

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	De Meander
Adres	Stokkemerbaan 147 , 3650 Dilsen-Stokkem
Telefoon	089-79 84 20
E-mail	luc.lemkens@demeander.be

INRICHTENDE MACHT

Naam	DE MEANDER
Juridische vorm	VZW
Adres	Stokkemerbaan 147, 3650 Dilsen-Stokkem
E-mail	luc.lemkens@demeander.be

UITBATINGSPLAATS

Adres	Stokkemerbaan 147,3650 Dilsen-Stokkem
-------	---------------------------------------

OPDRACHT

Nummer	O-2015-NAPA-0442
Datum	4/06/2015
Inspecteur(s)	Martine Vandenhoeck

VERSLAG

Nummer	V-2016-MAVA-0028
Datum	29/02/2016

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Onaangekondigd bezoek op 24/02/2016 (13:00-16:15)
Gesprekspartners	Frederik Vandewinkel, begeleider Marijke Bongaerts, begeleider Stefan Langers, begeleider Luc Lemkens, algemeen directeur Inge Aerts, directeur zorg

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
- Koninklijk Besluit van 23 december 1970 tot vaststelling van de erkenningsvoorwaarden van de residentiële en semi-residentiële voorzieningen voor personen met een handicap

Onze opdracht

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

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

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

Wat komt u te weten in dit verslag?

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

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

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

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

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

UITBATINGSPLAATS EN DOELGROEP

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers

UITBATINGSPLAATS

De uitbatingsplaats wordt binnen de organisatie 'De Meander' genoemd.

Soort uitbatingsplaats

De voorziening is erkend als:

- FAM
- MFC

De werking uitgebouwd op de uitbatingsplaats is erkend als:

- FAM
- MFC

Op de uitbatingsplaats wordt zowel woon- als dagondersteuning aangeboden.

Toelichting

De Meander biedt woonondersteuning aan een 25-tal minderjarigen. Deze jongeren lopen overwegend school in De Garve.

Binnen FAM begeleiden ze een 100 tal volwassenen (tehuis niet werkenden) en 12 gebruikers binnen DIO/Beschermd wonen. Leefgroep Wip werd bezocht.

Grootte uitbatingsplaats

Bezochte entiteiten

Tijdens het inspectiebezoek lag de focus op volgende zorgvorm:

- FAM

Alleen de infrastructuur voor woonondersteuning werd bezocht.

Deze infrastructuur wordt binnen de organisatie 'Wip' genoemd.

Toelichting

Wip is een leefgroep voor 8 volwassen gebruikers met mentale beperking en gedragsproblemen.

DOELGROEP

Op de uitbatingsplaats worden gebruikers opgevangen met als hoofdhandicap:

- mentale handicap

Naast de hoofdhandicap is er sprake van volgende bijkomende problemen:

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

Toelichting

De mentale problematiek van de opgenomen gebruikers is zeer verschillend van licht tot zware mentale handicap. De groep is vooral samengesteld op basis van de nood aan structuur voor alle gebruikers die er verblijven.

INFRASTRUCTUUR

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- gesproken met gebruikers

ALGEMENE VASTSTELLINGEN

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (algemeen):

Op de bezochte campus bevinden zich het administratief hoofdgebouw, 6 leefgroepen voor volwassenen, 2 leefgroepen binnen de MFC werking, dagbesteding in het bezigheidscentrum.

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"/>

Toelichting

Wip bevindt zich in een gekoppelde woning met een andere leefgroep (Dagvlinder). Beide groepen functioneren volledig autonoom en het is niet de bedoeling dat gebruikers de doorgang binnendoor naar de andere groep gebruiken.

Alles is gelijkvloers. Er is een gang met 8 individuele kamers, het opvoederslokaal, een gemeenschappelijke badkamer, was- en linnenruimte, personeelstoilet, ruime gezellige gemeenschappelijke zit-en eetruimte met keukenhoek, berging, buitenberging, afgesloten tuin met terras. In de ruimte tussen beide leefgroepen is de time out ruimte (cf. verder).

INDIVIDUELE RUIMTES

Het kameraanbod

Het kameraanbod bestaat uit:

Individuele kamers	8
Meerpersoonskamers	0
Kamers voor tijdelijk verblijf	0

Toelichting

De kamers zijn persoonlijk ingericht. De meeste gebruikers hebben een TV op de kamer.

Grootte van de kamers

Alle kamers voldoen aan de wettelijk bepaalde minimale oppervlakte.

Alle kamers voldoen aan de wenselijke oppervlakte van 16m².

SANITAIR

Algemeen

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (sanitair):

Er is een gemeenschappelijke badkamer die vooral gebruikt wordt om relaxatie/snoezelbaden te geven.

