

DEPARTEMENT ZORG

Zorginspectie

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG: GEHANDICAPTENZORG

INRICHTENDE MACHT

Naam	Organisatie Broeders van Liefde
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	VZW
Ondernemingsnummer	0406633304
Adres	Stropstraat 119, 9000 Gent

INSPECTIEPUNT

Naam	OC Ebergiste
HCO-nummer	201130
Adres	Leenstraat 31, 9890 Gavere

UITBATINGSPLAATS

Naam	OC Ebergiste - campus Huize Vander Schueren
Adres	Eiland 2, 9520 SINT-LIEVENS-HOUTEM

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	31/07/2024
Verslagnummer	ZI-2024-02602
Inspecteur	Steven Cozijns

INSPECTIEBEZOEK

OC Ebergiste - campus Huize Vander Schueren

Onaangekondigde inspectie op 31/07/2024 (09:30-13:00)

Gesprekspartners	Luc Aelbrecht (algemeen directeur)
	Joke Declercq (begeleider)
	Helga Scheerlinck (begeleider)
	Joke Baertsoen (ortho-agoge)

INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	3
• Basisgegevens	6
• Infrastructuur	8
o Algemene beschrijving van de infrastructuur	8
o Infrastructuur voor gemeenschappelijk gebruik	8
o Persoonlijke leef -en slaapruijnte	9
o De afzonderingsruimte	10
• Medewerkersbeleid	11
o Inzet van personeel in de praktijk	11
• Ondersteuning	13
o Het dossier	13
o Het handelingsplan	13
• Dagelijks leven	16
• Medicatie	19
• Vrijheidsbeperkende maatregelen	22
o Gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen	22
• Besluit	24

LEESWIJZER

Situering Zorginspectie

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Zorg van de Vlaamse overheid en is bevoegd voor het toezicht op:

- organisaties die door het Departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund, geattesteerd of gesubsidieerd worden;
- persoonlijke budgetten en hulpmiddelen toegekend aan personen met een handicap;
- personen of organisaties waarvan redelijkerwijze kan worden vermoed dat ze als zorgverlener, hulpverlener of voorziening optreden.

De Vlaamse overheid heeft ervoor gekozen om de inspectiefunctie te scheiden van de vergunnings-, erkennings- en subsidiëeringsfunctie. De functiescheiding tussen inspecteren en rapporteren enerzijds en beslissen over de gevolgen anderzijds, maakt dat Zorginspectie haar opdracht zo objectief, onpartijdig en onafhankelijk mogelijk kan vervullen.

Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

- toezicht houden op de naleving van gestelde eisen;
- concrete beleidsadvies op basis van de inspectievaststellingen;
- een beeld schetsen van een hele sector op basis van inspectievaststellingen.

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- het verbeteren van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van de voorzieningen;
- het rechtmatig besteden van overheidsmiddelen;
- een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

Hoe werkt Zorginspectie?

Zorginspectie voert haar inspectiebezoeken uit en stelt haar inspectieverlagen op conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen houdt Zorginspectie rekening met de privacy van alle betrokken partijen.

Meer informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de

Gegevensbeschermingsautoriteit: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

Meer informatie is te vinden op onze website: www.zorginspectie.be.

Binnen 30 dagen na het inspectiebezoek ontvangt het inspectiepunt en (in voorkomend geval) de klachtindieners het ontwerpverslag. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden om - gedurende een periode van 14 kalenderdagen - schriftelijk te reageren op onjuistheden in het ontwerp van het inspectieverlag.

Wie is waarvoor verantwoordelijk?

Zorginspectie heeft de opdracht om via inspectie na te gaan of de regelgeving wordt nageleefd en de werking van de vergunde, erkende en gesubsidieerde voorzieningen voor personen met een handicap beantwoordt aan de geïnspecteerde regelgeving.

Het **Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)** is bevoegd voor de vergunning, erkenning en subsidiëring van deze voorzieningen en is verantwoordelijk voor de handhaving van de regelgeving. De finale beoordeling van het dossier komt dit agentschap toe. Het VAPH beschikt naast het inspectieverlag ook over andere dossier-elementen voor die beslissing.

Waarop is de inspectie gebaseerd?

De beoordeling of de geïnspecteerde werking voldoet aan de voorwaarden is gebaseerd op volgende regelgeving en infonota's:

- Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de **kwaliteit** van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen;
- Decreet van 7 mei 2004 betreffende de **rechtspositie** van de **minderjarige** in de integrale jeugdhulp;
- Decreet van 12 juli 2013 betreffende de **integrale jeugdhulp**;

- 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 of aanbieders van zorg;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 10 juli 2008 houdende de wijze van vereffening van een vrij besteedbaar **bedrag** en de toekenning ervan aan de **minderjarigen** aan wie residentiële jeugdhulpverlening geboden wordt, ter uitvoering van een beschikking van de jeugdrechtbank of van een advies van het bureau voor bijzondere jeugdbijstand, in voorzieningen die erkend en gesubsidieerd zijn door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;
- 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 de erkenning en subsidiëring van **multifunctionelecentra** voor personen met een handicap;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juni 2016 houdende het **vergunnen** van aanbieders van **niet-rechtstreeks toegankelijke** zorg en ondersteuning voor personen met een handicap;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juni 2016 over de **besteding van het budget** voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning voor meerderjarige personen met een handicap en over organisatiegebonden kosten voor vergunde zorgaanbieders;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 22 februari 2013 betreffende **rechtstreeks toegankelijke hulp** voor personen met een handicap
- Infonota's van het Vlaams Agentschap voor

De integrale regelgeving en infonota's vindt u op www.vaph.be.

