

DEPARTEMENT ZORG

Zorginspectie
T 02 553 34 34
contact.zorginspectie@vlaanderen.be
www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG: GEHANDICAPTENZORG

INRICHTENDE MACHT

| | |
|--------------------|-------------------------------|
| Naam | Huize Tordale |
| Type entiteit | Rechtspersoon |
| Rechtsvorm | VZW |
| Ondernemingsnummer | 0429649325 |
| Adres | Bruggestraat 39, 8820 Torhout |

INSPECTIEPUNT

| | |
|------------|-------------------------------|
| Naam | Huize Tordale |
| HCO-nummer | 201226 |
| Adres | Bruggestraat 39, 8820 Torhout |

UITBATINGSPLAATS

| | |
|-------|--|
| Naam | 'Site Van Coillie' - vzw Huize Tordale |
| Adres | Tweelindenstraat 3, 8810 Lichtervelde |

INSPECTIE

| | |
|----------------------------|----------------|
| Datum laatste vaststelling | 23/07/2024 |
| Verslagnummer | ZI-2024-02459 |
| Inspecteur | Steven Cozijns |

INSPECTIEBEZOEK

'Site Van Coillie' - vzw Huize Tordale
Onaangekondigde inspectie op 23/07/2024 (09:30-12:00)
Gesprekspartner Hilde Plets (begeleider)

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 | 21 |
| o Gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen | 21 |
| • Besluit | 23 |

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 bevraagd 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.

ONTWERP VERSLAG

BASISGEGEVENS

SITUERING VAN DE INSPECTIE

De inspectie gaat over:

- dagelijkse werking

GEGEVENS VAN DE ORGANISATIE

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, database Cobrha

VERGUNNING/ERKENNING

De organisatie is erkend en/of vergund als:

- vergunde zorgaanbieder
- multifunctioneel centrum
- aanbieder van rechtstreeks toegankelijke hulp
- aanbieder ondersteuning voor geïnterneerden

Toelichting:

Begeleider arbeidsmatige activiteiten WVG

De organisatie biedt zorg en ondersteuning aan:

- volwassenen, namelijk:
 - woonondersteuning
 - dagondersteuning
 - begeleiding
- kinderen en jongeren, namelijk:
 - verblijf
 - dagopvang schoolaanvullend
 - dagopvang schoolvervangend
 - begeleiding (mobiel en ambulantly)

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

Volwassenen 250-tal gebruikers; Minderjarigen 90-tal gebruikers

Toelichting:

De "Site Van Coillie" te Lichtervelde werd bezocht. Op deze site bevinden zich 4 leefgroepen voor 23 personen en 8 studio's. Er is tevens een dagbestedingscentrum ("Site 181") dat ook openstaat voor externe gebruikers. Vanuit deze site worden ook een aantal zelfstandig wonende gebruikers begeleid in de Eikenlaan 6 (3 gebruikers) en de Statiestraat 103 A (2 bewoners).

UITBATINGSPLAATS

Soort uitbatingsplaats

Op deze uitbatingsplaats wordt zorg en ondersteuning geboden aan:

- volwassenen, namelijk:
 - woonondersteuning
 - dagondersteuning
 - begeleiding

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

- ook op deze uitbatingsplaats wonen
- op een andere uitbatingsplaats van de zorgaanbieder wonen
- niet bij de zorgaanbieder wonen

FOCUS INSPECTIE

De vaststellingen in dit verslag hebben betrekking op

WOONONDERSTEUNING

Living 1

aantal gebruikers: 6

leeftijd: 21j-70j

Naast wat in deze inspectie aan bod komt, is/zijn op deze uitbatingsplaats ook nog:

- Living 2, 3 en 4 : leefgroepen van 5 of 6 personen.
- Dagbestedingscentrum "Site 181"

DOELGROEP

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen

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

- matig verstandelijke handicap
- ernstig/diep verstandelijke handicap

Toelichting:

De hoofdproblematiek is verstandelijke beperking, met eventuele bijkomende problemen als autisme of GES.

