

# 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](mailto:contact@zorginspectie.be)

## INSPECTIEVERSLAG: INITIATIEF BESCHUT WONEN

### INSPECTIEPUNT

Naam	Beschut Wonen Vlaamse Ardennen
Adres	Penitentenlaan 7 9620 Zottegem
Telefoon	09/364.46.73
E-mail	<a href="mailto:aartois@bwvlardennen.be">aartois@bwvlardennen.be</a>
Erkenningsnummer	E 83

### INRICHTENDE MACHT

Naam	Samenwerkingsverband GGZ DE Vlaamse Ardennen
Juridische vorm	VZW
Adres	Penitentenlaan 7 9620 Zottegem
Telefoon	09/364.46.73
E-mail	<a href="mailto:info@bwvlardennen.be">info@bwvlardennen.be</a>

### UITBATINGSPLAATS

Naam	Beschut Wonen Vlaamse Ardennen
Adres	Penitentenlaan 7 9620 Zottegem

### OPDRACHT

Nummer	0-2018-XNR0-0006
Datum	12/05/2018

### VERSLAG

Nummer	0-2018-VEME-0016
Datum	25/07/2018
Inspecteur	Veerle Meeus

### INSPECTIEBEZOEK

Soort	Aangekondigd bezoek op 24 juli 2018
Gesprekspartners	Zie 2.2

# INHOUD

<b>1</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>3</b>
1.1	Toepassingsgebieden.....	3
1.2	Leeswijzer .....	3
<b>2</b>	<b>Situering.....</b>	<b>5</b>
2.1	Erkenningsgegevens .....	5
2.2	Inspectie-opdracht.....	5
<b>3</b>	<b>Beleid .....</b>	<b>6</b>
3.1	Organogram.....	6
3.2	Organisatie.....	6
3.3	Doelgroep .....	6
3.4	Opnamebeleid .....	9
3.5	Doorstroming / ontslagbeleid.....	10
3.6	Beleid i.v.m. omgaan met grensoverschrijdend gedrag .....	11
3.7	Suicidepreventie .....	12
<b>4</b>	<b>Dienstverlening .....</b>	<b>12</b>
4.1	Begeleiding .....	12
4.2	Aanbod activatie en vrijetijdsbesteding .....	14
4.3	Continuïteit van de zorg .....	15
4.4	Medische opvolging.....	16
<b>5</b>	<b>Betrokkenheid bewoner.....</b>	<b>16</b>
5.1	Informatieverstrekking aan bewoner .....	16
5.2	Inzagerecht in dossier (Wet op de rechten van de Patiënt) .....	16
5.3	Empowerment bewoner.....	17
5.4	Klachten .....	18
5.5	Vermogensbeheer .....	19
<b>6</b>	<b>Communicatie tussen de zorgverstrekkers .....</b>	<b>19</b>
6.1	Dossier .....	19
6.2	Overleg.....	21
<b>7</b>	<b>Personeel .....</b>	<b>23</b>
7.1	Psychiater .....	23
7.2	Coördinator.....	23
7.3	Begeleidend personeel .....	24
7.4	Personeel activering .....	25
7.5	Personeel zorgprojecten / PZT.....	26
7.6	Ondersteunend personeel.....	26
7.7	Permanentie .....	26
<b>8</b>	<b>Infrastructuur.....</b>	<b>28</b>
8.1	Aanloopadres.....	28
8.2	Groepswoningen.....	28
8.3	Veiligheid .....	29

# 1 INLEIDING

## 1.1 TOEPASSINGSGBIEDEN

Kwaliteit van zorg.

Toetsing van de erkenningsnormen.

## 1.2 LEESWIJZER

De opdracht van Zorginspectie bestaat erin om ten behoeve van het Agentschap Zorg en Gezondheid een objectief beeld te geven over de mate waarin de voorziening zich conformeert aan de gestelde voorwaarden. Het Agentschap Zorg en Gezondheid is immers bevoegd voor de erkenning van de initiatieven voor beschermt wonen.

Daartoe geeft het verslag een overzicht van alle geïnspecteerde items waarbij per vraag wordt aangegeven welke de verbeterpunten zijn en welke elementen positief scoren.

Afhankelijk van de opdracht is het mogelijk dat niet alle elementen uit de regelgeving aan bod komen tijdens deze inspectie. Dit betekent niet dat aan die elementen uit de regelgeving niet moet worden voldaan; ze komen mogelijk bij een volgende inspectie aan bod.

Specifiek wordt per vraag volgende structuur aangehouden:

### **Algemene vaststellingen (AV)**

Deze elementen scoren niet negatief en niet positief. Het is neutrale informatie, bv. om de context te schetsen.

### **Non-conformiteiten (NC) en tekortkomingen (TK)**

Non-conformiteiten en tekortkomingen zijn knelpunten in de kwaliteit van zorg of risico's op het vlak van patiëntveiligheid, die door de voorziening moeten aangepakt worden en waarop vooruitgang moet geboekt worden.

Non-conformiteiten hebben steeds een juridische basis. Het zijn elementen die niet aan normen voldoen zoals geformuleerd in o.a. wetten, decreten, uitvoeringsbesluiten en ministeriële omdendbrieven.

Tekortkomingen zijn niet gebaseerd op een juridisch vastgelegde norm, maar bv. op (evidence based) richtlijnen, standaarden en internationaal aanvaarde kwaliteitsnormen. Redenen om een element als een tekortkoming te classificeren kunnen bv. ook zijn:

- opvallend zwakker scoren dan het sectorgemiddelde zonder voldoende objectiveerbare verklaring
- weliswaar enigszins maar in onvoldoende mate voldoen aan een norm met een juridische basis; strikt gezien is er in dergelijk geval geen sprake van een non-conformiteit, anderzijds haalt de voorziening niet de nodige kwaliteit m.b.t. de betreffende norm (men voldoet bv. vormelijk aan een juridische norm, maar de inhoud voldoet niet).

### **Sterke Punten (SP)**

Dit zijn punten die worden beoordeeld als opvallend beter dan het gemiddelde van de sector of dan de rest van de voorziening.

Het minimaal voldoen aan de normen of verwachtingen wordt niet als een sterk punt aanzien.

### **Aanbevelingen (Aanb)**

Een aanbeveling is een vrijblijvend advies ter verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Een aanbeveling wordt enkel geformuleerd als ze ook een kwaliteitsverbetering kan betekenen voor de betreffende voorziening.

