliteitsbeleid

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.

§ 2. Planmatig en methodisch handelen

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. Kennis

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.

§ 4. Corrigerende en preventieve maatregelen

De voorziening stelt corrigerende en preventieve maatregelen op ten aanzien van de hulp- en dienstverlening, voert deze uit en evalueert ze.

§ 5. Personeel

De voorziening beschrijft de wijze waarop ze het personeel selecteert, ondersteunt en evalueert.

§ 6. Organisatiestructuur

De voorziening beschrijft de verantwoordelijkheden, bevoegdheden en onderlinge verhoudingen van het personeel, en maakt deze kenbaar aan haar gebruikers, het personeel en de overheid.

§ 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.

Art. 4. Doelmatigheid

§ 1. Overlegkanalen

De voorziening beschrijft de wijze waarop ze de interne communicatie en het overleg organiseert.

§ 2. Interdisciplinaire werking

De voorziening bevordert interdisciplinaire werking.

§ 3. Evaluatie van ingezette middelen

De voorziening evalueert periodiek haar ingezette middelen in functie van de resultaten.

§ 4. Financiële middelen

De voorziening zet de toegekende financiële middelen van de overheid en de persoonlijke financiële bijdrage van de gebruiker in op een doelmatige manier.

Art. 5. Continuïteit

§ 1. Aanmelding

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.

§ 2. Naadloosheid

De voorziening zorgt voor een soepele overgang tussen de verschillende vormen van de hulp- en dienstverlening binnen haar eigen werking.

§ 3. Samenwerking met derden

Indien de voorziening zelf niet kan voorzien in bepaalde behoeften van de gebruiker zoekt zij actief naar samenwerking met derden.

§ 4. Doorverwijzing

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. Beëindiging

De voorziening maakt duidelijke afspraken met de gebruiker over de omstandigheden waarin en de wijze waarop de hulp -en dienstverlening beëindigd wordt.

§ 6. Informatieoverdracht

De voorziening waarborgt een verantwoorde overdracht van relevante informatie met betrekking tot de hulp- en dienstverlening in overleg met de gebruiker.

Gezien om gevoegd te worden bij 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.

Bijlage II bis

Sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen

Artikel 1. Gebruikersgerichtheid

§ 1. Overleg tussen de gebruiker en het centrum

1° Informatierecht :

Het centrum geeft volledig, nauwkeurig en tijdig informatie aan de gebruiker over het revalidatieprogramma.

2° Adviesrecht :

De gebruiker heeft het recht om advies uit te brengen over de hulp- en dienstverlening.

3° Antwoordplicht :

Het centrum hoort de gebruiker over alle aangelegenheden die de verhouding tussen het centrum en de gebruiker aangaan. Het centrum antwoordt op de door de gebruiker gestelde vragen binnen vastgelegde termijnen.

4° Aanwenden van de ervaringsdeskundigheid van de gebruiker :

Het centrum maakt gebruik van de ervaringen en inzichten van de gebruiker inzake de hulp- en dienstverlening van het centrum.

§ 2. Duidelijkheid van het aanbod

1° Wederzijdse rechten en plichten :

De wederzijdse rechten en plichten van de gebruiker en het centrum worden in overleg opgesteld, schriftelijk vastgelegd en door beide partijen ondertekend.

2° Kenbaar maken van het aanbod :

Het aanbod van het centrum en de voorwaarden ervan worden beschreven en kenbaar gemaakt aan de gebruiker en aan derden.

§ 3. Respectvolle bejegening van de gebruiker

1° Integriteit :

Het centrum respecteert steeds de eigenheid van de gebruiker en aanvaardt hem/haar als een volwaardige persoon. Het centrum neemt maatregelen om de integriteit van de gebruiker te waarborgen. Hiertoe ontwikkelt het centrum een geschreven referentiekader. Het centrum treft in het bijzonder maatregelen tegen misbruik en geweld ten aanzien van gebruikers.

2° Betrokkenheid :

Het centrum garandeert dat de relatie met de gebruiker vertrekt vanuit een grondhouding van vertrouwen en gekenmerkt wordt door inleving en echtheid. Hiertoe ontwikkelt het centrum een geschreven referentiekader.

3° Privacy :

Het centrum respecteert de privacy van de gebruiker, rekening houdend met de eigenheid van de gebruiker. Hiertoe ontwikkelt het centrum een geschreven referentiekader.

§ 4. Hulp- en dienstverlening, op maat van de gebruiker

- 1° Kennis van de behoefte aan hulp- en dienstverlening :
Het centrum peilt naar en registreert de wensen, behoeften en mogelijkheden van de gebruiker.
- 2° Geïndividualiseerd :
Het centrum beschrijft zijn hulp- en dienstverlening voor elke gebruiker en houdt hierbij rekening met de individuele wensen, behoeften en mogelijkheden van de gebruiker.
- 3° Flexibiliteit :
Het centrum past de hulp- en dienstverlening aan aan de zich wijzigende behoeften van de gebruiker waar mogelijk.
- 4° Aangepaste fysieke omgeving :
Het centrum neemt maatregelen om zijn gebouwen, inrichting en uitrusting af te stemmen op de eigenheid van de gebruiker.
- 5° Toegankelijke communicatie :
Het centrum neemt maatregelen om zijn communicatie af te stemmen op de eigenheid van de gebruiker.

§ 5. Tevredenheid van de gebruiker

- 1° Toetsing van de tevredenheid van de gebruikers :
Het centrum heeft permanent aandacht voor en peilt periodiek naar de tevredenheid van de gebruikers over de hulp- en dienstverlening.
- 2° Klachtenprocedure :
Het centrum beschrijft de wijze waarop het de klachten van de gebruikers afhandelt. Het centrum maakt kenbaar aan alle gebruikers hoe klachten ingediend en afgehandeld worden. Het centrum stelt de gebruiker ervan op de hoogte dat hij zich kan wenden tot het Vlaams Fonds als de interne klachtenprocedure geen voldoening geeft.

Art. 2. Maatschappelijke aanvaardbaarheid

§ 1. Niet-discriminerend

Het centrum weigert geen gebruiker op grond van etnische afkomst, nationaliteit, geslacht, seksuele geaardheid, sociale achtergrond, ideologische, filosofische, godsdienstige overtuiging of financieel onvermogen. Het centrum respecteert de ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging van de gebruiker voor zover de werking van het centrum en de integriteit van de medegebruikers niet in het gedrang komen.

§ 2. Veiligheid en gezondheid

Het centrum neemt de nodige maatregelen om de veiligheid en de gezondheid van de gebruiker te vrijwaren.

Art. 3. Doeltreffendheid

§ 1. Kwaliteitsbeleid

Het centrum beschrijft zijn missie, visie en waarden ten aanzien van de hulp- en dienstverlening, en maakt die kenbaar aan de gebruikers, het personeel en aan derden. Het centrum beschrijft zijn kwaliteitsplanning en evalueert en actualiseert die jaarlijks.

§ 2. Planmatig en methodisch handelen

Het centrum beschrijft voor elke gebruiker de hulp- en dienstverlening. Die hulp- en dienstverlening wordt in overleg met de gebruiker gepland, uitgevoerd, periodiek geëvalueerd, bijgestuurd en geregistreerd.

§ 3. Kennis

Het centrum actualiseert zijn kennis inzake ontwikkelingen in de hulp- en dienstverlening.

Het centrum stelt periodiek een vormings-, trainings- en opleidingsplan op voor het personeel en voert het uit.

§ 4. Corrigerende en preventieve maatregelen

Het centrum stelt corrigerende en preventieve maatregelen op ten aanzien van de hulp- en dienstverlening, voert ze uit en evalueert ze.

§ 5. Personeel

Het centrum beschrijft de wijze waarop het personeel geselecteerd, aangeworven en gevolgd wordt.

§ 6. Organisatiestructuur

Het centrum beschrijft de verantwoordelijkheden, bevoegdheden en onderlinge verhoudingen van het personeel, en maakt die kenbaar aan zijn gebruikers, het personeel en de overheid.

§ 7. Kwaliteitshandboek

Het centrum beschrijft de structuur van het kwaliteitshandboek. Het centrum beschrijft op welke manier aan de sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen voldaan wordt. Het centrum zorgt ervoor dat de elementen van het kwaliteitshandboek op een doeltreffende wijze geïmplementeerd en geactualiseerd worden.

Art. 4. Doelmatigheid

§ 1. Overlegkanalen

Het centrum beschrijft de wijze waarop het de interne communicatie en het overleg organiseert.

§ 2. Interdisciplinaire werking

Het centrum bevordert interdisciplinaire werking.

§ 3. Financiële middelen

Het centrum zet de toegekende financiële middelen van de overheid en de persoonlijke financiële bijdrage van de gebruiker in op een doelmatige manier.

Art. 5. Continuïteit

§ 1. Aanmelding

Als het centrum, na kennisname van de behoeften van de gebruiker, niet kan voorzien in de aangewezen hulp- en dienstverlening, verwijst het centrum de gebruiker door.

§ 2. Samenwerking met derden

Als het centrum zelf niet kan voorzien in bepaalde behoeften van de gebruiker, zoekt het actief naar samenwerking met derden.

§ 3. Doorverwijzing

Het centrum zoekt actief mee naar alternatieven als het vaststelt dat het niet meer kan voldoen aan de behoeften van de gebruiker. Het centrum streeft naar een soepele overgang bij doorverwijzing.

§ 4. Beëindiging

Het centrum maakt duidelijke afspraken met de gebruiker over de omstandigheden waarin en de wijze waarop de hulp- en dienstverlening beëindigd wordt.

§ 5. Informatieoverdracht

Het centrum waarborgt een verantwoorde overdracht van relevante informatie met betrekking tot de hulp- en dienstverlening in overleg met de gebruiker.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 10 februari 2006, tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 15 december 2000 betreffende de kwaliteitszorg in voorzieningen voor de sociale integratie van personen met een handicap.

Gewijzigd :

B.V.R. 26.3.2004 (B.S. 6.5.2004) wijzigt art. 3 en art 4, §1 en §2, uitwerking 1.4.2006

B.V.R. 16.4.2004 (B.S.14.5.2004)

B.V.R. 10.2.2006 (B.S. 14.3.2006)

Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen

(B.S. 10.11.2003)

HOOFDSTUK I. - Algemene bepalingen

Artikel 1.

Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Art. 2.

Voor de toepassing van dit decreet wordt verstaan onder :

1° voorziening: een organisatie die erkend is door de Vlaamse Gemeenschap en die activiteiten uitoefent op het domein van de zorgverstrekking, de gezondheidsopvoeding, de preventieve gezondheidszorg, het gezin, het maatschappelijk welzijn, het onthaal en de integratie van inwijkelingen, de personen met een handicap, de bejaarden, de jeugdbescherming, en de sociale hulpverlening aan gedetineerden met het oog op hun sociale reïntegratie, bedoeld in artikel 5, § 1, I en II, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, met uitzondering van organisaties die activiteiten uitoefenen op het domein van het medisch verantwoord sporten en centra voor leerlingenbegeleiding;

2° zorg: zorg-, dienst- of hulpverlening, verstrekt door een voorziening;

3° gebruiker: een natuurlijke persoon of een rechtspersoon die, al dan niet vrijwillig, een beroep doet op een voorziening;

4° sector: een domein als bedoeld in 1o of een onderdeel ervan.

