

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG GEHANDICAPTENZORG ALGEMENE WERKING

INSPECTIEPUNT

Naam	Blijdorp
Adres	Blijdorpstraat 3 , 9255 Buggenhout

INRICHTENDE MACHT

Naam	BLIJDORP
Juridische vorm	VZW
Adres	Blijdorpstraat 3, 9255 Buggenhout

UITBATINGSPLAATS

Adres	Sint-Rochusstraat 35,9200 Dendermonde
-------	---------------------------------------

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Onaangekondigd bezoek op 14/09/2022 (13:10-16:40)
Datum laatste vaststelling	14/09/2022
Verslagnummer	V-2022-STEE-0047
Inspecteur(s)	Steven Eerdeken
Gesprekspartner(s)	Leen Van Damme, teamleider Rochus Leonie Tirez, afdelingshoofd Wonen 2 Loes Verleyen, verpleegkundige Jolien Hals, maatschappelijk werker Katleen Maes, orthopedagoog

LEESWIJZER

Toegepaste wetgeving en administratieve bepalingen

- Besluit van de Vlaamse Regering van 4 februari 2011 betreffende de algemene erkenningsvoorwaarden en kwaliteitszorg van voorzieningen voor opvang, behandeling en begeleiding van personen met een handicap
- Besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende erkenning en subsidiëring van multifunctionele centra voor minderjarige personen met een handicap
- Decreet van 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp

Vanaf 1/1/2019 verlopen onze inspecties en bijhorende inspectieverslagen conform de bepalingen uit het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid (B.S. 21 februari 2018).

De niet naleving van de regelgeving door actoren in de zorg of zorggebruikers wordt gedefinieerd als een 'inbreuk', hieronder is ook te verstaan: tekort.

Onze opdracht

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

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

Een uitgebreide toelichting over de aanpak van Zorginspectie kunt u nalezen op www.zorginspectie.be. Alle verslagen van Zorginspectie worden overgemaakt aan het VAPH.

Wat komt u te weten in dit verslag?

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

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

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

Indien een voorziening niet voldoet aan de vereisten voor een verantwoorde ondersteuning, kunnen deze tekorten aanleiding geven tot een opvolgingsinspectie. Een opsomming van dergelijke tekorten

wordt gegeven in het besluit bij dit verslag.

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

Privacy

Zorginspectie houdt bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen rekening met de privacy van alle betrokken partijen. Verslagen bevatten persoonsgegevens en mogen daarom slechts in beperkte mate verspreid worden. Met dergelijke verslagen dient zorgvuldig te worden omgegaan. Verslagen waaruit de persoonsgegevens zijn verwijderd, zijn geschikt voor ruimere verspreiding. Zij kunnen worden opgevraagd via: openbaarheid.zorginspectie@vlaanderen.be.

Meer informatie over de toepasselijke regels vindt u op de website van de Gegevensbeschermingsautoriteit: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

UITBATINGSPLAATS EN DOELGROEP

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- gesproken met gebruikers

UITBATINGSPLAATS

De uitbatingsplaats wordt binnen de organisatie 'De Rochus' genoemd.

Soort uitbatingsplaats

De organisatie biedt opvang en begeleiding aan:

- volwassenen, namelijk:
 - dagondersteuning
 - woonondersteuning

Focus van de inspectie ligt op:

- de opvang en begeleiding van de volwassenen, meer bepaald:
 - woonondersteuning

Toelichting

Op het moment van inspectie wordt voor (een deel van) de bewoners de dagondersteuning aangeboden in de ruimtes van de woonondersteuning.

Grootte uitbatingsplaats

Toelichting

Op het moment van inspectie zijn er 20 bewoners waarvan 3 deeltijdsen.

Bezochte entiteiten

Alleen de infrastructuur voor woonondersteuning werd bezocht.

Deze infrastructuur wordt binnen de organisatie 'De Rochus' genoemd.

Er wordt niet met leefgroepen gewerkt.

Toelichting

Er wordt niet in leefgroepen opgesplitst. Er zijn weliswaar 2 leefruimtes waarbij de bewoners worden verdeeld in functie van de noden. Sommige bewoners hebben b.v. meer rust nodig, andere zijn verbaal sterker, ... De begeleiding gebeurt vanuit eenzelfde team.

