

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	Home Monsheide
Adres	Monsheide 4 , 3990 Peer
Telefoon	011-63 13 51
E-mail	evelyne.geerts@monsheide.be

INRICHTENDE MACHT

Naam	HOME MONSHEIDE
Juridische vorm	VZW
Adres	Monsheide 4, 3990 Peer
E-mail	rik.grevendonk@monsheide.be

UITBATINGSPLAATS

Adres	Monsheide 27,3990 Peer
-------	------------------------

OPDRACHT

Nummer	O-2018-ELST-0126
Datum	8/02/2018
Inspecteur(s)	Martine Vandenhoeck

VERSLAG

Nummer	V-2018-MAVA-0035
Datum	15/05/2018

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Onaangekondigd bezoek op 15/05/2018 (9:00-13:00)
Gesprekspartners	Rik Grevendonk, directeur Tina Cuyvers, begeleider Rob Vandeborn, teambegeleider Evelyne Geerts, pedagoog Geert Van der Aelst, teamverantwoordelijke woonvormen

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

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 'Home Monsheide' 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

De organisatie biedt woon-en dagondersteuning aan een 60-tal gebruikers.

Bezochte entiteiten

Alleen de infrastructuur voor woonondersteuning werd bezocht.

Deze infrastructuur wordt binnen de organisatie 'Gansheide' genoemd.

Er wordt niet met leefgroepen gewerkt.

DOELGROEP

Op de uitbatingsplaats worden gebruikers opgevangen met als hoofdhandicap:

- sensorïële handicap

Naast de hoofdhandicap is er sprake van volgende bijkomende problemen:

- mentale handicap

Toelichting

Gansheide betreft een nieuwe woning voor gebruikers met een visuele problematiek en een mentale beperking. Het woonproject werd in samenwerking met Ganspoel te Huldenberg opgestart in april 2017. Er is ruimte voor 10 gebruikers. Momenteel zijn er 4 gebruikers (twintigers, 3 blinde personen en 1 zwaar slechtziende persoon) opgenomen en een 5de wordt verwacht in de zomervakantie. Er zijn meer kandidaat-gebruikers geïnteresseerd om in Gansheide te komen wonen maar het betreft gebruikers die nog wachten op hun budget.

INFRASTRUCTUUR

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- gesproken met gebruikers

ALGEMENE VASTSTELLINGEN

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (algemeen):

Het betreft een nieuwe infrastructuur aan de overkant van het hoofdgebouw. In april 2017 werden de eerste nieuwe gebruikers ontvangen. Overdag kunnen de gebruikers van Gansheide aansluiten bij de dagondersteuning van Monsheide (op de hoofcampus).

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

Het is een ruim gebouw, volledig gelijkvloers en rolstoeltoegankelijk, met grote raampartijen. De accommodatie is aangepast aan personen met een ernstige visuele beperking (o.a. verwijzers aan de deurknoppen van de kamers, verwijzers aan de klinken van de lockers, muren met reliëf (oversteekplaatsen), deurhangers met velcro, contrasterende kleuren...).

Er is een ruime living met zithoek die aansluit op een terras en tuin, een fitnesshoek, werkhoek voor de begeleiders, eethoek, inloopkeuken met kookeiland en aansluitend nog een eethoek, wasplaats, berging, nachtkamer van de begeleider met sanitaire ruimte, vergaderruimte, knusse zithoek aan een raam. Alle gebruikers hebben een eigen kamer. In elke kamer is er een oproepsysteem. Er is een prikkelarme rustkamer.

INDIVIDUELE RUIMTES

Het kameraanbod

Het kameraanbod bestaat uit:

Individuele kamers	10
Meerpersoonskamers	0
Kamers voor tijdelijk verblijf	0

Toelichting

Eén van de gebruikers is bereid haar kamer te tonen en wat uitleg te geven. De accommodatie van elke kamer is hetzelfde. Gebruikers kunnen de kamers persoonlijk inrichten.

Grootte van de kamers

Alle kamers voldoen aan de wenselijke oppervlakte van 16m².

SANITAIR

Algemeen

Er is voldoende sanitair.

Het sanitair is aangepast aan de gebruikers.

Toelichting

Er zijn 3 gemeenschappelijke badruimten (2 met een douche en toilet). De derde badkamer zal nog ingericht worden met een hoog laag bad.

Naast de toiletten op de badkamer zijn er nog een aantal aparte toiletten.

Beschikbaarheid van individueel sanitair

Kamers zonder sanitair	0
Kamers met enkel wastafel	10
Kamers met eigen natte cel	0

Toelichting

Er zijn twee kamers die een toilet delen (tussen beide kamers gelegen). De andere kamers hebben geen toilet.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

MEDICATIE

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers

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

De medische dienst werkt de documenten m.b.t. het medicatiebeleid momenteel nog verder uit. Medicatiefouten worden geregistreerd op een formulier en overgemaakt aan de medische dienst. Bij medische problemen wordt de medische dienst gebeld (uren van aanwezigheid hangen uit, verder bereikbaar via GSM).

