

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

contact@zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG ALGEMENE WERKING

INSPECTIEPUNT

Naam	Broeder Ebergiste
Adres	Leenstraat 31-35 , 9890 Gavere
Telefoon	09-389 04 11
E-mail	an.schoors@fracarita.org

INRICHTENDE MACHT

Naam	PROVINCIALAAT DER BROEDERS VAN LIEFDE
Juridische vorm	VZW
Adres	Stropstraat 119, 9000 Gent
E-mail	griet.pitteljon@fracarita.org

UITBATINGSPLAATS

Adres	Gestichtstraat 2,9000 Gent
-------	----------------------------

OPDRACHT

Nummer	O-2015-NAPA-0433
Datum	4/06/2015
Inspecteur(s)	Steven Cozijns

VERSLAG

Nummer	V-2015-STCO-0055
Datum	22/07/2015

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Onaangekondigd bezoek op 22/07/2015 (12:30-15:30)
Gesprekspartners	Tine De Vlieger, agogisch directeur Toby De Blauwer, orthoagoog

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
- Koninklijk Besluit van 23 december 1970 tot vaststelling van de erkenningsvoorwaarden van de residentiële en semi-residentiële voorzieningen voor personen met een handicap

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 vraag 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 opvolgingsbezoek. Een opsomming van dergelijke tekorten wordt gegeven in het besluit bij dit verslag.

UITBATINGSPLAATS EN DOELGROEP

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: erkenningsbesluit, vroegere verslaggeving

UITBATINGSPLAATS

De uitbatingsplaats wordt binnen de organisatie 'Zevenhuizen' genoemd.

Soort uitbatingsplaats

De voorziening is erkend als:

- FAM

De werking uitgebouwd op de uitbatingsplaats is erkend als:

- FAM

Op de uitbatingsplaats wordt enkel woonondersteuning aangeboden.

Toelichting

Op de site Zevenhuizen wonen 30 mensen, waarvan de meeste permanent residentieel zijn. Er is eveneens 1 persoon die aansluit bij de dagbesteding op de site.

Groote uitbatingsplaats

Er wordt woonondersteuning geboden aan 30 personen

Bezochte entiteiten

Tijdens het inspectiebezoek lag de focus op volgende zorgvorm:

- FAM

Alleen de infrastructuur voor woonondersteuning werd bezocht.

Deze infrastructuur wordt binnen de organisatie 'Zevenhuizen' genoemd.

Er werd een bezoek gebracht aan volgende leefgroepen:

Er zijn op deze uitbatingsplaats 7 leefgroepen binnen de woonondersteuning.

Toelichting

Er zijn 7 huizen met respectievelijk 6, 5, 4, 4, 6, 2 en 2 bewoners. Zeker bij de huizen van meer dan 2 bewoners is er een zekere leefgroepswerking, met gelijke aansturing, groepsactiviteiten, leefregels, enz.... Er zijn 2 teams, waartussen de 2 huizen verdeeld worden.

DOELGROEP

Op de uitbatingsplaats worden gebruikers opgevangen met als hoofdhandicap:

- ernstig tot licht mentale beperking

Naast de hoofdhandicap is er sprake van volgende bijkomende problemen:

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

INFRASTRUCTUUR

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers

ALGEMENE VASTSTELLINGEN

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (algemeen):

De site bestaat uit 7 huizen van telkens twee verdiepingen, die langs achter met elkaar verbonden zijn via een lang gebouw. Het lange gemeenschappelijke gebouw bevat ondersteunende diensten, vergaderzalen en kantoren en 2 polyvalente ruimtes die ook ingezet worden als dagbestedingsruimte.

Huis 1 en 2 : vormen een tweewoonst met in het midden een gemeenschappelijke keuken.

Op de bovenverdieping zijn er telkens 5 kamers (elk met WC en wastafel). Op de benedenverdieping van huis 1 is er nog een bijkomende kamer (ook met WC en wastafel) die iets ruimer is en die bestemd is voor eventuele gebruikers met motorische problemen. Verder bevat de benedenverdieping van elk huis een leefruimte met zithoek, eethoek, TV,...