Wat leest u in dit inspectieverslag?

Doorheen de inspectie wordt nagegaan hoe werkwijzen en praktijk in elkaar zitten en of deze voldoen aan de regelgeving. Elke inspectie is een momentopname.

Inspecties gebeuren aangekondigd of onaangekondigd, via een inspectiebezoek ter plaatse of op stukken. Er wordt geobserveerd, in gesprek gegaan met medewerkers en verantwoordelijken, rondgegaan in de infrastructuur die binnen de werking wordt ingezet en documenten worden ingekeken.

In dit verslag wordt per bevroegd item genoteerd wat de inspecteur heeft vastgesteld en wat zijn/haar beoordeling is. Hiervoor worden standaardvragen gebruikt, waar nodig aangevuld met een toelichting. Niet alle elementen uit de regelgeving komen aan bod tijdens elke inspectie. Toch moet aan alle elementen uit de regelgeving worden voldaan: ze komen ofwel aan bod bij een volgend inspectiebezoek of het toezicht erop behoort tot de opdracht van het VAPH.

In het verslag wordt aangegeven of er aandachtspunten en/ of inbreuken zijn genoteerd:

- Een **inbreuk** wordt genoteerd bij de niet-naleving van de regelgeving door actoren in de zorg. Onder regelgeving wordt niet alleen wetgeving verstaan, maar ook geformaliseerde afspraken (Decreet van 19/01/2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, artikel 2, 6° en artikel 3).
- Door middel van een **aandachtspunt** wordt aandacht gevraagd voor bijsturing van bepaalde elementen uit de werking van de zorgaanbieder, zonder dat er sprake is van een inbreuk. Zorginspectie vraagt hiervoor aandacht met het oog op de optimale werking van de zorgaanbieder in functie van de verbetering van de kwaliteit van zorg geboden aan de gebruiker.

De uitgebreide beschrijving van alle vaststellingen wordt gebundeld in het besluit bij het verslag.

Indien een zorgaanbieder niet voldoet aan de vereisten voor een verantwoorde ondersteuning, kunnen de inbreuken aanleiding geven tot een opvolgingsbezoek. Een opsomming van dergelijke inbreuken komt expliciet aan bod in het besluit.

Het besluit vermeldt ook welke eerder vastgestelde inbreuken zijn weggewerkt of worden behouden. Het kan ook zijn dat een eerder vastgestelde inbreuk niet werd gecontroleerd (bijvoorbeeld omdat de remediëringstermijn nog loopt) of dat de inbreuk de kwalificatie "niet toetsbaar" krijgt (het gaat dan om specifieke gevallen waarover op moment van het inspectiebezoek geen uitspraak kan worden gedaan).

In het verslag wordt gesproken over "de **zorgaanbieder**" ongeacht de specifieke zorg en ondersteuning die wordt aangeboden door het inspectiepunt. Zowel voor volwassenen als voor minderjarigen wordt de term

"gebruiker" gehanteerd.

Wat na de inspectie?

Na het inspectiebezoek ontvangt u het ontwerpverslag met de vaststellingen en is er reactiemogelijkheid. In de begeleidende e-mail bij het inspectieverslag vindt u meer informatie over het opzet van de reactiemogelijkheid.

Het inspectieverslag wordt door Zorginspectie bezorgd aan het VAPH dat zich vervolgens uitspreekt over de mogelijke gevolgen van de inspectie. 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). Remediëring en verbeterplannen bezorgt u aan het VAPH.

Verslagen waaruit de persoonsgegevens zijn verwijderd, zijn geschikt voor ruimere verspreiding. Zij kunnen worden opgevraagd via openbaarheid.zorginspectie@vlaanderen.be of via het online invulformulier op de website.