Sommige nachtbegeleiders hebben een diploma als verpleegkundige.

Er wordt samengewerkt met een artspraktijk. De arts komt wekelijks ook op een vaste dag langs.

In de organisatie is er een weekendpermanentie van vrijdagavond tot maandagmorgen (beurtrol teambegeleiders). Bij problemen kunnen begeleiders de permanentie-GSM gebruiken.

BELEID IN DE PRAKTIJK

Het medisch dossier

Er is een medisch dossier.

Persoonsgegevens over gezondheid worden apart bijgehouden.

Toelichting

In het elektronisch dossier is er een medische map die wordt geactualiseerd door de medische dienst. Via de medicatiefiche en het handelingsplan zijn de begeleiders op de hoogte van de belangrijkste medische gegevens.

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 medische dienst houdt de fiches up to date.

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

Klaarzetten van medicatie

De medicatie wordt klaargezet door:

- handmatig klaargezet door de begeleiding
- de apotheek
- de nachtmedewerker

Toelichting

Medicatie die in het rood is geschreven op de medicatiefiche moet door de begeleider worden klaargezet (druppels, poeders, siropen...).

De vaste medicatie wordt door de apotheek via een geautomatiseerd systeem klaargezet. Op de zakjes is vermeld over welk medicijn het gaat, uitzicht van de pil, dosis.

De nachtbegeleider verdeelt de medicatie aangeleverd door de apotheek in de boxen per gebruiker.

Toedienen van medicatie

De medicatie wordt toegediend door:
- begeleider

De toediening van medicatie wordt afgetekend.

Toelichting

Op de medicatiefiche wordt gegeven medicatie aangevinkt in het groen.

Bewaren van medicatie

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

Ze worden bewaard in:
- een afgesloten kast

De medicatie is veilig bewaard.

Kennis van de afspraken

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

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

- Op de medicatiefiche is de mogelijkheid om de indicatie van het medicijn in te vullen. Dit was vrijwel nergens ingevuld terwijl dit toch zinvolle informatie is voor de begeleiders.

TOEZICHT 'S NACHTS

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- gesproken met gebruikers

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

De slapende nacht slaapt in Gansheide. De wakende nacht vertrekt vanuit leefgroep 2, centraal gelegen op de hoofdcampus. Er zijn op de campus een aantal gebruikers met camerabewaking en de monitoring gebeurt vanuit leefgroep 2.

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

Er is een alarmknop en spreekluisterverbinding in elke kamer. Gebruikers kunnen het oproepsysteem ook als medaillon aandoen.

Niet alle gebruikers zijn in staat om de oproep te bedienen. Waar nodig wordt een camera geïnstalleerd (bij 1 gebruiker).

INZETTEN VAN EXTRA TOEZICHT

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

Het extra toezicht wordt als volgt georganiseerd:

- er zijn vaste afspraken over periodieke controle
- de voorziening wordt ad hoc gealarmeerd via: camera

Er zijn afspraken inzake de bescherming van de privacy van de gebruiker bij gebruik van een toezichtssysteem.

Toelichting

De nachtbegeleider maakt om het anderhalve uur een toer in alle leefgroepen. Voor de gebruikers van Gansheide is de afspraak dat er geluisterd wordt aan de deur. De nachtbegeleider gaat enkel binnen indien nodig.

FLEXIBILITEIT

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

Toelichting

Cameratoezicht kan indien nodig op elke kamer ingezet worden.

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

Volgende afspraken over toezicht zijn gemaakt:

er is cameratoezicht

Toelichting

Bij 1 gebruiker wordt de kamerdeur 's nachts gesloten van 21.30 tot ongeveer 7.30.

Indien deze gebruiker wakker wordt dan gaat de nachtbegeleider kijken en brengt de gebruiker naar het toilet. Er is ook een toiletstoel op de kamer.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

- Het lijkt zinvol om met de brandweer af te spreken op welke manier er aan de kamerdeuren wordt aangegeven welke deuren 's nacht op slot zijn.

INFORMATIEOVERDRACHT

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: Zorg Online (ZOL)

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

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 14 dagen

Toelichting

Het begeleidersteam bestaat uit 2 vaste begeleiders en 1-iemand die inspringt. Deze 3 begeleiders zijn aanwezig op het teamoverleg, samen met de verantwoordelijke wonen, de teambegeleider en de pedagoog.

De teamvergadering start met het overlopen van de gebruikers.

Verslaggeving gebeurt in een vast sjabloon.

Gebruikers met een ernstige visuele problematiek was een nieuw gegeven voor Monsheide. De betrokken medewerkers volgden opleiding in Ganspoel en kunnen steeds beroep doen op Ganspoel voor ondersteuning en adviezen.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

INDIVIDUELE DIENSTVERLENINGSOVEREENKOMST

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- gesproken met gebruikers
- ingekeken documenten: handelingsplan, planning besprekingen met het netwerk

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
0 / 3	alleen de vertegenwoordiger wordt betrokken
1 / 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

Momenteel worden de dossiers (opnieuw) overgezet vanuit ZOL naar Orbis. Logboek en observaties zullen verder in ZOL worden ingevuld.

