

Op 1 maart kregen we onaangekondigd bezoek Van Dhr Bruno Naessens van Zorginspectie.

Dit was zijn eerste bezoek aan onze werking in IJzer en zee, een woonlocatie in het dorp, waar enkele cliënten van de Vleugels wonen en begeleid worden.

Op dat moment waren Linda Maes, Lieselot Vanspeybrouck en Els Vanthomme beschikbaar om de inspecteur te woord te staan.

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.

Het integrale verslag is hieronder terug te vinden

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	DE VLEUGELS
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	VZW
Ondernemingsnummer	0431408290
Adres	Stokstraat 1, 8650 Houthulst

INSPECTIEPUNT

Naam	de Vleugels
Adres	Stokstraat 1, 8650 Houthulst

UITBATINGSPLAATS

Naam	IJzer en zee
Adres	Predikboomstraat 8, 8650 KLERKEN

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	01/03/2024
Verslagnummer	ZI-2024-00699
Inspecteur	Bruno Naessens

INSPECTIEBEZOEK

IJzer en zee

Onaangekondigde inspectie op 01/03/2024 (09:30-12:30)

Gesprekspartners	1 bewoner Mevr. L. Maes, administratief directeur Mevr. L. Vanspeybrouck, coördinator sociale dienst Mevr. E. Vanthomme, begeleidster inclusief wonen
------------------	--

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	8
o De afzonderingsruimte	10
• 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
• Vrijheidsbeperkende maatregelen	21
o Gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen	21
• Besluit	23

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 inspectieverlagen 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 inspectieverlag.

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 inspectieverlag 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 inspectieverlag?

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

Toelichting:

De werking in IJzer en zee werd in het verleden nog niet geïnspecteerd.

GEGEVENS VAN DE ORGANISATIE

Vastgesteld op basis van:

gesprek met de administratief directeur en de maatschappelijk werkster

VERGUNNING/ERKENNING

De organisatie is erkend en/of vergund als:

- vergunde zorgaanbieder
- multifunctioneel centrum
- aanbieder van rechtstreeks toegankelijke hulp

Toelichting:

geen individuele begeleiding

De organisatie biedt zorg en ondersteuning aan:

- volwassenen, namelijk:
 - woonondersteuning
 - dagondersteuning
 - begeleiding
- kinderen en jongeren, namelijk:
 - verblijf
 - dagopvang schoolaanvullend
 - dagopvang schoolvervangend
 - begeleiding (mobiel en ambulantly)

Totaal aantal gebruikers (in koppen) dat zorg en ondersteuning krijgt aangeboden door de organisatie:
430

Toelichting:

Ongeveer 430 personen doen een beroep op ondersteuning van 'de vleugels' (ongeveer 356 volwassenen en ongeveer 76 minderjarigen). Binnen deze groep zijn er 45 personen die beroep doen op ondersteuning in het kader van rechtstreeks toegankelijke hulp.

UITBATINGSPLAATS

Soort uitbatingsplaats

Op deze uitbatingsplaats wordt zorg en ondersteuning geboden aan:

- volwassenen, namelijk:
 - woonondersteuning

FOCUS INSPECTIE

De vaststellingen in dit verslag hebben betrekking op

WOONONDERSTEUNING

Ijzer en zee

aantal gebruikers: 4

leeftijd: van 40+ tot 60+

De volledige uitbatingsplaats kwam aan bod.

Toelichting:

In theorie kan de vergunde zorgaanbieder ondersteuning aanbieden aan 6 personen met een beperking. Op het moment van het inspectiebezoek is 1 studio onbenut en wordt 1 studio ter beschikking gesteld aan een familielid van een bewoner (vorm van kangoeroewonen).

DOELGROEP

Vastgesteld op basis van:

gesprek met de administratief directeur en de coördinator sociale dienst

De organisatie biedt zorg en ondersteuning aan volgende doelgroep(en):

- licht verstandelijke handicap
- matig verstandelijke handicap
- ernstig/diep verstandelijke handicap
- meervoudige handicap

Toelichting:

Bijkomende problematieken kunnen voorkomen: auditieve beperking, visuele beperking, gedrags- en emotionele stoornissen, autisme, psychiatrische problematiek, motorische beperking, problemen inherent aan de leeftijd (oudere bewoners).

Specifiek voor Ijzer en Zee gaat het om wat oudere bewoners met een licht tot matig verstandelijke beperking die volledig mobiel zijn en geen uitgesproken bijkomende problematieken hebben. Zij kunnen vrij zelfstandig wonen met beperkte dagelijkse ondersteuning.

