

# DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

## Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31  
1030 BRUSSEL  
02 553 34 34

**contact.zorginspectie@vlaanderen.be**

////////////////////////////////////  
**INSPECTIEVERSLAG ALGEMENE WERKING**  
////////////////////////////////////

### INSPECTIEPUNT

Naam	Huize Tordale
Adres	Bruggestraat 39 , 8820 Torhout
Telefoon	050/23.13.65
E-mail	bart.deceuninck@tordale.be

### INRICHTENDE MACHT

Naam	HUIZE TORDALE
Juridische vorm	VZW
Adres	Bruggestraat 39, 8820 Torhout
E-mail	evy.de.geytere@tordale.be

### UITBATINGSPLAATS

Adres	,
-------	---

### OPDRACHT

Nummer	O-2018-EVST-0075
Datum	7/02/2018
Inspecteur(s)	Koenraad Janssens Sally Swaans

### VERSLAG

Nummer	V-2019-KOJA-0062
Datum	9/09/2019
Datum laatste vaststelling	12/09/2019

### INSPECTIEBEZOEK

Soort	Onaangekondigd bezoek op 11/09/2019 (9:00-12:30)
Gesprekspartners	Bettyna Hollevoet, begeleider Annemie Debruyne, orthoagoog

## 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 multifunctionele centra voor minderjarige personen met een handicap
- Decreet van 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp

Vanaf 1/1/2019 verlopen onze inspecties en bijhorende inspectieverslagen conform de bepalingen uit het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid (B.S. 21 februari 2018).

De niet naleving van de regelgeving door actoren in de zorg of zorggebruikers wordt gedefinieerd als een 'inbreuk', hieronder is ook te verstaan: tekort.

### **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](http://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 'Campus Bruggestraat' genoemd.

### Soort uitbatingsplaats

De organisatie biedt opvang en begeleiding aan:

- volwassenen, namelijk:
  - individuele begeleiding
  - dagondersteuning
  - woonondersteuning
  - rechtstreeks toegankelijke hulp

Focus van de inspectie ligt op:

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

### Grootte uitbatingsplaats

### Toelichting

In totaal ondersteunt de organisatie tussen 200 en 250 volwassen personen met een handicap via niet rechtstreeks toegankelijke hulp, verspreid over diverse sites in Torhout en omliggende gemeentes.

Op de site Bruggestraat bevinden zich eveneens een school voor bijzonder onderwijs en de werking van de minderjarigenzorg van de voorziening, erkend als MFC.

### Bezochte entiteiten

Alleen de infrastructuur voor woonondersteuning werd bezocht.

Deze infrastructuur wordt binnen de organisatie 'campus Bruggestraat' genoemd.

Er werd een bezoek gebracht aan volgende leefgroepen:

- Baken

Er zijn op deze uitbatingsplaats 2 leefgroepen binnen de woonondersteuning.

### Toelichting

Binnen het bezochte gebouw zijn twee leefgroepen, enkel leefgroep Baken wordt bezocht. Binnen hetzelfde gebouw bevindt zich eveneens de werking voor dagondersteuning gericht op de bewoners van deze leefgroepen.

Er werd een bezoek gebracht aan volgend(e) deelaspect(en) van de werking:

-

## DOELGROEP

Op de uitbatingsplaats worden gebruikers opgevangen met als hoofdhandicap:

- matig mentale handicap
- gedrags- of emotionele stoornis

De focus van deze inspectie lag op:

Doelgroep:

- gedrags- of emotionele stoornis

## INFRASTRUCTUUR

### Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- gesproken met gebruikers

## ALGEMENE VASTSTELLINGEN

### Beschrijving van de bezochte infrastructuur (algemeen):

Het gebouw is volledig gelijkvloers en er zijn vier gangen rondom een patio (binnentuin) die zich in het midden bevindt. De kamers van de gebruikers bevinden zich in drie van de vier gangen. Eén gang bestaat uit een ruimte voor dagbesteding (het Klawier), een bureau, een kleine leefruimte en een keuken.

