

**DEPARTEMENT
WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN**

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

contact@zorginspectie.be

/////////////////
**INSPECTIEVERSLAG ALGEMENE ERKENNINGSVOORWAARDEN
(VOLWASSENEN) - ORGANISATIE EN WERKING**
////////////////////////////////////

INSPECTIEPUNT

Naam	Sherpa
Adres	Capucienenstraat 23, 3680 Maaseik
Telefoon	089-41 03 41
E-mail	openkans@terengelen.be

INRICHTENDE MACHT

Naam	KONINKLIJK INSTITUUT ONZE-LIEVE-VROUW TER ENGELEN
Juridische vorm	VZW
Adres	Capucienenstraat 23, 3680 Maaseik
E-mail	ingevanherten@terengelen.be

UITBATINGSPLAATS

Naam	
Adres	,

OPDRACHT

Nummer	O-2016-XACR-0304
Datum	9/06/2016
Inspecteur(s)	Martine Vandenhoeck

VERSLAG

Nummer	V-2016-MAVA-0094
Datum	16/11/2016

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Aangekondigd bezoek op 17/11/2016 (9:00-15:00)
Gesprekspartners	Steven Eerdeken, directeur Open kans Inge Van Herten, kwaliteitscoördinator Hilde Vanden Ecker, groepschef regio Bree

Sylvie Bijmens, begeleider
Joke Baselet, begeleider
Kris Ceysens, intakeverantwoordelijke
Marijke Seeljo, pedagoog

SITUERING INSPECTIEBEZOEK

Sherpa is de ambulante dienst van dienstencentrum Ter Engelen.

De dienst van regio Bree werd bezocht m.n. Sherpa Bree in de Passtraat 5 3960 Bree.

LEESWIJZER

Toegepaste wetgeving en administratieve bepalingen:

Algemeen:

- 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 15 juni 1994 betreffende het beheer van gelden of goederen van personen met een handicap door beheerders of personeelsleden van voorzieningen
- Omzendbrief van 28 maart 2002 inzake de supplementen boven de financiële bijdrage
- Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen

Specifiek voor zelfstandig wonen:

- Besluit van de Vlaamse Regering van 31 juli 1990 houdende de vaststelling van de erkenningsvoorwaarden, de werkings- en subsidiëringsmodaliteiten voor diensten voor zelfstandig wonen van gehandicapte personen
- Besluit van de Vlaamse Regering van 5 juni 2015 wijziging Zelfstandig Wonen

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 werkwijze en praktijk in elkaar zitten 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.

Dossiers worden steekproefsgewijs geïnspecteerd. Het resultaat van dit onderzoek wordt per thema in een samenvattende tabel gebundeld.

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.

ERKENNING EN DOELGROEP

ERKENNING

De organisatie is erkend als:

- FAM

Focus van de inspectie:

- FAM

Op moment van het inspectiebezoek werden er 45 volwassenen met een handicap begeleid door de organisatie.

Toelichting

De ambulante diensten Sherpa maken deel uit van dienstencentrum Ter Engelen dat een continuüm van ondersteuning aanbiedt aan kinderen en volwassen personen met een beperking gaande van ambulante/mobiele begeleiding, dagondersteuning, kortdurende opvang tot intensieve woonondersteuning.

Binnen FAM werkt men met 3 units m.n. De Kade, Open Kans, Het Roer die allen een integraal ondersteuningsaanbod bieden.

Sherpa Bree maakt deel uit van de unit "Open Kans" waar zowel een dagcentrum, een vrijetijdsaanbod, een aantal entiteiten voor woonondersteuning, beschermd wonen, begeleid wonen en geïntegreerd wonen onder valt.

Van 45 personen die worden ondersteund binnen Sherpa Bree zijn er 16 via rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH).

De werking van de dienst begeleid wonen is als volgt bijgestuurd ten opzichte van de vroegere werking "begeleid wonen":

De doorstroming naar andere zorgvormen binnen FAM verloopt gemakkelijker.