BASISGEGEVENS

SITUERING VAN DE INSPECTIE

De inspectie gaat over:

- dagelijkse werking

GEGEVENS VAN DE ORGANISATIE

Vastgesteld op basis van:

Database Cobrha

VERGUNNING/ERKENNING

De organisatie is erkend en/of vergund als:

- vergunde zorgaanbieder
- aanbieder van rechtstreeks toegankelijke hulp
- aanbieder ondersteuning voor geïnterneerden
- observatie-, diagnose- en behandelunit (ODB-unit)
- Begeleider arbeidsmatige activiteiten WVG

De organisatie biedt zorg en ondersteuning aan:

- volwassenen, namelijk:
 - woonondersteuning
 - dagondersteuning
 - begeleiding

Totaal aantal gebruikers (in koppen) dat zorg en ondersteuning krijgt aangeboden door de organisatie:
300-tal residentiële gebruikers

UITBATINGSPLAATS

Soort uitbatingsplaats

Op deze uitbatingsplaats wordt zorg en ondersteuning geboden aan:

- volwassenen, namelijk:
 - woonondersteuning
 - dagondersteuning

De dagondersteuning die op deze uitbatingsplaats wordt aangeboden, is gericht op volwassenen die

- ook op deze uitbatingsplaats wonen

FOCUS INSPECTIE

**De vaststellingen in dit verslag hebben betrekking op
WOONONDERSTEUNING**

Huize Vander Schueren

aantal gebruikers: 15

leeftijd: 21j-79j

De volledige uitbatingsplaats kwam aan bod.

DOELGROEP

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen

De organisatie biedt zorg en ondersteuning aan volgende doelgroep(en):

- matig verstandelijke handicap

INFRASTRUCTUUR

Infrastructuur kan bijdragen aan een goede kwaliteit van leven voor de gebruikers en de geboden zorg en ondersteuning faciliteren. Er wordt getoetst of er zich binnen de geïnspecteerde werking problemen stellen op dit vlak.

ALGEMENE BESCHRIJVING VAN DE INFRASTRUCTUUR

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang

De infrastructuur van de geïnspecteerde werking betreft infrastructuur waar gebruikers wonen en/of (een deel) van de dag doorbrengen.

De infrastructuur van de geïnspecteerde werking:

- betreft een gezinswoning.

Toelichting:

Het betreft een grote villa gelegen in het centrum van Sint-Lievens-Houtem

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

INFRASTRUCTUUR VOOR GEMEENSCHAPPELIJK GEBRUIK

Er wordt getoetst of de gedeelde infrastructuur tegemoet komt aan de zorgnoden van de gebruikers.

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang

De vaststellingen in dit hoofdstuk hebben betrekking op Huize Vander Schueren

Binnen deze entiteit zijn er voor de gebruikers volgende gemeenschappelijke ruimtes:

- eetruimte
- zitruimte
- keukenfaciliteit
- toiletten
- bad- en/of doucheruimte
- buitenruimte
- dagbestedingslokalen/atelierruimtes
- therapieruimte

Er is geen verzorgingsruimte.

De meeste gebruikers zijn zelfredzaam. Twee personen worden verzorgd via een thuisverplegingsdienst.

Verzorging gebeurt in eigen kamer of in badkamer

Het gebouw heeft meer dan één bouwlaag.

Er is geen lift.

Toelichting:

Zware motorische problemen zijn een tegenindicatie voor opname in deze site.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

PERSOONLIJKE LEEF -EN SLAAPRUIMTE

Er wordt getoetst of de individuele leef- en slaapruijnte tegemoet komt aan de zorgnood van de gebruikers.

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang

DE VASTSTELLINGEN IN DIT HOOFDSTUK HEBBEN BETREKKING OP HUIZE VANDER SCHUEREN

Aanbod persoonlijke leef-en slaapruijnte

De persoonlijke leef- en slaapruijnte bestaat uit:

- individuele kamer(s) 15

Kamers van gebruikers worden bij afwezigheid niet ter beschikking gesteld van andere gebruikers.

Grootte van de persoonlijke leef- en slaapruijnte

Er zijn individuele kamers/studio's die kleiner zijn dan 16m² (sanitair inbegrepen).

Aantal: 4

Er zijn geen individuele kamers/studio's die kleiner zijn dan 12m² (sanitair inbegrepen).

Uitrusting van de leef- en slaapruijnte

De leef-en slaapruijntes beschikken over volgend sanitair

- Individuele wastafel 15

De individuele leef- en slaapruijntes zijn niet uitgerust met een toezichtssysteem (hiermee wordt bedoeld dat toezicht kan worden gehouden zonder de kamer te betreden).

De individuele leef- en slaapruijntes zijn niet uitgerust met een communicatiesysteem.

Gebruikers van een kamer die niet is uitgerust met een communicatiesysteem, kunnen de begeleiding op de volgende manier contacteren:

- zij gaan zelf naar de kamer van de slapende nacht
- Drukknopsysteem op polsband (voor 1 gebruiker)

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

DE AFZONDERINGSRUIMTE

Het gebruik van een afzonderingsruimte kan een grote impact hebben op de kwaliteit van leven van de gebruiker. Er wordt getoetst of er elementen zijn die kunnen leiden tot onveilige situaties en of een aantal randvoorwaarden zijn vervuld die een minimaal comfort moeten garanderen.