DOELGROEP

Op de uitbatingsplaats worden gebruikers opgevangen met als hoofdhandicap:

- matig mentale handicap

Naast de hoofdhandicap is er sprake van volgende bijkomende problemen:

- motorische handicap
- autisme
- psychiatrische problemen

Toelichting

Er verblijven 2 personen met motorische beperkingen (rollator, elektrische scooter voor buitenshuis) in De Rochus. Het betreft een qua geslacht gemengde leefgroep. De jongste bewoner is een twintiger; de oudste tachtiger.

INFRASTRUCTUUR

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers

ALGEMENE VASTSTELLINGEN

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (algemeen):

De Rochus bevindt zich nabij het centrum van Dendermonde in een stedelijke omgeving. Het gebouw is vernieuwd en sinds ongeveer een jaar terug in gebruik genomen. Door deze vernieuwing wordt er o.a. niet langer met meerpersoonskamers gewerkt.

Het gebouw omvat 3 bouwlagen (geen kelder). Er is een lift in het gebouw. Op het gelijkvloers bevinden zich o.a. de leefruimtes en 2 bewonerskamers. Op de verdiepingen bevinden zich bewonerskamers en sanitaire ruimtes.

Achteraan het gebouw ligt een ruime tuin met terras. Een tent fungeert als (tijdelijke) stalling voor fietsen/driewielers e.a. zaken. De gesprekspartners stellen dat een nieuwe buitenberging begroot en voorzien is.

Tijdens de rondgang worden volgende ruimtes aangetroffen:

Gelijkvloers

- 2 inkomhallen
- balie
- 2 leefruimtes met eethoek, zithoek, keuken. In de leefruimte bevindt zich een medewerkersbureau.
- 2 bewonerskamers: de betreffende bewoners verblijven op het gelijkvloers omwille van mobiliteit en veiligheidsredenen (ouderdom/epilepsie)
- afgesloten bergruimte
- sanitair voor bewoners en medewerkers/bezoekers (cf. infra)

'Tussenverdieping':

- slaapkamer voor medewerkers

Verdiepingen 1 & 2

- bewonerskamers
- sanitaire ruimtes: toilet en badkamer - cf. infra
- afgesloten berg ruimtes

De verdiepingen zijn telkens verdeeld over 2 gangen. Deze gangen zijn aan beide zijden afgesloten met een tussendeur. Op deze deuren is een verklikkersysteem voorzien waardoor begeleiding een signaal ontvangt wanneer deze ('s nachts) worden geopend.

Hoewel er geen meerpersoonkamers meer zijn, zijn er wel 2 kamers die gedeeld (kunnen) worden door bewoners die deeltijds of kortdurend verblijven in De Rochus. Bewonerskamers worden echter nooit door meer dan 1 bewoner gelijktijdig benut.

De bezochte infrastructuur voldoet aan volgende punten:

	Ja	Voor verbetering vatbaar	Nee
De infrastructuur is voldoende ruim	☒	☐	☐
De infrastructuur is voldoende aangepast aan de bewoners	☒	☐	☐
De infrastructuur kan voldoende geventileerd worden	☒	☐	☐
De temperatuur is aangepast	☒	☐	☐
De infrastructuur is voldoende onderhouden	☒	☐	☐

Toelichting

Op de medewerkerskamer wordt tijdens de inspectie vastgesteld dat het erg warm is. Een mobiele airco is voorzien in deze kamer.

Diverse aanpassingen in functie van de mobiliteit en veiligheid zijn zichtbaar: toegang met schuifdeur, drempelloze overgangen, deuren met badgesysteem, verklikkersysteem, oproepsystemen (drukknop en alarmkoord) in individuele en gemeenschappelijke ruimtes, ...

INDIVIDUELE RUIMTES

Het kameraanbod

Het kameraanbod bestaat uit:

Individuele kamers	20
Meerpersoonkamers	0
Kamers voor tijdelijk verblijf	0

Grootte van de kamers

Niet alle kamers voldoen aan de wenselijke oppervlakte van 16m².

Er zijn kamers die voldoen aan de minimale oppervlakte van 8m² maar niet aan de wenselijke oppervlakte van 16m².