In de badkamer is er een aangepast bad, inrijdouche, rolstoeltoilet.

Er is voldoende sanitair.

Het sanitair is aangepast aan de gebruikers.

Beschikbaarheid van individueel sanitair

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

Toelichting

Alle kamers hebben een aparte sanitaire ruimte met toilet, douche en lavabo. 1 van de gebruikers heeft het motorisch moeilijker (rollator) en zijn sanitaire ruimte is voorzien van inrijdouche met extra handgrepen aan douche en toilet.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

MEDICATIE

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: MeanderNet, medicatiefiches
- medicatiekast

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

Fouten met medicatie of problemen rond medische aspecten worden doorgegeven aan de medische dienst. In het opvoederslokaal is een blad met noodnummers beschikbaar en instructies "wat te doen na 17u". Begeleiders geven aan goed omkaderd te zijn en steeds voor advies bij iemand terecht te kunnen.

BELEID IN DE PRAKTIJK

Het medisch dossier

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

Toelichting

Het medisch dossier bevindt zich bij de medische dienst. Begeleiders beschikken via het elektronisch dossier over de medische info die nodig is voor de dagelijkse 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

De medicatiefiches staan op PC (zwart is vaste medicatie, rood is tijdelijke medicatie met start- en einddatum). Indien de medicatie is gegeven wordt dit aangevinkt op de PC.
Indien er op eigen initiatief een pijnstiller wordt gegeven dan wordt dit eveneens geregistreerd in het logboek.

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

De actualisatie van de medicatiefiches gebeurt door de medische dienst.
Er kan altijd gevraagd worden aan de medische dienst of op het teamoverleg waarvoor bepaalde medicatie dient. Bij de start van gedragsmedicatie wordt aan begeleiders vaak gevraagd om een tijd te observeren wat het effect is.

Klaarzetten van medicatie

De medicatie wordt klaargezet door:
- apotheek
- handmatig klaargezet door de begeleiding

Toelichting

Er wordt gewerkt met een geautomatiseerd systeem. Medicatie komt toe in zakjes, producten staan op de zakjes en begeleider zet de medicatie per dag per gebruiker klaar. Er wordt nog steeds een controle voorzien door de begeleider.

Toedienen van medicatie

De medicatie wordt toegediend door:
- begeleider

De toediening van medicatie wordt afgetekend.

Bewaren van medicatie

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

Ze worden bewaard in:

- een afgesloten kast
- het begeleiderslokaal
- kast met cijferslot in het begeleiderslokaal

De medicatie is veilig bewaard.

Kennis van de afspraken

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

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

- Het verdient aanbeveling om meer informatie ter beschikking te stellen over de medicatie die in de leefgroep gegeven wordt (vb. indicatie op de fiche zetten).

TOEZICHT 'S NACHTS

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- gesproken met gebruikers

ORGANISATIE VAN DE NACHTDIENST

Er is 's nachts op de uitbatingplaats personeel aanwezig.
De voorziening werkt met wakende nacht.

Toelichting

Er is een vaste nachtploeg en elke nacht zijn er 2 wakende nachten aanwezig op de campus.

BESCHIKBAARHEID VAN EEN OPROEPSYSTEEM

Er zijn bewoners die nood hebben aan oproepmogelijkheid vanuit de kamer.

Er is een oproepsysteem.

De werkwijze is voldoende aangepast aan de gebruikers.

Toelichting

In elke kamer zijn er 2 vaste oproeppunten (slaapgedeelte en in de sanitaire ruimte). 1 gebruiker is mentaal zeer beperkt en voor hem wordt gewerkt met een akoestisch systeem, voor de persoon met motorische problemen is er een oproepeer in bed.

INZETTEN VAN EXTRA TOEZICHT

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

Toelichting

De afspraak is dat er in Wip bij niemand 's nachts wordt binnen gegaan tenzij de begeleiders dit expliciet vragen. De nacht heeft wel vaste toerbeurten in elk gebouw.

FLEXIBILITEIT

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

AFSLUITEN VAN DE KAMER

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

De kamer wordt om volgende reden(en) afgesloten:

- gedrag van de bewoner

Toelichting

Bij 2 gebruikers wordt 's nachts de kamer afgesloten: 1 omwille van het risico op grensoverschrijdend gedrag en 1 omwille van wegloupedrag en agressiviteit. Beide behouden ze hun oproepsysteem.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

INFORMATIEOVERDRACHT

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: logboek MeanderNet, verslagen overleg

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 de begeleiding
- het nalezen door andere medewerkers
- het doorgeven van informatie
- het verwerken van informatie ten behoeven van gebruikersbesprekingen

Toelichting

Het betreft een elektronisch logboek voor algemene zaken en een elektronisch dagboek per gebruiker. De begeleider heeft zijn wachtwoord en ziet onmiddellijk wat hij nog niet gelezen heeft (staat in het rood).