Unit Open Kans waar Sherpa Bree deel van uit maakt bood reeds een integraal aanbod. Op niveau van het dienstencentrum wordt het volledige aanbod binnen FAM voorzien. Cliënten van begeleid wonen kunnen in tegenstelling tot vroeger ook opgenomen worden op de interne doorstromingslijst indien de zorgvraag verandert en andere ondersteuning nodig is.

De 2 intakeverantwoordelijken werken intensief samen. Alle opnamevragen komen op 1 opnameteam zodat ook "twijfeldossiers" (vb. is begeleid wonen wel de beste ondersteuning) multidisciplinair besproken worden. De organisatie ervaart dit als een belangrijke troef in kader van de FAM-werking.

Voor de RTH-vragen werd er een apart intakeprocedure ontwikkeld zodat er sneller op deze vragen kan ingespeeld worden.

Met cliënten die al jaren in begeleiding waren met een lage frequentie (maandelijks) werd het gesprek aangegaan om eventueel over te schakelen naar RTH.

Regio overschrijdend werken is gemakkelijker dan vroeger. Voor sommige cliënten die net op de grens van een regio wonen, die verhuizen, die het moeilijk hebben om over te stappen naar een andere

begeleider of dienst heeft dit voordelen.

DOELGROEP

Toelichting

Men richt zich tot alle personen met een beperking vanaf 18 jaar.

De meeste cliënten hebben een licht tot matig mentale handicap. Voor sommige problematiek werkt men samen met andere diensten vb. bij een sensorïële problematiek, autisme.

Bij voorkeur woont de cliënt in één van de volgende regio's:

Regio Maaseik: Maaseik, Elen en Rotem (Sherpa Maaseik)

Regio Bree: Bree, Meeuwen – Gruitrode, As, Opglabbeek, Bocholt en Kinrooi (Sherpa Bree)

Regio Maasmechelen: Maasmechelen, Dilsen en Stokkem (Sherpa Maasmechelen)

Men houdt daar echter minder aan vast dan vroeger vb. bij verhuis van een cliënt primeert de zorgcontinuïteit. Er worden ook afspraken gemaakt met andere diensten voor begeleid wonen (vb. met Sint Elisabeth)

OPNAME- EN ONTHAALBELEID

Bron:

- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: website, folder Sherpa, informatiemap van het dienstencentrum, opnamemap met o.a. charter, protocol, procedure intake RTH en N-RTH, intakedossiers

OPNAME EN ONTHAAL

	Ja	Nee	NB
Er zijn afspraken over het informer en van een kandidaat-gebruiker en/of zijn vertegenwoordiger over de zorgvorm, voorziening,...	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn afspraken over hoe men zicht krijgt op de zorgvraag van de gebruiker (behoefteanalyse)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn afspraken die het betrekken van de gebruiker en/of zijn vertegenwoordiger bij de behoefteanalyse garanderen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn afspraken over het onthaal van een nieuwe gebruiker	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deze afspraken zijn voldoende vervat in de intakeprocedure	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De cliënt, ouders, familieleden of verwijzende instanties richten een vraag tot opname aan de intakeverantwoordelijke. Er is steeds een persoonlijk overleg met de zorgvrager. Er wordt verwacht dat de cliënt hierbij aanwezig is zodat zijn verhaal kan beluisterd worden. Tijdens dit intakegesprek wordt er door de intakeverantwoordelijke informatie gegeven over de voorziening (informatiemap) en worden de ondersteuningsvragen in kaart gebracht en geregistreerd a.d.h.v. domeinen kwaliteit van leven.

Op het intake team (psychiater, 2 intakeverantwoordelijken, directie, pedagogen) wordt op basis van beschikbare gegevens gekeken welke ondersteuning er kan geboden worden. De periode tussen intake team en effectieve start van een begeleiding kan zeer lang zijn. De intakeverantwoordelijke houdt zijn interventies chronologisch bij in het intakedossier en hij zal de

gegevens updaten indien een opname in het vooruitzicht komt. De persoonlijke begeleider kan het intakedossier bij de start van de begeleiding consulteren.

Op de website is er naast een folder ook een video beschikbaar waar op een eenvoudige manier wordt uitgelegd waar Sherpa voor staat.

