

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 WERKING

INSPECTIEPUNT

Naam	Dienstencentrum Ter Engelen
Adres	Capucienenstraat 23 , 3680 Maaseik
Telefoon	089-30 15 00
E-mail	stevenerdekens@terengelen.be

INRICHTENDE MACHT

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

UITBATINGSPLAATS

Adres	Meeuwerkiezel 90,3960 Bree
-------	----------------------------

OPDRACHT

Nummer	O-2016-EVST-0218
Datum	13/07/2016
Inspecteur(s)	Martine Vandenhoeck

VERSLAG

Nummer	V-2017-MAVA-0010
Datum	31/01/2017

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Onaangekondigd bezoek op 30/01/2017 (9:30-12:30)
Gesprekspartners	Steven Eerdekens, directeur Toon Schreurs, begeleider Hans Kusters, begeleider

LEESWIJZER

Toegepaste wetgeving en administratieve bepalingen

- Besluit van de Vlaamse Regering van 4 februari 2011 betreffende de algemene erkenningsvoorwaarden en kwaliteitszorg van voorzieningen voor opvang, behandeling en begeleiding van personen met een handicap
- Besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende erkenning en subsidiëring van flexibele aanbodcentra voor meerderjarige personen met een handicap
- Besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende erkenning en subsidiëring van multifunctionele centra voor minderjarige personen met een handicap

Onze opdracht

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

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

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

Wat komt u te weten in dit verslag?

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

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

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

Indien een voorziening niet voldoet aan de vereisten voor een verantwoorde ondersteuning, kunnen deze tekorten aanleiding geven tot een opvolgingsinspectie. Een opsomming van dergelijke tekorten wordt gegeven in het besluit bij dit verslag.

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

werden weggewerkt en desgevallend, welke tekorten niet werden gecontroleerd.

UITBATINGSPLAATS EN DOELGROEP

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers

UITBATINGSPLAATS

De uitbatingsplaats wordt binnen de organisatie 'Open Kans' genoemd.

Soort uitbatingsplaats

De organisatie biedt opvang en begeleiding aan:

- volwassenen, namelijk:
 - woonondersteuning

Focus van de inspectie ligt op:

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

Toelichting

Dienstencentrum ter Engelen biedt zorg en begeleiding zowel aan volwassen personen met een mentale beperking als aan kinderen. Er zijn initiatieven op het vlak van wonen, dagbesteding, ambulante begeleiding en vrijetijdsinitiatieven. Er zijn 4 units met een eigen locatie en identiteit. Open Kans organiseert initiatieven voor volwassenen te Bree.

Grootte uitbatingsplaats

Toelichting

Op het adres Meeuwerkiezel 90 zijn er 2 woongroepen m.n. De Horizon en De Oase. In De Oase verblijven gebruikers met ernstige meervoudige problemen (nursinggroep). Deze groep werd niet bezocht. Beide woongroepen worden aangestuurd door een apart begeleidingsteam.

Bezochte entiteiten

Alleen de infrastructuur voor woonondersteuning werd bezocht.

Deze infrastructuur wordt binnen de organisatie 'De Horizon' genoemd.

Er wordt niet met leefgroepen gewerkt.

Toelichting

In De Horizon verblijven er momenteel 7 gebruikers (2 vrouwen, 5 mannen), en een 8ste wordt binnenkort opgenomen.

DOELGROEP

Op de uitbatingsplaats worden gebruikers opgevangen met als hoofdhandicap:

- matig mentale handicap
- zwaar mentale handicap

Naast de hoofdhandicap is er sprake van volgende bijkomende problemen:

- gedrags- of emotionele stoornis
- psychiatrische problemen

INFRASTRUCTUUR

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- gesproken met gebruikers

ALGEMENE VASTSTELLINGEN

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (algemeen):

De Horizon is gelegen een eindje van het centrum van Bree. Op dezelfde campus is er ook een WZC. De meeste gebruikers van De Horizon gaan deeltijds naar het dagcentrum Open Kans, gelegen nabij het centrum van Bree. Ze worden gebracht en gehaald met een busje van Ter Engelen. 's Middags eten ze in De Horizon.

In De Horizon is alles gelijkvloers. Het gebouw is eigenlijk gebouwd in functie van gebruikers met een ernstige meervoudige zorgproblematiek: brede gangen, ruime aangepaste sanitaire accommodatie. Er is een omheinde tuin met groot terras.