Reden:

Toelichting

De bewonerskamers verschillen enigszins in grootte. Met toestemming van de betrokken bewoners kunnen enkele kamers tijdens de inspectie worden betreden. De oppervlakte van een nagemeten kamer bedraagt 13,40m².

De kamers kunnen zichtbaar naar smaak en voorkeur van de betreffende bewoner worden ingericht en aangekleed.

SANITAIR

Algemeen

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (sanitair):

Er zijn in totaal 8 bewonerstoiletten voorzien, steeds met lavabo en steunbeugels.

Op de verdiepingen is er per gang een badkamer met vast ligbad, lavabo, inloopdouche (voorzien van klapstoel en steunbeugel) en lavabo.

Er is voldoende sanitair.

Het sanitair is aangepast aan de gebruikers.

Beschikbaarheid van individueel sanitair

Kamers zonder sanitair	0
Kamers met enkel wastafel	16
Kamers met eigen natte cel	2
Kamers met wastafel en toilet	2

Toelichting

Er zijn 4 kamers met een eigen toilet. Twee hiervan hebben een natte cel met douche.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

MEDICATIE

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: protocol 'Afspraken rond medicatie in Blijdorp Volwassenen Baleunis 12/2020', medicatiefiches, crisisontwikkelingsmodel (COM).

ALGEMEEN BELEID

Het medicatiebeleid voorziet een rol voor de voorziening bij toediening van medicatie aan haar gebruikers, zowel voor de tijdelijke als de structurele medicatie.

Er zijn gebruikers die geheel/gedeeltelijk verantwoordelijk zijn voor de eigen medicatie.

Het medicatiebeleid (medicatiebeheer, medicatietoediening,...) is uitgeschreven in een procedure, visietekst,...

De aanpak van medicatiefouten is uitgeschreven in een procedure, visietekst, ...

Toelichting

Er is een medicatiemap. Dit omvat de medicatiefiches van de bewoners van de leefruimte en kortopvang (groen blad) alsook een blad met tijdelijke medicatie (roze). Het mapje bevat verder het protocol 'Afspraken rond medicatie in Blijdorp Volwassenen Baleunis 12/2020'. In dit document zijn onder andere terug te vinden: instructies rond medicatie klaarzetten, bestellen, meegeven naar huis of naar het dagcentrum, omgang met medicatiefouten.

Zorginspectie merkt op dat deze tekst niet meer actueel is. Zo staat er nog dat maandelijks aan het 'teamhoofd' een overzicht van de fouten wordt bezorgd; terwijl de praktijk op dit vlak volgens de gesprekspartners intussen is gewijzigd.

Er is een coördinerend arts voor de voorziening. Bewoners kunnen zelf een huisarts kiezen.

Er zijn een 7-tal verpleegkundigen voor de volwassenenwerking in dienst.

Voor de volwassenenwerking wordt samengewerkt met een lokale apotheek.

Bij medicatiefouten dient gebeld te worden naar de (interne) medische dienst. Deze bekijkt wat/of er iets met gebeuren. Fouten worden tevens genoteerd op de parafeerlijst en via het logboek aan de collega's gemeld. Indien permanentie onbereikbaar is wordt de arts van wacht gecontacteerd.

Eén bewoner neemt zelf de medicatietoren mee naar huis in het weekend.

BELEID IN DE PRAKTIJK

Het medisch dossier

Er is een medisch dossier.

Persoonsgegevens over gezondheid worden apart bijgehouden.

Toelichting

De arts heeft een eigen dossier. De verpleegkundige heeft samen met de arts een dossier dat niet toegankelijk is voor begeleiding.

Gebruik van een medicatiefiche

Er wordt met een medicatiefiche gewerkt.

De medicatiefiche biedt een volledig overzicht van alle medicatie.

De medicatiefiches zijn geactualiseerd.

Medicatie naar aanleiding van een crisis kan worden toegediend.

	Informatie over toe te dienen medicatie	Informatie over de dosis	Informatie over de indicatie voor toediening
Dossier 1	Ja	Ja	Ja
Dossier 2	Ja	Ja	Ja

Toelichting

Op de fiche van betrokken bewoners staan dosis en medicatie vermeld. Er is daarnaast een 'minifiche' per bewoner waarop de toedieningsindicatie wordt toegelicht.