Het Agentschap Zorg en Gezondheid zal op basis van deze informatie de definitieve kwalificatie van de vaststellingen alsook, met betrekking tot sommige non-conformiteiten en tekortkomingen, de uiterlijke termijnen bepalen tegen wanneer de voorziening gevolg moet gegeven hebben aan de opmerkingen. Indien er geen termijn aan gekoppeld werd, dienen de non-conformiteit en tekortkomingen weggewerkt te worden tegen het volgende inspectiebezoek.

Non-conformiteiten en tekortkomingen zullen steeds het voorwerp uitmaken van een opvolging.

## 2 SITUERING

### 2.1 ERKENNINGSGEGEVENS

Er is een erkenning voor 36 plaatsen beschut wonen, waarvan:

- 30 plaatsen in groepswoningen
- 6 plaatsen in individuele woningen

#### **Erkenningsaanvraag**

Het IBW dient een aanvraag in voor de verlenging van erkenning voor 36 plaatsen: .

- 30 plaatsen groepswonen
- 6 plaatsen individueel wonen

Het IBW dient een aanvraag in voor de verlenging van het samenwerkingsverband voor Beschut Wonen.

### 2.2 INSPECTIE-OPDRACHT

Op 24/07/2018 werd een aangekondigd inspectiebezoek gebracht.

In het kader van deze inspectie werd gesproken met:

naam	functie
Mevr. Ann Artois	Coördinator IBW
	7 bewoners

### 3 BELEID

#### 3.1 ORGANOGRAM

Voorzitter Raad van Bestuur	Dr. Adrianus Voeten
Coördinator	Ann Artois
Coördinerend psychiater	Chris Eeckhout

#### 3.2 ORGANISATIE

Het samenwerkingsverband omvat: <ul style="list-style-type: none"><li>– Psychiatrisch Centrum Sint-Franciscus-De Pelgrim vzw</li><li>– CGG Zuid-Oost-Vlaanderen De Spiegel te Oudenaarde en Sociaal Centrum te Geraardsbergen</li></ul>	AV
Er zijn momenteel 41 personen in begeleiding in het IBW. <ul style="list-style-type: none"><li>– 39 bewoners van IBW (er zijn in totaal 36 erkende plaatsen en 4 niet erkende plaatsen, er is momenteel 1 plaats vrij)</li><li>– 2 ex-bewoners met nazorg door IBW-medewerkers.</li></ul>	AV
Het IBW biedt 3 woonvormen aan, nl. groepswonen, studio's en individuele woningen.	AV
Het IBW is van geen enkele woning eigenaar. De vzw Gemeenschapswonen huurt 6 woningen, Drie bewoners zijn eigenaar van hun woning, drie andere bewoners huren de woning bij de SHM (sociale huisvestingsmaatschappij).	AV
Er zijn in het IBW meer bewoners <sup>1</sup> dan het aantal erkende plaatsen.	NC
Het IBW geeft aan dat er een hogere nood is aan individuele woningen dan het huidige aantal plaatsen.	AV

#### 3.3 DOELGROEP

Tabel met de psychiatrische DSM-IV hoofddiagnose voor de huidige populatie van bewoners:

hoofddiagnose DSM IV As I	aantal bewoners	percentage
Schizofrenie	17	41,46
Dubbel diagnose psychose en middelenmisbruik	2	4,88
Psychotische stoornis NAO	1	2,44
Affectieve stoornis	2	4,88
Dysthyme stoornis	4	9,76
Alcoholverslaving	8	19,51

<sup>1</sup> Enkel bewoners, geen personen in nazorg en zorg in de thuissituatie.

Middelenmisbruik	3	7,32
Geen hoofddiagnose op As I	4	9,76
Onbekend	0	0
Andere	0	0

<p>Het profiel van kandidaat-bewoners is de voorbije jaren sterk gewijzigd. Er zijn meer aanmeldingen van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Jongere bewoners</li> <li>– Minder gestabiliseerde bewoners</li> <li>– Meer bewoners met dubbeldiagnose</li> <li>– Meer bewoners met een mentale beperking of een Autisme Spectrum Stoornis.</li> </ul> <p>Tevens ziet men dat de verslaving niet meer aan één bepaald middel is maar vaak aan een mix van middelen.</p>	AV
<p>Er zijn op het moment van de inspectie geen rolstoelafhankelijke bewoners en één minder mobiele bewoner (loopstok).</p> <p>Uit gesprek blijkt dat geen enkele woning voldoende aangepast is aan minder mobiele personen of rolstoelafhankelijke bewoners.</p> <p>In één woning werd een zitbad geplaatst i.p.v. een douche en zijn hellende vlakken voorzien aan de trappen.</p> <p>Er zijn verder geen specifieke aanpassingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Huis met kamers op de begane vloer</li> <li>– Inloepdouches</li> <li>– Grote sanitaire ruimte</li> </ul>	AV  TK  AV
<p>Er wordt met verschillende externe partners om de zorg te verstrekken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Thuisverpleging (Bond Moyson, WitGeel kruis,...)</li> <li>– Familiehulp, Familiezorg</li> </ul>	AV

Tabel met het aantal bewoners per leeftijdsgroep voor het kalenderjaar voorafgaand aan de vervaldatum van de huidige erkenning:

Leeftijdsgroep	Aantal bewoners
< 21 jaar	0
21 jaar – 30 jaar	4
31 jaar – 45 jaar	18
46 jaar – 60 jaar	19
> 60 jaar	6

In het IBW woont 1 bejaarde bewoner (75-plusser).	AV
De gemiddelde leeftijd is 47 jaar. De oudste bewoner is 81 jaar. De jongste bewoner is 21 jaar.	AV

Tabel met de verdeling volgens geslacht:

	<b>Aantal</b>
<b>Man</b>	24
<b>Vrouw</b>	17

Er zijn woningen waar zowel mannen en vrouwen samenwonen en er is een woning waar enkel vrouwen samen wonen.	AV
--	----

Tabel met de gemiddelde verblijfsduur voor de voorgaande kalenderjaren:

<b>Verblijfsduur</b>	<b>Gemiddelde verblijfsduur (in jaren)</b>
2013	4,50
2014	4,52
2015	4,55
2016	4,35
2017	4,63

Tabel van de verblijfsduur voor de huidige bewoners:

<b>Verblijfsduur</b>	<b>Aantal bewoners</b>
< 6 maanden	5
6 maanden – 1 jaar	5
1 – 5 jaar	26
6 – 10 jaar	2
> 10 jaar	9



### 3.5 OPNAMEBELEID

Tabel: aantal opnames in de vijf kalenderjaren voor de vervaldatum van de huidige erkenning

