

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	Passtraat 7-9,3960 Bree
-------	-------------------------

OPDRACHT

Nummer	O-2017-MAVA-0004
Datum	5/12/2016
Inspecteur(s)	Martine Vandenhoeck

VERSLAG

Nummer	V-2017-MAVA-0011
Datum	31/01/2017

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Onaangekondigd bezoek op 30/01/2017 (13:00-15:15)
Gesprekspartners	Myriam Brebels, begeleider Lucie Snijders, 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 bevestigd 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:
 - dagondersteuning

Focus van de inspectie ligt op:

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

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

In de Passtraat zijn verschillende woongroepen gelegen van Open Kans, de dienst Sherpa (mobiele en ambulante ondersteuning) en het dagcentrum. In het dagcentrum zijn een 80-tal deelnemers ingeschreven. Zowel personen van de woonvormen als mensen die vanuit een thuissituatie komen (35-tal externen) brengen er voltijds of deeltijds de dag door. Dagelijks zijn er een 60-tal deelnemers aanwezig. Een aantal daarvan heeft activiteiten buitenshuis.

Bezochte entiteiten

Alleen de infrastructuur voor dagondersteuning werd bezocht.

Deze infrastructuur wordt binnen de organisatie 'Dagcentrum Open Kans' genoemd.

Toelichting

De deelnemers worden ingedeeld in verschillende groepen. Ze hebben elk een individueel weekschema. De groep met ouderwordende deelnemers en de groep met deelnemers die veel structuur nodig hebben vertoeven in een aparte ruimte waar ze een aanbod krijgen.

DOELGROEP

Op de uitbatingsplaats worden gebruikers opgevangen met als hoofdhandicap:

- licht mentale handicap
- matig mentale handicap
- zwaar mentale handicap

Naast de hoofdhandicap is er sprake van volgende bijkomende problemen:

- motorische handicap
- autisme
- gedrags- of emotionele stoornis
- psychiatrische problemen
- ouderdom

INFRASTRUCTUUR

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- gesproken met gebruikers

ALGEMENE VASTSTELLINGEN

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (algemeen):

Het dagcentrum is nabij het centrum van Bree gelegen. Alle ruimten zijn gelegen op het gelijkvloers en er is een tuin.

Er worden verschillende ateliers aangeboden o.a.. kaarsen, hout, klei, vorming, tuinieren, themawerking logo,.... Er zijn ook activiteiten buitenhuis zoals zwemmen, naar de zorgboerderij, winkel van het dagcentrum open houden in de stad, naar de bib enz.

Vlakbij is het gebouw met burelen van therapeuten, maatschappelijk werker, directie enz. gelegen. Ergo, logo, kine werken soms in kleine groepjes of geven individuele therapie.

De groep ouderwordende personen krijgt een aanbod in zijn activiteitengroep. Zij hebben een knusse living en keuken.

De groep deelnemers die veel structuur nodig hebben, beschikken over een eigen ruimte met verschillende individuele werkhoeken. Zij eten in een aparte ruimte (bijkeuken).

Er wordt overal met sterke visuele ondersteuning gewerkt o.a. foto's aan elk lokaal met de deelnemers, communicatieborden met foto's van de begeleiders, weekschema's met picto's, picto's aan de deuren, menu in picto's enz.

De deelnemers van de woongroepen gaan 's middags terug naar hun woongroep en eten daar. Zij komen meestal deeltijds naar het dagcentrum.

De externe deelnemers hebben een gezellige polyvalente ruimte met eettafels, knusse rusthoek, babbelhoek, fitnesshoek, 4 PC-plekken enz.

De bezochte infrastructuur voldoet aan volgende punten:

	Ja	Voor verbetering vatbaar	Nee
De infrastructuur is voldoende ruim	<input type="radio"/>	<input checked="" 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"/>

Toelichting

Het dagcentrum barst een beetje uit zijn voegen. Men heeft een gebrek aan ruimte en tracht hier op verschillende manieren een oplossing voor te vinden. De vormingen gaan door in een klein lokaal waar

ook een rustbed staat. Er zijn tabletten aan de muren in de gangen bevestigd waar er muziek kan geluisterd worden, orgel kan spelen, op PC gewerkt, rustplekjes in de gangen enz. Deelnemers mogen zich sonderen (of personen met plasbuis) in het personeelstoilet bij gebrek aan een andere verzorgingsruimte. Bij accidentjes gaat men desnoods naar het therapeutenblok (daar is een douche).

SANITAIR

Algemeen

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (sanitair):

Er is 1 rolstoeltoegankelijk toilet, 2 damestoiletten, 1 herentoilet en 2 urinoirs, 1 personeelstoilet waar ook sommige deelnemers van gebruik mogen maken.

Er is voldoende sanitair.

