

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 flexibele aanbodcentra voor meerderjarige 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

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 bevroegd 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.

UITBATINGSPLAATS EN DOELGROEP

Bron:

- gesproken met medewerkers

UITBATINGSPLAATS

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

Soort uitbatingsplaats

De organisatie biedt opvang en begeleiding aan:

- volwassenen, namelijk:
 - woonondersteuning

Focus van de inspectie ligt op:

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

Toelichting

De Passerelle is een nieuwbouw op de centrale campus van de organisatie, ter vervanging van een van de oudere externe woonhuizen die inmiddels afgestoten werden.

Groote uitbatingsplaats

Toelichting

Er zijn 14 vaste bewoners in deze woning en 1 kamer voor een kortverblijver.

Bezochte entiteiten

Alleen de infrastructuur voor woonondersteuning werd bezocht.

Deze infrastructuur wordt binnen de organisatie 'Passerelle' genoemd.

Er werd een bezoek gebracht aan volgende leefgroepen:

- Passerelle 1

Er zijn op deze uitbatingsplaats 2 leefgroepen binnen de woonondersteuning.

Toelichting

Beide leefgroepen zijn identiek qua inrichting en werking. leefgroep 1 bevindt zich op het gelijkvloers en leefgroep 2 op de eerste verdieping.

Toelichting

Aangezien beide leefgroepen zeer vergelijkbaar zijn, wordt het bezoek beperkt tot Passerelle 1. Infrastructureel zijn er slechts beperkte verschillen tussen beide wat de gemeenschappelijke delen betreft en volledig identiek voor de individuele kamers.

DOELGROEP

Op de uitbatingsplaats worden gebruikers opgevangen met als hoofdhandicap:

- licht mentale handicap
- gedrags- of emotionele stoornis

Toelichting

allen behoren tot dezelfde doelgroep

INFRASTRUCTUUR

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers

ALGEMENE VASTSTELLINGEN

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (algemeen):

De Passerelle is een recent gebouw op de centrale campus van de zorgaanbieder. Het gebouw bevindt zich achter het hoofdgebouw van de organisatie en geeft dus niet rechtstreeks uit op de straat (de doorgang naar de straat is niet afgesloten en kan dus door de bewoners vrij gebruikt worden). Het is een gebouw met twee bouwlagen. Er werd gekozen voor een opdeling van de leefgroepen per verdieping. De gemeenschappelijke delen van de leefgroepen liggen centraal in het gebouw: aan de ene zijde van de eetplaats en zithoek bevindt zich een gesloten keuken (in het weekend wordt op de leefgroep gekookt, de andere dagen worden warme maaltijden uit de centrale keuken betrokken). De keuken zelf en alle kasten in de keuken worden afgesloten.

Aan de andere zijde ligt dan het begeleidersbureau. Dit bureau is aan de zijde die uitgeeft op de centrale ruimte en de inkom voorzien van spiegelglas, zodat ook vanuit het bureau toezicht mogelijk is en tegelijk de mogelijkheid bestaat om "vertrouwelijke" gesprekken te voeren. Aan de ingang van het bureau is een rode lijn op de vloer aangebracht, bewoners worden geacht deze niet te overschrijden zonder specifieke toestemming van de aanwezige begeleiding. Tijdens het inspectiebezoek kan de inspecteur vaststellen dat deze regeling inderdaad noodzakelijk is en bepaalde bewoners regelmatig proberen toch binnen te komen. Indien er geen begeleiding is in het bureau wordt dit op slot gedaan.

In de gemeenschappelijke ruimte is een uithangbord waarop bewoners zien welke personeelsleden wanneer op dienst zijn, wie wanneer welke taken dient uit te voeren en waarop bepaalde activiteiten aangekondigd worden.

Vanuit dit centrale gedeelte lopen dan de gangen in beide richtingen, zodat er in elke gang slechts 4 kamers zijn. Aan één zijde is er op het gelijkvloers een (afgesloten) doorgang naar de naastliggende leefgroep "Baken", bestemd voor personen met GES++.

De leefgroep op het gelijkvloers heeft een eigen tuin, op de eerste verdieping is een groot terras aangebouwd, zodat ook dar de bewoners buiten kunnen zitten. Het terras is beveiligd tegen vallen met hoge relingen.

In de tuin worden een paar kippen gehouden en groenten gekweekt (activiteit voor de bewoners).

In de leefgroep is een PC aanwezig voor gebruikers. Deze PC geeft wel toegang tot internet, zij het dat deze elektronisch bewaakt wordt (Family Safety). De bewoners kunnen wel TV op de kamer hebben, maar geen internet.

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

**Toelichting**

Deze nieuwbouw voldoet zeker aan huidige normering. Het onderhoud wordt regelmatig gedaan (is lopend op de dag van het inspectiebezoek).