HOOFDSTUK II. - Missie

Art. 3.

§ 1. Onverminderd de naleving van de erkenningsnormen die op haar van toepassing zijn, is een voorziening, overeenkomstig haar opdracht, verplicht aan iedere gebruiker verantwoorde zorg te verstrekken, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, van ras of geaardheid en zonder onderscheid van de vermogenstoestand van de betrokkene.

§ 2. De verantwoorde zorg, bedoeld in § 1, voldoet aan de vereisten van doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid.

Bij het verstrekken van die zorg zijn respect voor de menselijke waardigheid en diversiteit, de bejegening, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het

zelfbeschikkingsrecht, de klachtenbemiddeling en -behandeling, de informatie aan en de inspraak van de gebruiker en iedere belanghebbende uit zijn leefomgeving gewaarborgd.

§ 3. Voorzieningen en gebruikers hebben elk een aandeel in de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg, onverminderd de verantwoordelijkheid van de overheid.

HOOFDSTUK III. - Intern kwaliteitsbeleid

Art. 4.

Elke voorziening doet aan kwaliteitszorg, gericht op verantwoorde zorg als bedoeld in artikel 3. Kwaliteitszorg is dat deel van de managementfunctie dat bepalend is voor het vaststellen en uitvoeren van het kwaliteitsbeleid, bedoeld in artikel 5, § 1. Voor het uitvoeren van het kwaliteitsbeleid zijn een kwaliteitsmanagementsysteem als bedoeld in artikel 5, § 2, en een zelfevaluatie als bedoeld in artikel 5, § 3, nodig.

Art. 5.

§ 1. Het kwaliteitsbeleid omvat de intenties van een voorziening met betrekking tot kwaliteit en wegen daar naartoe, formeel uitgedrukt in een verklaring van het management. Het kwaliteitsbeleid dient in overeenstemming te zijn met het algemeen beleid van de voorziening en moet een basis leggen voor formulering van de kwaliteitsdoelstellingen. Het steunt op de deelname van alle medewerkers en streeft naar voordelen voor de gebruikers, de medewerkers, de voorziening en de samenleving. Het kwaliteitsbeleid bestaat uit ten minste een missie, een visie, doelstellingen en een strategie.

§ 2. Het kwaliteitsmanagementsysteem is nodig voor de vaststelling en uitwerking van het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsdoelstellingen en om die doelstellingen vervolgens te bereiken. Het systeem bestaat uit de organisatorische structuur, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures en processen.

§ 3. Een zelfevaluatie is een systematische evaluatie van de processen, structuren en resultaten van de voorziening en wordt door de voorziening zelf verwezenlijkt. De voorziening toont door middel van een zelfevaluatie aan hoe ze haar processen, structuren en resultaten bewaakt, beheerst en voortdurend verbetert.

In deze zelfevaluatie toont de voorziening minimaal aan :

1° hoe ze op systematische wijze gegevens verzamelt en registreert over de kwaliteit van de zorg;

2° hoe ze de gegevens, bedoeld in 1o, aanwendt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren;

3° welk stappenplan met tijdspad ze opstelt om de doelstellingen, bedoeld in 2o, te bereiken;

4° hoe en met welke frequentie ze evalueert of de doelstellingen bereikt zijn;

5° welke stappen ze onderneemt indien een doelstelling niet bereikt is.

§ 4. Het kwaliteitsbeleid, het kwaliteitsmanagementsysteem en de zelfevaluatie krijgen gestalte in een kwaliteitshandboek, dat bekrachtigd wordt door de hoogste leiding binnen de voorziening.

Art. 6.

§ 1. Per sector kan de Vlaamse regering vereisten opleggen met betrekking tot het kwaliteitshandboek, bedoeld in artikel 5, § 4.

§ 2. Per sector kan de Vlaamse regering een lijst opstellen van aspecten van zorg die een bijzondere maatschappelijke waarde hebben. In dat geval bepaalt de Vlaamse regering :

1o de wijze waarop de voorzieningen met betrekking tot die aspecten van zorg systematisch gegevens verzamelen, registreren en ter beschikking stellen, onverminderd de toepassing van de wetgeving tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten aanzien van de verwerking van persoonsgegevens;

2o het minimum aantal aspecten van zorg uit de door haar opgestelde lijst, die de voorzieningen in de zelfevaluatie moet opnemen.

§ 3. De vereisten, bedoeld in § 1, alsook de lijst van aspecten van zorg, de wijze van verzamelen, registreren en ter beschikking stellen van gegevens en het minimum aantal in de zelfevaluatie op te nemen aspecten van zorg, bedoeld in § 2, kunnen enkel na overleg met de betrokken sectoren worden bepaald. Daarbij wordt er rekening gehouden met de aard en de grootte van de voorzieningen.

HOOFDSTUK IV. - Toezicht en evaluatie

Art. 7.

§ 1. De Vlaamse regering organiseert het toezicht op de naleving van de bepalingen van dit decreet en van de besluiten die krachtens dit decreet zijn genomen.

Een voorziening stelt aan de Vlaamse regering alle gegevens ter beschikking die voor het toezicht noodzakelijk zijn. Ze staat de gemachtigden van de Vlaamse regering toe ter plaatse de kwaliteit van de zorg en de kwaliteitszorg te evalueren en alle stappen te ondernemen die daarvoor nodig zijn.

Met het oog op het toezicht en de evaluatie, bedoeld in het eerste en het tweede lid, kan de Vlaamse regering per sector bepalen welke gegevens de voorzieningen dienen te verzamelen en te registreren en op welke wijze ze die gegevens verzamelen, registreren en ter beschikking stellen, onverminderd de toepassing van de wetgeving tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten aanzien van de verwerking van persoonsgegevens.

§ 2. De evaluatie, bedoeld in § 1, tweede lid, is een beoordeling die op basis van stukken en op een objectiverende wijze bepaalt in welke mate de voorziening de kwaliteit van de zorg waarborgt ten aanzien van geëxpliciteerde vereisten.

Elke evaluatie resulteert in een evaluatierapport. Dat evaluatierapport moet op actieve wijze aan de inrichtende macht, de medewerkers en de gebruikers van de voorziening bekendgemaakt worden.

Art. 8.

De Vlaamse regering informeert eenmaal per legislatuur het Vlaams Parlement door middel van een verslag over de kwaliteit van de zorg die door de voorzieningen wordt verstrekt. Dat verslag bevat een samenvatting van de evaluatierapporten, bedoeld in artikel 7, § 2, en een globale evaluatie van de kwaliteitszorg van de voorzieningen.

HOOFDSTUK V. - Sancties

Art. 9.

Onverminderd de toepassing van de erkenningsnormen, kan een erkenning enkel worden behouden of verlengd, als de voorziening voldoet aan de bepalingen van dit decreet en van de besluiten die krachtens dit decreet zijn genomen.

De Vlaamse regering kan per sector bepalen dat, indien een voorziening niet aan de in het eerste lid bedoelde bepalingen voldoet, de erkenning niettemin kan worden behouden of verlengd voor een door haar te bepalen maximumtermijn, op voorwaarde dat de voorziening zich ertoe verbindt om binnen die termijn aan de bepalingen te voldoen. Voor het bepalen van de maximumtermijn kan de Vlaamse regering rekening houden met de aard van de voorziening.

Art. 10.

§ 1. Onverminderd de toepassing van artikel 9 kan aan een voorziening die niet voldoet aan de bepalingen van dit decreet en van de besluiten die krachtens dit decreet zijn genomen, een administratieve geldboete van 100 tot 100.000 euro worden opgelegd.

Het bedrag van de opgelegde administratieve geldboete wordt vastgesteld met inachtneming van het aantal en de ernst van de inbreuken op die bepalingen.

Een administratieve geldboete kan slechts aan een voorziening worden opgelegd nadat :

1° de voorziening werd aangemaand om zich binnen een bepaalde termijn aan de niet-nageleefde bepalingen te conformeren;

2° de voorziening zich binnen de bepaalde termijn niet aan die bepalingen heeft geconformeerd;

3° de voorziening de gelegenheid heeft gehad om te worden gehoord.

De Vlaamse regering bepaalt de nadere regels voor het opleggen en het betalen van de administratieve geldboete. Ze wijst de ambtenaren aan die de geldboete kunnen opleggen.

§ 2. Indien een voorziening de opgelegde administratieve geldboete niet tijdig betaalt, wordt de geldboete bij dwangbevel ingevorderd. De Vlaamse regering wijst de ambtenaren aan die een dwangbevel kunnen geven en uitvoerbaar verklaren. Een dwangbevel wordt betekend bij deurwaardersexploot met bevel tot betaling.

§ 3. De vordering tot voldoening van de administratieve geldboete verjaart na verloop van vijf jaar, te rekenen vanaf de dag waarop ze is ontstaan. De verjaring wordt gestuit op de wijze en onder de voorwaarden, bepaald in artikel 2244 en volgende van het Burgerlijk Wetboek.

Art. 11.

De Vlaamse regering kan aan een voorziening verplichtingen opleggen met het oog op het voldoen, binnen de bepaalde termijn, bedoeld in artikel 9, tweede lid, en artikel 10, § 1, derde lid, 1o en 2o, aan de bepalingen van dit decreet en van de besluiten die krachtens dit decreet zijn genomen.

HOOFDSTUK VI. - Opheffings- en overgangsbepalingen

Art. 12.

§ 1. De volgende regelgeving wordt opgeheven :

1° het decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen;

2° het decreet van 29 april 1997 inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen, gewijzigd bij het decreet van 22 december 1999.

§ 2. De Vlaamse regering bepaalt de maatregelen die nodig zijn om de overgang van de in § 1 vermelde decreten naar dit decreet op een coherente manier te laten verlopen.

§ 3. De uitvoeringsbesluiten van de in § 1 vermelde decreten blijven van kracht totdat ze opgeheven worden. Voor de toepassing van artikelen 7, 9, 10 en 11 worden ze gelijkgesteld met besluiten die krachtens dit decreet zijn genomen.

Art. 13.

In afwijking van artikel 9 kan de erkenning van een voorziening die activiteiten uitoefent op het domein van het gezin, het maatschappelijk welzijn, het onthaal en de integratie van inwijkelingen, de personen met een handicap, de bejaarden, de jeugdbescherming of de sociale hulpverlening aan gedetineerden met het oog op hun sociale reïntegratie, bedoeld in artikel 5, § 1, II, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, en die niet voldoet aan de bepalingen van dit decreet en de besluiten die krachtens dit decreet zijn genomen, behouden blijven of verlengd worden zolang de termijn, bedoeld in artikel 7, § 2, van het decreet van 29 april 1997 inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen, niet is verstreken. Tot zolang kunnen ten aanzien van die voorzieningen artikelen 10 en 11 niet worden toegepast.

HOOFDSTUK VII. - Slotbepaling

Art. 14.