Het sanitair is niet voldoende aangepast aan de gebruikers.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

- Het sanitair is niet voldoende aangepast. Er is geen verzorgingsruimte in het dagcentrum waar men eventueel met een gebruiker terecht kan als hij een toiletaccidentje heeft gehad of vb. voor het sonderen van gebruikers.
- Het dagcentrum heeft eigenlijk een gebrek aan ruimte en probeert dit op allerlei creatieve manieren op te lossen.

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

Het medicatiebeleid (medicatiebeheer, medicatietoediening,...) is enkel vervat in een afgesproken werkwijze.

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

Toelichting

Deelnemers van de woonondersteuning nemen geen medicatie in het dagcentrum. Zij gaan 's middags naar huis en nemen hun medicatie daar.

Van de externe deelnemers is er momenteel 1-iemand die medicatie neemt onder toezicht van de begeleider en 1-iemand die volledig zelfstandig de medicatie neemt.

Indien er medische problemen zijn met een externe deelnemer dan wordt onmiddellijk de familie verwittigd. Men kan ook steeds beroep doen op de verpleegkundige van de organisatie.

Maart 2016 was er een bijscholing door het diensthoofd van de medische dienst omtrent medicatie in het dagcentrum. De volgende thema's kwamen aan bod:

- Hoe medicatie op Zorg Online afvinken
- Alleen medicatie geven als ze in ZOL staat.
- Medicatiefiches enkel aangepast worden door de verpleegster bij een doktersattest of een geschreven bewijs van de ouders
- Ouders de verantwoordelijkheid dragen over de medicatie d.w.z. dat de juiste medicatie via de busbegeleiding in het dagcentrum wordt afgegeven.

De werkwijze werd nog niet uitgeschreven.

BELEID IN DE PRAKTIJK

Het medisch dossier

Er is een medisch dossier.

Persoonsgegevens over gezondheid worden apart bijgehouden.

Toelichting

In Zorg online staan de belangrijkste medische gegevens van de externe deelnemers nodig voor de werking.

Gebruik van een medicatiefiche

Er wordt met een medicatiefiche gewerkt.

De medicatiefiche biedt een volledig overzicht van alle medicatie.

De medicatiefiches zijn geactualiseerd.

Toelichting

1 deelnemer van de structuurgroep moet medicatie nemen. Voor deze persoon is er een invulschema op PC. In het draaiboek van de structuurgroep is opgenomen dat deze persoon medicatie moet nemen.

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 medische dienst zorgt voor actualisatie van de fiche. De deelnemer brengt zijn medicatie mee van thuis. De organisatie verwacht een voorschrift. Er wordt nooit zo maar meegebrachte medicatie toegediend.

Klaarzetten van medicatie

De medicatie wordt klaargezet door:

- handmatig klaargezet door de begeleiding

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).

Bewaren van medicatie

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

Ze worden bewaard in:

- een afgesloten kast

De medicatie is veilig bewaard.

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

- Het medicatiebeleid van het dagcentrum werd nog niet uitgeschreven.

INFORMATIEOVERDRACHT

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: Zorg online, verslagen vergaderingen, gele kaften

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 verwerken van informatie ten behoeven van gebruikersbesprekingen

Toelichting

Er wordt gewerkt met een elektronisch logboek Zorg online.

De begeleiders van de woonvorm hebben ook toegang tot het logboek van de dagondersteuning.

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

De handelingsplannenplannen worden ingeroosterd door de pedagoog in het tweewekelijks overleg (grote bespreking om de 2 jaar als de deelnemer voltijds komt en om de 3 jaar als hij deeltijds komt). Om de 6 maanden worden de persoonlijke ondersteuningsplannen (POP) van elke gebruiker overlopen op de teamvergadering.

Er is een bewonersvergadering om de 14 dagen per groep waar men toe behoort. Belangrijke punten worden teruggekoppeld op de teamvergadering.

In elke groep is er een draaiboek waar de werking volledig is in uitgeschreven (gele map). Indien iemand een groep deelnemers moet overnemen dan is dit een belangrijke houvast.

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: dossiers

Vaststellingen op basis van de geïnspecteerde dossiers:

Er is een individuele dienstverleningsovereenkomst (IDO)

0 / 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

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

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

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

Het overleg wordt georganiseerd met volgende betrokkenen

0 / 0	alleen de gebruiker zelf wordt betrokken
0 / 0	zowel de gebruiker zelf als de vertegenwoordiger worden betrokken
0 / 0	alleen de vertegenwoordiger wordt betrokken
0 / 0	het is niet mogelijk om de gebruiker zelf te betrekken; alleen de vertegenwoordiger wordt betrokken
0 / 0	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

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

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

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

Gegevens worden zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard

0 / 3	aantoonbaar
-------	-------------

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

Toelichting

Aanpak bij deelnemers die ook woonondersteuning hebben:

Mentor en deelnemer bespreken de ondersteuning van het dagcentrum. De mentor vraagt een verslag op aan de begeleider van elk atelier dat de deelnemer volgt en maakt dit over aan de woonondersteuning die de gegevens toevoegt aan het HP van de woonondersteuning. Zij plannen en voeren de familiebesprekingen.