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang

Er is geen afzonderingsruimte binnen de geïnspecteerde werking.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

MEDEWERKERSBELEID

INZET VAN PERSONEEL IN DE PRAKTIJK

Het kunnen inzetten van voldoende medewerkers doorheen de hele dag is een belangrijke randvoorwaarde om kwaliteit van zorg te kunnen bieden. Er wordt getoetst hoe de organisatie hier op inzet en anticipeert op drukke momenten.

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang, uurrooster

De vaststellingen in dit hoofdstuk hebben betrekking op Huize Vander Schueren

INZET OVERDAG

Het dienstrooster/uurrooster is als volgt uitgewerkt (op hoofdlijnen):

Tijdens vakantiedagen :

2 dagdiensten :

8u30-16u30

10-18u

1 slapende nacht :

17u-9u

Tijdens niet vakantiedagen : 3 tot 4 dagdiensten.

Er zijn (piek)momenten in het dagverloop van een doorsnee dag waarop bijkomende ondersteuning wordt ingezet (afgetoetst op het dienstrooster/uurrooster).

Het gaat om volgende momenten:

- ochtendtoilet

Deze ondersteuning bestaat uit:

- inzetten van thuisverpleging

Toelichting:

Voor 2 personen komt er een thuisverplegingsdienst

Het aantal aanwezige medewerkers op moment van het inspectiebezoek strookt met het dienstrooster/ uurrooster.

Aantal medewerkers aanwezig op moment van het inspectiebezoek: 2

Aantal aanwezige gebruikers: 11

INZET 'S NACHTS

Aantal gebruikers 's nachts aanwezig op de uitbatingsplaats: 15

Aantal medewerkers 's nachts aanwezig op de uitbatingsplaats: 1

Aantal wakende nacht: 0

Aantal slapende nacht: 1

EXTRA ONDERSTEUNING

Indien zich een agressie-incident voordoet binnen de (leef)groep, woning,... kan fysieke bijstand worden opgeroepen die aanwezig is:

- binnen de 15 tot 30 minuten, overdag
- binnen de 15 tot 30 minuten, 's nachts

Indien zich een agressie-incident voordoet binnen de (leef)groep, woning,... kan geen fysieke bijstand worden opgeroepen die aanwezig is:

- binnen de 15 minuten, overdag
- binnen de 15 minuten, 's nachts

Toelichting:

Er is 1 bewoner met een agressie-problematiek. De plaatselijke politie is hiervan op de hoogte en kan desgewenst vlug ter plaatse zijn. Dit is nog niet nodig gebleken tot nu toe.

INFORMATIEOVERDRACHT

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, dagboek, gebruikersdossiers

De informatie-uitwisseling (overdracht) tussen de medewerkers loopt als volgt:

- Mondelinge overdracht
- Door het invullen van het logboek/dagboek/agenda... Dit is een verplicht onderdeel van de taken.
- Door het lezen van het logboek/dagboek/agenda... Dit is een verplicht onderdeel van de taken.
- Overlapping in de diensten

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

ONDERSTEUNING

HET DOSSIER

Elke gebruiker heeft recht op een dossier dat zorgvuldig wordt bijgehouden en veilig wordt bewaard (BVR van 04/02/2011, artikel 23). Het dossier geeft aan de medewerkers de relevante informatie om de zorg en ondersteuning op een kwaliteitsvolle manier te bieden. De beschikbaarheid en veilige bewaring van dossiers wordt getoetst binnen de geïnspecteerde werking.

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang, gebruikersdossiers

Er wordt gewerkt met een dossier voor elke gebruiker.

Het betreft een elektronisch dossier

Het dossier is consulteerbaar op de uitbatingsplaats.

Het dossier van een beroepsoefenaar in de gezondheidszorg wordt afzonderlijk bewaard.

Medewerkers hebben enkel toegang tot de dossiers van de gebruikers van wie ze betrokken zijn op de ondersteuning.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

HET HANDELINGSPLAN

Er wordt voor een steekproef van gebruikers getoetst of hun wensen en noden op verschillende levensdomeinen deel uitmaken van het dossier en of het handelingsplan actueel is. Wordt de gebruiker zelf betrokken bij de opmaak en evaluatie van het handelingsplan, is er aandacht voor toegankelijke communicatie, wordt er actief gewerkt met het handelingsplan,...? Kortom komt het handelingsplan in de geboden zorg en ondersteuning tot leven?

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang, gebruikersdossiers

Er werd een steekproef van 3 cases ingekeken.

- aantal cases waarbij de gebruiker een **bewindvoerder voor persoon** heeft **binnen** het eigen **netwerk**: 1
- aantal cases waarbij de gebruiker een **bewindvoerder voor persoon** heeft **buiten** het eigen **netwerk**: 1
- aantal cases waarbij de meerderjarige gebruiker volgens de gesprekspartner **zelfstandig** zijn rechten kan uitoefenen: 1

Op basis van de inzage in deze steekproef wordt het volgende vastgesteld:

Wensen en noden van de gebruikers op de verschillende domeinen van leven waarvoor hij/zij ondersteuning wil, maken deel uit van het dossier.