Na elke dienst wordt er kort verslag uitgebracht.

Er kan steeds een link gelegd worden naar andere medewerkers om hen te informeren.

Met het bezigheidscentrum (activiteiten) is er vooral mondelinge overdracht of er kan een link gelegd worden zodat ze ook toegang hebben tot bepaalde informatie.

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

Het overleg kent 2 delen (teamoverleg=praktisch, en leefgroepsoverleg=inhoudelijk over gebruikers). Alle begeleiders zijn aanwezig op het overleg. Inhoudelijke info wordt onmiddellijk in het bewonersdossier opgenomen.

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 MeanderNet

Vaststellingen op basis van de geïnspecteerde dossiers:

Er is een individuele dienstverleningsovereenkomst (IDO)

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

De IDO wordt op regelmatige tijdstippen geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd

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

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

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

Het overleg wordt georganiseerd met volgende betrokkenen

0 / 3	alleen de gebruiker zelf wordt betrokken
2 / 3	zowel de gebruiker zelf als de vertegenwoordiger worden betrokken
1 / 3	alleen de vertegenwoordiger wordt betrokken
0 / 3	het is niet mogelijk om de gebruiker zelf te betrekken; alleen de vertegenwoordiger wordt betrokken
0 / 3	het is niet mogelijk om de gebruiker zelf te betrekken; overleg met de vertegenwoordiger is onmogelijk geworden omwille van gebrek aan netwerk

Het overleg over het IDO is aangepast aan de gebruiker

2 / 2	aantoonbaar
0 / 2	niet aantoonbaar
0 / 2	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

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

2 / 2	aantoonbaar
0 / 2	niet aantoonbaar
0 / 2	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

Gegevens worden zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard

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

Toelichting

Elke gebruiker heeft een mentor die de 3 jaarlijkse bespreking voorbereidt. Hij bespreekt met de gebruiker zijn wensen en dromen, maakt een evaluatie van de voorbije periode, de maatschappelijk werker beluistert het netwerk.

Er wordt een datum vastgelegd waarop alle partijen die betrokken zijn bij de gebruiker worden uitgenodigd. Netwerk en gebruiker worden ook uitgenodigd. De gebruiker kan aangeven of hij al dan niet wenst aanwezig te zijn, bij de volledige of slechts bij een deel van de bespreking.

De IDO wordt afgewerkt en ondertekend door de vertegenwoordiger.

Dossier V.K. IDO 28/4/2014, ouders aanwezig op de bespreking, dagschema met picto's, permanente individuele begeleiding.

Dossier W.K. IDO 4/09/2014, doelstellingen rond gewicht

Dossier J.S.IDO 22/2/2016, doelstellingen rond communicatie, zelfredzaamheid, verzorging.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

- De manier waarop overlegd wordt met de gebruiker kan nog beter aangepast worden aan de gebruiker door bv. te vragen wie hij eigenlijk wenst bij de bespreking, wat hij niet wenst te bespreken in de grote groep. Op sommige besprekingen zitten een erg groot aantal professionelen.
- Waar mogelijk verdient het aanbeveling om ook de gebruiker zelf de IDO mee te laten ondertekenen.

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 het gebruik van collectief sanitair worden inspanningen geleverd om de privacy van de gebruiker te garanderen.
- Bij gebruik van sanitair, verzorgingsruimtes zijn deze afgesloten.
- Er wordt niet gesproken over bewoners in hun nabijheid.

Toelichting

Er zijn een aantal leefregels die gebruikers/begeleiders moet naleven en ingrepen in de infrastructuur die meer privacy waarborgen o.a. kamer is privéruimte, het grote raam van de kamer heeft geen inblik van buiten door het (gedeeltelijk) matte glasoppervlakte, op gesloten deuren wordt geklopt vooraleer binnen te lopen, deur toe doen van toilet en badkamer, 6 van de 8 gebruikers hebben een draaislot op de deur van hun kamer en kunnen hun kamer afsluiten, indien een gebruiker op vakantie/weekend is dan wordt de kamer afgesloten, het akoestisch systeem (in 1 kamer) staat overdag niet open, er zijn afspraken rond de aan-of aanwezigheid van de begeleider tijdens de badsituatie enz.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

AFZONDERINGSMAATREGELEN

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: procedure tijdelijke afzondering, registraties, dossiers MeanderNet

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 de wijze waarop toezicht gehouden wordt op de gebruiker tijdens de afzondering.