Sanitair huis 1 en 2 : op de benedenverdieping van elk huis is er een rolstoeltoegankelijk toilet. Op de bovenverdieping van elk huis is er een badkamer met ligbad en douche.

Huis 4 en 5 is op identieke manier opgebouwd als huis 1 en 2.

Huis 3 is op analoge wijze opgebouwd : op de bovenverdieping zijn er 4 kamers (elk met WC en wastafel) en een gemeenschappelijke badkamer (met ligbad en douche). Op de benedenverdieping bevindt zich de leefruimte en een keuken.

Huis 6 en 7 zijn huizen voor telkens 2 bewoners (waaronder 1 koppel).

De bezochte infrastructuur voldoet aan volgende punten:

	Ja	Voor verbetering vatbaar	Nee
De infrastructuur is voldoende ruim	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De infrastructuur is voldoende aangepast aan de bewoners	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De infrastructuur kan voldoende geventileerd worden	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De temperatuur is aangepast	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De infrastructuur is voldoende onderhouden	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INDIVIDUELE RUIMTES

Het kameraanbod

Het kameraanbod bestaat uit:

Individuele kamers	30
Meerpersoonskamers	0
Kamers voor tijdelijk verblijf	0

Grootte van de kamers

Alle kamers voldoen aan de wettelijk bepaalde minimale oppervlakte.

Alle kamers voldoen aan de wenselijke oppervlakte van 16m².

SANITAIR

Algemeen

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (sanitair):
Elke individuele kamer heeft sanitaire cel met WC en wastafel.
Per huis is er een badkamer met een ligbad en een douche.

Er is voldoende sanitair.
Het sanitair is aangepast aan de gebruikers.

Beschikbaarheid van individueel sanitair

Kamers zonder sanitair	0
Kamers met enkel wastafel	0
Kamers met eigen natte cel	0
Kamers met toilet en wastafel	30

VASTGESTELDE TEKORTEN

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

MEDICATIE

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: directienota medicatie, medicatiefiches DJR, IR, GD

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 geen 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, ...

BELEID IN DE PRAKTIJK

Het medisch dossier

Er is een medisch dossier.

Persoonsgegevens over gezondheid worden apart bijgehouden.

Toelichting

- Medische gegevens zitten in aparte kافت : medische metingen, journaal door instellingsarts, medische verslagen externe behandelende artsen

- Er is een instellingsarts (psychiater) die tweewekelijks langskomt. Daarnaast wordt er gewerkt met plaatselijke huisartsen (samenwerkingsovereenkomst met artsen van het UGC Gent). Bewoners gaan meestal zelf op bezoek. Bewoners of hun vertegenwoordigers mogen steeds een eigen arts of specialist kiezen;

- Mandaat voor elke bewoner die medicatie neemt dat instelling medicatie mag afhalen.

- Er zijn medicatiefiches voor alle relevante bewoners.

- De orthoagoog is verantwoordelijk voor het up-to-date houden van de medicatiefiches.

Aanpassingen aan de medicatie worden doorgegeven via consultbladen, bij voorkeur in te vullen door behandelende arts. In dringende gevallen of als de instellingsarts op huisbezoek komt wordt er soms ook iets bijgeschreven op de bestaande medicatiefiche. Dit wordt dan door de orthoagoog verwerkt in de volgende bijwerking.

- Medicatiefiches hebben een datum en bevatten enkel de structurele medicatie. Tijdelijke medicatie wordt bijgeschreven in het logboek.

- Medicatievoorraad bevindt zich in het afgesloten dokterskabinet. De dag- en weekrantsoenen bevinden zich in een afgesloten kast in de leefgroep.

- De verdeling in weekdoosjes gebeurt door de medisch deelverantwoordelijke (per team aangeduid onder de begeleiders). Er is een dubbelcheck.

Gebruik van een medicatiefiche

Er wordt met een medicatiefiche gewerkt.

De medicatiefiche biedt enkel een overzicht van de structurele medicatie.