CHARTER COLLECTIEVE RECHTEN EN PLICHTEN

	Ja	Nee	NB
Er is een charter collectieve rechten en plichten opgemaakt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nee	NB
Er is één charter , geldig voor alle ondersteuningsvormen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn meerdere charters uitgewerkt, rekening houdend met de verschillende ondersteuningsvormen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
De actuele versie van het charter is permanent ter inzage	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het charter voldoet aan de opgelegde minimale bepalingen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De organisatie werkt met een uitgebreide opnamemap met algemene informatie over de organisatie in zijn geheel (opdrachtverklaring, visieteksten, organogram), charter, protocol, de IDO en een aantal bijlagen (o.a. visieteksten, huishoudelijk reglement gebruikersraad, overzicht verzekerde risico's, toestemmingsformulieren, enz.). Naargelang de geboden ondersteuning worden sommige bijlagen bijgevoegd aan de opnamemap. Voor Sherpa zijn er aparte bijlagen m.b.t. afspraken huisbezoeken en vervoer, budgetbegeleiding, visie op begeleiding. De opnamemap wordt samen met de cliënt overlopen tijdens de eerste huisbezoeken en een aantal documenten moeten ondertekend worden vb. het afsprakenblad. Het charter wordt uitgebreid mondeling toegelicht aan de cliënt. De pedagoog neemt deze taak op en is aanwezig bij het eerste huisbezoek. Op een aantal aspecten komt de persoonlijke begeleider opnieuw terug tijdens latere huisbezoeken. Het charter is immers niet geschreven in een taal die voor de meeste cliënten verstaanbaar is.

Het adres van VAPH is ondertussen gewijzigd. Dit moet nog aangepast worden in de bijlagen.

	Ja	Nee	NB
Aan het charter werd nog volgende informatie toegevoegd:			
Een bepaling die stelt dat een gebruiker niet kan geweigerd worden op grond van etnische afkomst, nationaliteit, geslacht, seksuele geaardheid, sociale achtergrond, ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging of financieel onvermogen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De gebruiker heeft recht op een dossier	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De gebruiker heeft recht op inzage in het dossier	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De manier waarop de gebruiker zijn recht op inzage in het dossier kan uitoefenen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De minimale elementen waarover het collectief overlegorgaan moet worden geïnformeerd	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er is een aparte bijlage in de opnamemap betreffende inzage dossiers (Bijlage 5.4 Afspraken inzage dossiers). Het is één van de items waar de persoonlijke begeleider blijft bij stilstaan met de cliënt.			

PROTOCOL VAN VERBLIJF, BEHANDELING OF BEGELEIDING

	Ja	Nee	NB
Er is een protocol opgemaakt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nee	NB
Er is één protocol , geldig voor alle ondersteuningsvormen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn meerdere protocols uitgewerkt, rekening houdend met de verschillende ondersteuningsvormen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het protocol voldoet aan de opgelegde minimale bepalingen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er is 1 protocol " protocol van FAM" genoemd.			

TOETS MET DE PRAKTIJK

Recente opnames

Aantal bekeken dossiers: 3

	Ja	Nee	NB
Er is een behoefteanalyse gebeurd	3	0	0
De gebruiker en/of zijn vertegenwoordiger werden hierbij betrokken	3	0	0
Het charter is ondertekend voor akkoord en ontvangst	3	0	0
Het protocol is ondertekend	3	0	0
De documenten werden tijdig ondertekend	3	0	0

In de nagekeken dossiers was de cliënt steeds aanwezig bij het intakegesprek. Indien er een perspectiefverschil is tussen zorgvragen van cliënt en andere betrokkenen dan blijkt dit uit het

verslag.
 In begeleid wonen gaat het meestal om handelingsbekwame personen die de documenten zelf tekenen.
 Charter, protocol waren steeds ondertekend tijdens het eerste huisbezoek (=ook de start van de opname).
 Dossier E.V.
 Dossier S.B.
 Dossier A.M.