Er is een grote living met zit-en eethoeken en biljarttafel, keuken, een gang met de individuele kamers en criskamer, nachtkamer voor de begeleider, de gang komt langs beide zijden uit op de living (dwaalgang), kasten in de gang met slot, afzonderingskamer nabij de living, begeleidersruimte die uitkijkt op de living, wasruimte met droogkasten en wasmachines, berging, ontspanningsruimte met snoezelhoek/fitnesstoestellen/PC-hoek.

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:

Individuele kamers	9
Meerpersoonskamers	0
Kamers voor tijdelijk verblijf	0

Toelichting

De kamers zijn ingericht en uitgerust op maat van de gebruiker.

Sommige kamers zijn zeer persoonlijk ingericht met veel snuisterijen, andere kamers zijn bewust sober.

Voor 1 van de gebruikers met een bipolaire stoornis is de kamer volledig aangepast aan zijn zorgbehoeften d.w.z. geen lavabo, geen spiegel, speciale geluiddempende muren en plafond, geen lichtknoppen, verankerd bed en matras, folie op de ramen, camerabewaking.

In de crisiskamer is er geen spiegel, kan het water afgesloten worden van de lavabo, is het bed verankerd, is er mogelijkheid tot cameratoezicht. Momenteel is deze kamer niet bewoond.

Grootte van de kamers

Alle kamers voldoen aan de wenselijke oppervlakte van 16m².

SANITAIR

Algemeen

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (sanitair):

Er is een personeelstoilet, 2 rolstoeltoegankelijke toiletten, 2 badkamers met aangepaste badaccommodatie en telkens een toilet (aangepast bad in 1 badkamer en inloopdouche in de andere badkamer). Tussen beide badkamers is er een schuifdeur maar deze is steeds op slot.

Er is voldoende sanitair.

Het sanitair is aangepast aan de gebruikers.

Beschikbaarheid van individueel sanitair

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

Er zijn kamers zonder sanitair omwille van volgende reden(en):

- aard van de handicap

Toelichting

In alle kamers is er een lavabo voorzien maar ondertussen werd er rekening houdend met de

problematiek van één van de gebruikers in 1 kamer de lavabo afgekoppeld.

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: Zorg online, medicatiekast, medicatiefiches, dossiers.

ALGEMEEN BELEID

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

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

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

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

Toelichting

Om veiligheidsredenen en om fouten te vermijden wordt in De Horizon de medicatie in de begeleidersruimte gegeven. Op die manier heeft de begeleider die de medicatie toedient goed zicht op het innemen van de medicatie door de gebruiker, kan hij onmiddellijk op de PC aanvinken dat de medicatie genomen werd en heeft hij de medicatiefiche bij de hand voor een extra controle op moment van toedienen.

Weigeringen, fouten, andere medische problemen worden steeds gemeld aan de medische dienst en geregistreerd (luik opmerkingen).

Er is 24/24u GSM-permanentie.

BELEID IN DE PRAKTIJK

Het medisch dossier

Er is een medisch dossier.

Persoonsgegevens over gezondheid worden apart bijgehouden.

Toelichting

In Zorg online wordt bij het medische luik de medische opvolging opgenomen. De arts van de voorziening beheert het medisch dossier.

Gebruik van een medicatiefiche

Er wordt met een medicatiefiche gewerkt.

De medicatiefiche biedt een volledig overzicht van alle medicatie.

De medicatiefiches zijn geactualiseerd.

Toelichting

De vaste medicatie wordt via het geautomatiseerd systeem door de apotheek klaargezet en staat in het rood op de medicatiefiche, tijdelijke medicatie die door de begeleider moet klaargezet worden staat in het zwart.

Aan De Horizon is een vaste verpleegkundige verbonden die het aanspreekpunt is voor de begeleiders, de medicatiefiches up to date houdt, de medische opvolging van de gebruikers in het dossier bijhoudt, informatie geeft over medicatie enz.

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
- er wordt actief informatie verzameld over medicatie voorgeschreven door een externe arts

Toelichting

De begeleiders zijn goed geïnformeerd over de toe te dienen psychofarmaca. De verpleegkundige komt wekelijks langs in de groep. Sommige gebruikers hebben regelmatig een individueel gesprek met de verpleegkundige.

Klaarzetten van medicatie

De medicatie wordt klaargezet door:

- apotheek (vaste medicatie)
- begeleiding (tijdelijke medicatie)

Toelichting

De medicatie van de apotheek komt toe in zakjes en de begeleider zet deze klaar per gebruiker, tijdelijke medicatie wordt via een vulschema (op PC) door de begeleider klaar gezet.

Toedienen van medicatie

De medicatie wordt toegediend door:

- begeleider

De toediening van medicatie wordt afgetekend.

