

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31
1030 BRUSSEL
02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

////////////////////////////////////

INSPECTIEVERSLAG GEHANDICAPTENZORG ALGEMENE WERKING

////////////////////////////////////

INSPECTIEPUNT

Naam	Huize Tordale
Adres	Bruggestraat 39 , 8820 Torhout

INRICHTENDE MACHT

Naam	HUIZE TORDALE
Juridische vorm	VZW
Adres	Bruggestraat 39, 8820 Torhout

UITBATINGSPLAATS

Adres	Bruggestraat 39,8820 Torhout
-------	------------------------------

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Onaangekondigd bezoek op 8/11/2022 (9:30-13:00)
Datum laatste vaststelling	08/11/2022
Verslagnummer	V-2022-STCO-0040
Inspecteur(s)	Steven Cozijns
Gesprekspartner(s)	Evvy De Geytere, Algemeen Directeur Alicia Kruidt, begeleider Dimitri Rosselle, teamcoach

LEESWIJZER

Toegepaste wetgeving en administratieve bepalingen

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

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

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

Onze opdracht

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

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

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

Wat komt u te weten in dit verslag?

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

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

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

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

wordt gegeven in het besluit bij dit verslag.

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

Privacy

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

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

UITBATINGSPLAATS EN DOELGROEP

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: vorige verslaggeving

UITBATINGSPLAATS

De uitbatingsplaats wordt binnen de organisatie 'Hoofdgebouw' genoemd.

Soort uitbatingsplaats

De organisatie biedt opvang en begeleiding aan:

- kinderen en jongeren, namelijk:
 - begeleiding
 - dagopvang
 - verblijf
 - rechtstreeks toegankelijke hulp
- volwassenen, namelijk:
 - individuele begeleiding
 - dagondersteuning
 - woonondersteuning
 - rechtstreeks toegankelijke hulp

Focus van de inspectie ligt op:

- de opvang en begeleiding van de kinderen en jongeren, meer bepaald:
 - dagopvang
 - verblijf
- de opvang en begeleiding van de volwassenen, meer bepaald:

Toelichting

In het hoofdgebouw verblijven er 60-tal minderjarigen in 6 leefgroepen (De Bielzen 1 tot 6). Tevens verblijven er 14 volwassenen in De Passerelle en 10 volwassenen in het Bakken.

Op dezelfde campus is er een school (BuSO Ov1 en Ov2). De opgevangen jongeren zijn allen +12 jaar.

Groote uitbatingsplaats

Toelichting

Er verblijven een ongeveer 84 gebruikers in het hoofdgebouw.

Bezochte entiteiten

Zowel de infrastructuur voor wonen als voor dagondersteuning werd bezocht. Deze infrastructuur wordt binnen de organisatie 'Hoofdgebouw' genoemd.

Er werd een bezoek gebracht aan volgende leefgroepen:

- Biels 1
- Biels 3

Er zijn op deze uitbatingsplaats 6 leefgroepen binnen de woonondersteuning.

Toelichting

Er zijn 6 leefgroepen die per 2 gekoppeld zijn qua team en aansturing : Biels 1 en 3, Biels 2 en 6, Biels 4 en 5. Biels 4 en 5 richten zich meer op ASS, Biels 2 en 6 huisvesten jongeren met GES-problemen (Biels 6 is een gesloten unit), Biels 1 en 3 zijn de restgroep. De inspectie focuste zich op Biels 1 en Biels 3.

Toelichting

Er zijn 11 gebruikers in Biels 1 en 13 gebruikers in Biels 3. Het betreft meestal jongeren met een licht verstandelijke beperking, in combinatie met ASS, ADHD, GES, hechtingsstoornissen,.....

DOELGROEP

Op de uitbatingsplaats worden gebruikers opgevangen met als hoofdhandicap:

- Mentale beperking

Naast de hoofdhandicap is er sprake van volgende bijkomende problemen:

- autisme
- gedrags- of emotionele stoornis

INFRASTRUCTUUR

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers

ALGEMENE VASTSTELLINGEN

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (algemeen):

De leefgroepen Biels 1 tot en met 6 zijn gelegen in een groot aaneengeschakeld gebouw op het hoofddomein.

Biels 1 en Biels 3 zijn een spiegelbeeld van elkaar qua opbouw.

Benedenverdieping :

- Inkom
- Gemeenschappelijk rolstoeltoegankelijk toilet

- Leefruimte met keuken, leefgedeelte, ontspanningsgedeelte en eetgedeelte, uitgevend op een terras en een tuin. In het leefgedeelte is er ook een bureau voor de begeleiding.
- Kamergang met 4 gewone kamers met natte cel en 1 grotere rolstoeltoegankelijke studio met natte cel en kitchenette.