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 administratief directeur en de coördinator sociale dienst, 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:

- betreft een gebouw met studio's.

Toelichting:

Het gaat om 6 aan elkaar geschakelde studio's met de volgende faciliteiten: woonkamer met keuken, slaapkamer, wasruimte en rolstoeltoegankelijk sanitair (wastafel, douche en toilet). De moedervoorziening bevindt zich op 200m.

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 administratief directeur en de coördinator sociale dienst, rondgang

Er is geen infrastructuur voor gemeenschappelijk gebruik binnen de geïnspecteerde werking.

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 administratief directeur en de coördinator sociale dienst

DE VASTSTELLINGEN IN DIT HOOFDSTUK HEBBEN BETREKKING OP IJZER EN ZEE

Aanbod persoonlijke leef-en slaapruiimte

De persoonlijke leef- en slaapruiimte bestaat uit:

- kamer(s) met kookfaciliteit 6

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, toilet en bad of douche 6

(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:

- auditief systeem.

Het toezichtssysteem wordt volgens noodzaak ingezet.

Toelichting:

Er is in de slaapkamer een auditief toezichtssysteem voorzien dat actief wordt gemaakt tussen 21u en 7u 's morgens.

(Een deel van) de individuele leef- en slaapruiimtes zijn uitgerust met een communicatiesysteem (hiermee wordt bedoeld dat de bewoner de begeleiding kan contacteren zonder de kamer te verlaten).

Het gaat om

- een auditief systeem dat de begeleiding verwittigt.

De bediening van het communicatiesysteem is aangepast aan de aard van de handicap.

Toelichting:

Het toezichtssysteem kan tegelijkertijd worden ingezet als communicatiesysteem.

Toelichting:

Het communicatiesysteem wordt enkel 's nachts ingezet. Overdag kunnen de bewoners een oproep doen via hun persoonlijke telefoon.

DE VASTSTELLINGEN IN DIT HOOFDSTUK HEBBEN BETREKKING OP IJZER EN ZEE

Aanbod persoonlijke leef-en slaapruiimte

De persoonlijke leef- en slaapruiimte bestaat uit:

- kamer(s) met kookfaciliteit 6

Kamers van gebruikers worden bij afwezigheid niet ter beschikking gesteld van andere gebruikers.

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.

DE AFZONDERINGSRUIMTE

Het gebruik van een afzonderingsruimte kan een grote impact hebben op de kwaliteit van leven van de gebruiker. Er wordt getoetst of er elementen zijn die kunnen leiden tot onveilige situaties en of een aantal randvoorwaarden zijn vervuld die een minimaal comfort moeten garanderen.

Vastgesteld op basis van:

gesprek met de administratief directeur en de coördinator sociale dienst

Er is geen afzonderingsruimte binnen de geïnspecteerde werking.

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 administratief directeur, de coördinator sociale dienst en de begeleidster, digitaal uurrooster

De vaststellingen in dit hoofdstuk hebben betrekking op IJzer en zee

INZET OVERDAG

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

Elke dag is er 's morgens een halfuur ondersteuning - overdag kunnen activiteiten op afspraak en oproep

Er zijn niet echt (piek)momenten in het dagverloop van een doorsnee dag.

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

Aantal medewerkers aanwezig op moment van het inspectiebezoek: 1

Aantal aanwezige gebruikers: 1

Toelichting:

Bewoners nemen overdag deel aan dagbestedingsactiviteiten of gaan werken. Rond 10u was nog 1 bewoner thuis, kort daarna vertrok deze bewoner om haar taken in de moedervoorziening (soepbedeling) op te nemen. In principe was er op het moment van het inspectiebezoek geen begeleiding aanwezig, maar de begeleidster kwam naar aanleiding van de inspectie kort naar het werkingsadres om gericht op vragen van Zorginspectie te kunnen antwoorden.

INZET 'S NACHTS

Aantal gebruikers 's nachts aanwezig op de uitbatingsplaats: 4

Aantal medewerkers 's nachts aanwezig op de uitbatingsplaats: 0

Aantal wakende nacht:

Aantal slapende nacht:

De nachtpermanentie wordt opgenomen door het nachtteam in de moedervoorziening. Het nachtteam bestaat uit 4 à 5 wakende medewerkers.

Een medewerker van het team inclusief wonen is daarnaast in principe 24u op 24u bereikbaar.

Er is niet echt een impact op de locatie die men verlaat.