De kleine leefruimte heeft een tafel en stoelen en twee zitzakken. Er is een raam dat uitziet op de binnengangen en vanuit het bureau en de keuken kan men ook toezicht houden via een raam op de kleine leefruimte. De kleine leefruimte geeft met een schuifraam uit op een afgesloten tuin. In de kleine leefruimte zijn er nooit meer dan drie bewoners tegelijk.

Naast de kleine leefruimte is er een keuken met daarnaast een berging. De keuken wordt altijd op slot gedaan wanneer er geen personeel aanwezig is. De medicatie bevindt zich in de keuken (zie medicatie). Standaard wordt de keuken niet gebruikt om de maaltijden te bereiden, de maaltijden worden aangeleverd. Soms wordt de keuken gebruikt voor dagbesteding of voor kleine dingen te bereiden.

Aansluitend op de keuken, in een andere gang, bevindt zich de grote leefruimte. Deze heeft een TV achter plexiglas, een computer die ter beschikking staat van de bewoners, twee hometrainers, kasten, een tafel en een zetel. Er is een schuifraam dat uitgeeft op een afgesloten tuin. Ook hier is een raam naar de gang.

Eten gebeurt zowel in de grote als de kleine leefruimte en op de eigen kamer volgens individuele afspraken, waardoor men vermijdt dat er veel gebruikers tegelijk in dezelfde ruimte zijn.

Er is cameratoezicht in de gang en in de kamers. De monitor staat in het bureau en is alleen maar zichtbaar voor wie zich in het bureau bevindt.

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"/>

De bezochte afzonderingsruimte(s):

afzonderingsruimte	Ja	Nee	NR *
bevindt zich op een plaats die vlot bereikbaar is	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
is zo uitgerust dat de gebruiker zich niet kan kwetsen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
is gecapitonneerd	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
heeft daglicht	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	

is zo uitgerust dat de gebruiker de mogelijkheid heeft om te communiceren	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
beschikt over rookdetectie	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
laat steeds toezicht van buitenaf toe	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
is gevrijwaard van inkijk van een toevallige voorbijganger	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
is uitgerust met een aan de gebruiker aangepaste tijdsaanduiding	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
beschikt over een toilet	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	

\* Niet relevant omwille van de aard van de handicap

rustkamer	Ja	Nee	NR *
bevindt zich op een plaats die vlot bereikbaar is	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
is zo uitgerust dat de gebruiker zich niet kan kwetsen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
is gecapitonneerd	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
heeft daglicht	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
is zo uitgerust dat de gebruiker de mogelijkheid heeft om te communiceren	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
beschikt over rookdetectie	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
laat steeds toezicht van buitenaf toe	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
is gevrijwaard van inkijk van een toevallige voorbijganger	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
is uitgerust met een aan de gebruiker aangepaste tijdsaanduiding	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
beschikt over een toilet	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	

\* Niet relevant omwille van de aard van de handicap

### **Toelichting**

de afzonderingsruimte:

Deze bevindt zich in een hoek van een gang, dichtbij het bureau en de dagbestedingsruimte. De afzonderingsruimte bestaat uit twee verschillende ruimtes. De eerste ruimte heeft een toilet verankerd in de grond. De tweede ruimte is de eigenlijke afzonderingsruimte en heeft een verankerd bed.

De ruimte is niet gecapitonneerd, maar de muren zijn wel volledig bekleed met zachter materiaal. Er is daglicht via een raam, dit raam heeft melkglas (of een folie dat doorzicht belemmert), er kan dus niet binnen of buiten gekeken worden. Er is een camera aan het plafond en er is een verluchttingsrooster. De camera is enkel beelden, geen geluid. De bewoner kan dus niet verbaal communiceren met de begeleiding, tenzij door te roepen. Non verbale signalen naar de camera kan wel. De bediening van functies zoals licht en bediening van het rolluik gebeurt vanuit het bureau met het domoticasysteem .

De deuren naar de afzonderingsruimte (naar toilet en eigenlijke afzonderingsruimte) zijn beiden verstevigd.

De afzonderingsruimte is niet voorzien van tijdsaanduiding.