De Vlaamse regering bepaalt per sector de datum waarop dit decreet in werking treedt.

VOORBEELDEN UIT DE PRAKTIJK

Voorbeeld 1

Doelstelling

- Het geven van een antwoord binnen overeengekomen termijnen op de gestelde vragen van bewoner/deelnemer en/of zijn vertegenwoordiger (SMK 1.1.3)
- Het garanderen van medezeggenschap van de bewoner/deelnemer en/of zijn vertegenwoordiger (SMK 1.1.4)
- Het aanwenden van de ervaringsdeskundigheid van de bewoner/deelnemer en/of zijn vertegenwoordiger (SMK1.1.5)
- Het ondersteunen en versterken van de mondigheid van de bewoner/deelnemer en/of zijn vertegenwoordiger (SMK 1.1.6)
- Het afstemmen van de communicatie op de eigenheid van de bewoner/deelnemer en/of zijn vertegenwoordiger (SMK 1.4.7)
- De procedure kenbaar maken aan de cliënt (SMK1.5.2)
- Het kenbaar maken aan de cliënt dat hij zich tot het Vlaams Fonds kan wenden indien
deze procedure geen voldoening geeft (SMK 1.5.2)
- De basis leggen voor preventieve en corrigerende maatregelen (SMK 3.4)

Toepassingsgebied

De procedure is van toepassing op de ontvangst, de behandeling en de afhandeling van

alle meldingen van een ontevredenheid van de bewoner/deelnemer en/of zijn vertegenwoordiger :

- met betrekking tot de dienstverlening
- en die mondeling, telefonisch of schriftelijk medegedeeld worden aan een medewerker van het **ortho-agogisch centrum Broeder Ebergiste** .

Verwante documenten en hulpmiddelen

- het persoonlijk dossier
- het formulier 'Melding van ontevredenheid' en
- het klachtenformulier
- het klachtenregister van de coördinator

- het klachtenboek

Werkwijze

We vragen aan de melder van een ontevredenheid om de fases zoals hieronder beschreven te respecteren. Indien iemand het noodzakelijk vindt (bvb. omwille van de ernst van de problemen), dan kan hij/zij een bepaalde fase overslaan. De voorafgaande fases zullen toch nog altijd worden uitgelegd en aanbevolen aan de melder van een ontevredenheid.

Elke schriftelijke uiting van ontevredenheid en/of klacht wordt echter onmiddellijk geregistreerd en opgevolgd op directieniveau.

Voorfase :

Er is een laagdrempelig aanspreekpunt voor alle uitingen van ontevredenheid van de bewoner/deelnemer of van zijn wettelijk vertegenwoordiger :

- in eerste instantie kunnen ongenoegens in een open sfeer besproken worden met de betrokkenen ;
- indien dit gesprek geen voldoening geeft, dan wordt voorgesteld om over te gaan tot de eerste fase van de klachtenprocedure.

Eerste Fase

- Alle medewerkers kunnen meldingen van ontevredenheid ontvangen en deze registreren op het formulier '**MELDING VAN ONTEVREDENHEID**'(zie bijlage 1). Dit formulier wordt afgegeven aan de verantwoordelijke coördinator.
- De coördinator is verantwoordelijk voor de opvolging van de melding van ontevredenheid. Deze opvolging bestaat uit 3 fases :
 - Analyse en visie van de ontevredenheid
 - Beschrijving van de opvolging
 - Afronding
- Na datum van ontvangst van de ontevredenheid, heeft de coördinator binnen de 25 werkdagen een eerste contact met de melder.
- Afspraken en besluiten die gemaakt worden in de fase van de afronding, worden gecommuniceerd op een teambespreking en gerapporteerd op het blad 'Teambespreking', terug te vinden in het persoonlijk dossier van de betrokken bewoner/deelnemer.

- Indien uit de afronding blijkt dat :
 - dezelfde uiting van ontevredenheid hardnekkig blijft terugkeren
 - de ontevredenheidsuiting met hoge emotie gepaard gaat
 - of er is een schuldtoewijzing aan een medewerkerdan meldt de coördinator dit aan de directie.

Tweede fase

- Deze meldingen van de coördinator, de aan de directie rechtstreeks gerichte mondelinge klachten evenals elke schriftelijke uiting van ontevredenheid en/of klacht worden opgevolgd op directieniveau. De klacht wordt geregistreerd op het klachtenformulier (zie bijlage 2) en opgenomen in het registratiesysteem dat bewaard wordt bij de algemeen directeur.
- De afhandeling van de klacht wordt door de algemeen directeur toegewezen aan een directielid. Het directielid zal de klacht schriftelijk beantwoorden of de betreffende persoon uitnodigen voor een (telefonisch)gesprek, binnen de 25 werkdagen volgend op de toewijzing.
- Na afronding van de klacht, bezorgt de algemeen directeur een kopij van het klachtenformulier aan de coördinator. De coördinator bewaart deze kopij in zijn klachtenregister.

Derde fase

- Indien de betrokkene nog geen genoegdoening vindt, dan kan hij/zij zich schriftelijk wenden tot de klachtencommissie **van het ortho-agogisch centrum Br.Ebergiste.**

Deze interne klachtencommissie is samengesteld uit een afgevaardigde van de gebruikersraad en een vertegenwoordiger van de inrichtende macht.

De klachtencommissie zal de betrokkene horen binnen de 25 werkdagen na ontvangst van de schriftelijke klacht. Na deze hoorzitting wordt betrokkene schriftelijk ingelicht of de klacht al dan niet gegrond is. Een exemplaar van dit schrijven gaat eveneens naar de algemeen directeur. Als de klacht gegrond is verklaard door de klachtencommissie, dan moet de algemeen directeur binnen de 25 werkdagen een nieuwe oplossing voorstellen via een schrijven aan of via

een gesprek met betrokkene.

Vierde fase

- Wanneer de betrokkene nog steeds geen genoegdoening heeft gevonden, dan kan hij zich schriftelijk wenden tot de leidend ambtenaar van het Vlaams Fonds. Deze dienst zal nagaan of het centrum de reglementering respecteert en eventueel overgaan tot het contacteren van de directie om tot een oplossing te komen.

De klachtenprocedure wordt kenbaar gemaakt :

- bij opname van de bewoner/deelnemer : zie protocol en reglement van orde
- in de gebruikersraad
- in het contactblad van de voorziening : SAMEN

Registratie

Registratie	Wie	Indexering	Bewaartermijn
Klachtenregister: Formulier 'Melding van ontevredenheid'	Coördinator	naam BW/DN persoonlijk dossier	10 jaar
Blad Teambespreking	Persoonlijk begeleider	naam BW/DN persoonlijk dossier	termijn van dienstverlening
Klachtenboek : Klachtenformulier	Algemeen directeur	volgnummer	10 jaar

Bijkomende informatie klachtenprocedure

Adres van het centrum

Adres interne klachtencommissie

Adres Vlaams Fonds

t.a.v. de leidend ambtenaar
V.F.S.I.P.H. Ombudsdienst
Sterrenkundelaan 30
1210 Brussel

Voorbeeld 2

1. DOEL

- De voorziening hoort de gebruiker inzake alle aangelegenheden die de verhouding voorziening en gebruiker aangaan, en dit zowel op individueel als op collectief vlak. (SMK 1.1.3)
- De voorziening antwoordt op de door de gebruiker gestelde vragen binnen overeengekomen termijnen. (SMK 1.1.3)
- De voorziening garandeert medezeggenschap van de gebruiker inzake de hulp - en dienst - verlening van de voorziening, en dit zowel op individueel als op collectief vlak. (SMK 1.1.4)
- 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. (SMK 1.1.5)
- 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 dit zowel op individueel als op collectief vlak. (SMK 1.1.6)
- De voorziening waar de 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. (SMK 1.1.6)
- De voorziening neemt maatregelen om haar communicatie af te stemmen op de eigenheid van de gebruiker (SMK 1.4.7)
- De voorziening beschrijft, in overleg met de gebruikers, de wijze waarop ze de klachten van de gebruikers afhandelt (SMK 1.5.2)
- De voorziening maakt kenbaar aan alle gebruikers hoe klachten ingediend en afgehandeld worden. (SMK 1.5.2.)
- De voorziening stelt de gebruiker ervan op de hoogte dat hij zich kan wenden tot het Vlaams Agentschap indien de interne klachtenprocedure geen voldoening geeft. (SMK 1.5.2)
- De voorziening stelt corrigerende en preventieve maatregelen op ten aanzien van de hulp - en dienstverlening, voert deze uit en evalueert ze (SMK 3.4)

2. TOEPASSINGSGBIED

Deze procedure is van toepassing op de ontvangst, de behandeling en de afhandeling van alle schriftelijke klachten van gebruikers

3. VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN

Reglement van orde / Klachtenregister / Klachtenformulier.

4. WERKWIJZE

4.1. Voorkomen van klachten

- Van iedere medewerker wordt verwacht dat hij handelend vanuit de visie instaat voor de zorg en begeleiding van de gebruikers (pmh) en constructief samenwerkt met het thuismilieu.
- Van iedere medewerker wordt verwacht dat hij mondelinge vragen en/of bedenkingen van gebruikers ernstig beluistert en in overleg met alle partijen naar een oplossing toe werkt.
- Indien dit niet helpt dan wordt van de medewerker verwacht dat hij de mensen attent maakt op de mogelijkheid om deze klacht schriftelijk te formuleren.

4.2 Ontvangst van de klacht

- De gebruiker formuleert een schriftelijke klacht en richt deze aan de Algemeen Directeur.

4.3 Registratie / Rapportage van de klacht

- De algemeen directeur registreert de klacht in overleg met sociale dienst op het daartoe bestemde klachtenformulier (zie bijlage) De klacht kan steeds worden ingetrokken.

4.4 Onderzoek van de klacht

- De algemeen directeur brengt de leden van de Stuurgroep Algemeen en de kwaliteitscoördinator in kennis van de geregistreerde klacht zodat indien nodig bijsturend kan worden opgetreden
- De klacht wordt verder geanalyseerd door het betrokken teamhoofd / de schooldirectie of de algemeen directeur door eventuele contacten met de gebruiker, dossierstudie, contacten met betrokken medewerkers.
- Eventueel worden bepaalde feiten geobjectiveerd via meting, observatie.

4.5 Het zoeken naar een oplossing

- Via constructief overleg met alle betrokkenen wordt naar een oplossing gezocht.

4.6 Voorstel van antwoord

- De schooldirectie / het teamhoofd maakt een schriftelijk voorstel tot antwoord op en maakt dit over aan de maatschappelijk assistent, coördinatoren en de algemeen directeur.
- Synthese op het klachtenformulier door de algemeen directeur in overleg met de maatschappelijk assistent

4.7 Meedelen antwoord aan de gebruiker

- De algemeen directeur zal het antwoord binnen de maand schriftelijk meedelen aan de gebruiker.
- Datum van het antwoord wordt door de algemeen directeur vermeld op het klachtenformulier.
- Op vraag van de gebruiker kan het antwoord steeds toegelicht worden.