- ja in 3 cases

Er is een **actueel handelingsplan**.

- ja in 2 cases
- nee in 1 case

De handelingsplannen dateren van:

25/2/2022

13/3/2024

31/8/2021

De voorgelegde handelingsplannen stemmen overeen met de huidige zorgvragen en ondersteuning.

- ja in 2 cases

Het **handelingsplan** is ondertekend.

- ja in 3 cases

Het handelingsplan is ondertekend door:

- de vertegenwoordiger alleen in 1 case
- zowel de gebruiker als de vertegenwoordiger in 1 case
- de gebruiker en derde in 1 case

De gebruiker heeft niet ondertekend omwille van volgende reden:

- de gebruiker heeft een bewindvoerder voor persoon in 1 case

De **gebruiker** krijgt een **kopie** van het handelingsplan.

- nee in 3 cases

De gebruiker krijgt geen exemplaar omwille van volgende reden:

- de gebruiker wenst geen exemplaar in 3 cases

De **vertegenwoordiger** krijgt een **kopie** van het handelingsplan.

- nee in 2 cases

De vertegenwoordiger krijgt geen exemplaar omwille van volgende reden:

- de vertegenwoordiger wenst geen exemplaar in 2 cases

De **handelingsplannen** worden opgemaakt met

- de gebruiker en de vertegenwoordiger in 3 cases

De inspraak van de gebruiker is gegarandeerd door:

- zijn aanwezigheid op de handelingsplanbespreking in 3 cases

De inspraak van de vertegenwoordiger is gegarandeerd door:

- zijn aanwezigheid op de handelingsplanbespreking in 3 cases

*Er is verder ingegaan op de 3 cases waarbij de inspraak gegarandeerd wordt door een **voorbereidend overleg met de gebruiker en/of aanwezigheid van de gebruiker op de handelingsplanbespreking.***

Het overleg is op maat van de gebruiker

- ja in 3 cases

Het overleg is op maat van de gebruiker door:

- de gebruiker te laten aansluiten bij een deel van de handelingsplanbespreking in 3 cases
- gebruik te maken van aangepaste communicatie (smog, picto's, filmpjes, foto's, ...) in 3 cases

Het **handelingsplan** bevat **actiepunten en/of doelstellingen**

- ja in 3 cases

Er is verder ingegaan op 3 cases die actiepunten en/of doelstellingen bevatten

De actiepunten en doelstellingen zijn *smart* geformuleerd

- ja in 3 cases

Er is opgenomen wie *verantwoordelijk* is voor de uitvoering en opvolging van de actiepunten en/of doelstellingen

- ja in 3 cases

De acties en doelstellingen zijn *toegankelijk gecommuniceerd* aan de gebruiker

- ja in 3 cases

De acties en doelstellingen zijn *toegankelijk gecommuniceerd* aan de gebruiker door:

- gebruik van aangepaste taal in 2 cases
- gebruik van picto's, foto's, ... in 3 cases

De *opvolging* van de actiepunten en/of doelstellingen is *aantoonbaar*.

- ja in 3 cases

Toelichting bij de opvolging van de actiepunten en/of doelstellingen:

- Case 1 : werkpunten per levensdomein, opvolging door aandachtsbegeleider, volledige evaluatie om de 3 jaar, ook evaluaties tussendoor.
- Case 2 : idem case 1.
- Case 3 : idem case 1.

Er wordt in de cases actief gezocht naar **samenwerking met derden** indien de zorgaanbieder niet kan voorzien in bepaalde noden van de gebruiker.

- nee, de zorgaanbieder kan zelf alle noden beantwoorden in 3 cases

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

- De gebruiker/vertegenwoordiger krijgt geen kopie van het handelingsplan.

DAGELIJKS LEVEN

Een zorgaanbieder moet naast goede ondersteuning geven aan zijn gebruikers, ook zorgen dat de gebruiker maximaal kan leven zoals hij/zij wil. Een zinvolle daginvulling binnen en buiten de eigen voorziening, met respect voor de keuze van de gebruiker heeft een positief effect op zijn/haar welbevinden. Het onderhouden van persoonlijke contacten met voor de gebruiker belangrijke personen, individuele momenten met een begeleider en een zo normaal mogelijk dagritme dragen hier eveneens aan bij. Deze facetten worden getoetst.