Bovenverdieping

- Kamergang met 5 gewone kamers met natte cel en 1 grotere rolstoeltoegankelijke studio met natte cel en kitchenette.

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:

Leefgroep	Biels 1
Individuele kamers	11
Meerpersoonskamers	0
Kamers voor tijdelijk verblijf	0

Leefgroep	Biels 3
Individuele kamers	11
Meerpersoonskamers	0
Kamers voor tijdelijk verblijf	0

Toelichting

Elke gebruiker beschikt over een eigen kamer.

Grootte van de kamers

Alle kamers voldoen aan de wenselijke oppervlakte van 16m².

SANITAIR

Algemeen

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (sanitair):

Er is één gemeenschappelijk rolstoeltoegankelijk toilet op de benedenverdieping. Verder is er geen gemeenschappelijk sanitair. Elke gebruiker heeft evenwel zijn eigen natte cel (toilet, douche, lavabo).

Er is voldoende sanitair.

Het sanitair is aangepast aan de gebruikers.

Beschikbaarheid van individueel sanitair

Leefgroep	Biels 1
Kamers zonder sanitair	0
Kamers met enkel wastafel	0
Kamers met eigen natte cel	11
Leefgroep	Biels 3
Kamers zonder sanitair	0
Kamers met enkel wastafel	0
Kamers met eigen natte cel	11

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

MEDICATIE

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: Medicatieprocedure, Map Draaiboek Biels 1, Medische map Biels 1, Medicatiefiches

ALGEMEEN BELEID

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

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

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

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

Toelichting

- In Biels 1 zijn er 9 jongeren die medicatie gebruiken.
- Er is geen dokter in dienst van de instelling. Er wordt beroep gedaan op een externe huisartsenpraktijk ("Het Spoor"). Er zijn 3 verpleegkundigen. Er wordt samengewerkt met meerdere kinderpsychiaters.
- Er is een medicatieprocedure ("Leidraad medicatiezorg"), waarin ook medicatiefouten behandeld worden (standaardformulier + verwittigen verantwoordelijke en arts).
- In Biels 3 zijn er 2 jongeren die zelf verantwoordelijk zijn voor hun medicatie. In Biels 1 zijn er geen jongeren zelf verantwoordelijk.

BELEID IN DE PRAKTIJK

Het medisch dossier

Er is een medisch dossier, maar dit is niet op deze uitbatingsplaats beschikbaar.

Toelichting

Het medisch dossier bevindt zich bij de huisarts.

In de leefgroepsmap is er een infofiche per gebruiker, met daarin ook een medisch luik. Er is eveneens een luik "Mijn gezondheid" in het handelingsplan, met elementaire medische gegevens.

Gebruik van een medicatiefiche

Er wordt met een medicatiefiche gewerkt.

De medicatiefiche biedt een volledig overzicht van alle medicatie.

De medicatiefiches zijn geactualiseerd.

Toelichting

Er is een medicatiefiche voor elke gebruiker. De apotheker beheert de medicatiefiches. De aanpassingen gebeuren op aangifte van de begeleiding. De aanpassingen gebeuren in een programma/document dat gemeenschappelijk toegankelijk is.

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

Toelichting

Aanpassing gebeurt door de apotheker, op aangifte van de begeleiding. De fiches bevatten een datum van laatste bijwerking.

Klaarzetten van medicatie

De medicatie wordt klaargezet door:

- Gefractioneerde medicatie door apotheker. Niet gefractioneerde door 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

De medicatie is veilig bewaard.

Toelichting

Afgesloten kast in de leefgroepsruimte.

Kennis van de afspraken

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

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

TOEZICHT

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: nachtverslag

ORGANISATIE VAN DE NACHTDIENST

Er is 's nachts op de uitbatingsplaats personeel aanwezig.

De voorziening werkt met wakende nacht.

Toelichting

Er is een wakende nacht verzorgd door 1 persoon voor alle leefgroepen in het hoofgebouw. Er is tevens 1 mobiele nacht voor alle sites van Tordale.

COMMUNICATIEMOGELIJKHEID VANUIT DE KAMER

De kamer is uitgerust met een communicatiesysteem.

De werkwijze is voldoende aangepast aan de gebruikers.

Toelichting

Er is een deurverklikingsstelsel aan de deuren van de jongeren.

INZETTEN VAN EXTRA TOEZICHT

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

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

Toelichting

Er is 1 gebruiker met een aantal vaste kamermomenten (kan niet tegen de drukte van de leefgroep). Begeleider van dienst gaat regelmatig kijken, indien iets relevant wordt dit vermeld in het logboek.