4.8 Aanspreken interne klachtencommissie

- Indien het antwoord (cfr. 4.7) de gebruiker geen voldoening schenkt, kan deze zich schriftelijk wenden tot de interne klachtencommissie.. Deze bestaat uit een vertegenwoordiger van de inrichtende macht **van Blijdorp** en een vertegenwoordiger aangeduid door de gebruikersraad.
- De klachtencommissie behandelt de klacht, na alle partijen te hebben gehoord, en geeft binnen de maand een schriftelijk oordeel aan de gebruiker en aan de algemeen directeur van Blijdorp. Indien de leden van de klachtencommissie geen consensus bereiken, worden beide standpunten medegedeeld.
- Indien de klacht gegrond wordt bevonden, moet de algemeen directeur **van Blijdorp** binnen de maand na het oordeel van de klachtencommissie aan de gebruiker schriftelijk mededelen welk gevolg hieraan wordt gegeven.

4.9 Aanspreken klachtencommissie van het Vlaams Agentschap

- De gebruiker wordt geïnformeerd dat ingeval voormelde procedure hem geen voldoening schenkt hij de mogelijkheid heeft om zich met zijn klacht te richten naar het Vlaams Agentschap (volgens de procedure omschreven in het Reglement van Orde pagina 23).

4.10 Informeren van de gebruikersraad

- De voorzitter van de gebruikersraad wordt, met inachtnaam van de privacy van de gebruiker, wordt voor de eerstvolgende vergadering van de gebruikersraad geïnformeerd omtrent de klacht
- De voorzitter van de gebruikersraad kan besluiten, eveneens met inachtnaam van de privacy van de gebruiker, om ook de andere leden van de gebruikersraad op de hoogte te brengen

4.11 Nabespreking en kaderen van de klacht in de totaliteit van de organisatie

- Nagaan of er preventieve en of corrigerende maatregelen nodig zijn

4.12 Overleg met de gebruikersraad over de procedure

- Klachtenprocedure wordt besproken op de gebruikersraad.
- Verantwoordelijke : kwaliteitscoördinator. Bespreking wordt opgenomen in verslaggeving.

5. VERANTWOORDELIJKHEDEN EN BEVOEGDHEDEN

- Iedere medewerker
 - door het scheppen van een constructief samenwerkingsklimaat zodat klachten kunnen voorkomen worden
 - ingeval zich klachten aandienen, constructief mee - zoeken naar oplossingen
 - de voorgestelde oplossingen mee - ondersteunen
- Eindverantwoordelijkheid bij stuurgroep algemeen.

6. REGISTRATIES

Registraties	Wie	Indexering	Bewaartermijn
Klachtenregister	Algemeen directeur	Per datum	Begeleidingsperiode
Klachtenformulier	Algemeen Directeur	Individueel dossier alfabetisch	Begeleidingsperiode

Voorbeeld 3

Doel

- ✧ Deze procedure legt de afspraken vast voor de afhandeling van klachten zodat:
 - o elke klacht wordt geregistreerd
 - o elke klacht wordt geanalyseerd
 - o op elke klacht feedback wordt gegeven
 - o op elke gegronde klacht corrigerende maatregelen worden getroffen
 - o preventieve maatregelen worden getroffen om te voorkomen dat de vastgestelde tekortkoming zich zou herhalen
- ✧ Het geven van een antwoord binnen overeengekomen termijnen op de door de gebruiker gestelde vragen (SMK. 1.1.3)
- ✧ Het garanderen van medezeggenschap van de gebruiker (SMK 1.1.4)
- ✧ Het aanwenden van de ervaringsdeskundigheid van de gebruiker (SMK 1.1.5)
- ✧ Het ondersteunen en versterken van de mondigheid van de gebruiker (SMK 1.1.6)
- ✧ Het afstemmen van de communicatie op de eigenheid van de gebruiker (SMK. 1.4.7)
- ✧ Het organiseren van overleg met de gebruiker over de wijze waarop klachten afgehandeld worden (SMK. 1.52)
- ✧ Het kenbaar maken aan de gebruiker dat hij zich tot het Vlaams Fonds kan wenden indien deze procedure geen voldoening geeft (SMK 1.5.2)

Toepassingsgebied

Alle klachten van gebruikers met betrekking tot de hulp- en dienstverlening. Onder klacht verstaan we een ernstige ontevredenheid van de gebruiker over een aspect van onze hulp- en dienstverlening, hetzij inhoudelijk, hetzij organisatorisch.

Verwante documenten en hulpmiddelen

- ✧ Fiche "Registratie klachten" (handleiding) , verzameld in de map "Registratie klachten" / afdeling
- ✧ Klachtenboek

Werkwijze

Niveau 1

Elke mondelinge of schriftelijke klacht wordt door de ontvanger geregistreerd op de fiche "registratie klachten" en aan de afdelingscoördinator bezorgd.

De klacht wordt door het AT (en de ontvanger) geanalyseerd.

- ✧ Indien de klacht ongegronde is
Men toont op basis van feiten en gegevens van de analyse aan dat de klacht ongegrond is. Er wordt besproken hoe de samenwerking toch op een bevredigende wijze verder kan lopen.
- ✧ Indien de klacht gegrond is
De analyse geeft steeds aanleiding tot het formuleren van de te ondernemen stappen ten aanzien van enerzijds de persoon die de klacht formuleerde, en anderzijds van de vastgestelde tekortkoming.
Naast corrigerende maatregelen zoekt men ook maatregelen die kunnen

voorkomen dat de tekortkoming zich zou herhalen (preventieve maatregelen).
In het gehele proces voorziet men zo veel als mogelijk overleg / feedback met de persoon die de klacht uitte. Het AT duidt een personeelslid aan die deze onderhandelingen voert.

Men tracht binnen de 30 dagen na registratie van de klacht deze af te ronden.
registratie : fiche "registratie klachten"

Niveau 2

Indien men er niet in slaagt tot een oplossing te komen, richt de gebruiker de klacht schriftelijk aan de Algemeen Directeur. Bij ontvangst van een klacht, maakt de directie hiervan onmiddellijk melding in een daartoe bestemd register. De directie zal, binnen de dertig dagen na het indienen van de klacht, aan de indiener schriftelijk meedelen welk gevolg aan de klacht wordt gegeven.

De klacht kan steeds ingetrokken worden.

(Opmerking: klachten die rechtstreeks bij directie komen en nog niet op het eerste niveau behandeld zijn, worden steeds teruggekoppeld naar niveau 1.)

Niveau 3

Indien dit antwoord de indiener geen voldoening schenkt, kan deze zich schriftelijk wenden tot de interne klachtencommissie, die bestaat uit:

- ✧ Een persoon aangeduid door de Gebruikersraad of, bij ontstentenis, door de ouders of wettelijk vertegenwoordigers
- ✧ En de gemandateerde van de raad van bestuur **van de v.z.w. Provinciaal der Broeders van Liefde.**

De klachtencommissie behandelt de klacht, na alle betrokken partijen gehoord te hebben, en deelt binnen de dertig dagen nadat zij geuit werd, haar oordeel over de gegrondheid van de klacht schriftelijk mee aan de indiener en de directie. Indien beide leden van de klachtencommissie het niet eens zijn over het uit te brengen oordeel, worden beide standpunten meegedeeld.

Indien de klachtencommissie de klacht gegrond verklaart, moet de directie binnen de dertig dagen na melding hiervan, aan de indiener schriftelijk meedelen welk gevolg aan de klacht wergegeven .

Niveau 4

Indien de afhandeling van de klacht de indiener nog steeds geen voldoening schenkt, kan deze zich schriftelijk wenden tot de leidende ambtenaar van het Vlaams Fonds, die nagaat of de voorziening de reglementering naleeft.

Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Niveau 1

Registratie aanmelding klacht:	Ontvanger klacht
Analyse:	AT (+ medewerkers)
Feedback:	Persoon aangeduid door AT
Corrigerende maatregelen:	AT (+ medewerkers)
Preventieve maatregelen:	AT (+ medewerkers)

Niveau 2

Directie

Niveau 3

Directie & klachtencommissie

Niveau 4

Directie & klachtencommissie (& Vlaams Fonds)

Bekendmaking aan gebruikers

De klachtenprocedure wordt kenbaar gemaakt aan de gebruikers via:

- ✧ Het reglement van Orde, punt 11
- ✧ Het protocol van dienstverlening, artikel 10
- ✧ De informatievergadering met de gebruikersraad eerste trimester
- ✧ De informatiebrochure deel 1

Registraties

Registraties	Wie	Indexering	Bewaartermijn
Fiche registratie klachten	Afdelingscoördinator	Chronologisch	Vijf jaar
Klachtenboek	Algemeen directeur	Chronologisch	Tien jaar

Doel

Het beschrijven op welke manier aan de SMK's voldaan wordt.

Relatie SMK's en de documenten van het kwaliteitshandboek

1. GEBRUIKERSGERICHTHEID

1.1 Overleg tussen de gebruiker en de voorziening op individueel en collectief vlak

1.1.1 Informatierecht

1.1.2 Adviesrecht

1.1.3 Antwoordplicht

1.1.4 Medezeggenschap van de gebruiker

1.1.5 Aanwenden van de ervaringsdeskundigheid van de gebruiker

1.1.6 Ondersteunen en versterken van de mondigheid van de gebruiker

1.2 Duidelijkheid van het aanbod

1.2.1 Wederzijdse rechten en plichten

1.2.2 Kenbaar maken van het aanbod

1.3 Respectvolle bejegening van de gebruiker

1.3.1 Integriteit

1.3.2 Betrokkenheid

1.3.3 Privacy

1.4 Hulp- en dienstverlening op maat van de gebruiker

1.4.1 Kennis van de behoefte aan hulp- en dienstverlening

- 1.4.2 Geïndividualiseerd
- 1.4.3 Zelfstandigheid en zelfbeschikkingsrecht van de gebruiker
- 1.4.4 Keuzevrijheid
- 1.4.5 Flexibiliteit
- 1.4.6 Aangepaste fysieke omgeving
- 1.4.7 Toegankelijke communicatie

1.5 Tevredenheid van de gebruiker

- 1.5.1 Toetsing van de tevredenheid van de gebruikers
- 1.5.2 Klachtenprocedure

2. MAATSCHAPPELIJKE AANVAARDBAARHEID

- 2.1 Maatschappelijke integratie van de gebruiker
- 2.2 Niet - discriminerend
- 2.3 Regionaal overleg
- 2.4 Veiligheid en gezondheid

3. DOELTREFFENDHEID

- 3.1 Kwaliteitsbeleid
- 3.2 Planmatig en methodisch handelen
- 3.3 Kennis
- 3.4 Corrigerende en preventieve maatregelen
- 3.5 Personeel
- 3.6 Organisatiestructuur
- 3.7 Kwaliteitshandboek

4. DOELMATIGHEID

- 4.1 Overlegkanalen .
- 4.2 Interdisciplinaire werking
- 4.3 Evaluatie van ingezette middelen
- 4.4 Financiële middelen

5. CONTINUÏTEIT

- 5.1 Aanmelding
- 5.2 Naadloosheid
- 5.3 Samenwerking met derden
- 5.4 Doorverwijzing
- 5.5 Beëindiging
- 5.6 Informatieoverdracht

Voorbeeld 4

Proceseigenaar

Kwaliteitscoördinator

Doelen

- =:> SMK 1.1.3. Antwoordplicht: De voorziening hoort de gebruiker inzake alle aangelegenheden die de verhouding voorziening-gebruiker aangaan. en dit zowel op individueel als collectief vlak. De voorziening geeft binnen overeengekomen termijnen een antwoord geeft op de door de gebruiker gestelde vragen.
- =:> SMK 1.1.4. Medezeggenschap van de gebruiker: De voorziening garandeert medezeggenschap van de gebruiker inzake de hulp-en dienstverlening. en dit zowel op individueel als collectief vlak.
- =:> SMK 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. en dit zowel op individueel als op collectief vlak.
- =:> SMK 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 te ondersteunen en te versterken. zowel op individueel als op collectief vlak.
De voorziening. waar de 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.
- => SMK 1.4.7. Toegankelijke communicatie: De voorziening neemt maatregelen om de verstaanbaarheid van haar communicatie af te stemmen op de eigenheid van de gebruiker.
- => SMK 1.5.2. Klachtenprocedure: De voorziening beschrijft, in overleg met de gebruikers, de wijze waarop ze de klachten van de gebruikers afhandelt. Zij maakt aan alle gebruikers kenbaar hoe de klachten ingediend en afgehandeld worden. Zij stelt de gebruiker ervan op de hoogte dat hij zich kan wenden tot het Vlaams Fonds indien de interne klachtenprocedure geen voldoening geeft.