Rookdetectie is niet zichtbaar.

de rustkamer:

Deze is vergelijkbaar met de individuele kamers. Er is een bed dat verzaamd is en er is een afzonderlijke sanitaire ruimte met douche, toilet en lavabo. De rustkamer is een prikkelarme ruimte De kamer kan wel op slot gedaan worden. Afhankelijk van de situatie en/of de gebruiker wordt deze ruimte ingezet als time-out ruimte en als afzonderingsruimte (deur op slot)

In de kamer zijn er ook kasten en een radio achter een plexiglas. Ook hier kan alles bediend worden via het domoticasysteem, met inbegrip van het al dan niet afsluiten van de kamer. Er is een camera voor cameratoezicht en er is ook een oproepknop. Die oproepknop is verbonden met de GSM van de begeleider-coach.

De rustkamer heeft een raam dat niet afgedekt is. Er is dus inkijk mogelijk, maar de begeleiding kan er wel voor kiezen om de rolluik dicht te doen om inkijk te vermijden.

## INDIVIDUELE RUIMTES

### Het kameraanbod

Het kameraanbod bestaat uit:

Leefgroep	Baken
Woning	
Individuele kamers	7
Meerpersoonskamers	0
Kamers voor tijdelijk verblijf	3

### Toelichting

-Zeven kamers zijn voor de vaste bewoners. Daarnaast zijn er nog 1 flexkamer voor preventieve en gewone time out voor bewoners van andere leefgroepen van Huize Tordale. 2 kamers zijn voorbehouden voor externen. De kamers zijn allemaal vergelijkbaar en beschikken over een aparte natte cel.

-Tijdens het inspectiebezoek werd één kamer bezocht, na toestemming en in aanwezigheid van de bewoner. In de kamer staat een bed, een bureau en kasten. De kasten kunnen op slot (hierover bestaan specifieke afspraken met elke bewoner). Een TV staat achter plexiglas in een kast.

De kamer is voorzien van een raam zonder gordijnen of folie tegen inzage van buitenaf. Het raam bestaat uit een groot raam dat niet geopend kan worden en een smal raam dat (enkel door de begeleiding) op kip gezet kan worden. Indien gewenst kunnen bewoners ervoor kiezen om dit raam te voorzien van een folie tegen inkijk.

Rookdetectie en verluchting waren aanwezig.

Er zijn twee oproepknoppen in elke kamer, één in de kamer en één in de sanitaire cel. Het signaal van deze oproepen komt op de begeleiders GSM.

-Tijdens het inspectiebezoek wordt het domoticasysteem toegelicht: voor elke individuele kamer kunnen volgende functies door het systeem bediend worden: activering van de stopcontacten, activering van de lichtsakelaars in de kamer, verlichting in de kamers, bediening van de rolluiken, activering van de oproepknoppen en automatisch vergrendelen van de kamerdeur.

-Bewoners kunnen kiezen voor beschikbaarheid van WIFI op de eigen kamer. Hiervoor wordt dan wel een maandelijkse kost van 5 € aangerekend.

### Grootte van de kamers

Niet alle kamers voldoen aan de wenselijke oppervlakte van 16m<sup>2</sup>.

Er zijn kamers die voldoen aan de minimale oppervlakte van 8m<sup>2</sup> maar niet aan de wenselijke oppervlakte van 16m<sup>2</sup>.

Reden:

- historisch zo gegroeid

### Toelichting

De bezochte kamer had een oppervlakte kleiner dan 16m<sup>2</sup> (exclusief de natte cel), maar was ruimschoots groter dan 8m<sup>2</sup>.

## SANITAIR

### Algemeen

Er is niet bevraagd of er voldoende sanitair is.



Er is niet bevraagd of het sanitair voldoende aangepast is aan de gebruikers.

### Beschikbaarheid van individueel sanitair

Leefgroep	Baken
Woning	
Kamers zonder sanitair	0
Kamers met enkel wastafel	0
Kamers met eigen natte cel	11

### Toelichting

Elke kamer beschikt over een eigen sanitaire ruimte met douche, wastafel en toilet. Twee kamers hebben voorzieningen voor rolstoelgebruikers.

## SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

### Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

## AANDACHTSPUNTEN

- De afzonderingsruimte is niet aangepast op volgende punt: er is geen geschikte tijdsaanduiding.
- De voorziening dient te verifiëren of een rookmelder voorzien is in de afzonderingsruimte. Deze is mogelijk ingebouwd en was niet zichtbaar tijdens het inspectiebezoek.

## MEDICATIE

### Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: medicatiefiches, gebruikersdossiers

## 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

Aangezien voor de meeste gebruikers meerdere medici betrokken zijn bij de opvolging (huisarts, psychiater, andere specialisten) is voor elke gebruiker vastgelegd welke arts de eindverantwoordelijkheid draagt.

Voor medicatie wordt gebruik gemaakt van een blistersysteem (aanlevering door de apotheek in gefragmenteerde verpakkingen). Voor andere medicatie is het in eerste instantie de individuele begeleider die de voorraad opvolgt en via de medische dienst de nodige bestellingen plaatst.

Voor punctuele medicatie tussen de wekelijkse vaste aanleveringsmomenten (bij ziekte bijvoorbeeld) zal de huisarts beslissen en de medicatie rechtstreeks bij de apotheek besteld worden.

Bij medicatiefouten wordt eerst de huisarts gecontacteerd die beslist wat er moet gebeuren. Verder worden dergelijke incidenten geregistreerd (register medicatie onregelmatigheden) en door de teamcoach op teamvergadering besproken. Naderhand bekijkt de coördinerend verpleegkundige van de voorziening deze registraties nog eens, zodat ad hoc de nodige bijstellingen aangekaart kunnen worden. Tijdens het inspectiebezoek worden de registraties geverifieerd. Tot op de dag van het inspectiebezoek werden 16 onregelmatigheden genoteerd in 2019. Zorginspectie stelt wel vast dat de kolom "opvolging" niet is ingevuld.

## BELEID IN DE PRAKTIJK

### Het medisch dossier

Er is een medisch dossier, maar dit is niet op deze uitbatingplaats beschikbaar.

### Toelichting

Het medisch dossier bevindt zich bij de artsen en bij de coördinerend verpleegkundige. Via het elektronisch dossier beschikken de begeleiders wel over alle informatie die nodig is voor de correcte zorg.

### Gebbruik van een medicatiefiche

Er wordt met een medicatiefiche gewerkt.

De medicatiefiche biedt een volledig overzicht van alle medicatie.

De medicatiefiches zijn geactualiseerd.

### **Toelichting**

De fiches worden opgesteld door de apotheek, en kunnen via de elektronische applicatie rechtstreeks geconsulteerd worden door de begeleiding.

Tijdens het inspectiebezoek wordt bij de vraag naar voorlegging van de fiches in eerste instantie de laatst beschikbare afgedrukte fiche in het papieren dossier voorgelegd. In minstens één dossier bleek dit niet de meest recente versie te zijn (een van de recent toegevoegde crisismedicamenten was daarop nog niet vermeld). Het naast elkaar bestaan van papieren en elektronische versies van dergelijke informatie houdt een bijzonder risico in. De werkwijze dient in die zin aangepast te worden dat elk risico op gebruik van voorbijgestreefde informatie vermeden wordt.

Medicatie naar aanleiding van een crisis kan worden toegediend.

	<b>Informatie over toe te dienen medicatie</b>	<b>Informatie over de dosis</b>	<b>Informatie over de indicatie voor toediening</b>
Dossier 1	Ja	Ja	Ja
Dossier 2	Ja	Ja	Niet duidelijk
Dossier 3	Ja	Ja	Ja

### **Toelichting**

dossier 1: de indicatie voor toediening is expliciet terug te vinden in het signaleringsplan.

dossier 2: de eerst voorgelegde medicatiefiche bleek niet de meest actuele versie te zijn. Er is geen vermelding naar indicatie voor toediening in het signaleringsplan. De gesprekspartners geven wel aan dat dit gepland is.

dossier 3: dit is een bijzonder complex dossier, er is geopteerd om aan de medicatiefiche een bijlage toe te voegen die zeer gedetailleerd alle indicatievoorwaarden voor toediening beschrijft.