Kalenderjaar	aantal opnames
2013	20
2014	19
2015	16
2016	21
2017	16

Het IBW maakt gebruik van een wachtlijst. Momenteel staan er een 3-tal personen op de wachtlijst. Er is 1 plaats vrij. De gemiddelde wachttijd is 4 maanden. De wachtlijst werd tijdens de inspectie overlopen.	AV
De psychiater is betrokken bij het opnameproces via het tweede intakegesprek. De beslissing tot opname wordt besproken in team, waarbij de psychiater aanwezig is.	AV
In alle gecontroleerde dossiers werden alle noodzakelijke anamnesegegevens teruggevonden (gegevens over de fysieke toestand, de psychologische toestand en over het sociaal en dagelijks functioneren).	AV

Tabel: aantal opnames per doorverwijzer in het kalenderjaar voorafgaand aan de vervaldatum van de huidige erkenning

Doorverwijzer	aantal opnames in 2017
GGZ-voorziening	45
Eigen PZ	24
Ander PZ	16
Huisartsen	0
PAAZ	1
PZT	3
IBW	1
Andere	2

Toelichting "Andere" zijn: OBRA Baken (Justitie) en Eigen initiatief.	
Er zijn duidelijke inclusiecriteria.	AV
Leeftijd wordt niet als exclusie criterium gehanteerd.	AV
Rolstoelafhankelijkheid wordt niet als exclusie criterium gehanteerd.	AV
Relationele status wordt niet als exclusie criterium gehanteerd.	AV

Financiële draagkracht wordt niet als exclusiecriteria gehanteerd.	AV
In het IBW zijn 2 plaatsen voor geïnterneerde bewoners. Uit gesprek blijkt dat het team hier weloverwogen mee aan de slag gaat, dat een goede vertrouwensband tussen de begeleiding nodig is en dat dit ook soms een impact heeft op de draagkracht.	AV

Tabel bezettingsgraad voor de 5 voorgaande kalenderjaren:

Jaar	2013	2014	2015	2016	2017
Bezettingsgraad	92,52%	90,82%	94,49%	89,57%	90,46%

### 3.6 DOORSTROMING / ONTSLAGBELEID

Tabel: aantal definitieve ontslagen in functie van de plaats van ontslag in de vijf kalenderjaren voorafgaand aan de vervaldatum van de huidige erkenning

Ontslagen naar:	2013	2014	2015	2016	2017
Eigen PZ	3	4	2	1	4
Ander PZ	1	1	1	6	1
AZ					1
Alleen gaan wonen	6	4	10	3	4
Bij partner/ouders gaan wonen	2	1	3	3	4
IBW				2	
Rust- en verzorgingstehuis / Woon-zorgcentrum			1		
PAAZ	3	1		2	1
Service flat	1				1
Bestemming onbekend		3		1	
Gevangenis				1	

Tabel: aantal overlijdens gedurende de vijf jaren voorafgaand aan de vervaldatum van de huidige erkenning

Overlijden door:	2013	2014	2015	2016	2017
Natuurlijke dood					1
Suicide					
Onbekende oorzaak					

Er wordt aan nieuwe bewoners op de informatiekaart niet meegedeeld dat het verblijf in een IBW tijdelijk is.	Aanb
Bij de jaarlijkse evaluatie van de bewoners is er een gemotiveerd besluit over het verdere verblijf in IBW of over doorstroming in het dossier genoteerd. Dit is telkens terug te vinden onder het item 'wonen' in het persoonlijk plan van de bewoners.	AV

### 3.7 BELEID I.V.M. OMGAAN MET GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Er is een beleid i.v.m. SGOG: "Beleid inzake preventie, detectie en gepaste reactie ten aanzien van seksueel grensoverschrijdend gedrag door hulpverleners naar bewoners/patiënten." Er is een handelingsprotocol (+ schema) bij seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen medewerkers van het IBW, zorgverleners en bewoners/patiënten, zorgvragers.  In het huishoudelijk reglement staat vermeld: "Respectvolle omgang met het personeel van het initiatief beschut wonen. Agressief gedrag en ongewenste intimiteiten/seksueel en grensoverschrijdend gedrag worden in geen geval getolereerd. "	AV
Medewerkers hebben geen vorming gekregen over: – wat betekent (seksueel) grensoverschrijdend gedrag – relatie bewoner – bewoner / relatie begeleider – bewoner.	Aanb
Relatievorming / intimiteit / seksualiteit is een aspect binnen de begeleiding. (notitie in dossier / in persoonlijk profiel) Uit gesprek blijkt dat ook de begeleiding hun grenzen goed kunnen uiten t.o.v. bewoners en aan andere begeleiders.	AV
Bewoners worden gesensibiliseerd om hun grenzen te bewaken en duidelijk te maken. (bv. neen leren zeggen, prive bezit respecteren, hoe aangesproken worden, aanraken en aangeraakt worden (gewenst/niet gewenst), relatievorming, ...) Uit gesprek blijkt dat er in de groepswoningen extra aandacht is voor privacy.	SP
Tijdens de intake is er voldoende aandacht voor de bevraging van grenzen van de bewoner (hoe aangesproken worden, al of niet aangeraakt worden, omgaan met privébezit, ...), bij het item 'vaardigheden'. Tijdens de maandelijkse inhoudelijke vergaderingen en bewonersbesprekingen wordt frequent stilgestaan bij de relatie bewoner-bewoner en de relatie begeleider-niet bewoner inzake (seksueel) grensoverschrijdend gedrag. Naast het bespreken van incidenten, wordt er in team gezocht naar hoe er mee om te gaan als team en als individu en worden beslissingen genomen met een gepaste reactie.	AV
Er zijn duidelijke criteria voor het doorsturen van meldingen aan Zorg en Gezondheid.	Aanb