Dossiers met opname voor 1 juli 2011

Aantal bekeken dossiers: 2

	Ja	Nee	NB
De gebruiker is geïnformeerd over de wijzigingen aan het charter/reglement van orde	2	0	0
Er is een nieuw protocol ondertekend	2	0	0
In 2013 en in 2016 werd er voor elke cliënt een nieuw protocol en charter opgemaakt. De persoonlijke begeleider lichtte dit toe tijdens een huisbezoek waarna de documenten werden ondertekend. Dossier H.S. Dossier C.G. tussentijdse wijziging van 2013 werd niet teruggevonden, 2016 wel.			

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

BEÏNDIGEN VAN DE HULP- EN DIENSTVERLENING

Bron:

- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: beëindigingsdocument, procedure verdwijning en bereikbaarheid, visietekst bereikbaarheid, sherpa afspraken rond huisbezoeken en vervoer, dossiers

	Ja	Nee	NB
De voorziening heeft sinds 1 juli 2011 de hulp- en dienstverlening van minstens één gebruiker eenzijdig stopgezet	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
In 2 dossier werd de beëindigingsprocedure ingezet nadat de cliënt niet aanwezig was bij een aantal huisbezoeken. Er worden een aantal stappen ondernomen o.a. kaartje in de bus, brief met de vraag contact op te nemen met de dienst, brief met een afspraak op de dienst en vervolgens			

een aangetekend schrijven dat indien er voor een bepaalde datum geen contact wordt opgenomen de ondersteuning wordt stopgezet.

Dossier R.T. (juni 2012): de cliënt liet uiteindelijk zelf aan de dienst weten dat hij geen ondersteuning meer wenste.

Dossier J.G. (september 2016): de cliënt nam na het aangetekend schrijven terug contact op met de dienst en de ondersteuning wordt verder gezet.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

HET DOSSIER EN DE IDO

Bron:

- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: dossiers, procedure handelingsplan, werkdocument hulpmiddel bij evaluatie, dossiers

HET DOSSIER

	Ja	Nee	NB
Er zijn afspraken over de inhoud van het dossier	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De organisatie maakt kenbaar aan de gebruikers en/of vertegenwoordigers waaruit het dossier bestaat	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het dossier bevat administratieve gegevens	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het dossier bevat sociale gegevens	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het dossier bevat agogische gegevens	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het dossier bevat medische gegevens	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn afspraken over het zorgvuldig bijhouden van het dossier (actualiseren)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn afspraken over veilige bewaring	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn afspraken die het inzagerecht waarborgen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn afspraken om de gebruiker over zijn inzagerecht te informeren	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn afspraken met betrekking tot het doorgeven van als vertrouwelijk bestempelde informatie	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn afspraken met betrekking tot het beschermen van de privacy van derden bij uitoefening van het inzagerecht	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Er wordt grotendeels gewerkt met een geautomatiseerd dossier. Een aantal gegevens zitten nog in een papieren dossier.</p> <p>Het digitaal dossier bestaat bij Sherpa uit :</p> <ul style="list-style-type: none"> -VAPH – map (IDO, handelingsplan, inlichtingenblad, verslagen, relevante procedures, beëindigingsdossier, ...) -Huisbezoekenmap (ZOL, administratieve gegevens, genogram, ondersteuningsdomeinen, afspraken, ...) <p>Via toegangsrechten wordt er bepaald welke disciplines schrijf- en/of leesrechten hebben in deze mappen. Alle medewerkers van het team Sherpa Bree hebben toegang tot elkaars dossiers in kader van zorgcontinuïteit tijdens vakanties, andere afwezigheden van de vaste begeleider. In sommige dossiers wordt er ook met een co-begeleider gewerkt.</p> <p>Naast het digitaal dossier blijven er nog een aantal documenten ter beschikking via het papieren dossier o.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Intakeverslag -Observatielijsten 			

- Verslagen van externe diensten
- Bespreking van de individuele dienstverleningsovereenkomst en POP
- ...

In bijlage 5.4 van de opnamemap "Afspraken inzage dossiers" wordt uitgelegd welke gegevens volgens de wet toegankelijk zijn en hoe dit in de volwassenwerking wordt toegepast. De vraag tot inzage moet gesteld worden bij de maatschappelijk werker en de inzage wordt binnen de 15 dagen verleend.