Om de 2 à 3 jaar is er een bespreking van het handelingsplan met de gebruiker en zijn netwerk. De agenda met de data van besprekingen wordt voorgelegd.

Jaarlijks is er een interne update van het handelingsplan op de teamvergadering.

De nagekeken dossiers waren nauwkeurig opgevolgd.

Dossier 1: luik VBM is doorgesproken met de ouders (o.a. gebruik van de rustkamer, verwijzen naar de eigen kamer bij agitatie, kamerdeur 's nachts op slot enz.). Voor deze gebruiker werd een signaleringsplan opgesteld dat voldoet aan alle aspecten m.n. goede omschrijving van signalen, acties in de verschillende fasen, wat kan de gebruiker doen, wat kan de hulpverlener doen.

Dossier 2: de gebruiker wenste een job buiten de voorziening (net als in de vorige voorziening waar ze woonde). Dit is ondertussen gerealiseerd maar nog niet opgenomen in het handelingsplan.

Dossier 3: de gebruiker wenst vooral rond muziek dingen te doen (participeert aan het huisorkest).

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

- In het handelingsplan neemt de beeldvorming een belangrijke plaats in. De organisatie moet er over waken dat de wensen en de doelstellingen van de gebruiker zelf en zijn netwerk niet ondergesneeuwd worden door de rest.

PRIVACY

Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- gesproken met gebruikers

Inzake privacy werden doorheen het inspectiebezoek volgende vaststellingen gedaan.

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

Toelichting

Er is een draaiknop op de sanitaire ruimten. Er wordt vooral gewerkt met een deurhanger met een kruis in velcro (=bezet).

Gebruikers kunnen beschikken over een sleutel van hun kamer maar niemand wenst dit op dit moment.

1 van de badkamers heeft een raam dat uitzicht geeft op de living. Er is een gordijn voorzien om inkijk te

vermijden.

1 van de gebruikers heeft een vriend. Er worden inspanningen gedaan door Gansheide (en door de thuissituatie) zodat zij elkaar kunnen ontmoeten.

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: registraties gebruik van de rustkamer, dossier van gebruiker met VBM

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.

BELEID IN DE PRAKTIJK

Beschikbaarheid van een time-out ruimte

De bezochte entiteit beschikt over een time-out ruimte.

De ruimte wordt niet gebruikt als time-out ruimte.

Toelichting

Momenteel wordt de afzonderingsruimte enkel gebruikt als rustkamer voor 1 van de 4 gebruikers.

De gebruiker gaat soms zelf naar deze ruimte indien ze daar nood aan heeft.

Volgens het signaleringsplan kan deze gebruiker bij escalatie naar de rustkamer gebracht worden. De deur wordt toe gedaan maar niet afgesloten.

Ook in deze situaties wordt er door de organisatie verwacht dat begeleiders een registratieformulier invullen (naam begeleider, naam gebruiker, uur in, uur uit, reden). Uit de nagekeken registraties blijkt dat de gebruiker er maximaal 15 minuten in blijft (meestal slechts 5 minuten).

De registraties worden op geregelde tijdstippen op het teamoverleg besproken en bekeken op de werkgroep agressie (op organisatieniveau).

Op de kamerdeur van 1 gebruiker plakt een registratieformulier met afzonderingen op de eigen kamer

(uur in en uur uit, maximaal 10 minuten). Het betreft geen afzondering in het kader van een crisissituatie maar eerder een maatregel uit "veiligheidsoverwegingen". Andere gebruikers worden op dat moment door de begeleider op dienst naar een activiteit gebracht in het hoofdgebouw (waar de desbetreffende gebruiker niet aan kan/wil participeren). De gebruiker wordt dan opgesloten op haar kamer met haar muziek tot de begeleider terug is. Sinds januari heeft men een andere oplossing gevonden (men neemt de gebruiker gewoon mee terwijl men de andere gebruikers naar de activiteit brengt of men vraagt hulp bij de burens)) en wordt dit niet meer gedaan.

Inspectie wijst er op dat dit ook oneigenlijk gebruik van afzondering van een gebruiker betrof (andere toepassingsgronden dan deze die zijn opgenomen in de regelgeving).

Gebruik van afzondering sinds 01/01/2014

Er is geen tijdelijke afzondering gebruikt sinds 1 januari 2014.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuwe tekorten

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

- Het systeem van registraties van GOG bemoeilijkt analyses op organisatieniveau. Elk formulier moet apart geopend worden.
- Indien er afzondering (= elke ruimte waarvan de deur op slot gaat in een crisissituatie) wordt toegepast dan neemt de organisatie dit weliswaar op in het handelingsplan maar een concrete afspraak met de vertegenwoordiger hoe ze op de hoogte wensen gehouden te worden indien de maatregel effectief wordt toegepast, ontbreekt.

BESLUIT

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

	Aantal
Nieuwe tekorten	0
Aandachtspunten	5

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

De inspecteur(s),

Martine Vandenhoeck