Toelichting

Toegediende medicatie wordt onmiddellijk aangevinkt op de pc (vakje wordt groen).

Stagiaires geven geen medicatie.

Ook incidentele medicatie vb. pijnstillers wordt geregistreerd.

Bewaren van medicatie

Er zijn afspraken om medicatie op een voor de gebruiker onbereikbare plaats te bewaren en dit voor alle medicatie.

Ze worden bewaard in:

- een afgesloten kast
- het begeleiderslokaal

De medicatie is veilig bewaard.

Kennis van de afspraken

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

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

TOEZICHT 'S NACHTS

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: dossier I.M.

ORGANISATIE VAN DE NACHTDIENST

Er is 's nachts op de uitbatingsplaats personeel aanwezig.
De voorziening werkt met slapende nacht.

Toelichting

Voor de Horizon is er 1 slapende nacht. Het betreft een beurtrol voor de dagdiensten. Ook in de nabijgelegen woongroep de Oase is er een slapende nacht. Bij nood is het mogelijk om assistentie aan elkaar te verlenen. De permanentie kan ook steeds opgebeld worden.

BESCHIKBAARHEID VAN EEN OPROEPSYSTEEM

Er zijn bewoners die nood hebben aan oproepmogelijkheid vanuit de kamer.
Er is een oproepsysteem.
De werkwijze is voldoende aangepast aan de gebruikers.

Toelichting

Het oproepsysteem is niet bij iedereen geactiveerd omdat de persoon het niet kan hanteren, of omdat er misbruik van wordt gemaakt.

INZETTEN VAN EXTRA TOEZICHT

Er zijn bewoners waarvoor 's nachts extra toezicht nodig is.
Het extra toezicht wordt als volgt georganiseerd:
- de voorziening wordt ad hoc gealarmeerd via: alarmsignaal bij het verlaten van de kamer.
Er zijn afspraken inzake de bescherming van de privacy van de gebruiker bij gebruik van een toezichtssysteem.

Toelichting

Er is mogelijkheid tot camerabewaking. Dit wordt momenteel bij 1 gebruiker I.M. ingezet indien hij een moeilijke periode doormaakt en zijn nachtelijk leven moet geobserveerd worden. Dit gebeurt in samenspraak met deze gebruiker en na 2 rustige nachten wordt het cameratoezicht terug afgezet. De camera registreert alleen bewegende beelden. Er is een afsprakennota in de organisatie rond het gebruik van een camera.

FLEXIBILITEIT

Deze werkwijze(s) kan (kunnen) gericht ingezet worden naargelang de nood van de gebruiker.

Toelichting

Op elke deur kan het alarm ingeschakeld worden maar dit wordt weloverwogen toegepast. Momenteel wordt het bij niemand ingezet.

In elke kamer kan een camera ingezet worden.

AFSLUITEN VAN DE KAMER

Er zijn gebruikers waarvan de kamer 's nachts wordt afgesloten.

De kamer wordt om volgende reden(en) afgesloten:

- gedrag van de bewoner

Volgende afspraken over toezicht zijn gemaakt:

cameratoezicht

Toelichting

Het afsluiten van de kamer bij 1 gebruiker I.M. indien hij een moeilijke periode doormaakt.

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 vergaderingen

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 andere medewerkers
- het doorgeven van informatie
- het verwerken van informatie ten behoeven van gebruikersbesprekingen

Toelichting

Er wordt gewerkt met een elektronisch logboek Zorg online.

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:
om de 2 weken

Toelichting

Alle begeleiders, pedagoog, sociale dienst, groepschef en psychiater nemen deel aan het overleg.
De handelingsplannenplannen worden ingeroosterd door de pedagoog in het tweewekelijks overleg (grote bespreking om de 2 jaar).
Om de 6 maanden worden de persoonlijke ondersteuningsplannen (POP) van elke gebruiker overlopen op de teamvergadering.

Op dinsdag is er een bewonersvergadering (groepssessie en individuele gesprekken).

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

INDIVIDUELE DIENSTVERLENINGSOVEREENKOMST

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: sjabloon bewonersoverleg, handelingsplannen, POP's, verslagen van familiebesprekingen, individuele fiches

Vaststellingen op basis van de geïnspecteerde dossiers:

Er is een individuele dienstverleningsovereenkomst (IDO)

3 / 3	aantoonbaar
0 / 3	niet aantoonbaar
0 / 3	nee, maar de opname is minder dan 6 maanden geleden
0 / 3	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

De IDO wordt op regelmatige tijdstippen geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd

3 / 3	aantoonbaar
0 / 3	aantoonbaar, maar niet volgens de overeengekomen frequentie
0 / 3	niet aantoonbaar

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

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

Het overleg wordt georganiseerd met volgende betrokkenen

1 / 3	alleen de gebruiker zelf wordt betrokken
2 / 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 IDO 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

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

Toelichting

Elke gebruiker heeft een mentor (zelf gekozen) die het handelingsplan (HP) met de gebruiker voorbereidt en individuele gesprekken heeft met de gebruiker.