Er zijn geen gebruikers die 's nachts worden gefixeerd.

Er zijn gebruikers die 's nachts structureel op de eigen kamer afgezonderd worden (kamerdeur op slot). Het extra toezicht wordt als volgt georganiseerd:

- er zijn vaste afspraken over periodieke controle

Toelichting

Er is 1 gebruiker waarvoor de kamerdeur op slot gaat (dwaalgedrag). De nacht doet elke uur zijn ronde en luistert aan de deur. Er wordt melding gemaakt in het nachtverslag.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

INFORMATIEOVERDRACHT

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: logboek, 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 in Orbis.

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 verslaggeving : 13/10/22; 29/9/22

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

HANDELINGSPLAN

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: gebruikersdossiers, infofiches,

Vaststellingen op basis van de geïnspecteerde dossiers:

Er is een handelingsplan	
3 / 3	aantoonbaar
0 / 3	niet aantoonbaar
Het handelingsplan wordt op regelmatige tijdstippen geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd	
3 / 3	aantoonbaar
0 / 3	aantoonbaar, maar niet volgens de overeengekomen frequentie
0 / 3	niet aantoonbaar
Het handelingsplan is opgemaakt in overleg met de gebruiker of zijn vertegenwoordiger	
3 / 3	aantoonbaar
0 / 3	aantoonbaar, maar beperkt tot informeren
0 / 3	niet aantoonbaar
0 / 3	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats
Het overleg wordt georganiseerd met volgende betrokkenen	
0 / 3	alleen de gebruiker zelf wordt betrokken
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 handelingsplan 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

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

Toelichting

- Per gebruiker is er een elektronisch dossier in Orbis met daarin verschillende luiken : 1) "Mijn plan" : gedeelte met vooral doelstellingen en afspraken dat met de gebruiker en zijn context wordt doorgenomen; 2) "Mijn IDO" : juridische documenten; 3) "Mijn ondersteuning" : vooral voor begeleiders bestemd, met o.a. agogische fiche (beeldvorming per levensdomein), ondersteuningsrichtlijnen, VBM, signaleringsplan, juridische maatregelen, testen en screenings....; "Mijn netwerk" : info over context; "Mijn gezondheid" : elementaire medische info; "Mijn administratie".
- Het dossier/handelingsplan wordt minstens 1 keer per jaar, meer indien nodig, bijgewerkt. Het betreft de luiken "Mijn plan" en "Mijn ondersteuning".
- Laatste bijwerkingen : dossier 1 : april 22, dossier 2 : december 21; dossier 3 : februari 22.

Er zijn dossiers nagekeken waarbij er vrijheidsbeperkende maatregelen worden gebruikt.

Algemene toelichting bij de dossiers waar vrijheidsbeperkende maatregelen worden gebruikt

Eén dossier met structurele kamermomenten, zowel 's nachts als overdag.

Toelichting over het gebruik van de signaleringsplannen

Signaleringsplan aanwezig, bijgewerkt op 29/7/2022.

Toelichting over de toepassingsgrond

Persoon met dwaalgedrag, kan geen prikkels op normale manier verwerken, MOF-statuut, verbale agressie, materiaal in brand steken.

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

NVT (alleen structurele afzondering).

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

Doorgenomen met context in juli 2022.

Toelichting over het beschrijven in het handelingsplan

Beschrijving in verschillende rubrieken in het elektronisch dossier : rubriek "vrijheidsbeperkende maatregelen" en rubriek "signaleringsplan".

Toelichting over de periodieke evaluatie van de vrijheidsbeperkende maatregel

Laatste evaluatie juli 2022, minimum jaarlijks.

Toelichting over afbouw

Het betreft een gebruiker in afbouw : men is voor deze gebruiker bezig aan een poging om hem van leefgroep Biels 6 (gesloten unit) naar Biels 1 te krijgen (open unit).

Toelichting over een voldoende variatie in de dagbesteding

Meestal op school overdag. Bij uitval is er dagopvang voorzien.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

PRIVACY

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers

Inzake privacy werden doorheen het inspectiebezoek volgende vaststellingen gedaan.

- Er is een privacy policy voor toegang tot de kamer, sanitair, verzorgingsruimtes,...
- Er wordt duidelijk aangegeven of sanitair, een verzorgingsruimte,... in gebruik is.
- Bij gebruik van sanitair, verzorgingsruimtes zijn deze afgesloten.
- Er wordt niet gesproken over bewoners in hun nabijheid.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

BESLUIT

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

	Aantal
Nieuwe tekorten	0
Aandachtspunten	0