### 3.8 SUÏCIDEPREVENTIE

Er waren in de laatste 5 jaar 2 suïcidepogingen onder de IBW-bewoners.	AV
Er is voldoende aandacht voor vorming inzake suïcidepreventie: Alle personeelsleden zijn opgeleid rond suïcide (alertheid, detectie, aanpak verhoogd toezicht). De tweedaagse basisvorming van het CGG zal ook gevolgd worden door de twee nieuwe begeleiders.	AV
Er is voldoende aandacht voor suïcidepreventie binnen het IBW: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Suïciderisico is een item bij elke intake (voorgeschiedenis, verhoogd risico, pogingen).</li> <li>– Suïcidepogingen worden besproken binnen het IBW.</li> <li>– Er zijn richtlijnen en/of afspraken omtrent het thema suïcide (preventie, verhoogd toezicht, opvang na poging, ...). Deze zijn vertaald naar de IBW-setting en geïmplementeerd.</li> <li>– Het IBW beschikt over een draaiboek bij suïcide.</li> </ul>	AV  SP
In het kader van de bevoegheidsmeting in het najaar 2016 heeft een stafmedewerker van het Psychiatrisch Centrum Sint-Franciscus-De Pelgrim vzw met het team (zonder de aanwezigheid van de coördinator) gesproken en werd er ingestemd door de Raad van Bestuur met de reeds voorheen bestaande vraag van de coördinator om extra middelen te verschaffen voor teamcoaching. Dit om de teamwerking te verbeteren en te versterken aangezien na de suïcide van een personeelslid het team sinds 2014 ernstig kwetsbaar was geworden.  Deze teamcoaching werd verzorgd door een externe teamcoach.	AV

## 4 DIENSTVERLENING

### 4.1 BEGELEIDING

Doelstellingen , gericht op de maximale ontwikkeling van de persoonlijke zelfstandigheid van de bewoner (sociale vaardigheden, huishoudelijke vaardigheden, ...) staan genoteerd in het persoonlijk profiel.	AV
Concrete acties om de doelstellingen te halen zijn uitgewerkt.	AV
De evaluatie van de vooropgestelde doelstellingen maakt deel uit van het dossier.	AV
In alle gecontroleerde dossiers waren regelmatige observaties van alle betrokken zorgverleners genoteerd.	AV
Tussentijdse evaluaties werden gecontroleerd in 4 dossiers van bewoners. In alle gecontroleerde dossiers werden tussentijdse evaluaties teruggevonden.	AV



### 4.3 AANBOD ACTIVATIE EN VRIJETIJSBESTEDING

2017	In eigen organisatie		Externe organisatie
	bewoners	extern	bewoners
<b>Ontmoeting</b>			
Ontmoetingsruimte -Soepbabbel -Kapsalon	12	13	5 2
Andere -Lentefeest -BBQ -Kerstfeest	15 12	23 11	8
<b>Vrije tijd</b>			
Dagactiviteitencentrum			5
Lokaal dienstencentrum			8
Sportvereniging	20	5	2
Sport individueel	6		7
Reizen	5	17	1
Daguitstap Andere	19 84	10 39	4 21
<b>Vorming</b>			
Kortdurende cursus	5	3	3
Langdurige cursus			3
Andere:beeldende academie Eenmalige vormingsmomenten, bedrijfsbezoek	17	9	3
<b>Arbeid</b>			
Vrijwilligerswerk	3	1	11
Arbeidstrajectbegeleiding			9
Arbeidszorgcentrum			5
Sociale werkplaats			1
Beschutte werkplaats			4
Reguliere tewerkstelling			2
Andere: zorgboerderij, activiteitencentrum			5

Er worden inspanningen gedaan om bewoners naar het reguliere vrijetijdsaanbod te laten doorstromen (zwemmen, wandelen met Alpaca's,...).	AV
Er worden voldoende inspanningen gedaan om de aanvaardbaarheid van de bewoners in de omgeving te vergroten. Voorbeelden hiervan zijn: Tijdens de inspectie werden tal van zorginnovatieve projecten voorgesteld zoals het voedseltuinproject Rijkbos waar het IBW bewoners naar toe leidt en het project Kunst Kleurt.	AV

#### 4.4 CONTINUÏTEIT VAN DE ZORG

Tabel met het gemiddelde aantal dagen daghospitalisatie voor het kalenderjaar voorafgaand aan de vervaldatum van de huidige erkenning:

Daghospitalisatie	Aantal bewoners	Gemiddeld aantal dagen
Eigen PZ	7	2,5
Ander PZ	2	3

Tabel met aantal tijdelijke (her)opnames in een PZ/AZ voor het kalenderjaar voorafgaand aan de vervaldatum van de huidige erkenning

Heropnames	Aantal opnames in 2017	Gemiddeld aantal dagen
Eigen PZ	3	105
Ander PZ	1	14
AZ omwille van psychische problematiek	1	37
AZ omwille van somatische problematiek	1	42

Bij (her)opname in PZ / AZ wordt er contact gehouden met de bewoner. Bij (her)opname wordt er (mits akkoord van de bewoner) contact gehouden met de betrokken hulpverleners.	AV
Afspraken hierover zijn geformaliseerd. Voor het IBW betekent dit o.a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Er wordt steeds voorzien in mondelinge overdracht in het bijzijn van de bewoner.</li> <li>– Contacten, gesprekken en acties worden genoteerd in het patiëntendossier van IBW.</li> <li>– Er worden specifieke afspraken gemaakt met AZ of PZ omtrent de IBW-patiënt.</li> <li>– De begeleider is aanwezig op patiëntenbespreking AZ / PZ indien men hiertoe wordt uitgenodigd.</li> </ul>	AV

## 4.5 MEDISCHE OPVOLGING

Bewoners worden indien nodig ondersteund bij het verkrijgen van somatische zorg (plannen consultaties, transport naar onderzoeken, ...).	AV
Er is vrije keuze van artsen/specialisten. Het recht van vrije keuze van arts is vermeld in het huishoudelijk reglement.	AV
Er is vrije keuze van psychiater. De vrije keuze van psychiater is duidelijk vermeld.	AV

## 5 **BETROKKENHEID BEWONER**

### 5.1 INFORMATIEVERSTREKKING AAN BEWONER

Bewoners worden schriftelijk geïnformeerd over afspraken en regels, rechten en plichten via de verblijfsovereenkomst en het huishoudelijk reglement.	AV
Het IBW beschikt ver een informatiekaartje, maar niet over een onthaalbrochure of website.	Aanb
Bewoners beschikken over een eigen sleutel van de woning en de eigen kamer.	AV
Begeleiders hebben een reservesleutel van de voordeuren van de groepshuizen en de individuele huizen als-ook van de kamers/studio's. Dit wordt vermeld in het huishoudelijk reglement: 'Het betreden van de individuele kamer/studio door de begeleider gebeurt steeds samen met de bewoner of mits toestemming van of in overleg met de bewoner.'	AV AV
Alle bevraagde bewoners waren op de hoogte.	AV