Wekelijks wordt er stil gestaan bij de concrete leefwereld van de gebruiker: emoties met smileys, welke activiteiten wil ik doen, wat wil ik graag doen in groep, alleen met mijn mentor, ik heb een vraag voor begeleiding en/of andere medewerkers.

Om de 2 jaar wordt er een nieuw plan opgemaakt en besproken met gebruiker en familie.

Om de 6 maanden worden de zorgvragen van het POP geëvalueerd op de teamvergadering. De opvolgingen worden telkens genoteerd op het POP. Bij belangrijke wijzigingen worden vertegenwoordigers tussentijds ook uitgenodigd voor een familiegesprek. Verslagen van de familiebesprekingen werden voorgelegd.

Dossier I.M.

Laatste opvolging POP 30/09/2016, zorgvragen geschreven in de Ik-vorm; laatste handelingsplan van december 2015, ingeroosterd februari 2017, netwerk in buitenland, contacten tussen gebruiker en netwerk via skype/tolk.

Dossier K.B.

Laatste HP 14/10/2016, familiebespreking op 12/09/2016, opmerkingen van het netwerk opgenomen in het POP.

Dossier M.S.

Laatste HP van 3/05/2016, familiebespreking 16/05/2016, netwerk wenst om de 6 maanden een familiebespreking (aantoonbaar)

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

PRIVACY

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: dossiers

Inzake privacy werden doorheen het inspectiebezoek volgende vaststellingen gedaan.

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

Toelichting

In de woongroep zijn verschillende leefregels en maatregelen om de privacy van de gebruikers te waarborgen:

- badkamer in gebruik dan lamp boven de deur aan
 - toiletten en badkamers kunnen afgesloten worden met een draaiknop
 - de tussendeur tussen beide badkamers is steeds op slot
 - ongestoord bezoek ontvangen op de kamer kan
 - gebruikers kunnen zich steeds terug trekken op de eigen kamer
 - erotisch materiaal bekijken kan op de eigen kamer
 - afsprakennota rond het opzetten van camerabewaking, bekijken van de beelden en periode van bijhouden van de beelden
 - per gebruiker wordt bekeken in welke mate hij/zij zelfstandig kan baden, welke vorm van toezicht nodig is
 - kamers behoren tot de privéruimte van de gebruikers
 - begeleiders kloppen en wachten op antwoord
 - gebruikers hebben een sleutel van hun deur
 - folie op de ramen van 1 kamer omwille van exhibitionisme van gebruiker
 - het werken met mannelijke en vrouwelijke begeleiders is een meerwaarde voor de gebruikers.
- Sommige levensaspecten bespreken ze liever met een man of vrouw
- mogelijkheid van individuele gesprekken van gebruiker met verpleegkundige

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

AFZONDERINGSMAATREGELEN

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: visietekst VBM, communicatie afzondering naar ouders/familieleden, protocol ruimtelijke VBM: afzondering, document met groepsafspraken en individuele afspraken (S) GOG, registratie, dossier M.S., afzonderingsformulier, individuele fiches

ALGEMEEN BELEID

Er wordt gebruik gemaakt van afzonderingsmaatregelen.

Er is een procedure inzake tijdelijke afzondering.

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

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

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

Toelichting

Het document "communicatie afzondering naar ouders/familieleden" wordt éénmalig ondertekend door de ouders/familieleden.

Om de 2 of 3 jaar bij IDO bespreking worden de ouders/familieleden op de hoogte gebracht van de afspraken met betrekking tot de afzondering en wordt de analyse van het gebruik van de afzonderingsruimte besproken. Ouders kunnen aangeven in het document of ze van elke afzondering op de hoogte wensen gebracht te worden. Vele ouders wensen dit liever niet.

Er wordt altijd melding gedaan van de afzondering aan het stafpersoneel op dienst of via GSM permanentie.

In het protocol "ruimtelijke VBM: afzondering" wordt het volledige proces beschreven (signaleren, beslissingsproces, registratie, opvolging, communicatie met familie...).