De vaststellingen in dit hoofdstuk hebben betrekking op Huize Vander Schueren

DAGINVULLING

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang, gebruikersdossiers, dagschema's

	Op deze uitbatingsplaats	Op een andere uitbatingsplaats van de zorgaanbieder	Extern aan de zorgaanbieder
Voltijds onderwijs			
Deeltijds onderwijs			
Onderwijs aan huis			
Dagbesteding		X	
Begeleid werk			X
Zorgboerderij			
Vrijwilligerswerk			
Betaalde arbeid			
Andere			

De dagbesteding wordt concreet vertaald in volgende ateliers/workshops/activiteiten/therapie:

- Alle bewoners nemen deel aan huishoudelijke activiteiten. Er is een dagschema met pictogrammen op een TV-scherm in de living.
- Er is dagbesteding in dagcentrum Borgwal (van Ebergiste) voor een deel van de bewoners
- Begeleid werken in wereldwinkel, manège,...
- Enclavewerk met de ergo in plaatselijke lagere school, ophalen zwerfvuil,....

De gebruikers hebben de keuzevrijheid om al dan niet deel te nemen aan de dagbesteding.

Toelichting:

Verouderende gebruikers kunnen er ook voor opteren om hun dagbesteding enkel op de site zelf te doen.

Er wordt regelmatig gepeild in welke mate de gebruikers nog tevreden zijn met hun daginvulling.

Er wordt ingegaan op veranderende keuzes van de gebruikers.

Er is een jaarlijkse bevraging/evaluatie voor de hoofdlijnen van de dagbesteding. De detailtaken worden vastgelegd in een dagschema. De bewoner kan hierover overleggen met de begeleiding.

De dagstructuur ziet er in de week als volgt uit:

- Rond 8u ontbijt.
- Personen die op de site huishoudelijke taken doen : voormiddag en namiddag gedeelte omschreven op scherm met pictogrammen.
- Personen met externe dagbesteding : klaar tegen 8u30 à 9u : worden opgehaald om 9u.
- Middagmaal op de site (bereid samen met de bewoners)
- Rond 18u : avondmaal.

- Rond 22u : iedereen op de eigen kamer.

De gebruikers die in het weekend blijven, verblijven in dezelfde leefgroep/woning.

De gebruikers die in een vakantieperiode blijven, verblijven in dezelfde leefgroep/woning.

De dagstructuur op weekdagen is niet verschillend van de dagstructuur in weekends.

De dagstructuur op weekdagen is niet verschillend van de dagstructuur in vakanties.

Toelichting:

Meer dan 10 bewoners verblijven ook in het weekend op de instelling. De dagbesteding loopt gewoon door. Dagbestedingscentrum is gesloten. Er worden ad hoc activiteiten aangeboden.

De daginvulling in het weekend ziet er als volgt uit:

- Er worden hobby's en vrijetijdsactiviteiten aangeboden op de uitbatingplaats.
- Er wordt deelgenomen aan hobby's en vrijetijdsactiviteiten extern aan de organisatie.

Gebruikers hebben inspraak of keuze in de daginvulling van het weekend.

Toelichting:

Inspraak via wekelijks individueel overleg.

De daginvulling in vakantieperiodes ziet er als volgt uit:

- Er is een vast intern aanbod voor alle gebruikers.
- Er zijn vakantiecampen.
- Het aanbod blijft ongewijzigd (zelfde als buiten de vakantieperiodes).

Er is inspraak en keuze in de daginvulling tijdens de vakantie.

Toelichting:

De werking tijdens de vakantie loopt in principe door. De dagbestedingscentra blijven open. Er wordt om de 2 jaar een vakantiecamp georganiseerd. Er zijn ook ad hoc activiteiten (bv. naar Rock for Specials,...).

SOCIALE CONTACTEN

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang, gebruikersdossiers

De gebruikers kunnen contact onderhouden met de voor hen belangrijke personen via:

- Bezoek ontvangen
- Bezoek brengen aan de belangrijke personen
- Externe activiteiten
- Activiteiten die de woonvorm overstijgen
- Telefonische contacten

De gebruikers kunnen bezoek ontvangen in:

- de eigen kamer
- Tuin, terras

De gebruiker heeft de mogelijkheid om te telefoneren zonder aanwezigheid van een begeleider.

De zorgaanbieder zoekt naar een netwerk voor de gebruiker (met persoonlijke contacten voor die gebruiker alleen) indien er geen familie/netwerk is of weinig tot niet betrokken kan of wil worden.

Toelichting:

Poging tot netwerkvorming via vrijwilligers. Activiteiten via het oudercomité.;

INDIVIDUELE BEGELEIDER

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen

Er wordt gewerkt met een aandachtbegeleider, mentor of individuele begeleider.

De gebruikers hebben geen keuzevrijheid wat betreft hun individuele begeleider maar volgens de gesprekspartner kan dit wel op vraag van de gebruikers gewijzigd worden.

De gebruikers hebben individuele momenten met een begeleider (individuele gesprekken, individuele activiteiten,...).

De frequentie van deze individuele momenten is: Wekelijks

Toelichting:

Er is minstens wekelijks een individueel contact/gesprek met de aandachtsbegeleider.

LEEFREGELS

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, gebruikersdossiers

Er zijn leefregels van toepassing.

Deze leefregels zijn:

- Schriftelijk uitgewerkt.
- Informele afspraken.