Bij dossier 2 krijgt de bewoner gedragsgebonden medicatie. In het COM staan 7 fases omschreven met een verwijzing naar het toedienen van noodmedicatie.

Toedieningen van noodmedicatie worden geregistreerd op de achterzijde van de medicatiefiche en/of op een lijst in de medicatiekast.

Communicatie over toe te dienen medicatie

Er zijn afspraken gemaakt die de communicatie over de toe te dienen medicatie borgen:

- er is een verantwoordelijke aangewezen voor de actualisatie van de medicatiefiches
- er wordt actief informatie verzameld over medicatie voorgeschreven door een externe arts
- De medische dienst zorgt voor actualisatie.

Klaarzetten van medicatie

De medicatie wordt klaargezet door:

- apotheek
- handmatig klaargezet door de verpleegkundige/medische dienst

Toelichting

Bestellingen verlopen via de verpleegkundige/medische dienst van de voorziening. De verpleegkundige volgt de medicatie in de 'torentjes' (weekdoosjes) op. De medische dienst ontvangt de medicatie 1 keer per week op site Baleunis en staat in voor de verdere interne dispatching.

Toedienen van medicatie

De medicatie wordt toegediend door:

- begeleider

De toediening van medicatie wordt afgetekend.

Toelichting

Bij nazicht tijdens de inspectie blijkt de fiche niet in 100% van de toedieningsmomenten te zijn afgetekend.

Bewaren van medicatie

Er zijn afspraken om medicatie op een voor de gebruiker onbereikbare plaats te bewaren en dit voor alle medicatie.

Ze worden bewaard in:

- een afgesloten kast

De medicatie is veilig bewaard.

Toelichting

Medicatie wordt bewaard in de leefruimtes in afgesloten kasten.

Kennis van de afspraken

Deze afspraken zijn gekend door de medewerkers die de medicatie toedienen.

Toelichting

Elke nieuwe medewerker wordt gebriefd door de medische dienst. De verpleegkundige neemt ook vast deel aan het teamoverleg in functie van bijscholing van en toelichting aan begeleiding.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

- Het medisch protocol blijkt niet actueel. De erin beschreven werkwijze komt niet meer overeen met de praktijk. Dit wordt best aangepast in functie van de gewijzigde praktijk.
- In een beperkt aantal situaties zijn de interne afspraken met betrekking tot aftekenen bij toediening van medicatie onvoldoende toegepast.

TOEZICHT

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers

ORGANISATIE VAN DE NACHTDIENST

Er is 's nachts op de uitbatingsplaats personeel aanwezig.

De voorziening werkt met slapende nacht.

Toelichting

Er is 1 slapende nacht voor het gebouw.

COMMUNICATIEMOGELIJKHEID VANUIT DE KAMER

De kamer is uitgerust met een communicatiesysteem.

De werkwijze is voldoende aangepast aan de gebruikers.

Toelichting

Elke kamer heeft minimum 1 drukknop waarmee de begeleiding kan worden opgeroepen. Dit signaal komt toe op een draagbaar toestel. Op de slaapkamer van de nachtmedewerker is een module waarop de oproepen kunnen worden afgelezen.

Het oproepsysteem wordt tijdens de inspectie uitgetest en functioneert naar wens.

Sommige kamers hebben daarbij een akoestisch systeem waardoor geluiden kunnen gecapteerd worden.

Gangdeuren hebben een deuralarm waardoor nachtelijke bewegingen kunnen worden gedetecteerd.

INZETTEN VAN EXTRA TOEZICHT

Er zijn geen bewoners waarvoor 's nachts extra toezicht nodig is.

Er zijn geen gebruikers die overdag structureel op de eigen kamer afgezonderd worden (kamerdeur op slot).

Toelichting

Er zijn geen gebruikers die 's nachts worden gefixeerd.

Er zijn gebruikers die 's nachts structureel op de eigen kamer afgezonderd worden (kamerdeur op slot).

Het extra toezicht wordt als volgt georganiseerd:

- de voorziening wordt ad hoc gealarmeerd via: Oproepsysteem (cf. supra).

Toelichting

Er is 1 bewoner waarbij de kamerdeur 's nachts structureel wordt afgesloten (zie verder bij 'Handelingsplan').

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

INFORMATIEOVERDRACHT

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: 'Doorschrijver', verslagen teamoverleg en bewonersvergadering.