### **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

### **Toelichting**

Naast de coördinerend verpleegkundige (voor de volledige site) is in de leefgroep een van de begeleiders aangewezen als verantwoordelijk voor de algemene opvolging van de afspraken inzake medicatie.

Ook de individuele begeleider volgt de medicatievoorraden voor zijn bewoner(s) op.

### **Klaarzetten van medicatie**

De medicatie wordt klaargezet door:

- blistersysteem via apotheek
- handmatig klaargezet door de begeleiding

## **Toedienen van medicatie**

De medicatie wordt toegediend door:

- begeleider
- thuisverpleging

De toediening van medicatie wordt afgetekend.

### **Toelichting**

Voor 3 bewoners komt thuisverpleging langs. Bepaalde toedieningen kunnen enkel gebeuren door medisch geschoold personeel.

De individuele medicatiefiches worden overgezet in een algemene aftekenlijst die alle toedieningen per toedieningsmoment weergeeft. Deze lijst bevindt zich in de medicatiekast. Het is deze lijst die afgetekend dient te worden door de begeleider die deze taak heeft waargenomen. Tijdens het inspectiebezoek stelt Zorginspectie vast dat deze lijst meerdere keren niet afgetekend werd.

## **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 medicatiekast bevindt zich in de keuken.

De medicatie is veilig bewaard.

### **Toelichting**

De keuken is steeds op slot wanneer er geen begeleiding is, en de kast waarin deze medicatie zich bevindt is eveneens op slot.

Wel stelt Zorginspectie vast dat in dezelfde kast (weliswaar op andere legplanken) ook voedingswaren zijn opgeslagen.

## **Kennis van de afspraken**

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

### **Toelichting**

Op basis van de antwoorden die verstrekt werden, kan Zorginspectie vaststellen dat de afspraken gekend zijn door de personeelsleden. Het naast elkaar bestaan van een papieren en een elektronisch dossier geeft tijdens het inspectiebezoek wel aanleiding tot een aantal misverstanden. Het verdient aanbeveling om daar de nodige aandacht aan de te besteden.

## SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

### **Nieuwe tekorten**

- In één dossier is informatie over de toe te dienen medicatie (indicatie voor toediening) niet terug te vinden in het dossier, noch op de medicatiefiche. (BVR van 04/02/2011, artikel 9, §4).

## AANDACHTSPUNTEN

- Zorginspectie stelt vast dat door het naast elkaar bestaan van een papieren en een elektronisch dossier het risico bestaat dat gewerkt wordt met een niet geactualiseerde versie van de medicatiefiche.
- De afspraak dat de toediening van de medicatie afgetekend dient te worden blijkt op regelmatige basis niet gevolgd te worden.

## **TOEZICHT**

### **Bron:**

- rondgang
- gesproken met medewerkers

## **ORGANISATIE VAN DE NACHTDIENST**

Er is 's nachts op de uitbatingsplaats personeel aanwezig.

De voorziening werkt met een combinatie van slapende en wakende nacht.

### **Toelichting**

Tussen 22 en 6.30u is er één wakende nacht aanwezig voor de gehele site op de Bruggestraat, het nachtlokaal bevindt zich op de deelcampus De Bielzen (minderjarigen). Deze wakende nacht vormt een team met de slapende nacht in Het Kasteel (een externe site in de nabijheid van deze campus).

De monitor voor alle cameraopnames evenals de bediening van de domotica-toepassingen in de leefgroepen zijn beschikbaar vanuit dit nachtlokaal.

Elke avonddienst gaat bij vertrek langs in het nachtlokaal en bezorgt aan de nacht de relevante informatie over de eigen leefgroep. Specifiek met betrekking tot leefgroep Baken wordt elke nacht een plattegrond van de leefgroep bezorgd waarop aangeduid staat welke kamers bezet zijn en door wie, en welke toegangsregels gelden voor elke kamer (in deze leefgroep geldt voor sommige bewoners dat de kamer enkel betreden mag worden als er een tweede begeleider in het gebouw aanwezig is en voor andere dat de kamer enkel betreden mag worden door 2 begeleiders samen).

De nacht heeft ook de 3 begeleiders GSM's bij zich waarop oproepen vanuit de kamers toekomen.

