

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	Spoorweglaan 19,9840 De Pinte
-------	-------------------------------

OPDRACHT

Nummer	O-2015-STCO-0015
Datum	22/07/2015
Inspecteur(s)	Steven Cozijns

VERSLAG

Nummer	V-2015-STCO-0056
Datum	22/07/2015

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Onaangekondigd bezoek op 22/07/2015 (9:30-12:30)
Gesprekspartners	Hendrik De Keyser, woonverantwoordelijke Sabrine Roelandt, orthoagoge

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 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 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 'De Rank' 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

In de Rank zijn er 14 bewoners gehuisvest in een permanent residentieel systeem (5 dagen). Gemiddeld een 9-tal bewoners verblijven er ook in het weekend. Er is één vrouwelijke bewoonster (eigen kamer).

Grootte uitbatingsplaats

Er wordt woonondersteuning geboden aan 14 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 'De Rank' genoemd.

Er werd een bezoek gebracht aan volgende leefgroepen:

- De Rank

Er zijn op deze uitbatingsplaats 1 leefgroepen binnen de woonondersteuning.

Toelichting

Er is één grote leefgroep van 14 mensen.

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

INFRASTRUCTUUR

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers

ALGEMENE VASTSTELLINGEN

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (algemeen):

De Rank is gevestigd in een grote villa in een residentiële woonwijk op ongeveer 2 km van het centrum van De Pinte. Hoewel mooi gelegen aan de rand van het dorp en in het groen is de villa op diverse punten verouderd.

Benedenverdieping :

- leefruimte 1 : met 2 zithoeken, eethoek,... kantoor begeleiding dat uitziet op deze leefgroep.
- leefruimte 2 met zithoek, TV hoek,... wordt ook ingezet als dagbestedingsruimte. Sommige bewoners sluiten aan bij dagbesteding in Vurste.
- Keuken
- sanitair : 2 toiletten
- 2 bewonerskamers telkens met wastafel

Bovenverdieping

- Bewonerskamers : 2 individuele bewonerskamers (elk met wastafel, één met wastafel én douche), 5 tweepersoonskamers (telkens met dubbele wastafel).
- toiletruimte met 2 toiletten
- doucheruimte met 2 douches

Buiten :

- grote tuin met moestuin
- ruim terras.

De bezochte infrastructuur voldoet aan volgende punten:

	Ja	Voor verbetering vatbaar	Nee
De infrastructuur is voldoende ruim	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 type="radio"/>	<input checked="" 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"/>

Toelichting

- Voldoende ruim, met uitzondering van sanitair (douches) en bewonerskamers (tweepersoonskamers).
- Niet toegankelijk voor mensen met zware motorische problemen. Onder de bewoners zijn er geen mensen met dergelijke problemen.
- geen airco, op sommige plaatsen onvoldoende verluchting : bij warm weer kan dit problemen opleveren.

INDIVIDUELE RUIMTES

Het kameraanbod

Het kameraanbod bestaat uit:

Leefgroep	De Rank
Individuele kamers	4
Meerpersoonskamers	5
Kamers voor tijdelijk verblijf	0

Het gebruik van een meerpersoonskamer is niet in alle gevallen een vrijwillige keuze.

Bij de meerpersoonskamers wordt onvoldoende aandacht geschonken aan het bewaken van de privacy.

Toelichting

Compartimentering door plaatsing kasten, waardoor de privacy onvoldoende kan gegarandeerd worden.

Grootte van de kamers

Alle kamers voldoen aan de wettelijk bepaalde minimale oppervlakte.

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

Reden:

- historisch zo gegroeid

Toelichting

In de tweepersoonskamers beschikken niet alle bewoners over 16 m2 individuele ruimte. In de eenpersoonskamers wel.

SANITAIR

Algemeen

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (sanitair):

- gelijkvloers : toiletruimte met 2 toiletten
- 1e verdiep : toiletruimte met 2 toiletten
- 1e verdiep : doucheruimte met 2 douches in 1 ruimte. Geen compartimentering tussen de douches (ruimte met 2 douchekoppen).

Er is onvoldoende sanitair.

Het sanitair is aangepast aan de gebruikers.

Toelichting

Onvoldoende douchegelegenheid : ruimte met 2 douchekoppen zonder compartimentering voor 13 bewoners.

Beschikbaarheid van individueel sanitair

Leefgroep	De Rank
Kamers zonder sanitair	0

Kamers met enkel wastafel	13
Kamers met eigen natte cel	0
Kamer met douche en wastafel	1

Toelichting

In de tweepersoonskamers is er telkens een dubbele wastafel

VASTGESTELDE TEKORTEN

- Er wordt niet overal voldaan aan de minimale eisen inzake sanitair (KB van 23/12/1970, hoofdstuk I in bijlage).
- De privacy van de bewoners in de tweepersoonskamers is onvoldoende gegarandeerd (compartimentering met kasten).

AANDACHTSPUNTEN

- De individuele ruimte die ter beschikking is van de bewoners in de tweepersoonskamers is voor verbetering vatbaar (ongeveer 12m²-14m²).
- De verluchting is op sommige plaatsen voor verbetering vatbaar. Dit probleem manifesteert zich vooral in periodes van grote hitte.

MEDICATIE

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: Medicatieprocedure, medicatiefiche SK, VMR, collectieve medicatiefiche.