In het protocol (artikel 12) wordt verwezen naar de wet op de privacy en de mogelijkheid om persoonsgegevens te corrigeren. In het luik dossiergegevens (artikel 13) wordt er verwezen naar het document "Toestemming opvragen en doorgeven van gegevens" dat door de cliënt wordt ondertekend.

Er is ook een apart formulier waarin toestemming wordt gevraagd voor het gebruik van beeldmateriaal.

In elk van de nagekeken dossiers waren deze documenten beschikbaar.

INDIVIDUELE DIENSTVERLENINGSOVEREENKOMST

	Ja	Nee	NB
Er zijn afspraken die garanderen dat de IDO binnen een termijn van maximum 6 maanden na opname wordt opgemaakt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn afspraken die garanderen dat voorzien wordt in overleg met de gebruiker en/of zijn vertegenwoordiger	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn afspraken die een minimale frequentie van evaluatie en zo nodig bijsturing garanderen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn afspraken die vastleggen op welke manier de evaluatie gebeurt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deze afspraken zijn vervat in de procedure "Opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van de individuele dienstverleningsovereenkomst"	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>De organisatie maakt een onderscheid tussen de individuele dienstverleningsovereenkomst (IDO) en het persoonlijk ondersteuningsplan (POP).</p> <p>IDO</p> <p>Tijdens het opnamegesprek wordt de IDO ingevuld en ondertekend. In de IDO worden afspraken genoteerd over de ondersteuning in de woning, dagbesteding, begeleiding, Eventueel worden er specifieke afspraken vermeld die verder worden uitgewerkt in het POP.</p> <p>Maximum na drie jaar wordt de IDO herzien en opnieuw ondertekend.</p> <p>POP</p> <p>Het POP bevat een gedetailleerdere uitwerking van de gemaakte afspraken in de IDO, aangevuld met actuele of permanente zorgvragen. Het is geschreven op basis van de ondersteuningsvragen van de cliënt. Na de proefperiode (is er een eerste POP. Vervolgens wordt het minstens om de drie jaar herzien (streefdoel is om de 2 jaar). De herziening van een POP start steeds met een evaluatie door de cliënt van de afgelopen ondersteuning.</p> <p>De cliënt ondertekent de zorgvragen en strategie en krijgt er een kopij van.</p>			

IDO IN DE PRAKTIJK

Aantal bekeken dossiers: 5

Er is een individuele dienstverleningsovereenkomst (IDO)?

5 / 5	aantoonbaar
0 / 5	niet aantoonbaar
0 / 5	nee, maar de opname is minder dan 6 maanden geleden
0 / 5	niet bevraagd

De IDO beschrijft de ondersteuning door de voorziening en de wijze waarop deze geboden zal worden?

5 / 5	aantoonbaar
0 / 5	nee, want de beschrijving strookt niet met de huidige dienstverlening
0 / 5	nee, want er is geen beschrijving van de geboden ondersteuning (alleen doelstellingen)
0 / 5	niet bevraagd

De IDO wordt op regelmatige tijdstippen geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd?

5 / 5	aantoonbaar
0 / 5	aantoonbaar, maar niet volgens de overeengekomen frequentie
0 / 5	niet aantoonbaar
0 / 5	niet bevraagd

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

5 / 5	aantoonbaar
0 / 5	aantoonbaar maar beperkt tot informeren
0 / 5	niet aantoonbaar
0 / 5	niet bevraagd

Wie werd er betrokken?

5 / 5	alleen de gebruiker zelf wordt betrokken
0 / 5	zowel de gebruiker zelf als de vertegenwoordiger worden betrokken
0 / 5	alleen de vertegenwoordiger wordt betrokken
0 / 5	het is niet mogelijk om de gebruiker zelf te betrekken; alleen de vertegenwoordiger wordt betrokken
0 / 5	Het is niet mogelijk om de gebruiker zelf te betrekken; overleg met de vertegenwoordiger is onmogelijk geworden omwille van gebrek aan netwerk
0 / 5	niet bevraagd

Het overleg over het IDO is aangepast aan de gebruiker?