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:

- maakt deel uit van een grotere campus met meerdere woonentiteiten en/of gebouwen voor dagbesteding.

Toelichting:

De site Van Coillie is een op zichzelf staande kleine campus met groepswoningen, studio's een dagbestedingscentrum en buurtwoningen.

De gebruikers van de geïnspecteerde werking kunnen naast de infrastructuur waarin zij wonen, de dag of een deel van de dag doorbrengen,... ook nog gebruik maken van andere accommodatie op deze uitbatingplaats. Concreet gaat het onder meer om:

- Dagbestedingscentrum "Site 181"

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 Living 1

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

- eetruimte
- zitruimte
- keukenfaciliteit
- buitenruimte

Er is geen bad- en/of doucheruimte.

Elke kamer beschikt over een eigen natte cel. Er zijn geen gemeenschappelijke bad- of doucheruimtes. In living 1 is geen gemeenschappelijk toilet. In living 2,3 en 4 is er wel één.

Er is geen verzorgingsruimte.

Verzorging vindt plaats op de eigen kamer. Alle kamers beschikken over een natte cel.

Het gebouw heeft meer dan één bouwlaag.
Er is een lift.

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 slaapruiimte 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 LIVING 1

Aanbod persoonlijke leef- en slaapruiimte

De persoonlijke leef- en slaapruiimte bestaat uit:

- individuele kamer(s) 6

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

Grootte van de persoonlijke leef- en slaapruiimte

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

Uitrusting van de leef- en slaapruiimte

De leef- en slaapruiimtes beschikken over volgend sanitair

- Individuele wastafel, toilet en bad of douche 6

Toelichting:

Over de 4 leefgroepen zijn er 23 kamers met natte cel voor de gebruikers. Per leefgroep is er tevens één rolstoeltoegankelijke kamer met rolstoeltoegankelijke badkamer.

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

Toelichting:

De doelgroep is voldoende zelfredzaam en heeft geen toezicht nodig.

(Een deel van) de individuele leef- en slaapruiimtes zijn uitgerust met een communicatiesysteem (hiermee wordt bedoeld dat de bewoner de begeleiding kan contacteren zonder de kamer te verlaten).

Het gaat om

- een belletje.

De bediening van het communicatiesysteem is aangepast aan de aard van de handicap.

Het communicatiesysteem werd uitgeprobeerd en werkte op het moment van het inspectiebezoek.

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, uurrooster, aanwezigheidslijst

De vaststellingen in dit hoofdstuk hebben betrekking op Living 1

INZET OVERDAG

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

Op een standaarddag is volgend personeel aanwezig :

Ochtend : 2 begeleiders met dienst van 6u30-14u (kan langer); 7u30-14u (kan langer) - 1 begeleider per 2 huizen + studio's +buitenhuizen (voor de buitenhuizen is er daarnaast ook nog aparte begeleiding)

Namiddag : 2 begeleiders met dienst van 13u45-21u30 en 13u45- 22u- 1 begeleider per 2 huizen + studio's +buitenhuizen (voor de buitenhuizen is er daarnaast ook nog aparte begeleiding)

Slapende nacht : 21u45-6u30 (voor de hele site)

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
- vervoer

Deze ondersteuning bestaat uit:

- inzetten van thuisverpleging
- inzetten van vrijwilligers

Toelichting:

Thuisverpleging voor 15-tal bewoners; Vrijwilligers voor vervoerstaken.

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: 12

Toelichting:

Op het ogenblik van de inspectie was het vakantie en was er een verminderde bezetting. Er waren 11 bewoners thuis of op reis. In de studio's waren 7 van de 8 personen aanwezig en in de buitenhuizen waren alle 5 gebruikers aanwezig.

INZET 'S NACHTS

Aantal gebruikers 's nachts aanwezig op de uitbatingsplaats: 11

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

Toelichting:

Interventieploeg op centrale site Tordale (Bruggestraat) kan in principe binnen de 15 tot 30 minuten ter plaatse zijn. Politie kan ook altijd opgeroepen worden.