INFORMATIEOVERDRACHT

Vastgesteld op basis van:

gesprek met de administratief directeur, de coördinator sociale dienst en de begeleidster, logboek Studios IJzer en zee, tweewekelijkse teamvergaderingen

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.

Toelichting:

Zowel praktische als inhoudelijke info worden genoteerd in een digitaal logboek. Er zijn tweewekelijkse vergaderingen op het niveau team 'Inclusief wonen' waaronder de werking van Ijzer en zee ressorteert.

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 administratief directeur, de coördinator sociale dienst en de begeleidster, digitaal dossier

Er wordt gewerkt met een dossier voor elke gebruiker.

Het betreft een papieren en een elektronisch dossier

Het dossier is niet consulteerbaar op de uitbatingsplaats.

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:

gesprek met de administratief directeur, de coördinator sociale dienst en de begeleidster, handelingsplannen

Er werd een steekproef van 3 cases ingekeken.

- aantal cases waarbij de gebruiker een **bewindvoerder voor persoon** heeft **binnen** het eigen netwerk: 2
- aantal cases waarbij de gebruiker een **bewindvoerder voor persoon** heeft **buiten** het eigen netwerk: 1

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:

Case 1: 19 september 2022

Case 2: 3 oktober 2022

Case 3: 9 februari 2024

De voorgelegde handelingsplannen stemmen overeen met de huidige zorgvragen en ondersteuning.

- ja in 3 cases

Het **handelingsplan** is **ondertekend**.

- niet vast te stellen (het ondertekend exemplaar bevindt zich elders) in 3 cases

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

- nee in 3 cases

De gebruiker krijgt geen exemplaar omwille van volgende redenen:

- de gebruiker wenst geen exemplaar 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 2 cases
- een voorbereidend overleg met de gebruiker in 1 case

De inspraak van de vertegenwoordiger is gegarandeerd door:

- zijn aanwezigheid op de handelingsplanbespreking in 2 cases
- een voorbereidend overleg met de vertegenwoordiger in 1 case
- het voorleggen van het opgemaakte handelingsplan met toelichting in 1 case, indien de vertegenwoordiger niet op een uitnodiging ingaat om aanwezig te zijn op de handelingsplanbespreking

*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:

- het aantal aanwezigen op de handelingsplanbespreking te beperken in 2 cases
- de gebruiker te laten bijstaan door een coach/vertrouwenspersoon/belangrijke betrokken derde bij de handelingsplanbespreking in 2 cases
- gebruik te maken van aangepaste communicatie (smog, picto's, filmpjes, foto's, ...) 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:

- gebruik van aangepaste taal in 3 cases

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

- ja in 3 cases

Toelichting bij de opvolging van de actiepunten en/of doelstellingen:

- Case 1: bv. aandacht voor het onder controle houden van het gewicht
- Case 2: bv. contacten met het netwerk onderhouden, faciliteren en bevorderen

- Case 3: bv. leren gericht telefoneren

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 1 case
- nee, de zorgaanbieder kan zelf alle noden beantwoorden in 2 cases

Toelichting:

- Case 3: De gebruiker werkt qua daginvulling, in een extern maatwerkbedrijf.

Bijkomende vaststellingen na controle van één of meer concrete cases:

- Het volledige handelingsplan wordt minimum om de 3 jaar geëvalueerd. Tussentijds zijn er jaarlijkse evaluaties van doelstellingen en actiepunten. De ortho-agoge coördineert de opmaak van het handelingsplan en waakt, samen met de aandachtsbegeleider over de evaluatie er van. Verschillende disciplines hebben, volgens noodzaak, een inbreng in het handelingsplan.

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 IJzer en zee

DAGINVULLING

Vastgesteld op basis van:

gesprek met de administratief directeur, de coördinator sociale dienst en de begeleidster

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

De dagbesteding wordt concreet vertaald in volgende ateliers/workshops/activiteiten/therapie:

Case 1: soep verdelen, helpen in de keuken, helpen in de wasserij, winkelen

Case 2: industrieel werk, helpen in de wasserij, winkelen

Case 3: werken in een maatwerkbedrijf

Daarnaast is er aandacht voor huishoudelijke activiteiten in de eigen woning en het invullen van vrije tijd.

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.

De bewoners kunnen voor de invulling van hun dagbesteding onder meer terecht bij het team dat hen begeleidt.

De dagstructuur ziet er in de week als volgt uit:

's morgens: persoonlijke hygiëne en ontbijt

voormiddag: dagbesteding/werk

middagmaal: warm in de moedervoorziening of lunchpakket

namiddag: dagbesteding/werk

's avonds: avondmaal en vrije tijd

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

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

De dagstructuur is op weekdays verschillend van de dagstructuur in weekends.