De gebruikers worden betrokken bij de opmaak van de leefregels.

De leefregels worden op een voor de gebruikers begrijpbare manier gecommuniceerd,

Er zijn individuele afspraken met elke gebruiker omtrent praktische samenlevingsregels (GSM-gebruik, roken,...). Er is geen collectief reglement.

De leefregels worden regelmatig geëvalueerd.

De gebruikers worden betrokken bij de evaluatie van de leefregels.

Toelichting:

De individuele afspraken voor elke gebruiker worden minstens bij de evaluatie van het handlingsplan bekeken.

INSPRAAK IN HET DAGELIJKS LEVEN

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen

De zorgaanbieder biedt geen mogelijkheid aan gebruikers om met medegebruikers te vergaderen over de dagelijkse werking.

Toelichting:

Vroeger waren er kringgesprekken, men vond dit niet nuttig gelet op de doelgroep en men werkt liever individueel.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

- De zorgaanbieder biedt aan gebruikers geen mogelijkheid om met medegebruikers te vergaderen over de werking.

MEDICATIE

Een zorgaanbieder staat mee in voor de gezondheid van de gebruikers. Correcte omgang met medicatie is hierbij belangrijk. Er wordt nagekeken of een aantal randvoorwaarden vervuld zijn om dit hele proces veilig te laten verlopen, van het klaarzetten van medicatie tot het toedienen ervan.

BESCHIKBARE MEDISCHE INFORMATIE

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang, gebruikersdossiers, medicatiefiches

Medewerkers (die geen beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg zijn) beschikken over de nodige medische informatie die relevant is voor hun taak binnen de zorg voor en ondersteuning van de gebruikers (informatie over allergieën, symptomen waar men alert moet op zijn bijvoorbeeld bij epilepsie, toe te dienen medicatie...).

Deze informatie is voor de medewerker toegankelijk door middel van:

- Een medicatiefiche
- Het dossier van de gebruiker

Toelichting:

In het gebruikersdossier is er een rubriek medisch met elementaire informatie. Elke gebruiker heeft ook een medicatiefiche.

OVERZICHT TOE TE DIENEN MEDICATIE

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang, gebruikersdossiers, medicatiefiches, dagboek

Er is voor de gebruikers die medicatie nemen, een medicatiefiche met de toe te dienen medicatie (welke medicatie, op welk moment, dosis,...)

Het overzicht van de medicatie laat toe informatie te voorzien over verschillende soorten medicatie (structurele medicatie, tijdelijke medicatie,...).

De actualisatie van de medicatiefiches is gecontroleerd.

Aantal medicatiefiches bekeken: 3

Aantal medicatiefiches waarbij er overeenstemming is tussen de inhoud van de fiche en wat moet worden toegediend: 3

Medicatie naar aanleiding van een crisissituatie kan worden toegediend.

Er werden 1 dossier(s) bekeken waarbij een medewerker medicatie naar aanleiding van een crisissituatie kan toedienen.

Product is concreet vermeld

- Ja in 1 case(s)

Dosis is concreet vermeld

- Ja in 1 case(s)

De indicatiestelling voor toediening is concreet vermeld

- Ja in 1 case(s)

De toediening wordt geregistreerd

- Ja in 1 case(s)

Er is een niet vervallen voorraad van deze medicatie aanwezig

- Ja in 1 case(s)

Toelichting:

Er is crisismedicatie voorgeschreven voor 1 gebruiker. Het afgelopen jaar werd dit 1 keer toegepast.

KLAARZETTEN EN TOEDIENEN VAN MEDICATIE

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang, gebruikersdossiers, medicatiefiches, aftekenlijsten

De medicatie:

- Wordt klaargezet door een medewerker die op dienst is

Toelichting:

De weekdoosjes worden gemaakt door de begeleider die op woensdagnamiddag van dienst is. Er is een dubbelcheck door een andere begeleider.

De medicatie wordt toegediend door:

- De medewerker die op dienst is

Er is interne controle op het toedienen van medicatie door af te tekenen.

Deze werkwijze werd nagekeken.

Aantal toedieningsmomenten bekeken: 1

Aantal afgetekend zoals voorzien: 1

Toelichting:

Er worden aftekenlijsten gebruikt.

BEWAREN VAN MEDICATIE

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang, gebruikersdossiers

De medicatie wordt op een voor de gebruiker onbereikbare plaats bewaard.

Toelichting:

Hoofdvoorraad : in afgesloten kast in begeleiderslokaal; weekvoorraad : in afgesloten kist in begeleiderslokaal.

INCIDENTEN MET MEDICATIE

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang, dagboeknotitie, gebruikersdossiers

Er zijn afspraken over wat te doen bij een incident met medicatie (foute medicatie toegediend, medicatie niet toegediend, gebruiker weigert medicatie in te nemen,...).

Als zich een incident voordoet, kan de medewerker 24/7 onmiddellijk advies inwinnen.