### 5.2 INZAGERECHT IN DOSSIER (WET OP DE RECHTEN VAN DE PATIËNT)

Volgens de Wet op de Rechten van de Patiënt heeft de bewoner inzage in zijn dossier. Ofwel oefent hij dit recht zelf uit, al dan niet met bijstand van een vertrouwenspersoon (wat hieronder als "direct inzagerecht" wordt benoemd), ofwel laat hij dit recht uitoefenen door een vertrouwenspersoon, die een beroepsbeoefenaar kan maar niet hoeft te zijn (wat hieronder als "indirect inzagerecht" wordt benoemd). Met "volledig dossier" bedoelen we alle verschillende luiken van het dossier (sociaal, administratief, juridisch, medisch, ... luik).	
De voorziening beschrijft in het huishoudelijk reglement een aantal rechten en afspraken i.v.m. het individuele dossier. De voorziening beroept zich hoofdzakelijk op de wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer met inachtneming van de beginselen van het beroepsgeheim. Het is belangrijk dat de voorziening naast deze wet ook de wet op de rechten van de patiënt benoemt en deze rechten ook <u>duidelijker</u> beschrijft in het huishoudelijk reglement.	TK
Het recht op directe en indirecte inzage in het volledige dossier wordt vermeld in het huishoudelijk reglement.	AV
Het is onduidelijk hoe een aanvraag tot direct of indirect inzagerecht dient te gebeuren.	TK



Tot nu toe werden er nog geen aanvragen voor directe en indirecte inzage in het dossier. Uit gesprek blijkt dat het persoonlijk plan samen met de bewoners wordt opgesteld en er hierdoor waarschijnlijk geen vragen zijn voor inzage.	AV
--	----

### 5.3 EMPOWERMENT BEWONER

<p>Wekelijks vindt er in elke woning een bewonersvergadering plaats. Dit gebeurt in de woning zelf 's avonds opdat alle bewoners er kunnen aan deelnemen voor de duur van minstens één uur. De vergadering wordt opgesplitst in verschillende agendapunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Praktische items i.v.m. inkopen, menusamenstelling, verdeling huishoudelijke taken, technische defecten,... alles wat het praktisch samenwonen betreft en alles met betrekking tot de woning zelf.</li> <li>– Inhoudelijke items m.b.t. het groepsgebeuren en de gemaakte afspraken, de groeps sfeer waarbij de mogelijkheid geboden wordt om naar elkaar te luisteren, gevoelens en gedachten te verwoorden, problemen te definiëren en gezamenlijk op te lossen, ea.. Eveneens komt in dit gedeelte het thema activering aan bod m.b.t. het plannen en organiseren van ontspanning, vorming en ontmoeting. Samen met de bewoners wordt een maandelijks activiteitenkalender opgesteld.</li> <li>– Financiële zaken</li> <li>– Boodschappen: opmaak lijst + wie doet de boodschappen.</li> <li>– Kook + menu's regelen/nakijken.</li> <li>– Waar nodig: taken verdelen en checken of die gedaan worden + zijn de kamers in orde, alsook de netheid van het huis?</li> <li>– Klussen</li> <li>– Aanwezigheid van bewoners: wanneer is een bewoner niet aanwezig in BW ? (andere weekinvulling dan normaal)</li> <li>– Uitklaren van misverstanden</li> <li>– Varia</li> </ul>	AV
<p>Van de vergaderingen wordt een verslag opgemaakt. Gemaakte afspraken, activiteiten menu,... komen op het uithangbord in de woning. Andere zaken worden genoteerd in een schrift dat in de woning in een afgesloten kast zit. De begeleiders hebben hiervan een sleutel.</p>	AV
<p>Er is een bewonersraad die is opgericht door en voor leden van beschut wonen. Het is de bedoeling om iedere 3 maand samen te komen om (praktische) problemen, nieuwe voorstellen, ideeën, ... te bespreken binnen beschut wonen. De bewonersraad heeft als doel de leden van beschut wonen inspraak te geven in beschut wonen.</p> <p>De bewonersraad bestaat uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een voorzitter</li> <li>• Een verslaggever</li> <li>• Minimum 1 vertegenwoordiger per woning, er zijn meerdere leden toegelaten</li> </ul> <p>De voorzitter wordt aangeduid bij het begin van iedere bewonersraad. Dit wil dus zeggen dat er elke bewonersraad een nieuwe voorzitter is. Op deze manier krijgt iedereen de kans om eens voorzitter te zijn.</p> <p>Ook de verslaggever wordt bij het begin van de bewonersraad aangewezen. En op die manier krijgt</p>	AV

<p>iedereen de kans om verslaggever te zijn.</p> <p>Vertegenwoordiging per woning:</p> <p>Bij elke bewonersraad is er minimum 1 vertegenwoordiger per woning aanwezig. Dit mogen er ook meerdere zijn.</p> <p>De agendapunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Twee weken voor de bewonersraad formuleren de bewoners nieuwe probleemstellingen. Deze kunnen verzameld worden op de bewonersvergadering of in de ideeënbus die in iedere woning aanwezig is.</li> <li>- De agendapunten van de vorige bewonersraad worden geëvalueerd.</li> <li>- Indien op de vorige bewonersraad niet alle agendapunten aan bod kwamen, kunnen deze opnieuw op de agenda worden geplaatst.</li> <li>- Tijdens de bewonersraad worden geen persoonlijke problemen besproken.</li> <li>- Het is belangrijk dat ieder agendapunt duidelijk gemotiveerd wordt. (Waarom kies je voor deze oplossing?)</li> </ul> <p>De verslagen hangen uit in het ontmoetings- en activiteitenruimte Beugelhof.</p>	
<p>Er is geen familieraad die inspraak heeft in de werking van het IBW.</p> <p>Uit gesprek blijkt dat de familie veel wordt betrokken. Jaarlijks is er ook een barbecue waarop familie wordt uitgenodigd.</p>	Aanb
<p>Regels /afspraken die ingaan tegen het zelfbeschikkingsrecht zijn in dit BW op maat van de bewoner en geïndiceerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Deze maatregelen zijn steeds meermaals besproken met de bewoner.</li> <li>– Deze maatregelen staan steeds genoteerd in het begeleidingsdossier.</li> </ul>	AV
<p>Best worden mogelijke situaties waarin een alcoholtest / drugtest kan voorgesteld worden (vermoeden van dronkenschap bij bewoners met een verslavingsproblematiek) vooraf besproken met de bewoner en de afspraken hierover genoteerd in het individuele dossier (en in de wachtmap).</p> <p>In het Huishoudelijk reglement staat vermeld: ' in samenspraak en op voorschrift van de coördinerend psychiater van ons kan het team van het IBW overgaan tot het (laten) uitvoeren van adem-, urine-, of bloedtesten ten einde het gebruik van alcohol en andere drugs op te sporen.'</p>	Aanb
<p>Heropnames in PZ worden omstandig omschreven in het dossier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aangewende alternatieven</li> <li>– De link met het gestelde probleemgedrag, de bedoeling van opname (bv. therapie verslaving, ...) en de draagkracht van de andere bewoners (bv: uit omgeving halen bij agressie, ...)</li> </ul>	AV
<p>Bewoners zijn aanwezig bij de bespreking van hun evaluatie (na 3 maanden, nadien jaarlijks).</p> <p>Momenteel gaan alle bewoners hierop in.</p>	SP
<p>Er wordt niet binnengegaan in kamers zonder toestemming van de bewoner in kwestie. Er wordt steeds geklopt voor het binnengaan in een individuele kamer.</p>	AV