De dagstructuur is op weekdays verschillend van de dagstructuur in vakanties.

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.

Toelichting:

De begeleiding gaat dagelijks aan huis en waakt er over dat de bewoners niet vereenzamen.

De daginvulling in vakantieperiodes ziet er als volgt uit:

- Er is een intern aanbod op basis van inschrijven.
- Er zijn vakantiecampen.
- Er is de mogelijkheid tot individuele reizen.
- 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 administratief directeur, de coördinator sociale dienst en de begeleidster

De gebruikers kunnen contact onderhouden met de voor hen belangrijke personen via:

- Bezoek ontvangen
- Bezoek brengen aan de belangrijke personen
- Sociale media
- Activiteiten die de woonvorm overstijgen
- Telefonische contacten

De gebruikers kunnen bezoek ontvangen in:

- de eigen kamer

De gebruiker heeft de mogelijkheid om te telefoneren zonder aanwezigheid van een begeleider.

INDIVIDUELE BEGELEIDER

Vastgesteld op basis van:

gesprek met de administratief directeur, de coördinator sociale dienst en de begeleidster

Er wordt niet gewerkt met een aandachtbegeleider, mentor of individuele begeleider.

De gebruikers hebben individuele momenten met een begeleider (individuele gesprekken, individuele activiteiten,...).

De frequentie van deze individuele momenten is: Dagelijks

Toelichting:

Het team dat de bewoners uit IJzer en zee begeleidt, bestaat uit 4 begeleiders. De bewoners hebben verbinding met alle begeleiders, er is geen noodzaak om een specifieke aandachtsbegeleider aan te stellen.

LEEFREGELS

Vastgesteld op basis van:

gesprek met de administratief directeur, de coördinator sociale dienst en de begeleidster, leefregels

opgemaakt in een toegankelijke taal

Er zijn leefregels van toepassing.

Deze leefregels zijn:

- Schriftelijk uitgewerkt.
- 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 zowel mondeling als schriftelijk toegelicht

De leefregels worden regelmatig geëvalueerd.

De gebruikers worden betrokken bij de evaluatie van de leefregels.

Toelichting:

Het gaat onder meer over praktische afspraken zoals bv. afspraken rond het leeg maken van de brievenbus, het wegdoen van de vuilniszakken, het ophalen van maaltijden in de moedervoorziening,...
Daarnaast zijn er een aantal formele afspraken die voortvloeien uit het reglement van de sociale huisvestingsmaatschappij.

INSPRAAK IN HET DAGELIJKS LEVEN

Vastgesteld op basis van:

gesprek met de administratief directeur, de coördinator sociale dienst en de begeleidster

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

Toelichting:

Elke bewoner woont individueel, er is geen nood aan een vorm van collectief vergaderen.

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:

individuele dossiers, medicatiefiches, handelingsplannen

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 administratief directeur, de coördinator sociale dienst en de begeleidster

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 niet toe informatie te voorzien over verschillende soorten medicatie.

Informatie ontbreekt over:

- Medicatie toe te dienen naar aanleiding van een crisissituatie

De actualisatie van de medicatiefiches is gecontroleerd.

Aantal medicatiefiches bekeken: 3

Aantal medicatiefiches waarbij er overeenstemming is tussen de inhoud van de fiche en wat moet worden toegediend: 3

Medicatie naar aanleiding van een crisissituatie kan niet worden toegediend.

KLAARZETTEN EN TOEDIENEN VAN MEDICATIE

Vastgesteld op basis van:

gesprek met de administratief directeur, de coördinator sociale dienst en de begeleidster

De medicatie:

- Wordt geïndividualiseerd aangeleverd

Toelichting:

De medicatie wordt geïndividualiseerd geleverd door de apotheek; de begeleiding haalt de medicatie op en verdeelt 2 keer per week verder over de verschillende huizen.

De medicatie wordt toegediend door:

- de persoon met een beperking zelf

Toelichting:

Op basis van interne inschatting werd uitgemaakt dat de bewoners over voldoende vaardigheden beschikken om zelf in te staan voor het innemen van medicatie.

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

Er gebeurt een interne controle op het toedienen aan de hand van:

Bij het dagelijks bezoek is er een vorm van informele controle of de medicatie effectief werd ingenomen.

BEWAREN VAN MEDICATIE

Vastgesteld op basis van:

gesprek met de administratief directeur, de coördinator sociale dienst en een begeleidster, rondgang

De medicatie wordt op een voor de gebruiker onbereikbare plaats bewaard.