Aanpak bij externe deelnemers :

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

Om de 2 of om de 3 jaar wordt er een nieuw HP opgemaakt en besproken met deelnemer 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.

Dossiers van 3 externe deelnemers werden nagekeken:

Dossier L.V.

HP van 22/06/2015, komt naar de structuurgroep, afzondering en aanpak probleemgedrag is uitgeschreven, familiebespreking juni 2015

Dossier E.C.

HP 13/05/2015, familiebespreking maart 2015, speciale infosessie voor familie rond problematiek van downsyndroom, eigen map voor E. met picto's rond weekschema, vorming relatie enz.

Dossier K.W.

HP van 17/10/2014, familiebespreking met netwerk, ingepland begin 2017, belevingsonderzoek in december 2016, deelnemer geeft aan bepaalde aspecten rond relaties/seksualiteit niet te willen bespreken met netwerk

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

PRIVACY

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers

Inzake privacy werden doorheen het inspectiebezoek volgende vaststellingen gedaan.

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

Toelichting

- er zijn kaartjes vrij en bezet aan sommige deuren
- toiletten hebben een draaislot
- koppels krijgen een privéplekje (vb. zetel in de gang) met momenten dat deze gereserveerd zijn voor bepaalde koppels
- met koppels worden afspraken gemaakt wat kan en niet kan op vlak van knuffelen, zoenen in het dagcentrum
- veel aandacht voor relaties, seksualiteit binnen vormingssessies, in privégesprekken met koppels, faciliteren van een relatie door het gesprek aan te gaan met de thuissituatie, koppelvakanties
- aandacht voor deelnemers die een hele dag de drukte niet aankunnen en een beetje "me-time" nodig hebben vb. alleen pauze in een atelier, rusten in de rusthoek, praten in de babbelhoek enz.
- indien een deelnemer aangeeft bepaalde items niet te willen bespreken met zijn netwerk dan wordt dit gerespecteerd

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

- Aan één van de rustruimte moet nog een vrij/bezet kaartje worden aangebracht.

AFZONDERINGSMAATREGELEN

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: visietekst VBM, communicatie afzondering naar ouders/familieleden, protocol ruimtelijke VBM: afzondering, dossier L.V., sjabloon afzonderingsformulier

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.

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

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

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 ruimte is een prikkelarme ruimte, niet gecapitonneerd (nog niet nodig), geen daglicht, tijdsaanduiding, kijkgat.

Gebruik van afzondering sinds 01/01/2014

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

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

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

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

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

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

Toelichting

De registraties zijn niet beschikbaar op moment van inspectie. Begeleiders geven aan dat er van hen wordt verwacht dat ze bij afzondering het formulier invullen en vervolgens doormailen naar leidinggevenden. Zij hoeven zelf geen exemplaar te bewaren op de PC.

De registraties werden achteraf doorgemailed naar inspectie.

In het dagcentrum zijn vrijwel alle afzonderingen van dezelfde gebruiker. De ouders van deze gebruiker hebben aangegeven hieromtrent niet verwittigd te willen worden. Dit is aangeduid op het blad 'communicatie naar familieleden' en is ondertekend door de familie.

Dossier LV

afzondering op 28/11/2016, reden materiele agressie, controle aanvankelijk om de 5 minuten nadien langere perioden van 10 minuten tot 20 minuten, duur 10.25 tot 12.25

afzondering op 15/12/2016, reden agressie t.a.v. andere gebruiker en automutilatie, controle om de 5 à 10 minuten, duur 15.10 tot 15.50

afzondering op 25/01/2017, reden materiele agressie, controle om de 5 minuten, duur van 16.00 tot 16.30

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

- Op de dag van de inspectie is het erg koud in de afzonderingsruimte.
- In het kader van de zorgcontinuïteit lijkt het logisch dat begeleiders een zicht hebben op de incidenten die in hun eigen werking 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. Het dagcentrum heeft een gevarieerd aanbod. Men tracht via de groepswerking voor ouderen en deelnemers die veel structuur nodig hebben tegemoet te komen aan de noden van een zeer gevarieerde doelgroep.

Binnen de werking is er veel aandacht voor relaties en seksualiteit. Men tracht zowel via vorming als via familiegesprekken dit aspect van het leven de nodige aandacht te geven en de belangen van de deelnemers te behartigen.

Er kon aangetoond worden dat het aanbod en ondersteuning in overleg met deelnemer en zijn familie wordt uitgewerkt.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

	Aantal
Nieuwe tekorten	1
Aandachtspunten	6

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