INZET BIJ INDIVIDUELE BEGELEIDING

De medewerkers binnen de individuele begeleiding worden als volgt ingezet:

De aanwezige begeleiding zorgt ook voor de ambulante begeleiding van de zelfstandig wonende gebruikers in de studio's en de buitenhuizen (in het totaal 13 gebruikers).

Er is een permanentieregeling waar gebruikers van individuele begeleiding een beroep op kunnen doen (buiten kantooruren).

Slapende nacht zorgt voor permanentie voor de hele site en de buitenhuizen.

INFORMATIEOVERDRACHT

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang, logboek in Orbis

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, 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, 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 meerderjarige gebruiker volgens de gesprekspartner **zelfstandig** zijn rechten kan uitoefenen: 2

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 3 cases

De handelingsplannen dateren van:

6/9/2022

6/9/2022

april 2024

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

- ja in 3 cases

Het **handelingsplan** is ondertekend.

- ja in 3 cases

Het handelingsplan is ondertekend door:

- de gebruiker alleen in 3 cases

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

- nee in 2 cases
- gesprekspartner weet het niet in 1 case

De gebruiker krijgt geen exemplaar omwille van volgende redenen:

- de gebruiker wenst geen exemplaar in 2 cases

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

- gesprekspartner weet het niet in 1 case

De **handelingsplannen** worden opgemaakt met

- enkel de gebruiker in 3 cases

De inspraak van de gebruiker is gegarandeerd door:

- zijn aanwezigheid op de handelingsplanbespreking in 3 cases
- een voorbereidend overleg met de gebruiker 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 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 : De actiepunten zijn duidelijk omschreven en vermelden ook een verantwoordelijke en een evaluatiemoment.
- 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.

- ja in 2 cases
- nee, de zorgaanbieder kan zelf alle noden beantwoorden in 1 case

Toelichting:

- Case 2 : Beschutte werkplaats voor dagbesteding.
- Case 3 : Begeleid werk in een rusthuis.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Er zijn één of meer handelingsplannen enkel ondertekend door de gebruiker, hoewel er een bewindvoerder voor persoon is aangeduid/een vertegenwoordiger is want de gebruiker kan niet zelf zijn rechten uitoefenen (BVR van 02/04/2011, artikel 2).

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

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

ONTWERPVERSLAG

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 Living 1

DAGINVULLING

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang

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

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

- dagbesteding in dagcentrum "Site 181" op de site Van Coillie zelf : klassieke atelierwerking.
- begeleid werk in school, rusthuis, plaatselijke winkel,...
- beschutte tewerkstelling in eigen beschutte werkplaats (OptimaT in Lichtervelde) of in beschutte werkplaats in Diksmuide.

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

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

Er wordt ingegaan op veranderende keuzes van de gebruikers.

De dagbesteding wordt besproken samen met de evaluatie van het handelingsplan (maximum om de 2 jaar) of vlugger indien nodig. Voor de externe dagbesteding wordt een zeker engagement gevraagd aangezien men hier afhankelijk is van vervoer en externe partners.

De dagstructuur ziet er in de week als volgt uit:

Normale dagstructuur.

- 6u30-9u : opstaan, ochtendtoilet, ontbijten
- 9u-12u : dagbesteding voormiddag
- 12u-13u15 : middagpauze
- 13u15-16u : dagbesteding namiddag
- 16u : vieruurtjes
- 16u-18u : huishoudelijke taken, voorbereiden avondmaal
- 18u : avondmaal, daarna vrij
- Rond 22u wordt verwacht dat iedereen op de eigen kamer is, tenzij toestemming slapende nacht.

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 is op weekdays verschillend van de dagstructuur in weekends.

De dagstructuur is op weekdays verschillend van de dagstructuur in vakanties.

Toelichting:

Ongeveer de helft van de bewoners verblijft ook in het weekend in de voorziening.