Toelichting:

Eventuele fouten en incidenten met medicatie worden steeds gemeld aan de agogische permanentie en/of ortho-agoog. 24/7 onmiddellijk advies kan steeds ingewonnen worden via de agogische permanentie of dokter (van wacht).

Incidenten met medicatie worden geregistreerd.

Toelichting:

Registratie in het gebruikersdossier in Orbis en bespreking op team.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

Mogelijk worden binnen de werking van de organisatie vrijheidsbeperkende maatregelen gebruikt (BVR van 04/02/2011, artikel 45). Dergelijke maatregelen hebben een grote impact op de kwaliteit van leven van diegenen op wie ze worden toegepast. Er wordt getoetst op welke manier met vrijheidsbeperkende maatregelen wordt omgegaan.

Om te kunnen spreken over een verantwoorde ondersteuning wordt momenteel uitgegaan van volgende principes.

De organisatie voert een beleid dat inzet op het voorkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit impliceert dat men werkt met signaleringsplannen en kan beschikken over een aangepaste infrastructuur.

1. *Als de zorgaanbieder de keuze maakt om vrijheidsbeperkende maatregelen te hanteren, moet het gebruik ervan voldoen aan de volgende criteria1:*
 - a. **Proportionaliteit** vereist dat de toepassing ervan (het middel) in redelijke verhouding staat tot het doel van de toepassing. Elke toepassing van vrijheidsbeperving is gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van bestaan van personen met een handicap. De maatregel moet dus genomen worden in het belang van de gebruiker.
 - b. **Subsidiariteit** betekent dat het minst ingrijpende alternatief wordt ingezet.
 - c. **Effectiviteit** betekent dat een vrijheidsbeperkende maatregel geschikt moet zijn om het beoogde doel te bereiken en niet langer mag duren dan noodzakelijk is. Als de maatregel geen effect meer heeft, dient deze te worden gestaakt.
2. *Het gebruik van afzondering, fixatie, compartimentering of kamerdeur op slot moet in elke individuele situatie zorgzaam gebeuren:*
 - a. *Het gebruik van dergelijke maatregelen kan enkel indien:*
 - i. *Het gedrag van de gebruiker houdt risico's in voor zijn eigen fysieke integriteit.*
 - ii. *Het gedrag van de gebruiker houdt risico's in voor de fysieke integriteit van andere gebruikers of personeelsleden.*
 - iii. *De gebruiker vernielt materiaal.*
 - iv. *Zodra de toestand van de gebruiker doet veronderstellen dat het oorspronkelijk gesteld gedrag zal uitblijven, wordt de tijdelijke afzondering beëindigd.*
 - b. *De indicaties voor deze maatregelen zijn opgenomen in het handelingsplan.*
 - c. *Het gebruik van deze maatregelen komt aan bod bij intern overleg tussen medewerkers.*
 - d. *Het gebruik van deze maatregelen wordt periodiek geëvalueerd, met inbegrip van het overwegen van een minder ingrijpend alternatief.*
 - e. *Het gebruik van deze maatregelen wordt periodiek geëvalueerd, met inbegrip van het overwegen van een minder ingrijpend alternatief.*
3. *Er zijn afspraken over het organiseren van toezicht bij gebruik van afzondering, fixatie en compartimentering.*

De organisatie heeft interne afspraken over registratie van afzondering naar aanleiding van een crisissituatie.

Registraties tonen aan dat er bij afzondering naar aanleiding van een crisissituatie:

 - a. *Minstens om de 30 minuten verhoogd toezicht is op de persoon in afzondering*
 - b. *Minstens om het uur notities zijn over de toestand van de gebruiker.*
4. *Het eigen beleid op vlak van het (niet) gebruiken van vrijheidsbeperkende maatregelen is schriftelijk uitgewerkt, wordt gecommuniceerd naar alle relevante actoren en maakt deel uit van de zelfevaluatie.*

Het uitgeschreven integriteitsbeleid en zelfevaluatie worden, indien het aan bod kwam binnen het inspectiebezoek, binnen een apart hoofdstuk behandeld.

GEBRUIK VAN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang

Binnen de geïnspecteerde werking wordt **bij de huidige gebruikers** geen gebruik gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

BESLUIT

Met het oog op het verder uitbouwen van een kwaliteitsvolle werking, worden in het verslag één of meerdere aandachtspunten geformuleerd. Eerdere vaststellingen die bij deze inspectie niet aan bod kwamen of niet getoetst konden worden, blijven onverminderd van kracht.

Ondersteuning

Het handelingsplan

Aandachtspunten

Nieuwe aandachtspunten

- De gebruiker/vertegenwoordiger krijgt geen kopie van het handelingsplan.

Dagelijks leven

Aandachtspunten

Nieuwe aandachtspunten

- De zorgaanbieder biedt aan gebruikers geen mogelijkheid om met medegebruikers te vergaderen over de werking.