5 / 5	aantoonbaar
0 / 5	niet aantoonbaar
0 / 5	niet bevraagd

De voorziening maakt daarbij gebruik van de ervaringen en inzichten van de gebruiker?

5 / 5	aantoonbaar
0 / 5	niet aantoonbaar

0 / 5 niet bevestigd

Toelichting*Het ondersteuningsplan heeft de volgende structuur:*

De structuur van het ondersteuningsplan is voor alle ondersteuningsvormen dezelfde. Bij begeleid wonen worden niet steeds alle velden ingevuld. De cliënt kan ook aangeven dat hij niet wenst dat bepaalde info wordt opgenomen.

Deel 1

-voorstelling van de persoon

-voorgeschiedenis

-sociale gegevens

-medische gegevens

-paramedische gegevens

-persoon in de kijker (o.a. communicatie, fysieke mogelijkheden, sociale vaardigheden, relaties, seksualiteit, dagbesteding enz...)

-contextuele visie

Deel 2

Evaluatie van de ondersteuning (per ondersteuningsvraag, van de organisatie van de begeleiding, van de samenwerking met de begeleider/dienst, reflecties van de begeleidster).

Deel 3

Zorgvragen en strategie (lopende zorgvragen en nieuwe)

Verloop van het huisbezoek

Bijzondere afspraken

De organisatie maakt gebruik van een applicatie om de administratieve en inhoudelijke gegevens te beheren m.n. Softwel van Orbis

De begeleidingen gebeuren aan volgende frequentie:

Frequentie en tijdsduur variëren van cliënt tot cliënt naargelang de ondersteuningsnood. Ook doorheen het ondersteuningstraject kunnen deze veranderen na overleg met de cliënt.

Frequentie van begeleiding in de steekproef van dossiers:

Zie overzichtstabel

De frequentie is opgenomen in de IDO.

De begeleidingen worden als volgt geregistreerd:

Er is een aparte tool voor de contactregistraties. Er werden een aantal afspraken hieromtrent gemaakt o.a. binnen de 2 weken na het contact moet het geregistreerd worden, telefonische contacten en skypen die meer dan 15 minuten duren worden geregistreerd, huisbezoeken, overleg waar de cliënt bij aanwezig is, activiteiten, gebruikersraad.

Steekproefsgewijs nazicht van deze registraties:

Zie overzichtstabel

Verslaggeving van de begeleidingsmomenten gebeurt als volgt:

In Zorg online worden alle interventies chronologisch geregistreert en telkens is er een kort verslag van het huisbezoek, overleg, telefonisch contact enz.

	ondersteuning	Frequentie	Prestaties	Verslaggeving contacten	link tussen prestaties en verslaggeving
Dossier 1	NRTH	wekelijks	OK	OK	OK
Dossier 2	NRTH	minstens wekelijks	OK	OK	OK
Dossier 3	NRTH	maandelijks	OK	OK	OK
Dossier 4	NRTH	maandelijks	OK	OK	OK
Dossier 5	NRTH	wekelijks	OK	OK	OK

Dossier C.G. ondersteuning via huisbezoeken en skypen

Dossier S.G. gestart als RTH, nu NRTH, wekelijkse bezoeken en soms 2 keer per week omwille van problematiek, outreach vanuit psychiatrie, meerdere hulpverleners betrokken, regelmatig cliëntoverleg.

Dossier R.C.

Dossier D.L. bij opstart hogere frequentie, geleidelijk afgebouwd tot maandelijks

Dossier S.B. om de 2 weken cliëntoverleg, verschillende hulpverleners betrokken

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

- Er wordt een uitgebreide beeldvorming van de cliënt opgemaakt. Het is aan de organisatie om uit te maken of al deze informatie noodzakelijk is om een goede begeleiding te verzekeren (proportionaliteitsbeginsel).
- Wat het formuleren van de zorgvragen betreft is, is er nog marge voor verbetering om deze meer in de taal van de cliënt te noteren.