## 5.4 KLACHTEN

Het IBW beschikt over een interne en externe klachtenprocedure.	AV
Deze lange procedure dient aangepast te worden op volgende punten:	TK

– Het is niet duidelijk wie de interne ombudspersoon is.	
<p>Er worden onvoldoende inspanningen geleverd om de patiënten te informeren over de patiëntenrechten en ombudsfunctie en om een laagdrempelige toegang tot de ombudspersoon te bevorderen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– De laatste rondgang en informatiesessie over patiëntenrechten en ombudsfunctie dateerd van 2015. Gezien de turnover betekent dit dat een aanzienlijk deel van de patiënten dergelijke infosessie nog niet heeft gekregen;</li> <li>– Er zijn geen folders over de patiëntenrechten beschikbaar</li> <li>– Er hangt een affiche met foto van de externe ombudspersoon in de huizen</li> </ul> <p>In augustus 2018 is er een info avond gepland waarop de externe ombudspersoon een toelichting zal geven over de patiëntenrechten.</p>	TK

## 5.5 VERMOGENSBEHEER

Tabel: beschermingsmaatregelen m.b.t. de bescherming van goederen en persoon die belast is met het beheer van goederen voor het kalenderjaar voorafgaand aan de vervaldatum van de huidige erkenning.

persoonlijke bewindvoerder is	aantal bewoners
advocaat	17
familie	3
IBW	0
andere, nl. Similes	1

Het IBW is geen bewindvoerder voor bewoners.	AV
Vermogensbeheer van een bewoner (in het kader van bewindvoering) gebeurt niet door het IBW. Er zijn geen lastgevingscontracten.	AV
Het BW heeft geen volmachten op bankrekeningen waarop bewoners hun volledig inkomen ontvangen.	AV
Als de bewoner omwille van een beslissing van de bewindvoerder onvoldoende geld krijgt voor (para)medische kosten, onderneemt het IBW stappen om de bewoner te ondersteunen (gesprekken met de bewindvoerder, alternatieve financiering voor ..., vredegerecht).	AV

## 6 COMMUNICATIE TUSSEN DE ZORGVERSTREKKERS

### 6.1 DOSSIER

Er werden 4 bewonersdossiers ingekeken, waarvan:	AV
--	----

<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 recente opnamedossiers (tot 1 jaar)</li> <li>- 1 dossiers met een opnameduur tussen de 1 en 3 jaar</li> <li>- 1 dossiers met een langere opnameduur ( &gt; 5 jaar).</li> </ul> <p>Volgende aspecten met betrekking tot onthaal, behandeling, continuïteit van zorg werden bekeken in de dossiers:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aanwezigheid psychiater bij intake.</li> <li>- Ontslag als duidelijk item tijdens de evaluaties.</li> <li>- Verslagen van patiëntenbesprekingen en de tussentijdse evaluaties.</li> <li>- De minimale aspecten om een goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren en een volledig dossier te hebben (identificatiegegevens, anamnese, contactgegevens, probleemgebieden in de levensdomeinen, doelstellingen, observaties van alle disciplines, ...).</li> <li>- Vrijheidsbeperkende maatregelen</li> </ul> <p>Dossier-specifieke aspecten worden hieronder beschreven. Inhoudelijke aspecten met betrekking tot de zorg / begeleiding worden in het verslag beschreven onder de titels / zorgaspect waarop het item betrekking heeft.</p>	
<p>Men maakt gebruik van een combinatie van elektronische en papieren dossiers. Dit heeft enkele gevolgen naar efficiënte tijdsbesteding:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doordat er deels met papieren dossiers wordt gewerkt is het nodig dat met regelmaat documenten zoals de medicatiefiche, crisisplan,...in alle mapjes (wachtmap, werkmap van bewoner,...) worden vervangen.</li> <li>- De verslagen van de teamvergaderingen met bewonersbesprekingen worden globaal elektronisch gemaakt. Hiervan wordt een uitprint per bewoner gemaakt en in het individueel papieren dossier gestopt.</li> </ul> <p>Het individuele dossier is zowel in een papieren als een elektronische versie aanwezig en vullen elkaar aan.</p> <p>Het papieren individuele dossier is makkelijk raadpleegbaar en bevat de meest essentiële informatie. Evenwel zijn niet alle gegevens te raadplegen in de papieren versie omdat veel communicatie ook elektronisch verloopt en dit (mails en documenten) dan elektronisch wordt opgeslagen. De opbouw van het elektronisch individueel dossier is gelijkaardig aan dat van het papieren dossier.</p> <p>De papieren individuele dossiers zitten in een grote ringmap per bewoner en bevinden zich in het gesloten bureel van beschut wonen in kasten per woning.</p> <p>De elektronische individuele dossiers per bewoner zijn terug te vinden op de F-schijf van beschut wonen op een server van het PC Sint-Franciscus-De Pelgrim te Velzeke waarbij de veiligheid wordt gewaarborgd via het ICT beleid. De begeleidsters hebben elk een individuele laptop waarmee ze kunnen werken zowel in de omgeving van het bureel als in de woning waar de bewoners verblijven mits een beveiliging met een token om in te loggen.</p> <p>Om tijdens de individuele begeleidingen het rapporteren werkbaar te houden, bevindt er zich in elke woning een beperkt dossier van elke bewoner van die woning .</p> <p>Daarin bevinden zich de meest belangrijke gegevens (persoonlijke, medische, ... ) voor de wekelijkse opvolging en begeleiding van de bewoner en worden ook de observaties, doelen, acties en evaluaties per levens- en persoonlijke domeinen van een bewoner gerapporteerd.</p> <p>In elke woning zijn deze beperkte individuele dossiers per bewoner die in de woning verblijven, aanwezig in een gesloten kast waarin ook medicatie, budgetten, e.a. veilig worden bewaard.</p>	AV