INDIVIDUELE RUIMTES**Het kameraanbod**

Het kameraanbod bestaat uit:

Leefgroep	Passerelle 1
Individuele kamers	8
Meerpersoonskamers	0
Kamers voor tijdelijk verblijf	0

Toelichting

de 8 kamers zijn verdeeld over twee gangen. De ramen kunnen door de bewoner vrij op kip gezet worden. Voor volledig openen van het raam dient beroep gedaan te worden op de begeleiding. Alle ramen zijn voorzien van rolluiken.

Bewoners hebben sleutel van de eigen kamer.

2 kamers zijn groter en hebben wat afwijkende inrichting om volledig rolstoeltoegankelijk te zijn.

Grootte van de kamers

Alle kamers voldoen aan de wenselijke oppervlakte van 16m².

SANITAIR**Algemeen**

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (sanitair):

Op elke verdieping bevindt zich één gemeenschappelijke badkamer met bad en douche. De badkamer op het gelijkvloers is groter dan deze op de eerste verdieping, maar wordt gedeeld met de naastliggende leefgroep "Baken".

De badkamers kunnen van binnenuit afgesloten worden, er is een oproepknop aanwezig in de badkamer, mocht een gebruiker hulp nodig hebben.

Verder is er een toilet voor bezoekers en personeel op elke verdieping.

Er is voldoende sanitair.

Het sanitair is aangepast aan de gebruikers.

Toelichting

Het gebouw is dusdanig geconcipeerd dat het volledig toegankelijk is. Er is een lift aanwezig in het gebouw.

Beschikbaarheid van individueel sanitair

Leefgroep	Passerelle 1
Kamers zonder sanitair	0
Kamers met enkel wastafel	0
Kamers met eigen natte cel	8

Toelichting

Alle kamers beschikken over een eigen natte cel met toilet, douche en lavabo.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

MEDICATIE

Bron:

- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: medicatiefiches, logboek

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 enkel vervat in een afgesproken werkwijze.

De aanpak van medicatiefouten is enkel vervat in een afgesproken werkwijze.

Toelichting

Medicatie wordt via de apotheek voorverpakt per bewoner en per inname-moment aangeleverd (telkens voor een week). De begeleiding kan de medicatiefiches online aanpassen wanneer er nieuwe voorschriften zijn.

Het toedienen van de medicatie wordt vermeld in het logboek.

Bij eventuele medicatiefouten dient de verpleegkundige binnen de organisatie elektronisch geïnformeerd te worden, en wordt telefonisch contact opgenomen met de huisarts.

Naast de aangeleverde medicatie is op de leefgroep ook een zeer beperkte voorraad reserve aanwezig, zodat gereageerd kan worden bij onvoorziene omstandigheden.

BELEID IN DE PRAKTIJK

Het medisch dossier

Er is een medisch dossier.

Persoonsgegevens over gezondheid worden apart bijgehouden.

Toelichting

In het elektronisch dossier is een gedeelte met medische informatie beschikbaar en toegankelijk voor de begeleiding (elke begeleider heeft toegang tot dossiers van alle bewoners waarmee hij/zij in contact kan komen). Begeleiders kunnen ook gegevens van een doktersbezoek waar ze als begeleider bij waren, bijschrijven in het medisch dossier.

Gebruik van een medicatiefiche

Er wordt met een medicatiefiche gewerkt.

De medicatiefiche biedt een volledig overzicht van alle medicatie.

De medicatiefiches zijn geactualiseerd.

Toelichting

De medicatiefiche is een elektronisch formulier dat tegelijk dient als bestelformulier voor de wekelijkse aanlevering van medicatie door de apotheek. Begeleiding actualiseert telkens wanneer dat nodig is.

Communicatie over toe te dienen medicatie

Er is niet bevraagd of er afspraken gemaakt zijn die de communicatie over de toe te dienen medicatie borgen.

Toelichting

De organisatie beschikt over een eigen medische dienst. Maar het is de begeleiding die de medicatielijsten up to date houdt, aangezien zij meestal mee aanwezig zijn wanneer er doktersbezoeken zijn.

Klaarzetten van medicatie

De medicatie wordt klaargezet door:

- apotheek

Toelichting

via robotsysteem wordt aangeleverd per gebruiker en per innamemoment in gepersonaliseerde verpakkingen op rol.

Toedienen van medicatie

De medicatie wordt toegediend door:

- begeleider

De toediening van medicatie wordt afgetekend.

Toelichting

toediening van medicatie wordt vermeld in het logboek.

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.

Kennis van de afspraken

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

Toelichting

er zijn geen tegenindicaties op basis van de gesprekken en de vaststellingen.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

TOEZICHT 'S NACHTS

Bron:

- gesproken met medewerkers

ORGANISATIE VAN DE NACHTDIENST

Er is 's nachts op de uitbatingsplaats personeel aanwezig.