SCHRIFTELIJKE UITWISSELING VAN INFORMATIE

Er wordt met logboek, dagboek, agenda gewerkt.

Het logboek, dagboek, agenda wordt binnen de verschillende groepen op analoge manier gebruikt.

Er zijn afspraken over:

- het invullen door de begeleiding
- het nalezen door de begeleiding
- het nalezen door andere medewerkers
- het doorgeven van informatie
- het verwerken van informatie ten behoeven van gebruikersbesprekingen

Toelichting

De 'doorschrijver' is een map met bladen waarop dagdagelijkse zaken worden genoteerd. Daarnaast is er een digitaal opvolgblad per bewoner.

Er zijn 3 medewerkers die enkel de nachtdienst doen. Zij hebben 2 keer per dag een fysieke overdracht tijdens de 2 uur overlap met de dagdiensten. Soms nemen de nachtmedewerkers deel aan het teamoverleg. Daarnaast hebben ze een apart overleg met het afdelingshoofd.

Iedereen die rechten heeft binnen Orbis heeft een eigen login met wachtwoord.

INTERN OVERLEG

Er is intern overleg op niveau van de bezochte entiteit.

Het intern overleg gaat over zowel praktische als gebruikersgerichte zaken.

Periodiciteit van het intern overleg:

2-wekelijks

Toelichting

Het teamoverleg gaat in principe tweewekelijks door; in schoolvakanties niét.

Deelnemers hieraan zijn: begeleiding woon- en dagondersteuning, orthoagoog, sociale dienst, medische dienst, teamleider en afdelingshoofd.

De teamleider stuurt een mailtje naar de deelnemers met een voorstel van agenda waaraan punten kunnen toegevoegd worden.

Komen onder andere op de agenda:

- vorige vergadering
- rondje rond de gasten
- praktische afspraken
- handelingsplan
- varia

Wekelijks is er een bewonersvergadering. Dit overleg wordt opgesplitst in 2 groepjes. Op één na nemen alle bewoners deel. Dit gebeurt steeds onder begeleiding.

Agenda:

- puntjes bewoners
- welbevinden
- activiteiten
- mededelingen en info
- takenschema
- winkelen
- koffiekoeken en broodjes kiezen

De collega die aanwezig is op de bewonersvergadering brengt de relevante zaken over naar de teamvergadering.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

HANDELINGSPLAN

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: Orbis Dossier: handelingsplannen, verslagen multidisciplinair overleg (MDO).

Vaststellingen op basis van de geïnspecteerde dossiers:

Er is een handelingsplan

3 / 3	aantoonbaar
0 / 3	niet aantoonbaar

Het handelingsplan wordt op regelmatige tijdstippen geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd

3 / 3	aantoonbaar
0 / 3	aantoonbaar, maar niet volgens de overeengekomen frequentie
0 / 3	niet aantoonbaar

Het handelingsplan is opgesteld in overleg met de gebruiker of zijn vertegenwoordiger

3 / 3	aantoonbaar
0 / 3	aantoonbaar, maar beperkt tot informeren
0 / 3	niet aantoonbaar
0 / 3	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

Het overleg wordt georganiseerd met volgende betrokkenen

0 / 3	alleen de gebruiker zelf wordt betrokken
1 / 3	zowel de gebruiker zelf als de vertegenwoordiger worden betrokken
0 / 3	alleen de vertegenwoordiger wordt betrokken
2 / 3	het is niet mogelijk om de gebruiker zelf te betrekken; alleen de vertegenwoordiger wordt betrokken
0 / 3	het is niet mogelijk om de gebruiker zelf te betrekken; overleg met de vertegenwoordiger is onmogelijk geworden omwille van gebrek aan netwerk

Het overleg over het handelingsplan is aangepast aan de gebruiker

1 / 1	aantoonbaar
0 / 1	niet aantoonbaar
0 / 1	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

De voorziening maakt gebruik van de ervaringen en inzichten van de gebruiker

1 / 1	aantoonbaar
0 / 1	niet aantoonbaar
0 / 1	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

Gegevens worden zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard

3 / 3	aantoonbaar
0 / 3	niet aantoonbaar
0 / 3	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

Toelichting

Volgende **algemene werkwijze** wordt door de gesprekspartners geschetst:

Om de 3 jaar wordt het handelingsplan besproken. Dit kan op vraag ook vlugger of bij grote wijzigingen gebeuren.