Een aantal vaste rondes doorheen de campus staan vast op de agenda.

Om onnodige risico's te vermijden heeft de nacht de instructie vrij snel beroep te doen op interventie van de politie.

Er is een algemene telefonische permanentie waarop de nacht steeds beroep kan doen.

## **COMMUNICATIEMOGELIJKHEID VANUIT DE KAMER**

De kamer is uitgerust met een communicatiesysteem.

De werkwijze is voldoende aangepast aan de gebruikers.

### **Toelichting**

Er zijn twee oproepknoppen in elke kamer: één in de nabijheid van het bed en een tweede in de sanitaire cel

## **INZETTEN VAN EXTRA TOEZICHT**

Er zijn geen bewoners waarvoor 's nachts extra toezicht nodig is.

Er zijn gebruikers die overdag structureel op de eigen kamer afgezonderd worden (kamerdeur op slot).

Het extra toezicht wordt als volgt georganiseerd:

- permanente cameracontrole en oproepmogelijkheid vanuit de kamer

### **Toelichting**

Iedereen heeft vaste kamermomenten doorheen de dag, voor drie bewoners zijn deze steeds met deur

ontgrendeld, voor alle anderen is dat steeds met deur op slot. In functie van de evolutie bij de bewoners kan dit makkelijk aangepast worden via het domoticasysteem.

Er zijn gebruikers die 's nachts worden gefixeerd.

Het extra toezicht wordt als volgt georganiseerd:

- er zijn vaste afspraken over periodieke controle

#### **Toelichting**

Voor één bewoner geldt een specifieke procedure in geval van crisis. In dat geval kan hij gefixeerd worden (dit gebeurt enkel in de rustkamer, nooit in de eigen kamer). De nacht is hiervan op de hoogte via het overdrachtmoment en zorgt ervoor dat deze gebruiker specifiek gecontroleerd wordt tijdens de vaste rondes. Verder is er natuurlijk nog de permanente camerabewaking.

Er zijn gebruikers die 's nachts structureel op de eigen kamer afgezonderd worden (kamerdeur op slot).

Het extra toezicht wordt als volgt georganiseerd:

- er zijn vaste afspraken over periodieke controle

#### **Toelichting**

Dit geldt voor alle gebruikers in leefgroep Baken. De vaste controlemomenten, de oproepmogelijkheid en de permanente camerabewaking vormen een afdoende controle op deze situatie.

## **SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN**

### **Nieuwe tekorten**

Er werden geen tekorten vastgesteld.

## **AANDACHTSPUNTEN**

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

# HANDELINGSPLAN

## Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers

Vaststellingen op basis van de geïnspecteerde dossiers:

<b>Er is een handelingsplan</b>	
3 / 3	aantoonbaar
0 / 3	niet aantoonbaar
0 / 3	ja, maar te beperkt rekening houdend met de opnamedatum (meer dan 6 maanden geleden)
<b>Het handelingsplan wordt op regelmatige tijdstippen geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd</b>	
2 / 3	aantoonbaar
1 / 3	aantoonbaar, maar niet volgens de overeengekomen frequentie
0 / 3	niet aantoonbaar
<b>Het handelingsplan is opgemaakt in overleg met de gebruiker of zijn vertegenwoordiger</b>	
3 / 3	aantoonbaar
0 / 3	niet aantoonbaar
0 / 3	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats
<b>Het overleg wordt georganiseerd met volgende betrokkenen</b>	
1 / 3	alleen de gebruiker zelf wordt betrokken
1 / 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
1 / 3	het is niet mogelijk om de gebruiker zelf te betrekken; overleg met de vertegenwoordiger is onmogelijk geworden omwille van gebrek aan netwerk
<b>Het overleg over het handelingsplan is aangepast aan de gebruiker</b>	
2 / 2	aantoonbaar
0 / 2	niet aantoonbaar
0 / 2	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats
<b>De voorziening maakt gebruik van de ervaringen en inzichten van de gebruiker</b>	
2 / 2	aantoonbaar
0 / 2	niet aantoonbaar
0 / 2	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats
<b>Gegevens worden zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard</b>	
3 / 3	aantoonbaar
0 / 3	niet aantoonbaar
0 / 3	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

## Toelichting

Op dit moment zit men in een overgangsfase waarbij een klassiek handelingsplan zoals dat voorheen



periodiek opgemaakt werd vervangen wordt door Mijn Plan, een actieplan dat samen met de bewoner wordt opgesteld en op basis van de eigen competenties en verlangens een aantal doelen vastlegt voor de verschillende levensdomeinen.