Toelichting:

mini huisapotheek met voorraadmedicatie in de keuken

INCIDENTEN MET MEDICATIE

Vastgesteld op basis van:

gesprek met de administratief directeur, de coördinator sociale dienst en de begeleidster, registraties medicatiefouten in orbis

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.

Toelichting:

De medische dienst is 24u 24u bereikbaar.

Incidenten met medicatie worden geregistreerd.

Toelichting:

Incidenten met medicatie dienen te worden geregistreerd in de registratiefiches in orbis; geen spoor van recente medicatiefouten in Ijzer en zee.

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.

VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELN

Mogelijk worden binnen de werking van de organisatie vrijheidsbeperkende maatregelen gebruikt (BVR van 04/02/2011, artikel 45). Dergelijke maatregelen hebben een grote impact op de kwaliteit van leven van diegenen op wie ze worden toegepast. Er wordt getoetst op welke manier met vrijheidsbeperkende maatregelen wordt omgegaan.

Om te kunnen spreken over een verantwoorde ondersteuning wordt momenteel uitgegaan van volgende principes.

De organisatie voert een beleid dat inzet op het voorkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit impliceert dat men werkt met signaleringsplannen en kan beschikken over een aangepaste infrastructuur.

1. Als de zorgaanbieder de keuze maakt om vrijheidsbeperkende maatregelen te hanteren, moet het gebruik ervan voldoen aan de volgende criteria:
 - a. **Proportionaliteit** vereist dat de toepassing ervan (het middel) in redelijke verhouding staat tot het doel van de toepassing. Elke toepassing van vrijheidsbeperking is gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van bestaan van personen met een handicap. De maatregel moet dus genomen worden in het belang van de gebruiker.
 - b. **Subsidiariteit** betekent dat het minst ingrijpende alternatief wordt ingezet.
 - c. **Effectiviteit** betekent dat een vrijheidsbeperkende maatregel geschikt moet zijn om het beoogde doel te bereiken en niet langer mag duren dan noodzakelijk is. Als de maatregel geen effect meer heeft, dient deze te worden gestaakt.
2. Het gebruik van afzondering, fixatie, compartimentering of kamerdeur op slot moet in elke individuele situatie zorgzaam gebeuren:
 - a. Het gebruik van dergelijke maatregelen kan enkel indien:
 - i. Het gedrag van de gebruiker houdt risico's in voor zijn eigen fysieke integriteit.
 - ii. Het gedrag van de gebruiker houdt risico's in voor de fysieke integriteit van andere gebruikers of personeelsleden.
 - iii. De gebruiker vernietigt materiaal.
 - iv. Zodra de toestand van de gebruiker doet veronderstellen dat het oorspronkelijk gesteld gedrag zal uitblijven, wordt de tijdelijke afzondering beëindigd.
 - b. De indicaties voor deze maatregelen zijn opgenomen in het handelingsplan.
 - c. Het gebruik van deze maatregelen komt aan bod bij intern overleg tussen medewerkers.
 - d. Het gebruik van deze maatregelen wordt periodiek geëvalueerd, met inbegrip van het overwegen van een minder ingrijpend alternatief.
 - e. Het gebruik van deze maatregelen wordt periodiek geëvalueerd, met inbegrip van het overwegen van een minder ingrijpend alternatief.
3. Er zijn afspraken over het organiseren van toezicht bij gebruik van afzondering, fixatie en compartimentering.

De organisatie heeft interne afspraken over registratie van afzondering naar aanleiding van een crisissituatie.

Registraties tonen aan dat er bij afzondering naar aanleiding van een crisissituatie:

 - a. Minstens om de 30 minuten verhoogd toezicht is op de persoon in afzondering
 - b. Minstens om het uur notities zijn over de toestand van de gebruiker.
4. Het eigen beleid op vlak van het (niet) gebruiken van vrijheidsbeperkende maatregelen is schriftelijk uitgewerkt, wordt gecommuniceerd naar alle relevante actoren en maakt deel uit van de zelfevaluatie.

Het uitgeschreven integriteitsbeleid en zelfevaluatie worden, indien het aan bod kwam binnen het inspectiebezoek, binnen een apart hoofdstuk behandeld.

GEBRUIK VAN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELN

Vastgesteld op basis van:

gesprek met de administratief directeur, de coördinator sociale dienst en de begeleidster

Binnen de geïnspecteerde werking wordt **bij de huidige gebruikers** geen gebruik gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen.

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.