

DEPARTEMENT ZORG

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG: GEHANDICAPTENZORG

INRICHTENDE MACHT

Naam	Organisatie Broeders van Liefde
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	VZW
Ondernemingsnummer	0406633304
Adres	Stropstraat 119, 9000 Gent

INSPECTIEPUNT

Naam	OC Ebergiste
Adres	Leenstraat 31, 9890 Gavere

UITBATINGSPLAATS

Naam	OC Ebergiste - campus Zevenhuizen
Adres	Gestichtstraat 2, 9000 GENT

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	19/03/2024
Verslagnummer	ZI-2024-00891
Inspecteurs	Steven Cozijns Davy Deleersnyder

INSPECTIEBEZOEK

OC Ebergiste - campus Zevenhuizen

Onaangekondigde inspectie op 19/03/2024 (09:30-12:00)

Gesprekspartners	Annelies De Geyter (ortho-agoge) Luc Aelbrecht (algemeen directeur) verschillende medewerkers op dienst
------------------	---

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
• 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
• Besluit	21

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 inspectieverslagen 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 inspectieverslag.

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 inspectieverslag 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.

BASISGEGEVENS

SITUERING VAN DE INSPECTIE

De inspectie gaat over:

- dagelijkse werking

GEGEVENS VAN DE ORGANISATIE

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen

VERGUNNING/ERKENNING

De organisatie is erkend en/of vergund als:

- vergunde zorgaanbieder
- aanbieder van rechtstreeks toegankelijke hulp
- aanbieder ondersteuning voor geïnterneerden
- observatie-, diagnose- en behandelunit (ODB-unit)
- Begeleider arbeidsmatige activiteiten WVG.

De organisatie biedt zorg en ondersteuning aan:

- volwassenen, namelijk:
 - woonondersteuning
 - dagondersteuning
 - begeleiding

Totaal aantal gebruikers (in koppen) dat zorg en ondersteuning krijgt aangeboden door de organisatie:
250

UITBATINGSPLAATS

Soort uitbatingsplaats

Op deze uitbatingsplaats wordt zorg en ondersteuning geboden aan:

- volwassenen, namelijk:
 - woonondersteuning
 - dagondersteuning

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

- ook op deze uitbatingsplaats wonen

FOCUS INSPECTIE

**De vaststellingen in dit verslag hebben betrekking op
WOONONDERSTEUNING**

Huis 5

aantal gebruikers: 6

leeftijd: 30-50j

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

Huis 1 - 6 personen : ouderen

Huis 2 - 5 personen : heterogeen

Huis 3 - 4 personen : jongeren

Huis 4 - 5 personen : heterogeen

Huis 6 - 2 personen : personen die niet tegen groepsdruk bestand zijn

Huis 7 - 2 personen : personen die niet tegen groepsdruk bestand zijn

2 studio's : 2 meer zelfredzame personen

In het totaal verblijven er op de site Zevenhuizen dus 32 personen met een leeftijd van 20-80j.

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:

er kunnen bijkomende problematieken aanwezig zijn bij de cliënten: fysieke beperking, autisme, psychiatrische problematiek,

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:

- Het betreft een op zichzelf bestaand dienstencentrum bestaande uit 7 aaneengeschakelde woningen in combinatie met een verbindingsgang met ondersteunende diensten. Ook de dienst ambulante werking is in dit gebouw gevestigd. Vanuit dit gebouw worden o.a. gebruikers ambulant begeleid in de Kikvorsstraat en in de Robijnstraat.

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 uitbatingsplaats. Concreet gaat het onder meer om:

- therapieruimte(s).
- gespreksruimte(s).
- bezoekersruimte.
- Polyvalente dagbestedingsruimtes (met o.a. fitness)

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 Huis 5

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

- eetruimte
- zitruimte
- keukenfaciliteit
- toiletten
- bad- en/of doucheruimte
- buitenruimte
- dagbestedingslokalen/atelierruimtes
- therapieruimte

Er is geen verzorgingsruimte.
eventuele verzorging kan plaats vinden op de individuele kamer

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 HUIS 5

Aanbod persoonlijke leef-en slaapruiimte

De persoonlijke leef- en slaapruiimte bestaat uit:

- kamer(s) zonder kookfaciliteit 5
- individuele kamer(s) 5

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 en douche of bad 5

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

Het gaat om:

- deuralarm.

Het toezichtssysteem wordt volgens noodzaak ingezet.

De individuele leef- en slaapruiimtes zijn niet uitgerust met een communicatiesysteem.

Gebruikers van een kamer die niet is uitgerust met een communicatiesysteem, kunnen de begeleiding op de volgende manier contacteren:

- zij gaan zelf naar de kamer van de slapende nacht

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, nazicht uurrooster.

De vaststellingen in dit hoofdstuk hebben betrekking op Huis 5

INZET OVERDAG

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

1 vroegdienst van 7u30 tot 15u30

1 dagdienst gedurende 8u (inzet afhankelijk van de noden die er zijn op de desbetreffende dag)

1 laatdienst van 13u30 tot 22u30

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:

- piekmomenten ten gevolge van het organiseren van activiteiten die meer personeelsinzetten vereisen

Deze ondersteuning bestaat uit:

- inzetten van meer begeleiders

Het aantal aanwezige medewerkers op moment van het inspectiebezoek strookt met het dienstrooster/ uurrooster.