Toepassingsgebied

Alle klachten van gebruikers met betrekking tot de hulp- en dienstverlening. Toegevoegd 13 december '01: ook klachten van medewerkers m.b.t. aspecten van de organisatie worden op analoge wijze afgehandeld.

Termen en definities

Onder "klacht" verstaan we elke uiting van ernstig ongenoegen of ontevredenheid van een bewoner/deelnemer. of een persoon of instantie die voor hem/haar opkomt (verwant, vriend. organisatie ...). Dit ongenoegen

kan schriftelijk, mondeling, of zelfs non-verbaal geuit worden.

De procedure start dus vanaf het moment dat hetzij de bewoner/deelnemer zelf, hetzij bovenvermelde derde, hetzij eender welke medewerker oordeelt dat de bestaande misnoegdheid jegens de organisatie van die aard is dat er over een echte "klacht" kan worden gesproken.

De Interne Klachtencommissie bestaat uit de voorzitter van de Gebruikersraad en een afgevaardigde van de Inrichtende Macht.

Verwante documenten en hulpmiddelen

- Klachtenformulier: in bijlagemap.
- Schematische werkwijze: in bijlagemap.

Bekendmaking van de procedure

De procedure wordt bekendgemaakt aan de gebruiker via:

- Het Reglement van Orde, waarvan elke gebruiker een exemplaar heeft ontvangen;
- De informatiebrochure van het tehuis en het dagcentrum;
- Expliciete vermelding ervan in het driejaarlijkse interview met verwanten (tehuis) en de enquête voor verwanten (Dagcentrum)

Werkwijze

Sta	Wie?	Wat?	Hoe?
1.	Elke medewerker logistiek, ofagogisch	Oppikken van "klacht"	Door mondelinge of non-verbale uiting van de gebruiker of anderen, via telefonisch contact, informeel briefje in postbakje ...
2.	Elke medewerker, logistiek ofagogisch	Doorgave van klacht aan hoofd	Bij voorkeur door de gebruiker zelf zijn klacht verwoorden, waarbij naderhand een correct het DH wordt bevraagd.
3.	Diensthoofd	Eerste niveau klachtbehandel	<ul style="list-style-type: none"> • Registratie van de klacht op (wat meteen een rapportage is aan de coördinator) • Overleg met indiener van de klacht, pogen een afdoend antwoord te • Afdoend antwoord mogelijk: synthese op klachtenformulier (rapportage aan alg. coördinator) waardoor formele de klacht: <ul style="list-style-type: none"> - Agendapunt op entiteitsteam - Binnen de maand: evaluatie door • Geen afdoend antwoord op niveau van de mogelijk: klacht Staat naar alg.
4.	Algemeen Coördinator	Tweede niveau klachtbehandel	<ul style="list-style-type: none"> • Ontvangst van de klacht van diensthoofd, de week na bovenvermeld overleg. • Registratie van de klacht en opname van klachtenformulier in het klachtenboek • Toewijzen van beste geplaatste klachtverantwoordelijke na primair onderzoek
5.	Klacht-	Onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse van de klacht door overleg.

6.	Algemeen Coördinator	verantwoordelijke Meedelen aan gebruiker en/of derde	<p>observaties ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voorstel van antwoord wordt opgemaakt. de algemeen coördinator wordt overlegd • Schriftelijk. binnen de 30 dagen na klacht in het klachtenboek • Afdoend antwoord mogelijk: synthese klachtenformulier. waardoor formele van de klacht. • Afdoend antwoord slechts mogelijk door "preventieve en corrigerende van invoering hiervan en hiervoor dienen in de synthese te worden opgenomen. Formele afhandeling van de <ul style="list-style-type: none"> - Agendapunt op entiteitsteam - Binnen de maand: evaluatie door • Geen afdoend antwoord mogelijk: klacht open. gaat naar de Inteme
----	----------------------	---	---

7.	Interne Klachten-commissie	Derde niveau klachtbehandelIn Oordelen over de gegrondheid van klacht	<ul style="list-style-type: none"> • Horen van alle betrokken partijen • Oordeel over gegrondheid wordt schriftelijk, binnen de 30 dagen na ontvangst van de door de commissie, aan indiener meegedeeld • Zo gegrond: klacht blijft openstaan en gaat diepere analyse terug naar algemeen • Zo ongegrond verklaard: klacht wordt geseponeerd, en aan indiener wordt gemeld hij zich alsnog kan wenden tot het Vlaams
8.	Algemeen Coördinator Klacht-verantwoordelijke	Tweede	<ul style="list-style-type: none"> • Tweede analyse • Advies vragen aan derden • Formuleren van tweede antwoord
9.	Directeur	Meedelen aan gebruiker opkomende	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftelijk, binnen de 30 dagen na meedelen oordeel over gegrondheid door Interne commissie • Afdoend antwoord mogelijk: zie 6. • Geen afdoend antwoord mogelijk: cfr. verklaard.
10.	Entiteitsteam	Weerslag voor organisatie	<ul style="list-style-type: none"> • Bij elke afhandeling van een klacht, zelfs op eerste niveau • Bepalen of en welke maatregelen nodig zijn een blijvende verbetering van de • Zie procedure 8.17.: Invoeren van corrigerende maatregelen.

Onderhoud van de procedure

Deze werkwijze kwam tot stand in overleg met de toenmalige gebruikersraad. Elke wijziging van deze procedure die voor de gebruiker consequenties heeft zal aan de gebruikersraden ter goedkeuring worden voorgelegd.

Registraties

Regisstratie	Wie	Indexering	Bewaartermijn
Klachtenformulie	Diensthofd of algemeen coördinator	Op datum	10 jaar
Klachtenboek	Algemeen coördinator	Op datum	10 jaar

Voorbeeld 5

Proceseigenaar:

Kwaliteitscoördinator

Doel.

- ✧ het geven van een antwoord binnen overeengekomen termijnen op de door de gebruiker gestelde vragen (S.MK 1.1.3.)
- ✧ De voorziening respecteert steeds de eigenheid van de gebruiker en aanvaardt hem/haar als een volwaardige persoon.
- ✧ De voorziening neemt maatregelen om de integriteit van de gebruiker te waarborgen. Hiertoe ontwikkelt de voorziening een geschreven referentiekader.
- ✧ De voorziening neemt in het bijzonder maatregelen tegen misbruik en geweld ten aanzien van de gebruikers.(SMK 1,3,1)
- ✧ het garanderen van de medezeggenschap van de gebruiker (S.M.K. 1.1.4.)
- ✧ het aanwenden van de ervaringsdeskundigheid van de gebruiker (S.M.K. 1.1.5.)
- ✧ het stimuleren van een open en directe communicatie tussen de gebruiker en de dienstverlening (S.M.K. 1.1.6.)
- ✧ het kenbaar maken aan de gebruiker dat hij zich tot het Vlaams agentschap voor personen met een handicap kan wenden indien deze procedure geen voldoening geeft (S.MK 1.5.2.)
- ✧ de basis leggen voor corrigerende en preventieve maatregelen (S.MK 3.4.)
- ✧ het afstemmen van de communicatie op de eigenheid van de gebruiker (S.MK 1.4.7.)

Toepassingsgebied

Alle klachten van deelnemers - bewoners - ouders - wettelijke vertegenwoordigers met betrekking tot de hulp - en dienstverlening

Verwante documenten en hulpmiddelen

Reglement van orde dagcentrum

Reglement van orde

woonvoorziening Reglement van

orde beschermd wonen

Klachtenregister

Klachtenmap

Procedure 4.6.14: implementeren corrigerende en preventieve maatregelen

Procedure 4.6.22: Het dedecteren van en gepast reageren op misbruik en geweld ten aanzien van de gebruiker

Formulier 'wat kan er beter?'

Formulier corrigerende/preventieve maatregel

Werkwijze

1. In eerste instantie kan de gebruiker zijn klacht voorleggen aan de rechtstreekse betrokkene en trachten tot een bevredigende oplossing te komen (zie afhandeling klachten)
2. Indien dit geen bevredigend resultaat geeft kan de gebruiker de klacht schriftelijk voorleggen aan de directie die de klacht inschrijft in een klachtenregister.
3. De directie dient binnen de dertig dagen na het indienen van de klacht aan de indiener mee te delen welk gevolg er aan de klacht wordt gegeven.
4. Indien dit antwoord geen voldoening schenkt kan deze de klachtenprocedure, zoals beschreven in het Reglement van Orde, aanwenden.

Vanaf punt 2 ligt de afhandeling van de klacht volledig in handen van de directie.

Bij punt 1 gaan we als volgt te werk: .

Omschrijving van de actie	wie	wanneer
1. Ontvangen van de klacht - Klachtenformulier invullen	Alle medewerkers	Bij ontvangst van een klacht
2. Klachtenformulier bezorgen aan coördinator dagbesteding/wooncoördinator	Klachtenontvanger	Zo snel mogelijk
3. Afhandelen van de klacht door de verantwoordelijke	Coördinator dagbesteding / woc	Onmiddellijk
- Verwittigt de directie bij een ernstige klacht die de integriteit van de het gedrang brengt.		Onmiddellijk
- Zo ja: afhandeling door de directie	Directie	
- Zo niet:		Binnen een redelijke termijn met een
● Noteert op het klachtenformulier de ondernomen acties	Coördinator	met een
● Maakt een oorzaakanalyse van de	dag besteding /	van één maand
● Geeft feedback aan de klachten gebruiker alsook aan de ontvanger klacht betreffende de genomen acties		
● Noteert op het klachtenformulier hoe gebruiker in de afhandeling betrokken wordt.		
● Bewaart het formulier in een klachtenmap		
4. Dit laatste tot op het moment dat alle klachtenformulieren verzameld worden door de kwa.co. voor verdere analyse.	kwalitycoördinator	Om de 3 maanden

Klachten kunnen ons helpen om de dienstverlening te verbeteren. De registratie en bundeling van de klachten kunnen de zwaktes van de organisatie aantonen en behulpzaam zijn bij het opstellen van verbeteringsprojecten.