Elke bewoner heeft een aandachtsbegeleid(st)er. Deze volgt de bewoner in het geheel op, brengt relevante zaken op het teamoverleg en volgt ook de communicatie met de familie op.

De opvolging van het handelingsplan wordt voorbereid aan de hand van richtlijnen die in Orbis staan. De aandachtsbegeleid(st)er pakt het oude handelingsplan ter hand en vult dit al bij voor zover mogelijk.

Vóór de teamvergadering wordt deze aangepaste versie klaargelegd voor de collega's die nog kunnen aanvullen. Vervolgens brengt de aandachtsbegeleid(st)er dit samen met de orthoagoog ter bespreking op het teamoverleg. Familie kan aanwezig zijn op deze teamvergadering of kan nadien apart worden gezien. Daarna wordt het geheel besproken met de bewoner die nog zaken kan toevoegen.

Jaarlijks is er een 'multidisciplinair overleg' (MDO) (het betreft dezelfde groep van deelnemers) waarbij de geformuleerde doelen worden geëvalueerd.

De handelingsplannen worden niet ondertekend. Zorginspectie wijst in dit verband op de regelgeving die stelt: 'Het handelingsplan wordt door beide partijen voor akkoord ondertekend en maakt integraal deel uit van de individuele dienstverleningsovereenkomst.'. Het is de handelingsbekwame zorggebruiker dan wel diens bewindvoerder (over de persoon) die b.v. de individuele dienstverleningsovereenkomst en het handelingsplan dient te ondertekenen.

Het netwerk krijgt een copy van het handelingsplan aangeboden. Bij bewoners die handelingsbekwaam (met betrekking tot de persoon) zijn, gebeurt dit volgens de gesprekspartners niet.

Een handelingsplan is op het moment van inspectie beschikbaar op papier én via Orbis Dossier.

De handelingsplannen zijn opgebouwd aan de hand van de domeinen kwaliteit van leven. Er wordt voor gezorgd dat minimaal een 3-tal doelen per bewoners worden uitgewerkt.

Tijdens deze inspectie worden willekeurig 3 dossiers nader ingekeken.

Dossier 1

Betrokken bewoner verblijft meer dan 15 jaar in de voorziening.

Statuut: familiaal bewind over persoon en goederen.

Het huidig handelingsplan werd geactualiseerd in 2021. Verschillende doelstellingen zijn opgenomen.

Vrijheidsbeperkende maatregelen: cf. infra.

Dossier 2

Deze bewoner verblijft meer dan 15 jaar in de voorziening.

Statuut: familiaal bewind persoon en goederen.

Huidig handelingsplan: 2020, doelstellingen staan vermeld.

Er worden geen vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast bij deze bewoner.

Dossier 3

Deze bewoner is sinds meer dan 50 jaar opgenomen in de voorziening.

Statuut: familiaal bewind over persoon en goederen.

Huidig handelingsplan: 2020, een 3-tal doelstellingen zijn opgenomen.

Er worden geen vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast bij deze bewoner.

Bij inzage in de dossiers valt op dat de handelingsplannen en verslagen MDO systematisch gedateerd worden op 1 januari van het betrokken jaar. Deze datum stemt niet overeen met de feitelijke datum. Hiervoor wordt een IT-technische reden aangehaald.

Er zijn dossiers nagekeken waarbij er vrijheidsbeperkende maatregelen worden gebruikt.

Algemene toelichting bij de dossiers waar vrijheidsbeperkende maatregelen worden gebruikt

Er is één bewoner (dossier 1) waarbij een vrijheidsbeperkende maatregel wordt toegepast. Concreet wordt de kamerdeur van betrokkene op slot gedaan 's nachts.