<p>Elke bewoner heeft ook een eigen papieren begeleidings- en werkmap met de volgende documenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificatiefiche</li> <li>– Medicatieoverzicht</li> <li>– Krachten en oplossingsgerichte vragen</li> <li>– Wensen</li> <li>– Persoonlijk profiel en plan</li> <li>– Dagbesteding – werk, dagplanning, weekoverzicht</li> <li>– Budgetdocumenten</li> <li>– Crisisplan.</li> </ul> <p>Dit persoonlijk werkdocument is in gebruik genomen in het kader van kracht- en herstelgericht werken met de bewoner. Daarbij wordt de verantwoordelijkheid van elke bewoner aangesproken en wordt het opnemen van de eigen regie van de begeleiding bij de bewoner verleend, aangesproken en aangemoedigd.</p> <p>Tijdens de inspectie werden 2 werkmappen ingekeken.</p> <p>Het IBW is actief bezig met de opmaak en uitbouw van een elektronisch bewonersdossier binnen de Groep Philippus Neri, meer bepaald voor 3 initiatieven beschut wonen, zijnde IBW Waasland te Sint-Niklaas, IBW De Wende te Eeklo en IBW De Vlaamse Ardennen.</p> <p>Samen met de respectievelijke coördinatoren en in overleg en onder supervisie van de stafmedewerker patiëntenzorg van het PC Sint-Jan te Eeklo Stan De Smet, wordt aan een lastenboek en opmaak van een elektronisch bewonersdossier in REGAS gewerkt. Op 05.09.2018 september is er een info- en studiebezoek gepland bij het IBW Este te Duffel, die reeds werken met een elektronisch bewonersdossier in REGAS.</p> <p>Het IBW streeft er naar om in 2019 het individueel bewonersdossier zowel inhoudelijk als structureel uniform elektronisch en efficiënter ontwikkeld en bruikbaar te hebben waardoor het individueel begeleidingsdossier zowel door de begeleiders als door de bewoners kan gehanteerd worden op een elektronische en beveiligde wijze.</p>	SP
<p>De privacy van de bewonersgegevens is voldoende gegarandeerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– De elektronische dossiers staan op een beveiligde server.</li> <li>– Begeleiders kunnen ter plaatse in het elektronisch dossier maar moeten inloggen met een persoonlijke login.</li> </ul>	AV
<p>In alle gecontroleerde dossiers waren de identificatiegegevens aanwezig (naam, geboortedatum, datum van opname, gegevens van contactpersonen).</p>	AV

## 6.2 OVERLEG

<p>Bewoners worden besproken in team op volgend overleg:</p> <p>Wekelijks is er een teamvergadering van 3,5 uur op dinsdagnamiddag waaraan wordt deelgenomen door de coördinerende geneesheer van beschut wonen, de coördinator, de begeleiding, de administratieve en polyvalente medewerker, de zorgkundige en de klusjesman.</p> <p>Dit overleg vond tot eind 2017 (sedert februari 2018 op nieuwe locatie) plaats in de vergaderzaal van het bureel van beschut wonen, aanloopadres Beugelstraat 108 te 9620 Velzeke. Er wordt een</p>	AV
--	----

<p>schriftelijk verslag van opgemaakt.</p> <p>Voor de jaarlijkse evaluatiebesprekingen worden de betrokken bewoners uitgenodigd: deze evaluatie gebeurt in kleine groep waaronder de bewoner, de individuele begeleider, de medische coördinator en de coördinator. Indien de bewoner een betekenisvol persoon erbij wilt hebben, kan dit. Soms komen ook wel eens externen naar de teamvergadering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• outreachers in verband met bepaalde casussen</li> <li>• samenwerkingspartners voor het opzetten of evalueren van samenwerkingen</li> <li>• de directeur maandelijks voor een update in verband met de organisatie of voor het verduidelijken van vragen van medewerkers.</li> </ul> <p>De vaste agendapunten van dit teamoverleg betreffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planning, afspraken en opvolging van de dagelijkse werking in de verschillende locaties en m.b.t activering</li> <li>• Mededelingen met betrekking tot vorming, personeelsaangelegenheden (beperkte tijd)</li> <li>• Bewonersbespreking van de verschillende locaties</li> <li>• Bespreking van aanmeldingen en intakes, opname en ontslag</li> <li>• Evaluatiebesprekingen van bewoners</li> </ul>	
<p>Er wordt minstens maandelijks multidisciplinair overlegd.</p>	<p>AV</p>
<p>Maandelijks (voormiddag) is er beleidsmatig overleg met de begeleiding:  Volgende onderwerpen komen o.a. aan bod:  -delen van informatie uit studiedagen,  -beleid SGOG, suicide  -VIP<sup>2</sup>, AMA (arbeidsmatige activiteiten)  -Elektronisch dossier</p> <p>De psychiater is hier niet bij aanwezig.</p>	<p>AV</p>

## 7 PERSONEEL

### 7.1 PSYCHIATER

<p>Dr. Chris Eeckhout is hoofdgeneesheer van het PZ Sint-Franciscus en werkt ook als psychiater in het AZ te Oudenaarde. Dr. Chris Eeckhout komt niet in de woningen en ziet de bewoners enkel in het PZ (o.a. intakegesprekken, consultaties).</p> <p>Hij tracht zoveel mogelijk de ganse teamvergaderingen bij te wonen, vaak is dit gedurende één uur.</p> <p>Systematische vormingsmomenten door de psychiater worden niet georganiseerd.</p> <p>De coördinator heeft de rechtstreekse GSM-nummer van de arts.</p> <p>Een registratie van het aantal aanwezige uren voor het IBW is er niet.</p>	AV
<p>De coördinerende psychiater is behandelende psychiater van 15 bewoners. Van 13 bewoners was hij al de behandelende psychiater van voor hun opname in beschut wonen. Twee bewoners kozen tijdens hun opname voor de coördinerend psychiater als behandelend psychiater.</p>	AV
<p>Het aantal uren dat de psychiater moet presteren in het IBW staat vermeld in de arbeidsovereenkomst. De overeenkomst vermeldt 4,5 uren.</p>	AV
<p>Uit gesprek blijkt dat de psychiater 1 à 1,5 uren per week effectief aanwezig is in het BW.</p>	TK
<p>De coördinerend psychiater staat niet in voor de vorming van de begeleiders.</p>	TK
<p>De psychiater is onvoldoende aanwezig op de vergadering waarin de bewoners besproken worden.</p> <p>Binnen het samenwerkingsverband en meer bepaald vanuit het PC Sint-Franciscus-De Pelgrim is men vragende en zoekende partij voor de aanwerving van een psychiater die werkt vanuit een herstelgerichte visie. Indien er een geschikte psychiater gevonden wordt zal deze ingezet worden om de nodige tijd voor de psychiatrische coördinerende procesbegeleiding van het team van het IBW op te nemen.</p> <p>De coördinator van het IBW maakt al enkele jaren (ongeveer 3 jaar) de nood en vraag bespreekbaar voor een coördinerende psychiater die voldoende tijd beschikbaar heeft bij het Dagelijks Bestuur van het IBW en bij de Raad van Bestuur.</p> <p>Momenteel is de huidige coördinerende psychiater overbelast met opdrachten en heeft een grotere workload dan dat hij daarvoor beschikbare tijd heeft.</p>	TK