Bedoeling is dit minstens om de 2 jaar volledig te evalueren maar er wordt gestreefd naar een periodiciteit van 1 jaar.

De bewoner heeft ook zelf een kopie van zijn "Mijn Plan". Ook het netwerk van de bewoner wordt betrokken bij de opstelling van het document, wanneer de bewoner zich hiermee akkoord verklaart. Want het is de bewoner alleen die beslist wie aanwezig mag zijn op de planbespreking.

Nagekeken dossiers:

dossier 1:

Mijn Plan maart 2019

dossier 2:

Mijn plan dateert van 2017, de volgens procedure voorziene maximale termijn van 2 jaar is net overschreden. Het betreft wel een bijzonder dossier in die zin dat er geen enkel betrokken netwerk is en ook communicatie met de bewoner zelf niet mogelijk is. Er wordt dus een specifieke procedure gevolgd waarbij een personeelslid op basis van observaties de rol van de gebruiker speelt bij het opmaken van Mijn Plan. Dit wordt uitgebreid toegelicht tijdens het inspectiebezoek.

dossier 3:

Mijn Plan november 2018.

Deze bewoner wenst geen aanwezigheid van het netwerk bij de evaluatiemomenten.

Uit verificatie van het dossier blijkt dat er voor deze gebruiker wel een aantal justitiële voorwaarden gelden. Ook wanneer Mijn Plan in eerste instantie uitgaat van wat de gebruiker wil, dan nog dient men steeds te bewaken dat een formeel handelingsplan nooit bepalingen of doelstellingen bevat die tegengesteld zijn aan dwingende voorwaarden zoals door het gerecht opgelegd.

Dit is het enige van de drie dossiers waarbij geen vrijheidsbeperkende maatregelen gelden, de gebruiker maakt enkel op bepaalde momenten en enkel op eigen vraag, gebruik van de rustkamer, en dit gebeurt steeds met de deur ontgrendeld (in terminologie van Zorginspectie betreft dit geen afzondering maar wel een time-out). Net zoals voor alle bewoners in deze leefgroep geldt wel dat de kamer 's nachts steeds op slot gaat.

Er zijn dossiers nagekeken waarbij er vrijheidsbeperkende maatregelen worden gebruikt.

### **Algemene toelichting bij de dossiers waar vrijheidsbeperkende maatregelen worden gebruikt**

Naast verduidelijking in elk handelingsplan waarom de kamers 's nachts op slot gedaan worden (veiligheid van elkeen laat voor geen van de gebruikers het samenzijn van meer dan 3 personen zonder directe begeleiding toe), wordt binnen de leefgroep ook gebruik gemaakt van afzondering in de eigen kamer, in de afzonderingsruimte, in de rustkamer. Voor één dossier kan ook fixatie toegepast worden (dossier 2 in de steekproef).

De afzonderingen kunnen zowel structureel zijn (vaste kamermomenten) als een gevolg van specifieke incidenten. Alle incidenten van grensoverschrijdend gedrag worden geregistreerd op een ad hoc formulier in het elektronisch dossier. Zoals reeds bij vorige inspecties werd vastgesteld, worden de toegepaste maatregelen wel beschreven, maar is niet voorzien in de mogelijkheid om uit alle registraties GOG rechtstreeks die incidenten te filteren die wel aanleiding gaven tot VBM.

Als bijzondere maatregel kan ook het toedienen van crisismedicatie vermeld worden. Dit wordt toegepast. Hiervoor kan verwezen worden naar de bespreking van dit punt onder de rubriek Medicatie eerder in dit verslag.

### **Toelichting over het gebruik van de signaleringsplannen**

Er zijn signaleringsplannen voor alle vaste bewoners in deze leefgroep. Uit onderzoek blijkt dat de genomen maatregelen ook afgedekt worden door een bestaand signaleringsplan.