COLLECTIEVE INSPRAAK

Bron:

- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: huishoudelijk reglement verslagen van de gebruikersraad van 2016, verslagen funteam en redactieteam, krantje, resultaten van tevredenheidstoetsing

DAGONDERSTEUNING EN MOBIEL/AMBULANT

	Ja	Nee	NB
De voorziening organiseert collectieve inspraak voor de gebruikers of hun vertegenwoordigers	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> - verkozen collectief overlegorgaan - tevredenheidsmeting - nieuwsbrief, krantje, ... - periodieke bijeenkomst (vb. jaarlijkse receptie met infomoment, jaarlijkse informatievergadering) - maandelijkse activiteiten 			
<p>Er is een aparte gebruikersraad voor Sherpa Bree die bestaat uit een gekozen afvaardiging van de gebruikers. Ze komen minstens 3 keer per jaar samen. Pedagoog en groepschef zorgen voor logistieke ondersteuning o.a. agenda opstellen, uitnodigingen versturen, ...De verslaggeving wordt samen met de secretaris afgewerkt. Alle cliënten ontvangen een verslag.</p> <p>Tevredenheidsmeting voor ambulante diensten (jaarlijks) rond inspraak in het POP, maken van keuzes, klachten, werking van de gebruikersraad, bereikbaarheid van de dienst enz. De vragenlijst kan door cliënt alleen ingevuld worden of met behulp van de begeleider. Resultaten worden teruggekoppeld op de gebruikersraad.</p> <p>Het funteam bestaande uit cliënten en begeleiding die aantal uren hiervoor is vrijgesteld, organiseert maandelijks een activiteit (o.a. koken, bowlen, kermis, film, ...).</p> <p>Het redactieteam (cliënten en begeleiders) brengen 2 keer per jaar een krantje uit met artikels geschreven door cliënten, met allerlei weetjes.</p> <p>Er is jaarlijks een nieuwjaarsreceptie en een zomerinzetter.</p>			

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

KLACHTEN

Bron:

- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: klachtenprocedure, klachten, Zorg online

KLACHTENAFHANDELING

	Ja	Nee	NB
De afhandelingswijze van de klachten kwam tot stand in overleg met de gebruikers of het collectief overlegorgaan	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De procedure in het kwaliteitshandboek stemt overeen met de afhandelingswijze beschreven in het charter	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOETS MET DE PRAKTIJK

Opmerkingen, suggesties, mondelinge klachten

	Ja	Nee	NB	NT
Er werden opmerkingen, suggesties, mondelinge klachten geformuleerd	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Deze worden afgehandeld volgens de werkwijze beschreven in het kwaliteitshandboek	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klachten worden afgehandeld op een wijze die aangepast is aan de gebruiker	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bij de klachtenafhandeling wordt rekening gehouden met de ervaringen en inzichten van de gebruikers	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Een klacht mag schriftelijk, mondeling, telefonisch of op andere wijze aan iedere medewerker worden overgemaakt.</p> <p>Er volgt steeds een registratie in Zorg online en de pedagoog trekt hier lijsten van. Van elke ontevredenheid is er een terugkoppeling naar de cliënt. Een aantal voorbeelden werden ingekeken o.a. perspectiefverschil tussen moeder en cliënt, cliënt wenst begeleidingswissel... De ontevredenheden worden goed opgevolgd binnen dit systeem.</p>				

Schriftelijke klachten over de hulp- en dienstverlening

	Ja	Nee	NB	NT
Er werden één of meerdere schriftelijke klachten geformuleerd	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er werden één of meerdere klachten ingediend bij de klachtencommissie	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klachten worden afgehandeld op een wijze die aangepast is aan de gebruiker	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bij de klachtenafhandeling wordt rekening gehouden met de ervaringen en inzichten van de gebruikers	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een klacht komt terecht op een klachtenformulier indien de cliënt dit wenst (wordt bij elke ontevredenheid gevraagd).				