De voorziening werkt met een combinatie van slapende en wakende nacht.

Toelichting

Op deze campus is er een wakende nacht die elk uur een ronde loopt doorheen alle huizen op de campus. Bovendien dient er elk uur minstens één contact te zijn met de wakende nacht op de campus Torhout Oost.

Is er een concreet probleem dan voorzien de afspraken in eerste instantie een beroep op de slapende nachten en als dat niet lukt, beroep doen op politie.

Het interventieteam van de zorgaanbieder is enkel beschikbaar tussen 8 en 21 uur.

Alle kamers in deze leefgroepen zijn voorzien van een deuralarm. Dit wordt 's nachts systematisch geactiveerd. Bewoners werden hierover geïnformeerd.

BESCHIKBAARHEID VAN EEN OPROEPSYSTEEM

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

Toelichting

geen specifieke nood, maar in alle kamers is een oproepknop aanwezig, die direct verbindt met de looptelefoon van de begeleiding.

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.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

INFORMATIEOVERDRACHT

Bron:

- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: elektronisch dossier en diary; 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 doorgeven van informatie

Toelichting

Er wordt met een elektronisch systeem gewerkt: enerzijds is er een diary (dagboek) waarin alle dagelijkse notities vermeld worden, zowel van algemene aard als specifiek per bewoner. Ook occasionele medicatie komt hierin terecht.

Daarnaast wordt ook een Orbis dossier voor alle bewoners opgestart. Op termijn zou het de bedoeling zijn de diary te incorporeren in het elektronisch dossier. Dit betekent dat er op dit moment nog steeds een papieren dossier bestaat voor alle bewoners.

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:
wekelijks

Toelichting

verslagen gezien.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

INDIVIDUELE DIENSTVERLENINGSOVEREENKOMST

Bron:

- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: elektronisch dossier, papieren bewonersdossier, dagklapper

Er kwamen dossiers aan bod van volgende leefgroep(en):

- Passerelle 1

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

Het overleg wordt georganiseerd met volgende betrokkenen	
1 / 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
0 / 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	
2 / 2	aantoonbaar
0 / 2	niet aantoonbaar
0 / 2	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

De voorziening maakt gebruik van de ervaringen en inzichten van de gebruiker	
2 / 2	aantoonbaar
0 / 2	niet aantoonbaar
0 / 2	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

Gegevens worden zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard

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

Toelichting

Er wordt sinds kort een nieuw systeem ingevoerd "mijn plan" genaamd. In dit systeem wordt een evaluatie en herziening voorzien telkens wanneer ofwel de gebruiker of de begeleiding daarom verzoeken, zonder dat de evaluatietermijn 5 jaar (meerderjarigen) of 2 jaar (minderjarigen) mag overschrijden. In het vroegere evaluatiesysteem lag de evaluatietermijn vast op 3 jaar. Voor inspectie ligt de verwachting op een minstens driejaarlijkse evaluatie voor meerderjarigen en een jaarlijkse evaluatie voor minderjarigen. Op dit vlak beantwoordt het nieuwe systeem niet aan de verwachtingen.

Het proces voorziet in een ruime betrokkenheid van zowel de gebruiker (samen met zijn individuele begeleider) als het netwerk (via de PCO = sociale dienst).

Bij onderzoek van 3 willekeurig gekozen dossiers kon de betrokkenheid van de gebruiker bij de opmaak van het handelingsplan steeds aangetoond worden in het dossier, zij het dat af en toe wel wat moeite gedaan moest worden om zaken terug te vinden in het papieren of soms in het elektronisch dossier. Voor wat betreft de betrokkenheid van het netwerk stelden zich wel duidelijk problemen met betrekking tot aantoonbaarheid:

In dossier 1 kon specifiek overleg over het handelingsplan niet aangetoond worden, maar wel talrijke andere contacten die een grote betrokkenheid van het betrokken familielid bij de zorg aantonen. In die zin werd het dossier als in orde bevonden.

In dossier 2 kon geen specifiek overleg aangetoond worden, noch eventuele andere contacten met betrekking tot de zorg voor de gebruiker.

In dossier 3 wordt ernstig gewerkt aan het herstellen van contact tussen gebruiker en netwerk (aantoonbaar), reden waarom men niet meteen opstart met de bespreking van een handelingsplan. Dit dossier werd dan ook in orde bevonden.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN**Nieuwe tekorten**

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

- In één dossier is het overleg met de gebruiker of met zijn vertegenwoordiger niet aantoonbaar.
- Er worden lange termijnen gehanteerd voor de evaluatie van Mijn Plan, er wordt een evaluatie verwacht minstens om de drie jaar (volwassenen) of jaarlijks (minderjarigen)..
- Het aantonen van specifiek overleg met het netwerk in verband met het handelingsplan verloopt stroef. Dit heeft mogelijk te maken met het voorlopig nog naast elkaar bestaan van papieren en elektronisch dossier. Het is aangewezen dit probleem te analyseren en te remediëren.