Volgens de gesprekspartners was er bij de betrokken bewoner in het verleden sprake van grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van jongeren. Deze feiten speelden zich meer dan 10 jaar geleden af tijdens de pubertijd van betrokken bewoner. De gesprekspartners benadrukken dat de betreffende gebruiker én diens netwerk het zelf belangrijk vinden dat de kamerdeur gesloten wordt. Zorginspectie geeft aan dat het belangrijk is om - op een verantwoorde manier - te (blijven) zoeken naar de minst ingrijpende manier van vrijheidsbeperking. Zorginspectie stelt vast dat er sinds de verbouwing nieuwe technische mogelijkheden zijn gekomen op vlak van veiligheidsmonitoring (deurverklikkers, akoestisch systeem, gangdeuren met signalisatie bij openen, ...).

Toelichting over het gebruik van de signaleringsplannen

Er is geen signaleringsplan voor de betrokkene opgemaakt. Een dergelijk plan wordt in de voorziening enkel opgemaakt bij agressie ten aanzien van anderen of ten aanzien van zichzelf.

Toelichting over de toepassingsgrond

Hiervoor wordt verwezen naar het verleden van betrokken bewoner.

Toelichting over de nabespreking met de gebruiker (bij afzondering n.a.v. crisissituatie)

Niet van toepassing.

Toelichting over het op de hoogte brengen van de vertegenwoordiger (bij afzondering n.a.v. crisissituatie)

Niet van toepassing.

Toelichting over het beschrijven in het handelingsplan

Het sluiten van de kamerdeur 's nachts is opgenomen in het handelingsplan.

Toelichting over de periodieke evaluatie van de vrijheidsbeperkende maatregel

Er wordt jaarlijks geëvalueerd; de inbreng van de betrokken bewoner en het netwerk is daarbij geborgd. Zij zijn volgens de gesprekspartners zelf vragende partij voor het behouden van de maatregel.

Zorginspectie stelt niettemin de vraag of alternatieve en minder ingrijpende maatregelen voldoende werden en worden overwogen en voorgesteld.

Toelichting over afbouw

Idem supra.

Toelichting over een voldoende variatie in de dagbesteding

Niet van toepassing.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

- In één of meer handelingsplannen ontbreekt de ondertekening door beide partijen (BVR van 04/02/2011, artikel 11).

AANDACHTSPUNTEN

- De (handelingsbekwame) gebruiker krijgt geen kopie van het handelingsplan.
- De handelingsplannen en verslagen van het MDO worden systematisch gedateerd op 1 januari van het betrokken jaar. Best wordt de effectieve datum genoteerd.
- Het is belangrijk om - op een doordachte en verantwoorde wijze - minder ingrijpende vormen van vrijheidsbeperking te blijven overwegen en overleggen tijdens de periodieke evaluatie (i.c. bij dossier 1).

PRIVACY

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers

Inzake privacy werden doorheen het inspectiebezoek volgende vaststellingen gedaan.

- Er is een privacy policy voor toegang tot de kamer, sanitair, verzorgingsruimtes,...
- Er wordt duidelijk aangegeven of sanitair, een verzorgingsruimte,... in gebruik is.
- Bij het gebruik van collectief sanitair worden inspanningen geleverd om de privacy van de gebruiker te garanderen.
- Bij gebruik van sanitair, verzorgingsruimtes zijn deze afgesloten.
- Er wordt niet gesproken over bewoners in hun nabijheid.

Toelichting

Bij de bewonerskamers hangen bladen waarop richtlijnen vermeld staan aan de hand van een stappenplan met betrekking tot het bij elkaar op de kamer binnengaan. Deze bladen zijn zowel naar bewoners als begeleiding gericht. Er zijn ook vormingen voor bewoners uitgewerkt hierrond, aangepast aan hun mogelijkheden.

Sommige bewoners hebben een eigen kamersleutel.

De gesprekspartners verwijzen verder naar een (mondelinge) afspraak dat er nooit 2 gebruikers samen in de badkamer aanwezig zijn.

Bij de badkamers is van buitenaf niet zichtbaar of deze in gebruik zijn; bij de toiletten wordt dit via een draaiknop met kleurcodering wel aangegeven.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

- De badkamers worden best voorzien van een aanduiding voor het al dan niet bezet zijn van de ruimte.

BIJKOMENDE VASTSTELLINGEN

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers

De gesprekspartners geven ter informatie aan dat vanaf 2023 de dagondersteuning (belendend aan de woonondersteuning in hetzelfde gebouw) terug zal opgestart worden.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

BESLUIT

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

	Aantal
Nieuwe tekorten	1
Aandachtspunten	6

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

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