De daginvulling in het weekend ziet er als volgt uit:

- Er worden hobby's en vrijetijdsactiviteiten aangeboden op de uitbatingsplaats.

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

Toelichting:

In het weekend kan men later opstaan. In de namiddag is er een activiteit. Er wordt een aantal suggesties gedaan en de gebruikers kunnen kiezen.

De daginvulling in vakantieperiodes ziet er als volgt uit:

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

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

Toelichting:

Tijdens de vakantie loopt de normale werking in principe door, tenzij op de momenten dat het dagcentrum gesloten is. Dan wordt er intern een activiteit georganiseerd.

SOCIALE CONTACTEN

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen

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

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

De gebruikers kunnen bezoek ontvangen in:

- een gemeenschappelijke ruimte
- de eigen kamer

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:

Men tracht een netwerk op te bouwen door deel te nemen aan activiteiten binnen de gemeente of via vrijwilligers.

INDIVIDUELE BEGELEIDER

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, gebruikersdossiers

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: Niet bepaald

Toelichting:

Individuele momenten op vraag of volgens noodzaak.

LEEFREGELS

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen,

Er zijn leefregels van toepassing.

Deze leefregels zijn:

- Informele afspraken.

De leefregels worden op een voor de gebruikers begrijpbare manier gecommuniceerd, mondelinge communicatie, huishoudelijke taken gevisualiseerd

Toelichting:

Er zijn een aantal praktische afspraken (etensuur, hygiëne, verdeling huishoudelijke taken,...)

INSPRAAK IN HET DAGELIJKS LEVEN

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, verslagen gebruikersvergadering

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

Toelichting:

Wekelijkse bewonersvergadering

De zorgaanbieder kan aantonen dat er gevolg gegeven wordt aan de wensen en verzuchtingen die vanuit dit overleg tot uiting kwam.

Toelichting:

Er waren verschillende suggesties voor uitstapjes.

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.

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, medicatiefiche, gebruikersdossier, medische map

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

OVERZICHT TOE TE DIENEN MEDICATIE

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang, medicatiefiche, gebruikersdossier, medische map, logboek, meldingsformulier

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: 2

Aantal medicatiefiches waarbij er overeenstemming is tussen de inhoud van de fiche en wat moet worden toegediend: 2

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 registratie van ingenomen crisismedicatie in logboek en in meldingsformulier

KLAARZETTEN EN TOEDIENEN VAN MEDICATIE

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang, medicatiefiche, gebruikersdossier, medische map

De medicatie:

- Wordt geïndividualiseerd aangeleverd

Toelichting:

Aanlevering in blisters door plaatselijke apotheek.

De medicatie wordt toegediend door:

- De medewerker die op dienst is

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

Er gebeurt een interne controle op het toedienen aan de hand van:

Dubbelcheck via vermelding op blisters.

BEWAREN VAN MEDICATIE

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang

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

Toelichting:

Gesloten kast in living.

INCIDENTEN MET MEDICATIE

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang, logboek, meldingsformulier.

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:

Huisdokter of ambulance verwittigen, staf of directie verwittigen

Incidenten met medicatie worden geregistreerd.

Toelichting:

Registratie in logboek en meldingsformulier.

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 MAATREGELLEN

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 criteria:
 - 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 MAATREGELLEN

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.

ONTWERPVERSLAG

BESLUIT

Aan de organisatie wordt gevraagd om de nodige maatregelen te nemen om de werking in overeenstemming te brengen met de regelgeving. Eerdere vaststellingen die bij deze inspectie niet aan bod kwamen of niet getoetst konden worden, blijven onverminderd van kracht.

Het handelingsplan

Inbreuken

Nieuwe inbreuken

- Er zijn één of meer handelingsplannen enkel ondertekend door de gebruiker, hoewel er een bewindvoerder voor persoon is aangeduid/een vertegenwoordiger is want de gebruiker kan niet zelf zijn rechten uitoefenen (BVR van 02/04/2011, artikel 2).

ONTWERPVERSLAG