De medicatiefiches zijn geactualiseerd.

Communicatie over toe te dienen medicatie

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

- er is een verantwoordelijke aangeduid voor de actualisatie van de medicatiefiches
- er wordt actief informatie verzameld over medicatie voorgeschreven door een externe arts

Klaarzetten van medicatie

De medicatie wordt klaargezet door:

- medisch deelverantwoordelijke

Toedienen van medicatie

De medicatie wordt toegediend door:

- begeleider

Er is niet bevraagd of de toediening van medicatie wordt 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
- Dokterskantoor

De medicatie is veilig bewaard.

Kennis van de afspraken

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

VASTGESTELDE TEKORTEN

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

TOEZICHT 'S NACHTS

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

Slapende nacht onder de begeleiders.

BESCHIKBAARHEID VAN EEN OPROEPSYSTEEM

Er zijn geen bewoners die nood hebben aan oproepmogelijkheid vanuit de kamer.

Toelichting

Meeste bewoners kunnen zelf signalen geven.
Er is wel een detectiesysteem op alle deuren dat door sommige bewoners gehanteerd wordt als oproepsysteem.
Oproepen slapende nacht zijn eerder zeldzaam.

INZETTEN VAN EXTRA TOEZICHT

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

FLEXIBILITEIT

Er is niet bevraagd of deze werkwijze(s) gericht kan (kunnen) ingezet worden naargelang de nood van de gebruiker.

AFSLUITEN VAN DE KAMER

Er zijn geen gebruikers waarvan de kamer 's nachts wordt afgesloten.

VASTGESTELDE TEKORTEN

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

INFORMATIEOVERDRACHT

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: Logboeken team 1 en team 2, verslagen teamvergadering Team A

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

- Logboek bewonersobservaties : losbladig observatieblad in mappen per bewoner
- Praktisch logboek

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:

14 dagen

Toelichting

Laatste vergaderingen team 1 : 4/6; 21/5; 7/5

VASTGESTELDE TEKORTEN

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

INDIVIDUELE DIENSTVERLENINGSOVEREENKOMST

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers

- ingekeken documenten: dossiers RG, PN, GVO

Vaststellingen op basis van de geïnspecteerde dossiers:

Er is een individuele dienstverleningsovereenkomst (IDO)	
3 / 3	aantoonbaar
0 / 3	niet aantoonbaar
0 / 3	nee, maar de opname is minder dan 6 maanden geleden
0 / 3	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

De IDO 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

De IDO is opgemaakt in overleg met de gebruiker of zijn vertegenwoordiger	
3 / 3	aantoonbaar
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
3 / 3	zowel de gebruiker zelf als de vertegenwoordiger worden betrokken
0 / 3	alleen de vertegenwoordiger wordt betrokken
0 / 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 IDO is aangepast aan de gebruiker	
3 / 3	aantoonbaar
0 / 3	niet aantoonbaar
0 / 3	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

De voorziening maakt gebruik van de ervaringen en inzichten van de gebruiker	
3 / 3	aantoonbaar
0 / 3	niet aantoonbaar
0 / 3	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

VASTGESTELDE TEKORTEN

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

PRIVACY

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: verschillende nota's rond privacy (baden, dossiers,...)

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 gebruik van sanitair, verzorgingsruimtes zijn deze afgesloten.
- Er wordt niet gesproken over bewoners in hun nabijheid.

Toelichting

Elk huis heeft eigen voordeur. Elke bewoner beschikt over sleutel.

VASTGESTELDE TEKORTEN

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

AFZONDERINGSMAATREGELEN

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: procedure afzonderingsmaatregelen

ALGEMEEN BELEID

Er wordt geen gebruik gemaakt van afzonderingsmaatregelen.

Toelichting

Er was vroeger een time-out ruimte die op dit ogenblik leeg staat (werd niet gebruikt). Men denkt na over een herbestemming van de ruimte.

VASTGESTELDE TEKORTEN

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

BESLUIT

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Er werden geen aandachtspunten of tekorten geformuleerd.

De inspecteur(s),

Steven Cozijns