De registraties zijn bronnen voor corrigerende en preventieve maatregelen (cfr. 4.6.14) en voor het opstellen van de kwaliteitsplanning (cfr. 3).

Registraties

Registratie	Wie	Indexering	Bewaartermijn
Klachtenformulier	Coördinator dagbesteding	Op datum	Vijf jaar
Klachtenmap	Kwaliteitscoördinator	Op datum	Vijf jaar
Klachtenregister	Directeur	Op datum	Tien jaar

Wat kan er beter?

1. Omschrijving (in te vullen door de persoon die de melding ontvangt)

- ◇ Wie ontvangt de melding?
- ◇ Datum:
- ◇ Melder:
- ◇ Gebruiker:
- ◇ Datum of periode voorval:
- ◇ Indien van toepassing, plaats van het voorval:
- ◇ Omschrijving van de melding:
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Gewone afhandeling:

Crisisbehandeling:

Formulier bezorgd aan wooncoördinator/coördinator dagbesteding (schrapp wat niet past)

2. Verdere afhandeling (in te vullen door wooncoördinator of coördinator)

dagbesteding)

- ✧ De verdere afhandeling van de melding gebeurt door:
- ✧ Onderzoeksfase:
- ✧ Welke stappen zijn er gezet?

Ondernomen actie	Verkregen informatie

- ✧ Oorzaakanalyse (= analyse van de feiten, omstandigheden, oorzaken, gegrondheid en ernst van de melding):

.....

.....

.....

.....

.....

- ✧ Welke gevolg werd er gegeven aan de melding (antwoord)?

Wanneer:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

✧ Feedback over de verdere afhandeling is gegeven aan:

- melder door woc/co. dagbesteding wijze: datum:
- gebruiker door woc/co. dagbesteding wijze: datum:
- ontvanger door woc/co. dagbesteding wijze: datum:

✧ Is verder opvolging wenselijk? ja neen

Zo ja, wie verzorgt de opvolging?

Hoe?

✧ Afgesloten op:

Voorbeeld 6

Doel

- ✧ Het geven van een antwoord binnen overeengekomen termijnen op de door de gebruiker gestelde vragen (SMK 1.1.3)
- ✧ Het garanderen van medezeggenschap van de gebruiker (SMK 1.1.4)
- ✧ Het aanwenden van ervaringsdeskundigheid van de gebruiker (SMK 1.1.5)
- ✧ Het ondersteunen en versterken van de mondigheid van de gebruiker (SMK 1.1.6)
- ✧ Het afstemmen van de communicatie op de eigenheid van de gebruiker (SMK 1.4.7)
- ✧ Het organiseren van overleg met de gebruiker over de wijze waarop klachten afgehandeld worden (SMK 1.5.2)
- ✧ Het kenbaar maken aan de gebruiker dat hij zich tot het Vlaams Fonds kan wenden indien deze procedure geen voldoening geeft (SMK 1.5.2)
- ✧ De basis leggen voor corrigerende en preventieve maatregelen (SMK 3.4)
- ✧ Het bestuur neemt een positieve visie aan ten opzichte van klachten door:
 - o klachten en suggesties op te vatten als verbeterkansen
 - o een cultuur te ontwikkelen waar klachten mogen geuit worden
 - o de begeleiders te ondersteunen zodat deze een actieve houding aannemen om een ontevredenheid op het spoor te komen. Zij rapporteren dit persoonlijk aan het begeleidend personeel

2. Toepassingsgebied.

Alle klachten van de gebruikers, ouders, familie of wettelijke vertegenwoordigers met betrekking tot de hulp- en dienstverlening.

3. Definities en omschrijvingen

Een klacht is elke uiting van een ongenoegen, een ontevredenheid van de gebruiker. Hij /zij is ofvoelt zich benadeeld. De klager beoogt een verbetering of stelt een vraag tot verbetering.

4. Referenties.

De procedure is verwant aan de procedure "Implementeren van correctieve en preventieve maatregelen".

5. Werkwijze

5.1. Waar kunnen de cliënten terecht met hun klachten?

Waar kan men een klacht uiten?	Hoe kan men een klacht uiten?
--------------------------------	-------------------------------

Klachten van het 1 ^{ste} niveau:	
Men kan een klacht uiten bij:	- Mondeling
- alle personeelsleden	- Telefonisch
- de bestuurster	-Via een bezoek aan de voorziening -Via een huisbezoek
	- schriftelijk via het klachtenformulier, heen- en weerschriftje
Klachten van het 2 ^{de} niveau	
Indien er volgens de gebruiker bevredigende oplossing is aan zijn ingediende klacht kan zich wenden tot de interne commissie	-schriftelijk aan het OCMW Beveren Oude Zandstraat 92 t.a.v. interne klachtcommissie 9120 Beveren 03/750.92.00
Klachten van het 3 ^{de} niveau	
Indien de afhandeling van de klacht nog geen voldoening geeft aan de indiener, kan deze zich wenden tot de leidend van het Vlaams Fonds voor Integratie van Personen met Handicap.	Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap Sterrenkundelaan 30 1210 Brussel Tel.: 021225.84.63 Fax.: 021225.84.05 e-mail: informatie@vlafo.be

5.2. Werkwijze

5.2.1. Het stappenplan voor klachten op het 1^{ste} niveau

	Stappen	Verantwoordheid/bevoegdheid	Acties	Document
1	Ontvangst	- Iedere medewerker	De gebruiker uit zijn klacht mondeling, telefonisch of schriftelijk. Het personeelslid maakt een eerste probleemomschrijving in samenspraak met de client.	- Klachtenregistratieformulier - Klachtenformulier
		-	De gebruiker formuleert zijn klacht schriftelijk aan de bestuurster. De bestuurster noteert de klacht in het klachtenregister	- Klachtenregister
2	Doorgegeven	-Iedere	Het klachtenregistratieformulier of klachtenformulier wordt door de klachtontvanger doorgegeven aan de bestuurster.	- Klachtenregistratieformulier - Klachtenformulier
3	Toewijzen	-	De bestuurster doet een eerste analyse om na te gaan welke medewerker de klacht kan afhandelen.	

4	Onderzoek	- medewerker	De klacht wordt verder geanalyseerd contacten met de gebruiker, de medewerkers, de ouders, "nazicht overdracht boeken Alle klachten worden onderzocht op gegrondheid	- Overdrachtboek - formulier
5	Rapportering	- Bestuurster	De verantwoordelijke maakt een	-

	het voorstel	- medewerker	van antwoord op (correctieve of preventieve maatregelen). Hij /zij rapporteert aan de bestuurster. Het.voorstel van antwoord wordt klager gegeven door de bestuurster	formulier
6	Antwoord meedelen aan gebruiker	- Bestuurster - medewerker	- Het voorstel van antwoord op een mondelinge klacht wordt mondeling schriftelijk medegedeeld. - Schriftelijke klachten worden en mondeling beantwoord. De ontvangt binnen de 30 dagen een antwoord op zijn klacht. De datum wordt vermeld op het klachtenregistratieformulier. De die een klachtenformulier gebruikt, een nieuw formulier samen met de schriftelijke beantwoording van klacht -De persoon belast met de oplossing de klacht, geeft ten laatste binnen werkdagen feedback over het de klacht. Indien de oplossing van klacht een langere tijd bestrijkt, afgesproken tijdstippen feedback aan de gebruiker, ouders, familie of wettelijke vertegenwoordiger -De gebruiker heeft de mogelijkheid het antwoord met de betrokkenen te overleggen. Indien nodig wordt de procedure herhaald.	- formulier - Brief beantwoording, klacht
7	Evaluatie	- Bestuurster - medewerker	Nagaan of de genomen maatregelen voldoening geven aan de klager.	- formulier
8	Afsluiten van klacht	- Bestuurster - medewerker	Informereren van alle betrokken over de afronding van de klacht en tevredenheid van de cli!nt	

5.2.2. Het stappen plan voor klachten van bet 2^{de} niveau

Het stappen plan is beschreven in de procedure interne klachtencommissie. Zij bevindt zich op interne zaken.

5.2.3. Registratie van de klachten.

Alle klachten worden geregistreerd.

✧ De mondelinge klachten noteert men op een klachten registratie formulier. Elk klachtenregistratieformulier wordt voorzien van een Dummer:

JJJJ/999

JJJJ: jaartal

999: lopende nummering

De formulieren worden verzameld in de kافت "Klachtenbehandeling JJJJ". Vooraan in deze kافت wordt op een index geplaatst dat de klacht is afgesloten

- ✧ De bestuurster registreert de schriftelijke klachten in het klachtenregister. De schriftelijke klacht wordt voorzien van het nummer overeenkomend met de pagina in het klachtenregister voorafgegaan door het jaartal.
Van het schriftelijke antwoord op de klacht wordt een kopie gemaakt. De kopie wordt samen met de klacht bewaard in de map: bijlage klachtenregister

5.2.3. Verwerking van de klachten

- ✧ Op het einde van elk kalenderjaar worden de klachten doorgegeven aan de kwaliteitscoördinator. Hij /zij analyseert de klachten van het eerste en het tweede niveau op volgende criteria:
 - o de gegrondheid van de klacht
 - o het soort klacht
 - o oorzaak van de klachten
 - o werden de klachten rechtgezet en was dit doeltreffend
 - o wie zijn de klagers .
 - o de ernst van de klachten
 - o de doorlooptijd van de klachten
 - o de oplossing gegeven aan de klachten
 - o over welke zaken klaagt men het meest
 - o het aantal klachten van het eerste en het tweede niveau
- ✧ Er wordt jaarlijks schriftelijk gerapporteerd via het kwaliteitsjaarverslag aan:
 - o de O.C.M.W. -raad
 - o Secretaris
 - o de stuurgroep IKZ???
 - o het ikz???- werkoverleg van de voorziening
 - o de personeelsgroep
 - o de gebruikersraad
- ✧ De resultaten worden met de voorgenoemde partijen besproken.
- ✧ Vanuit de klachtenanalyse worden er prioriteiten voorgesteld voor het opstarten van verbeterprojecten. Dit wordt opgenomen in de kwaliteitsjaarplanning. Deze planning wordt besproken op het ikz-werkoverleg en op de stuurgroep

6. Verwante documenten en hulpmiddelen.

- ✧ Klachtenfolder
- ✧ Klachtenformulier
- ✧ Klachtenregister
- ✧ Klachtenregistratieformulier
- ✧ Map klachtenbehandeling JJJJ
- ✧ Map bijlage klachten register
- ✧ Kwaliteitsjaarverslag

7. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

Proces-eigenaar: bestuurster

Deze zijn beschreven in de tabel " stappenplan".