Schriftelijke klachten in de praktijk

Aantal bekeken klachten: 1

	Ja	Nee	NB	NVT
De klacht wordt geregistreerd	1	0	0	0
De voorziening deelt binnen de 30 dagen mee welk gevolg er aan de klacht wordt gegeven	1	0	0	0
De voorziening deelt schriftelijk mee welk gevolg er aan de klacht wordt gegeven	1	0	0	0

Toelichting

Klacht in 2012 m.b.t. financieel gesjoemel van een begeleider (kreeg ontslag).

KLACHTEN OVER GELDBEHEER

	Ja	Nee	NB	NVT
Er werden klachten over geldbeheer geformuleerd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

KWALITEITSSYSTEEM EN ZELFEVALUATIE

Bron:

- gesproken met medewerkers

VOLLEDIGHEID EN BESCHIKBAARHEID VAN HET KWALITEITSHANDBOEK

	Ja	Nee	NB
Alle verplichte procedures zijn opgenomen binnen het kwaliteitshandboek	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het kwaliteitshandboek ligt permanent ter beschikking van de gebruikers	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dit is conform de beschrijving in het Charter	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het kwaliteitshandboek ligt permanent ter beschikking van alle personeelsleden	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cliënten kunnen het kwaliteitshandboek inkijken bij de kwaliteitscoördinator.			

ZELFEVALUATIE

Inhoud van de procedure zelfevaluatie

	Ja	Nee	NB
De procedure zelfevaluatie voldoet aan de minimale eisen van het decreet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Toets met de praktijk

	Ja	Nee	NB
Er werd reeds een zelfevaluatie opgestart	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

FACTURATIE EN GELDBEHEER

Bron:

- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: tekst "afspraken rond huisbezoeken en vervoer bij Sherpa", visie budgetbegeleiding

FACTURATIE AAN DE GEBRUIKER

	Ja	Nee	NB
De eigen financiële bijdrage zoals bepaald in de regelgeving is duidelijk vermeld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
De wijze waarop de eigen financiële bijdrage werd berekend, is duidelijk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
De bijkomende kosten worden gedetailleerd weergegeven (aard en omvang)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De aangerekende bijkomende kosten zijn geoorloofd	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De begeleiding is gratis. Voor eventueel vervoer met de cliënt wordt een bijdrage van 0,34 euro per kilometer (dit bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd) gevraagd. Deze onkosten worden per maand gefactureerd door Ter Engelen. De parkeeronkosten (parkeertickets) worden steeds betaald door de cliënt.			

Volgende steekproef werd bekeken:

Facturen vervoer

GELDBEHEER

	Ja	Nee	NB
Binnen de organisatie wordt aan geldbeheer gedaan	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
In het protocol wordt aangevinkt of er voor de cliënt aan geldbeheer wordt gedaan of niet. Bij cliënten begeleid wonen wordt er principieel niet aan geldbeheer gedaan. In de visie op budgetbegeleiding worden voorbeelden opgesomd wat onder beheer van gelden valt en wat dus niet gebeurt in Sherpa o.a. zakgeld geven aan de gebruiker, een systeem van dubbele handtekening hanteren, de pin-code kennen van de bankkaart, gebruik maken van de kredietkaart van de gebruiker, als de bewindvoerder een som (> 134,50 € per maand) ter beschikking stelt laten stellen, aan de voorziening, geld afhalen in de plaats van de gebruiker enz. Er wordt duidelijk omschreven wat budgetbegeleiding inhoudt en op welke manier er dan tewerk wordt gegaan.			

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

BESLUIT

Sherpa brengt de zorgvragen van de cliënt zorgvuldig in kaart. Er wordt veel aandacht besteed aan de evaluatie van de ondersteuning door de cliënt .

De digitalisering van de informatie zorgt voor een duidelijke en transparante dossiervorming. Alle interventies worden geregistreerd in Zorg online wat de zorgcontinuïteit op moment dat een dossier moet overgenomen worden door een andere begeleider ten goede komt.

Sherpa Bree slaagt erin verschillende vormen van collectief overleg te organiseren samen met de cliënten.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

	Aantal
Nieuwe tekorten	0
Aandachtspunten	2

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

De inspecteur(s),

Martine Vandenhoeck