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 apart in gele kaft : gewichtscurves, journaal door instellingsarts, medische verslagen externe behandelende artsen.
- Er is een instellingsarts (psychiater). Een arts uit De Pinte komt regelmatig langs. Er is een samenwerkingsovereenkomst maar deze arts is niet in dienst. Bewoners of hun vertegenwoordigers mogen steeds een eigen arts of specialist kiezen.
- Mandaat voor elke bewoner die medicatie neemt dat instelling medicatie mag afhalen.
- Aanpassingen aan de medicatie worden doorgegeven via consultbladen, bij voorkeur in te vullen door behandelende arts . De consultbladen worden verwerkt in de individuele medicatiefiches door de orthoagoge.
- uiteindelijke verantwoordelijke voor actualisatie individuele fiches is orthoagoge.
- Medicatiefiches bevatten datum.
- Tijdelijke medicatie wordt in het logboek geschreven.
- Daarnaast is er een collectieve medicatiefiche in de medicatiekast met zowel structurele als tijdelijke medicatie. Deze fiche dient als basis voor de medicatieverdeling en het toedienen. Actualisatie gebeurt door medische deelverantwoordelijke (één van de begeleiders).
- Bij de steekproef was de collectieve medicatiefiche voor SK niet geactualiseerd, waardoor de medicatiebedeling voor deze persoon niet correct verliep (weekdoosjes niet correct gevuld).

Gebruik van een medicatiefiche

Er wordt met een medicatiefiche gewerkt.

De medicatiefiche biedt enkel een overzicht van de structurele medicatie.

De medicatiefiches zijn geactualiseerd.

Toelichting

- individuele fiche bevat enkel structurele medicatie
- collectieve fiche bevat alle medicatie en dient als basis voor aanmaken week- en dagrantsoenen.

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:

- handmatig klaargezet door de begeleiding

Toedienen van medicatie

De medicatie wordt toegediend door:

- begeleider

De toediening van medicatie wordt niet 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
- het begeleiderslokaal

De medicatie is veilig bewaard.

Toelichting

- Voorraadkast in afgesloten lokaal slapende nacht
- Week- en dagrantsoenen in afgesloten kast in leefgroep

Kennis van de afspraken

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

VASTGESTELDE TEKORTEN

- Bij de steekproef was de collectieve medicatiefiche voor SK niet geactualiseerd, waardoor een correcte medicatiebedeling voor deze persoon niet kon gegarandeerd worden.

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

Eén persoon is slapende nacht. Bij ernstige agogische of logistieke problemen is er een permanentie.
Nachtdienst maakt ook zijn notities in de logboeken.

BESCHIKBAARHEID VAN EEN OPROEPSYSTEEM

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

Toelichting

Alle bewoners zijn nog in staat om zelf signalen te geven bij eventuele problemen. Het aantal nachtoproepen is eerder beperkt.

INZETTEN VAN EXTRA TOEZICHT

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

Toelichting

Soms extra toezicht bij ziekte van een bewoner.

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, verslagen teamvergadering.

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 : uurroosters, to-do lijstjes

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 verslagen : 18/6, 4/6; 21/05

VASTGESTELDE TEKORTEN

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

INDIVIDUELE DIENSTVERLENINGSOVEREENKOMST

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: dossier SK, DSM, JR

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

1 / 3	aantoonbaar
2 / 3	aantoonbaar, maar niet volgens de overeengekomen frequentie
0 / 3	niet aantoonbaar

De IDO is opgemaakt in overleg met de gebruiker of zijn vertegenwoordiger

2 / 3	aantoonbaar
1 / 3	niet aantoonbaar
0 / 3	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

Het overleg wordt georganiseerd met volgende betrokkenen

0 / 2	alleen de gebruiker zelf wordt betrokken
1 / 2	zowel de gebruiker zelf als de vertegenwoordiger worden betrokken
0 / 2	alleen de vertegenwoordiger wordt betrokken
1 / 2	het is niet mogelijk om de gebruiker zelf te betrekken; alleen de vertegenwoordiger wordt betrokken
0 / 2	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

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

FASTGESTELDE TEKORTEN

- In meer dan één dossier is de individuele dienstverleningsovereenkomst weliswaar geëvalueerd, maar niet volgens de overeengekomen frequentie (BVR van 04/02/2011, artikel 15).

AANDACHTSPUNTEN

- In één dossier is het overleg met de gebruiker of met zijn vertegenwoordiger niet aantoonbaar.

PRIVACY

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: teksten rond privacy op verschillende deelgebieden.

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.

Volgende punten zijn voor verbetering vatbaar:

- Bij het gebruik van collectief sanitair worden onvoldoende inspanningen geleverd om de privacy van de gebruiker te garanderen.

FASTGESTELDE TEKORTEN

- Er is een collectieve douche (ruimte met 2 douchekoppen). Bij gelijktijdig gebruik kan de privacy niet gegarandeerd worden (geen compartimentering).

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

AFZONDERINGSMAATREGELN

Bron:

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

ALGEMEEN BELEID

Er wordt geen gebruik gemaakt van afzonderingsmaatregelen.

VASTGESTELDE TEKORTEN

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

BESLUIT

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Er werden meerdere tekorten vastgesteld. Aan de voorziening wordt gevraagd om de nodige corrigerende en preventieve maatregelen te nemen om de werking volledig te conformeren met de regelgeving.

Er werden meerdere aandachtspunten geformuleerd ter overweging voor het realiseren van een nog betere werking.

TEKORTEN DIE AANLEIDING GEVEN TOT EEN OPVOLGINGSINSPECTIE

- Er wordt niet overal voldaan aan de minimale eisen inzake sanitair (KB van 23/12/1970, hoofdstuk I in bijlage).
-

De inspecteur(s),

Steven Cozijns