Uitzondering op deze vaststelling betreft het toedienen van de crisismedicatie. Volgens verklaring van de gesprekspartners is men nog niet helemaal klaar om het aspect crisismedicatie op te nemen in de bestaande handelingsplannen, dit zou voor einde 2019 wel volledig rond zijn.

Tijdens het inspectiebezoek worden verschillende versies van een signaleringsplan voorgelegd, telkens aangepast aan de leefwereld van de gebruiker. De gebruiker bezit ook een kopie van het plan, en door dit op deze wijze aan te passen (een versie stelt de fases bijvoorbeeld voor als Pokémon kaartjes met telkens foto van de gebruiker), wil men er toe bijdragen de toepassing van de maatregelen te faciliteren.

#### **Toelichting over de nabespreking met de gebruiker (bij afzondering n.a.v. crisissituatie)**

In één van beide dossiers waar VBM wordt toegepast is nabespreking met de bewoner niet mogelijk, in het andere dossier is dit wel aantoonbaar.

#### **Toelichting over het op de hoogte brengen van de vertegenwoordiger (bij afzondering n.a.v. crisissituatie)**

In één dossier niet mogelijk wegens afwezigheid van betrokken netwerk. In het andere dossier zou dit wel steeds telefonisch gebeuren (verklaring van de gesprekspartner) maar kan dit niet formeel aangetoond worden.

#### **Toelichting over de periodieke evaluatie van de vrijheidsbeperkende maatregel**

Elke maatregel wordt periodiek en minstens jaarlijks formeel geëvalueerd. In de dossiers die nagezien werden heeft dit vooralsnog niet tot afbouw geleid.

#### **Toelichting over afbouw**

De begeleiding streeft formeel de afbouw van alle VBM na, uiteindelijk blijft het de bedoeling dat de gebruikers na verloop van tijd kunnen doorstromen naar andere, minder besloten, leefgroepen. Voor drie van de aanwezige bewoners geldt ook reeds het ontgrendelen van de kamerdeur tijdens de vaste kamermomenten. Anderzijds kan men via verslaggeving ook aantonen dat het toekennen van deze vorm van afbouw eveneens geëvalueerd wordt en in één situatie in het verleden ook reeds geleid heeft tot de beslissing om terug te keren naar de kamermomenten met gesloten deur.

Elke afzondering naar aanleiding van een crisissituatie wordt geregistreerd.

	<b>Aantal</b>
Nagekeken afzonderingen	4
Beginuur is genoteerd	3
Einduur is genoteerd	3
Toepassingsgrond genoteerd	2
Toepassingsgrond geoorloofd	2
Afzondering 30 minuten of langer duurde	1
Momenten van toezicht minstens om de 30 minuten wordt genoteerd	

#### **Toelichting**

In één casus (dossier 2) werd de duur van de afzondering niet genoteerd. Dit zou een materiële vergissing zijn.

Notities met betrekking tot toezicht zijn terug te vinden in de registraties.

In één casus werd een afzondering geregistreerd in de rustruimte.

In 2 dossiers zijn de verschillende rubrieken van het registratiedocument onvolledig ingevuld omdat blijkt dat de afzonderingen gebeurden op expliciet verzoek van de gebruiker zelf om te vermijden dat

een situatie van GOG verder zou ontsporen (dossier2).

## SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

### **Nieuwe tekorten**

Er werden geen tekorten vastgesteld.

## AANDACHTSPUNTEN

- In één dossier zal het handelingsplan weliswaar geëvalueerd worden, maar niet volgens de overeengekomen termijn.

## BESLUIT

### SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

	Aantal
Nieuwe tekorten	1
Aandachtspunten	5

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.

#### **Tekorten die aanleiding geven tot een opvolgingsinspectie**

- In één dossier is informatie over de toe te dienen medicatie (indicatie voor toediening) niet terug te vinden in het dossier, noch op de medicatiefiche. (BVR van 04/02/2011, artikel 9, §4).

---

De inspecteur(s),

Koenraad Janssens

Sally Swaans