PRIVACY

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: huisregels

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

Binnen deze groep wordt zeer sterk toegezien op het respecteren van bepaalde regels inzake bescherming van de privacy, gezien een verhoogd risico op (S)GOG. Dit is ook de reden waarom deze groep niet gemengd is, maar enkel uit mannen bestaat.

een paar regels die duidelijk gelden zijn:

- steeds kloppen op de deur
- nooit een kamer betreden zonder medeweten van de bewoner
- beperkte toegang tot het begeleiderslokaal

Bepaalde afspraken werden ook vervat in huisregels. Wanneer deze voorgelegd worden blijken ze niet geactualiseerd te zijn, aangezien ze nog verwijzen naar de infrastructuur waar deze leefgroep voorheen verbleef (Filips van Kleefstraat). Wanneer men huisregels wil implementeren, lijkt het wel aangewezen deze ook te actualiseren telkens wanneer dat nodig is.... het verhuizen naar een nieuwe infrastructuur lijkt zeker een dergelijk moment.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

- Het verdient aanbeveling de huisregels aan te passen aan de nieuwe omgeving waarin deze leefgroep verblijft.

AFZONDERINGSMAATREGELEN

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers

ALGEMEEN BELEID

Er wordt gebruik gemaakt van afzonderingsmaatregelen.

Er is een procedure inzake tijdelijke afzondering.

De procedure beschrijft de wijze waarop de tijdelijke afzondering wordt toegepast.

De procedure beschrijft de wijze waarop de vertegenwoordiger van de gebruiker van die tijdelijke afzondering op de hoogte wordt gebracht.

De procedure beschrijft de wijze waarop toezicht gehouden wordt op de gebruiker tijdens de afzondering.

Toelichting

Binnen deze leefgroep geldt dat er voor elke bewoner een agressieprocedure bestaat die de verschillende stappen beschrijft die uiteindelijk kunnen leiden tot afzondering. Voor afzondering wordt steeds beroep gedaan op de naastliggende leefgroep 'Baken', aangezien er daar videobewaking mogelijk is in de afzonderingsruimte. In de bezochte leefgroep is er geen afzonderingsruimte.

BELEID IN DE PRAKTIJK

Beschikbaarheid van een time-out ruimte

De bezochte entiteit beschikt niet over een time-out ruimte.

Gebruik van afzondering sinds 01/01/2014

Er is in één dossier tijdelijke afzondering gebruikt sinds 1 januari 2014.

Het gebruik van afzondering wordt geregistreerd	
1 / 1	Ja
0 / 1	Nee

De toepassingsgronden van afzondering zijn correct nageleefd	
1 / 1	Ja
0 / 1	Nee
0 / 1	Niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

De vertegenwoordiger van de gebruiker wordt op de hoogte gebracht	
1 / 1	Ja
0 / 1	Nee
0 / 1	Niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

De afspraken inzake toezicht worden toegepast

1 / 1	Ja
0 / 1	Nee

Het gebruik van afzondering komt aan bod bij intern overleg

1 / 1	Ja
0 / 1	Nee

Toelichting

Er wordt één dossier nagezien op afzonderingsmaatregelen. Betrokkene wordt volgens de eigen agressieprocedure op sommige momenten uit de leefgroep gebracht en tijdelijk afgezonderd in een time outruimte in "het Baken". Na 30 minuten wordt hij dan telkens terug opgehaald en in de leefgroep gebracht.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN**Nieuwe tekorten**

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

BESLUIT

Deze leefgroep is nu gehuisvest in een aangepaste infrastructuur. De begeleiding slaagt er in de bewoners binnen de grenzen van het aanvaardbare gedrag te houden door de nodige aandacht voor de problemen te schenken en tegelijk de nodige empathie met de situatie van de bewoners te laten blijken. Wel dient de nodige aandacht besteed te worden aan de aantoonbaarheid van belangrijke ijkpunten in het kader van het begeleidingsproces. Op termijn kan de invoering van een volledig elektronisch dossier hier zeker toe bijdragen, op het moment van dit inspectiebezoek bleek echter dat de overgangperiode moeilijk verloopt en niet steeds duidelijk is of bepaalde elementen in het elektronische dossier dan wel nog steeds in het papieren dossier moeten geregistreerd worden.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

	Aantal
Nieuwe tekorten	0
Aandachtspunten	4

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

De inspecteur(s),

Koenraad Janssens