8. Evaluatiemethode.

De procedure wordt jaarlijks met de betrokken werkgroep op efficiëntie geëvalueerd.

9. Verspreiding en registratie.

9.1. Verspreiding.

- ✧ Aan de gasten: tijdens de activiteiten vergaderingen
- ✧ Aan de ouders, familie of wettelijke vertegenwoordigers: de klachtenfolder en een klachtenformulier wordt via post bezorgd aan elke ouder, familie of wettelijke vertegenwoordiger. Zij krijgen op de eerstvolgende informatieavond van de vriendenkring de mogelijkheid tot vraagstelling.
- ✧ Aan de hele personeelsgroep: op de teamvergadering
- ✧ De procedure wordt centraal bewaard in het kwaliteitshandboek.

9.2. Registraties

Registratie	Wie	Indexering	Bewaartermijn
Klachtenregister	De bestuurster	Per lopend nummer	Vijf jaar
Klachtenregistratieformulier	De bestuurster	Per lopend nummer	Vijf jaar
Klachtenformulier	De bestuurster	Bij het betrokken klachtenregistratieformulier	Vijf jaar
Klachten interne klachtencommissie	Bestuurssecretaris interne zaken	Per lopend nummer	Vijf jaar

10. Kennisgeving aan het beleid

Klachtenformulier

Vragen - Suggesties - Klachten

Naam:

Adres:

Telefoon:

Datum:

Omschrijving van mijn vraag, suggestie of klacht:

Ik heb een vraag over:

.....
.....
.....
.....

Mijn suggestie is:

.....
.....
.....
.....

Ik heb een klacht over:

.....
.....
.....
.....

De persoon die ik hieronder aanduid neemt zo vlug mogelijk contact op met mij:

Voorbeeld 7

Toepassingsgebied

Elke uiting (mondeling, schriftelijk) van ongenoegen, ontevredenheid of ernstige misnoegdheid van de gebruiker (of een persoon of instantie die voor hem opkomt bvb. wettelijke vertegenwoordiger, bloed- of aanverwant, vertrouwenspersoon, ...) over de hulp- en dienstverlening.

Doel

- ✧ Het horen van de gebruiker inzake alle aangelegenheden die de verhouding voorziening/gebruiker aangaan, en dit zowel op individueel als op collectief vlak. Het antwoorden op de door de gebruiker gestelde vragen binnen overeengekomen termijnen (SMK 1.1.3).
- ✧ Het garanderen van medezeggenschap van de gebruiker, inzake de hulp- en dienstverlening, en dit zowel op individueel als op collectief vlak (SMK 1.1.4).
- ✧ Het gebruik maken van de ervaringen en inzichten van de gebruiker inzake hulp- en dienstverlening, en dit zowel op individueel als op collectief vlak (SMK 1.1.5).
- ✧ Het nemen van de nodige maatregelen om de mondigheid van de gebruiker met betrekking tot de hulp- en dienstverlening te ondersteunen en te versterken, en dit zowel op individueel als op collectief vlak (SMK 1.1.6).
- ✧ Het nemen van maatregelen om de communicatie af te stemmen op de eigenheid van de gebruiker (SMK 1.4.7).
- ✧ Het kenbaar maken aan de gebruikers hoe klachten ingediend en afgehandeld worden (SMK 1.5.2).
- ✧ Het opstellen, uitvoeren en evalueren van corrigerende en preventieve maatregelen ten aanzien van de hulp- en dienstverlening (SMK 3.4).

Uitgangspunten

- ✧ Als dienstverleningscentrum willen wij aanbevelen aan de gebruikers om ons ieder ongemak, misverstand of klacht mondeling te melden, omdat ze mee aan de basis kunnen liggen voor een continue verbetering van onze hulp- en dienstverlening.
- ✧ Elke medewerker kan een klacht ontvangen, "capteren" en heeft de plicht om naar een passend antwoord te zoeken binnen een, met de betrokkene, overeengekomen termijn. Is de gebruiker niet tevreden met het antwoord dan wordt de leidinggevende geïnformeerd.
- ✧ Opmerkingen, klachten worden steeds besproken op het interne werkoverleg en genoteerd in de verslaggeving. De analyse van de opmerking of klacht en het gedane voorstel tot oplossing worden op het team-directie overleg (*dr.* 4.3) gemeld.
- ✧ (Formele klachten, kunnen samen met herhaalde/aanverwante vragen, opmerkingen, kritieken immers ook aanleiding zijn tot verbetervoorstellen en

corrigerende maatregelen.)

- ✧ Is dit niet afdoende, dan wordt de persoon met de klacht, door de maatschappelijk werker geïnformeerd over verdere mogelijkheden binnen de klachtenprocedure.
- ✧ Officieel schriftelijke geformuleerde klachten aan de algemeen directeur worden steeds in alle neutraliteit besproken op het dagelijks bestuur. Afhankelijk van de inhoud van de klacht kan hierbij het advies van een intern en/of extern deskundige ingeroepen worden.

Bespreking van mondelinge klachten

- ✧ **Aan de gebruiker wordt gevraagd om klachten omtrent de dienstverlening bij voorkeur eerst te bespreken met de rechtstreeks betrokkene of zorgcoördinator om zo tot een oplossing te komen. De gebruiker kan zich ook steeds richten tot de maatschappelijk werker.**
- ✧ Indien men er niet in slaagt om tot een oplossing te komen of indien men de klacht niet rechtstreeks met de betrokkene, zorgcoördinator of sociale dienst wenst te bespreken kan men zich mondeling richten tot de directie. In een open dialoog wordt afgesproken welk gevolg en tegen welke termijn er een oplossing zal gegeven worden aan de klacht.
- ✧ Indien de mondelinge bespreking met de directie niet tot tevredenheid kan leiden, wordt overgegaan tot de officiële afhandeling via onderstaande procedure.

Officiële klachtenprocedure

Vooraf: het blijft uiteraard mogelijk dat een gebruiker er voor kiest om onmiddellijk een schriftelijke klacht neer te leggen, zonder de voorafgaande mondelinge stappen!

- Stap 1 De klacht wordt schriftelijk gericht aan de algemeen directeur van de voorziening, die bij ontvangst hiervan onmiddellijk melding maakt in een daartoe bestemd klachtenregister en een gedateerde brief (die de ontvangst van de klacht bevestigt) aan de klager bezorgt.
(indien de gebruiker dit wenst kan de klacht steeds worden ingetrokken)
- Stap 2 De algemeen directeur zal - na bespreking van de klacht op het dagelijks bestuur - binnen de dertig dagen na het indienen van de klacht, aan de indiener schriftelijk meedelen welk gevolg aan de klacht wordt gegeven.
- Stap 3 Indien dit antwoord de indiener geen voldoening schenkt, kan deze zich schriftelijk wenden tot de interne klachtencommissie,
Aan de voorzitter van de klachtencommissie *p/a* **DVC De Triangel Molendreef 16,9920 Lovendegem.**
Deze klachtencommissie bestaat uit een vertegenwoordiger aangeduid door de raad van bestuur en een vertegenwoordiger gekozen onder de leden van

de gebruikersraad die als voorzitter van de klachtencommissie fungeert.

- Stap 4 De klachtencommissie behandelt de klacht, hoort alle betrokken partijen en probeert ze te verzoenen. Binnen de dertig dagen deelt ze haar oordeel schriftelijk mee aan de indiener en aan de directie.
Indien beide leden van de klachtencommissie het niet eens zijn over het uit te brengen oordeel, worden beide standpunten meegedeeld.
Het is niet aan de klachtencommissie om de oplossing aan te reiken. De commissie moet enkel de gegrondheid van de klacht beoordelen.
- Stap 5 Indien de klacht gegrond wordt bevonden, moet de voorziening, binnen de dertig dagen na de mededeling van het oordeel van de klachtencommissie, de indiener schriftelijk medelen welk gevolg hieraan wordt gegeven.
- Stap 6 Indien de afhandeling van de klacht de indiener nog steeds geen voldoening schenkt, kan deze zich schriftelijk wenden tot de leidend ambtenaar van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

Aanverwante Documenten en hulpmiddelen

- ✧ Reglement van orde met verwijzing naar het besluit van de Vlaamse regering van 15/12/1993
- ✧ Artikel in tijdschrift "ons kind" dd;
- ✧ Mondelinge communicatie en/of communicatieschriftjes naar ouders;
- ✧ Verslagen intern werkoverleg;
- ✧ Verslagen team-directie;
- ✧ Verslagen dagelijks bestuur;
- ✧ Klachtenregister;
- ✧ Bevestigingsbrief ontvangst van de klacht.

Registratie

Registratie	Eigenaar	Plaats	Bewaartermijn
Verslagen intern weekoverleg	Zorgcoördinator	Bureel zoco	Tien jaar
Verslagen team-directie	Algemeen directeur	Directiesecretariaat	Tien jaar
Verslagen dagelijks bestuur	Pedagogisch directeur	Directiesecretariaat	Tien jaar
Klachtenregister	Algemeen directeur	Directiesecretariaat	Tien jaar

Voorbeeld 8

Doel

- ✧ Het geven van een antwoord binnen overeengekomen termijnen op de door de gebruiker gestelde vragen (smk 1.1.3.).
- ✧ Het garanderen van medezeggenschap van de gebruiker, bewoner/deelnemer en cliënten (smk 1.1.4.).
- ✧ Het aanwenden van de ervaringsdeskundigheid van de gebruiker (smk 1.1.5.).
- ✧ Het ondersteunen en versterken van de mondigheid van de gebruiker, bewoner/deelnemer en cliënt (smk 1.1.6.).
- ✧ Het afstemmen van de communicatie op de eigenheid van de gebruiker, bewoner/deelnemer en cliënt (smk 1.4.7.).
- ✧ Het organiseren van overleg met de gebruiker over de wijze waarop klachten afgehandeld worden (smk 1.5.2.).
- ✧ Het kenbaar maken aan de gebruiker dat hij zich tot het Vlaams Agentschap voor personen met een handicap kan wenden indien deze procedure geen voldoening geeft (smk 1.5.2.).
- ✧ De basis leggen voor corrigerende en preventieve maatregelen (smk 3.4.).
- ✧ De voorziening respect. steeds de eigenheid van de gebruiker/bewoner/deelnemers/cliënt en aanvaardt hem/haar als een volwaardig persoon (smk 1.3.1)
- ✧ De voorziening garandeert dat de relatie met de gebruiker/bewoners/deelnemer/cliënt vertrekt vanuit een grondhouding van vertrouwen en gekenmerkt wordt door inleving en echtheid. Hiertoe ontwikkelt de voorziening een geschreven referentiekader (smk 1.3.2)
- ✧ De voorziening respecteert de privacy van de gebruiker/bewoner/deelnemer/cliënt, rekening houdend met de eigenheid van de gebruiker/bewoner/deelnemer/cliënt. Hiertoe ontwikkelt de voorziening een geschreven referentiekader. (smk 1.3.3)

Toepassingsgebied

Alle klachten van gebruikers, familieleden, derden, bewoners/deelnemers met betrekking tot de hulp- en dienstverlening.