Naast de procedure voor tijdelijke afzondering heeft De Horizon een draaiboek met groepsafspraken. Hier zijn een aantal bepalingen in opgenomen rond agressie, weglooptgedrag en seksueel gedrag. Naast de groepsafspraken zijn er voor elke gebruiker ook individuele afspraken.

BELEID IN DE PRAKTIJK

Beschikbaarheid van een time-out ruimte

De bezochte entiteit beschikt over een time-out ruimte.

De ruimte wordt gebruikt als time-out ruimte.

De time-out ruimte is veilig ingericht.

Toelichting

De afzonderingsruimte is gemakkelijk bereikbaar, gecapitonneerde wanden, grote matras op de grond, beveiligd licht, tijdsaanduiding, camerabewaking, geen daglicht.

De begeleiders hebben een tablet die ze overal mee kunnen nemen om toezicht te houden bij afzondering.

Gebruik van afzondering sinds 01/01/2014

Er is in meerdere dossiers tijdelijke afzondering gebruikt sinds 1 januari 2014.

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

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

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

De afspraken inzake toezicht worden toegepast	
1 / 1	Ja
0 / 1	Nee

Het gebruik van afzondering komt aan bod bij intern overleg	
1 / 1	Ja
0 / 1	Nee

Toelichting

Begeleiders hebben een noodknop op de telefoon indien ze dringend assistentie nodig hebben van de burens.

Er is 24 uren GSM-permanentie.

Jaarlijks is er een opfrissing van veiligheidstechnieken.

Voor alle bewoners zijn er in hun dossier afspraken opgenomen m.b.t. afzondering en/of andere

vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM).

Bij gebruik van de afzonderingsruimte moet de begeleider dit registreren op een formulier en vervolgens doormailen naar een aantal leidinggevenden. Op niveau van de woongroep worden deze formulieren niet bewaard (begeleider moest zoeken in zijn mailbox om formulieren te vinden). Elke gebruiker wordt op de teamvergadering besproken en om de 6 maanden worden de afzonderingen door pedagoog verwerkt en op de teamvergadering besproken.

In de Horizon is bij 6 gebruikers bij de individuele afspraken opgenomen dat afzondering in de afzonderingsruimte tot de mogelijkheden behoort. Bij gebruiker I. kan dat nooit. Hij wordt naar zijn eigen (prikkelarme) kamer gebracht.

Preventieve en alternatieve maatregelen zijn voor elke gebruiker individueel beschreven (negeren, verbaal optreden, vergoeden van stuk gemaakt materiaal, naar kamer verwijzen, afzondering maar met deur open...).

Dossier M.S

duur 30 minuten, reden agressie, controle na 15 minuten, staf verwittigd, afspraak rond verwittigen van familie is opgenomen in de individuele fiche (netwerk wenst tijdens het wekelijks telefoongesprek met begeleiding op de hoogte gebracht te worden van de situatie van M.).

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

- De procedure voldoet niet aan minimale voorwaarden afzondering (BVR van 04/02/2011, artikel 45). Er is niet opgenomen hoe er toezicht moet gehouden worden tijdens de afzondering (o.a. om de hoeveel tijd moet de begeleider kijken naar de afgezonderde gebruiker).

AANDACHTSPUNTEN

- In het kader van de zorgcontinuïteit lijkt het logisch dat begeleiders een zicht hebben op de incidenten die in hun eigen groep plaats vonden. Zij kunnen de registratieformulieren echter niet meer consulteren nadat ze verstuurd werden naar de leidinggevenden.

BESLUIT

Ondanks het onaangekondigde karakter van de inspectie kende het bezoek een zeer vlot verloop.

Er wordt in De Horizon zeer zorgzaam omgegaan met medicatie.

Inspraak van gebruiker en netwerk zijn aantoonbaar via de verslagen van de familiebesprekingen en individuele gesprekken tussen mentor en gebruiker.

De doelgroep betreft personen met, naast hun mentale beperking, ernstige gedrags- en emotionele problemen. De begeleiders konden aantonen dat er sterk op maat gewerkt wordt. Naast de groepsafspraken zijn er individuele gedragsafspraken gemaakt en vastgelegd met elke gebruiker en waar mogelijk met zijn netwerk.

Er is veel aandacht voor de privacy van de gebruikers ondanks het feit dat er personen verblijven die veel toezicht nodig hebben.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

	Aantal
Nieuwe tekorten	1
Aandachtspunten	1

Aan de organisatie wordt gevraagd om de nodige maatregelen te nemen om de werking in overeenstemming te brengen met de regelgeving.

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

De inspecteur(s),

Martine Vandenhoeck