Aantal medewerkers aanwezig op moment van het inspectiebezoek: 1

Aantal aanwezige gebruikers: 6

INZET 'S NACHTS

Aantal gebruikers 's nachts aanwezig op de uitbatingsplaats: 32

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 minuten, overdag
- binnen de 15 tot 30 minuten, 's nachts

Indien zich een agressie-incident voordoet binnen de (leef)groep, woning,... kan geen fysieke bijstand worden opgeroepen die aanwezig is:

- binnen de 15 minuten, 's nachts

Toelichting:

Er is een 'agogische permanentie': personeelsleden van het middenkader kunnen worden opgeroepen 's nachts via een beurtrol.

INFORMATIEOVERDRACHT

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, logboek in word

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.

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:

inzage gebruikersdossiers

Er werd een steekproef van 3 cases ingekeken.

- aantal cases waarbij de gebruiker een **bewindvoerder voor persoon** heeft **binnen** het eigen netwerk:
3

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:

13/6/2022

13/12/2021

28/3/2022

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:

- zowel de gebruiker als de vertegenwoordiger in 3 cases

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

- ja in 3 cases

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

- ja in 3 cases

De **handelingsplannen** worden opgemaakt met

- de gebruiker en de vertegenwoordiger in 3 cases

De inspraak van de gebruiker is gegarandeerd door:

- zijn aanwezigheid op de handelingsplanbespreking in 3 cases

De inspraak van de vertegenwoordiger is gegarandeerd door:

- zijn aanwezigheid op de handelingsplanbespreking 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

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:

- bezorgen van het integrale document in 3 cases

De *opvolging* van de actiepunten en/of doelstellingen is *aantoonbaar*.

- ja in 3 cases

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:

- Er wordt samengewerkt met een externe partner voor sexuele dienstverlening.
- samenwerking inzake externe vakanties

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.

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 Huis 5

DAGINVULLING

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen,

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

De dagbesteding wordt concreet vertaald in volgende ateliers/workshops/activiteiten/therapie: bakkerij, keuken, crea, gezelschapspelen, buitenactiviteit

Er wordt beroep gedaan op volgend extern aanbod:

Vrijwilligerswerk extern (steward bij voetbal), helpen op zorgboerderij, school,...

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.

Periodieke bevraging over keuzes dagbesteding en tijdens gesprekken met de individuele begeleider.

De dagstructuur ziet er in de week als volgt uit:

de dagstructuur betreft maatwerk per bewoner en verschilt van dag tot dag.

De gebruikers die in het weekend blijven, verblijven in dezelfde leefgroep/woning.

De gebruikers die in een vakantieperiode blijven, verblijven in dezelfde leefgroep/woning.

Het is volgens de gesprekspartner omwille van de noden van de gebruikers, niet aangewezen om een verschil te maken in de dagstructuur tussen week en weekends.

Het is volgens de gesprekspartner omwille van de noden van de gebruikers, niet aangewezen om een verschil te maken in de dagstructuur tussen week en vakanties.

Toelichting:

Er wordt langer geslapen, er is een weekendaanbod op maat per gebruiker.

De daginvulling in het weekend ziet er als volgt uit:

- Er wordt deelgenomen aan hobby's en vrijetijdsactiviteiten extern aan de organisatie.

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

De daginvulling in vakantieperiodes ziet er als volgt uit:

- Er is een vast intern aanbod voor alle gebruikers.
- Er is de mogelijkheid tot inschrijven op extern aanbod.

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

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:

Project relatieopbouw in samenwerking met Universiteit Gent en samenwerking met vzw Magdeliefde.

INDIVIDUELE BEGELEIDER

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen

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: Wekelijks

LEEFREGELS

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, Afspraken huis, verslaggeving huisvergadering

Er zijn leefregels van toepassing.

Deze leefregels zijn:

- Informele afspraken.

De gebruikers worden betrokken bij de opmaak van de leefregels.

De leefregels worden op een voor de gebruikers begrijpbare manier gecommuniceerd,

De leefregels worden regelmatig geëvalueerd.

De gebruikers worden betrokken bij de evaluatie van de leefregels.

Toelichting:

Sommige zaken worden besproken op een individueel gesprek (bv. toegelaten tabaksgebruik), andere zaken op de maandelijkse huisvergadering.

INSPRAAK IN HET DAGELIJKS LEVEN

Vastgesteld op basis van:

Toelichting door de gesprekspartners en inzage verslaggeving huisvergaderingen.

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

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

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, gebruikersdossiers, medicatiefiches

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,

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,...).

Toelichting:

Tijdelijke medicatie wordt door de begeleiding schriftelijk toegevoegd op de fiche.

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 crisismedicatie voor 1 persoon.

KLAARZETTEN EN TOEDIENEN VAN MEDICATIE

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, rondgang, medicatiefiches, aftekenlijsten

De medicatie:

- Wordt klaargezet door een medewerker die dat als vaste taak heeft

Toelichting:

Er wordt beroep gedaan op de personeelsleden die een vorming "bekwame helper" gekregen hebben.

De medicatie wordt toegediend door:

- De medewerker die op dienst is

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

Deze werkwijze werd nagekeken.

Aantal toedieningsmomenten bekeken: 1

Aantal afgetekend zoals voorzien: 1

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:

Voorraad wordt bewaard in lokaal medische dienst, dagvoorraad in gesloten kast in leefgroep

INCIDENTEN MET MEDICATIE

Vastgesteld op basis van:

Gesprek met de aangegeven personen, gebruikersdossiers, elektronische registratie medicatieincidenten.

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.

Incidenten met medicatie worden geregistreerd.

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.

BESLUIT

Op basis van de vaststellingen genoteerd in dit verslag, wordt besloten dat de werking van de vergunde zorgaanbieder voldoet aan de gecontroleerde regelgeving. Eerdere vaststellingen die bij deze inspectie niet aan bod kwamen of niet getoetst konden worden, blijven onverminderd van kracht.