Alle klachten van gebruikers, familieleden, derden, werkgevers en cliënten met betrekking tot het begeleidingsplan van begeleid werken.

Deze procedure is van toepassing op alle geuite opmerkingen, suggesties en klachten, zowel mondeling als schriftelijk.

Verwante documenten en hulpmiddelen

- ✧ Melding van opmerkingen, suggesties, klachten
- ✧ Klachtenregister (berust bij de directie)

- ✧ Reglement van Orde
- ✧ Visietekst klachten tevredenheid bij bewoners/deelnemers + bijlage

Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

- ✧ De respectieve diensthoofden zijn rechtstreeks verantwoordelijk voor de opvolging van deze procedure.
- ✧ Alle medewerkers zijn verantwoordelijk voor het doorgeven aan zijn / haar leidinggevende van klachten, opmerkingen, suggesties. Er is een meldingsplicht van een opmerking, suggestie, klacht op het dienstoverleg (werkbijeenkomst).
- ✧ De klachtenprocedure wordt opgevolgd door de dienst die de klacht ontvangt en de klacht wordt behandeld door de dienst waarop de klacht betrekking heeft.
- ✧ Als er binnen een dienst een klacht over een andere dienst binnenkomt, wordt de klacht door de ontvanger van de klacht ter behandeling doorgegeven aan een medewerker van de dienst waarop de klacht betrekking heeft.
- ✧ Klachten worden systematisch geagendeerd op het dagelijks bestuur en overleg diensthoofd wonen - ortho-agoge en sociale dienst.

Werkwijze

Voor gebruikers, familieleden, derden en werkgevers:

Het afhandelen van mondelinge klachten van gebruikers, familie/eden, derden en werkgevers (begeleid werken)

- ✧ De melding van een opmerking, suggestie, klacht kan zowel mondeling, telefonisch of schriftelijk gebeuren.
- ✧ De registratieformulieren zijn ter beschikking van elke medewerker (zie procedure 4.6.8).
- ✧ Het implementeren van corrigerende en preventieve maatregelen).
- ✧ Wanneer de gebruiker, het familielid, de derde, de werkgever (begeleid werken) een opmerking, suggestie of ontevredenheid uit, wordt deze beluisterd, gekanaliseerd en behandeld.
- ✧ De behandel aar van de klacht geeft een terugkoppeling van het antwoord aan de ontvanger van de opmerking, klacht, suggestie.
- ✧ De behandelaar van de klacht dient aan de melder van de klacht een boodschap te geven dat we de klacht hebben gehoord en dat we ermee bezig zijn.
- ✧ Indien gewenst wordt de opmerking, suggestie, klacht besproken in een individueel gesprek.
- ✧ Indien geen akkoord wordt bereikt na gesprek met hoofd, diensthoofd, dan wordt aan de gebruiker, het familielid, de derde, de werkgever (begeleid werken) meegedeeld dat hij/zij zich mondeling/schriftelijk moet richten tot de directie.

Het afhandelen van geschreven klachten van gebruikers, familieleden.

derden, werkgever (begeleid werken) gericht aan de directie

1^e fase:

- ✧ De klacht wordt schriftelijk geformuleerd aan de directie, die hiervan nota neemt in het klachtenregister.
- ✧ Indien gewenst kan en mag de gebruiker zijn klacht aan de directie toelichten.
- ✧ De directie onderzoekt de klacht en bezorgt schriftelijk binnen de 30 dagen na het indienen van de klacht, aan de melder van de klacht, welk gevolg aan de klacht wordt gegeven.
- ✧ De klacht kan ook ingetrokken worden.

2^e fase:

- ✧ Indien het antwoord van de directie geen voldoening geeft aan de persoon die de klacht indiende, kan deze zich richten tot een interne klachtencommissie.
- ✧ Ook hier moet de gebruiker, derde, werkgever (begeleid werken) de klacht schriftelijk formuleren gericht aan de leden van de klachtencommissie.
- ✧ De commissie zal alle partijen uitnodigen en pogen een oplossing te bekomen. Deze zal haar antwoord binnen de dertig dagen bekendmaken aan de indiener.
- ✧ Indien de klacht gegrond werd bevonden, moet de directie binnen de dertig dagen na het antwoord van de commissie meedelen aan de indiener hoe hij/zij gevolg zal geven aan de klacht.

3^e fase:

Indien de afhandeling van de klacht nog geen voldoening geeft aan de indiener, kan deze zich schriftelijk wenden tot de leidend ambtenaar van het Vlaams Agentschap voor personen met een handicap, Sterrenkundelaan 30 te 1210 Brussel.

Voor bewoners/deelnemers:

- ✧ IDO- voorbereiding met de bewoner/deelnemer
- ✧ Bewonersraad
- ✧ Bewonersvergadering
- ✧ Deelnemersvergadering

Voor cliënten (begeleid werken):

- ✧ Evaluatievoorbereiding met cliënt
- ✧ Evaluatiegesprek
- ✧ Cliëntvolgsysteem

Wanneer er in een klacht melding wordt gemaakt van misbruik en/of geweld dan wordt deze afgehandeld via de beslissingsboom (zie procedure 4.6.16. Het detecteren van en aangepast reageren op misbruik en geweld t.a.v. bewoners/deelnemers/cliënten).

Registratie

Registratie	Wie	Indexering	Bewaartermijn
Geschreven klachten	Directie	Op naam	Onbeperkt
Registratieformulier klachten	Diensthouders Directie	Op naam	Twee jaar
Klachtenregister	Directie	Op naam	Onbeperkt
Verslag voorbereiding IDO	Orthoagoog	In agogisch dossier	Tot beëindiging hulp- en dienstverlening
Verslag bewonersraad	Coach	Op datum	Twintig jaar
Verslag bewonersvergadering	Groepshoofd	Op datum	Twee jaar
Verslag deelnemersvergadering	Vaste basisedwerker van de groep	Op datum	Twee jaar
Cliëntvolgsysteem	Jobcoach	Op naam en datum	Vijftien jaar na beëindiging begeleiding
Evaluatieformulier	Jobcoach	Op naam en datum	Vijftien jaar na beëindiging begeleiding
Evaluatieverslag	Jobcoach	Op naam en datum	Vijftien jaar na beëindiging begeleiding
Verslag dagelijks bestuur	Directie	Op datum	Onbeperkt

REGISTRATIEFORMULIER VOOR KLACHTEN/SUGGESTIES EN OPMERKINGEN

Naam melder klacht	Klacht ontvangen door:	Datum:
Aard van de mondelinge-schriftelijke klacht aan directie/suggestie/opmerking (schrappen wat niet past)		

Afhandeling	Datum
O. Bij een schriftelijke klacht aan directie wordt binnen de dertig dagen aan de melder van de klacht, door de directie schriftelijk meegedeeld welk gevolg aan de klacht wordt gegeven.	
1. Ik bracht.. van de dienst waarop de klacht betrekking heeft op de hoogte.	
2. Ik meldde dit aan mijn (dienst)hoofd.	
3. Het diensthoofd van de dienst, waarop de klacht betrekking heeft, bracht dit op het dagelijks bestuur.	
4. De behandelaar van de klacht contacteerde de melder van de klacht, signaleerde dat we de klacht hebben gehoord en dat we er mee bezig zijn.	
5. De klacht werd op de volgende manier behandeld: (De klachtenprocedure wordt opgevolgd door de dienst die de klacht ontvangt en de klacht wordt behandeld door de dienst waarop de klacht betrekking heeft)	
6. De behandelaar informeerde de melder omtrent de afhandeling van de klacht.	
7. Na behandeling van de klacht gaf ik dit ingevuld formulier door aan mijn diensthoofd.	
8. Evaluatie van de maatregel (corrigerende & preventieve maatregel of verbeterproject)	

AANBEVELINGEN EN TIPS

Aanbevelingen en tips

- ✧ Er wordt in de voorzieningen meer dan vroeger geregistreerd. Dit is een positieve evolutie.
- ✧ Er blijken nog verschillen te bestaan met betrekking tot de hoeveelheid van registraties
- ✧ Het is goed veel en regelmatig te laten registreren door alle personeelsleden
- ✧ Een onbeschreven klachtenboek kan niet
- ✧ Klachten kunnen niet alleen schriftelijk maar ook elektronisch geregistreerd worden
- ✧ Een veralgemeende en unforme klachtenbehandeling is aan te bevelen
- ✧ De procedure of werkwijze om klachten in te dienen en te behandelen moet duidelijk gecommuniceerd worden naar de gebruikers
- ✧ Naar de gebruikers dient ook gecommuniceerd te worden over de wijze waarop de geformuleerde klachten behandeld en afgehandeld werden
- ✧ De klachtenbehandeling moet systematisch en structureel verankerd zijn in de werking van de voorziening
- ✧ Dit gebeurt via reglement van orde, onthaal- en kennismakingsbrochures ...
- ✧ Het woord klacht heeft altijd een negatieve betekenis. Het personeel en de voorziening die ermee te maken krijgen hebben dit niet altijd even graag. Dit mag geen reden zijn om de klachtenbehandeling op de een of andere wijze af te remmen
- ✧ De negatieve of pejoratieve betekenis van het woord klacht moet ook niet overdreven worden. Een klacht kan ook positief geïnterpreteerd worden als een signaal om uit te leren, te verbeteren en vooruit te gaan
- ✧ Niet alleen de aanmelding, maar vooral de verwerking en de opvolging van de klachten zijn van belang
- ✧ Bij deze opvolging en verwerking zoekt men best naar inzicht in: de soort klachten, de meest voorkomende onderwerpen of thema's, de plaatsen van voorkomen, de geledingen die er meest mee te maken krijgen ...
- ✧ De band met de concrete, dagelijkse praktijk moet duidelijk zijn. Klachten hebben te maken met het leven, het werk en de zorg van elke dag. Soms gaat het om heel concrete, dagdagelijkse dingen
- ✧ Persoonlijke aangelegenheden en individuele klachten horen niet thuis op het collectief overleg. Ze zijn geen onderwerp voor bespreking in de gebruikersraad
- ✧ Er moet een duidelijk verband zijn met:
 - o Het collectief overleg
 - o De correctieve en preventieve maatregelen

- o De aanwending van en de evaluatie van de middelen
- o De kwaliteitsplanning
- o Het kwaliteitsmanagement
- o De evaluatie en zelfevaluatie
- o Het tevredenheidsonderzoek
- ✧ Verschillende niveaus van klachten kunnen onderscheiden worden:
 - o Het niveau van de eerste lijn en van de dagelijkse zorg
 - o Het niveau van staf, kwaliteitsmedewerkers, kader en directie
 - o Het niveau van de klachtencommissie
 - o Het niveau van de overheid (Vlaams Agentschap)
- ✧ Klachtenbehandeling gaat in belangrijke mate om een cultuur die leeft binnen de voorziening. Als er een sfeer is van openheid, goodwill en verdraagzaamheid gecombineerd met een bereidheid om te leren dan is veel mogelijk. Binnen dergelijke sfeer is er een duidelijke plaats voor klachtenbehandeling Het wordt bijna vanzelfsprekend.