Toelichting

Er is stap voor stap beschreven hoe de time out ruimte moet gebruikt worden. Om de 10 minuten wordt toezicht verwacht. Langer dan 1u kan enkel in overleg met de huisarts.

In de procedure is opgenomen dat indien een gebruiker voor het eerst tijdelijk wordt afgezonderd dit zo snel mogelijk wordt verwittigd aan de vertegenwoordiger en genoteerd wordt in het dagboek van de betrokken bewoner in MeanderNET.

Nadien gebeurt de melding zoals afgesproken werd met de wettelijk vertegenwoordiger.

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

Ruimte voor beide leefgroepen Wip en Dagvlinder met camerabewaking, spion in deur, onbereikbaar raam, prikkelarm, geen rookdetectie.

Gebruik van afzondering sinds 01/01/2014

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

Het gebruik van afzondering wordt geregistreerd

3 / 3	Ja
0 / 3	Nee

De toepassingsgronden van afzondering zijn correct nageleefd

3 / 3	Ja
0 / 3	Nee
0 / 3	Niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

De vertegenwoordiger van de gebruiker wordt op de hoogte gebracht

2 / 3	Ja
1 / 3	Nee
0 / 3	Niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

De afspraken inzake toezicht worden toegepast

3 / 3	Ja
0 / 3	Nee

Het gebruik van afzondering komt aan bod bij intern overleg

3 / 3	Ja
0 / 3	Nee

Toelichting

Het toezicht verloopt via de camerabewaking in het begeleiderslokaal. Begeleiders moeten de observaties tijdens de time out noteren op het registratieformulier.

Er zijn 2 gebruikers waarvoor de afzonderingsruimte af en toe moet gebruikt worden. De registraties gebeuren op een papier dat ophangt op de ruimte (datum, wie, uur in en uur uit, toezicht om de 10 min, naam begeleider) en uitgebreide registraties in meandernet (reden van afzondering, gedrag tijdens en na afzondering).

Dossier W: uitzonderlijk gebruik van afzondering na agressie sept en november 2015, ouders zouden 's avonds gebeld zijn maar dit is niet aantoonbaar vanuit de registratie.

Dossier V, laatste TO in de afzonderingsruimte op 15/12/2015:

Voor V. is er sprake van een gestructureerd dagprogramma met 4 kamermomenten per dag waarbij de deur van zijn kamer op slot gaat. Deze aanpak kwam tot stand via out reaching met Asster (psychiatrie) na een opname van de gebruiker in Asster.

Het programma en de aanpak werden doorgepraat met de ouders van V., uitgeschreven in de IDO, en wordt regelmatig geëvalueerd op de teamvergadering. Het programma is volledig uitgeschreven en voor V. stap voor stap gevisualiseerd via picto's. Iedereen waakt er over dat het programma nauwgezet wordt gevolgd. Er werd in het verleden al eens geprobeerd om de kamermomenten af te bouwen maar dit liep niet goed af en zorgde voor een ernstige terugval van V. met meer afzonderingen in de afzonderingsruimte tot gevolg. Indien V. geen kamermoment heeft dan wordt hij in een 1-1 situatie begeleid. Inspectie kon vaststellen dat V. 's programma nauwgezet werd nageleefd de dag van de inspectie.

Dossier S.R. TO opgenomen in de IDO,15/10/2014 agressie

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

- In één dossier is het niet aantoonbaar dat de vertegenwoordiger van de gebruiker op de hoogte werd gebracht van de afzondering (eerste toepassing).
- Het verdient aanbeveling om rookdetectie te voorzien in de Time out ruimte.
- De manier waarop de vertegenwoordiger wenst verwittigd te worden van het gebruik van de afzonderingsruimte (gekende toepassing) voor zoon of dochter wordt best ergens geregistreerd. Het betreffen meestal mondelinge afspraken.

BESLUIT

Er werd constructief meegewerkt tijdens deze onaangekondigde inspectie.

In Wip wordt veel aandacht besteed aan de privacy van gebruikers. De groep is zeer heterogeen en uit de IDO's blijkt dat men erin slaagt om in overleg met gebruikers zorg op maat te bieden. Voor één van de gebruikers betekent dit dat er vrijwel permanent individueel toezicht en begeleiding aangeboden wordt. Het gebruik van afzondering wordt op een zeer zorgzame en weloverwogen manier gebruikt.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

	Aantal
Nieuwe tekorten	0
Aandachtspunten	6

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

De inspecteur(s),

Martine Vandenhoeck