### 7.2 COÖRDINATOR

<p>De coördinator werkt sinds 1 februari 2018 full time voor het IBW.</p>	AV
<p>Uit verslagen en uit gesprek blijkt dat de coördinator aanwezig is op volgend overleg:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Teamvergadering</li><li>– Bespreking van bewoners</li><li>– Beleidsteam</li></ul>	AV

Uit gesprek blijkt dat wegens de verhuis van het aanloophuis, de langdurige afwezigheid van de klusjesman, de voorbereiding op inspectie en de moeilijkere periode (o.a wegens zelfmoord van een begeleidster) planningsgesprekken werden uitgesteld. Na de zomervakantie zal hiermee terug gestart worden.	AV
--	----

### 7.3 BEGELEIDEND PERSONEEL

Diploma	Arbeidstijd (VTE)	Aantal personen
Verpleegkundige		
Psychiatrisch verpleegkundige	1	1
Sociaal verpleegkundige		
Maatschappelijk werker	2,75	3
Master in sociaal werk		
Psycholoog	1	1
Criminoloog		
Ergotherapeut		
Orthopedagoog		
Opvoeder		
Andere binnen KB <sup>2</sup>		
<b>TOTAAL</b>	<b>4, 75 VTE</b>	<b>5 personen</b>
Andere buiten KB		

Toelichting: De psychiatrisch verpleegkundige is ook criminoloog. Een maatschappelijk werker neemt momenteel 4/5 <sup>de</sup> ouderschapsverlof.	AV
Het begeleidend team is multidisciplinair samengesteld.	AV
Men werkt volgens het SRH model. Binnen de dagelijkse werking is er uitdrukkelijk gekozen voor het begeleidingsconcept vanuit de integrale psychosociale rehabilitatie en SRH-methodiek om kracht- en herstelgericht te werken.  Het IBW-team is volop in beweging om de begeleidingskrachten en –mogelijkheden te versterken in functie van hun missie want in het najaar 2018 wordt aan alle medewerkers de SRH-basisopleiding aangeboden (tijdens oktober 2018 tot januari 2019). Het doel is dat iedereen dan getraind en gecoacht wordt om nog efficiënter en doelgerichter de individuele begeleiding van de bewoner te kunnen uitvoeren en waarborgen in functie van de missie en individuele begeleidingsdoelen van elke bewoner.	SP

<sup>2</sup> Koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststellingen van de normen voor de erkenning van initiatieven van beschut wonen ten behoeve van psychiatrische patiënten



<p>Op het moment van het bezoek zijn er in het IBW 41 bewoners die begeleid worden (exclusief bewoners in nazorg).</p> <p>Volgens de norm (1 VTE personeel per 8 bewoners) moet het IBW voor de begeleiding van de bewoners beschikken over 5,12 VTE gekwalificeerde personeelsleden (inclusief de coördinator). Het IBW heeft 4,75 VTE personeelsleden, waarvan alle personeelsleden beschikken over een bachelor diploma dat aan de kwalificaties voldoet (sociaal verpleegkundige, psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog, criminoloog, maatschappelijk werker, master in sociaal werk, ergotherapeut, orthopedagoog, opvoeder).</p> <p>Op het moment van inspectie zijn er 2 ex-bewoners in nazorg. Deze worden opgevolgd door dezelfde personeelsequipe.</p>	AV
<p>In totaal worden dus 41 mensen begeleid of opgevolgd. Volgens de norm van 1 VTE per 8 bewoners moeten er dus 5,12 VTE begeleiders zijn.</p> <p>Er is onvoldoende gekwalificeerd personeel. Er is een tekort van 0,37 VTE gekwalificeerd personeel.</p> <p>Het IBW geeft aan dat één iemand van de medewerkers van de zorgfunctie activering ook werkzaam is als begeleidend personeel en de andere medewerker van de zorgfunctie activering, tewerkgesteld vanuit het IBW, is individuele begeleidster van één bewoner in het kader van individueel beschut wonen. Deze medewerker springt indien nodig bij voor begeleidingsgesprekken van andere bewoners als iemand van het begeleidend personeel afwezig is.</p> <p>Daarnaast is er vanuit het IBW 0,75 VTE gekwalificeerd personeel voor de realisatie van de zorgfunctie activering voor de werkingsregio, waarnaast er nog een detachering is van 0,5 VTE gekwalificeerd personeel vanuit het PC Sint-Franciscus-De Pelgrim. Dit sedert 1.02.2018 toen er van start werd gegaan met het ontmoetings- en activiteitenhuis Het Beugelhof.</p> <p>Voor de zorgfunctie activering heeft het IBW 0,5 VTE meer dan bepaald wordt.</p>	NC

## 7.4 PERSONEEL ACTIVERING

Diploma	Arbeidstijd (VTE)	Aantal personen
Verpleegkundige		
Psychiatrisch verpleegkundige		
Sociaal verpleegkundige		
Maatschappelijk werker	0,25	1
Master in sociaal werk		
Psycholoog	1	2
Criminoloog		
Ergotherapeut		
Orthopedagoog		
Opvoeder		
Andere		

<b>TOTAAL</b>	<b>1,25 VTE</b>	<b>3 personen</b>
---------------	-----------------	-------------------

## 7.5 PERSONEEL ZORGPROJECTEN / PZT

<b>Diploma</b>	<b>Arbeidstijd (VTE)</b>	<b>Aantal personen</b>
Verpleegkundige		
Psychiatrisch verpleegkundige		
Sociaal verpleegkundige		
Maatschappelijk werker		
Master in sociaal werk		
Psycholoog	1 (0,75 Mini social akkoord)	1
Criminoloog		
Ergotherapeut		
Orthopedagoog		
Opvoeder		
Andere		
<b>TOTAAL</b>	<b>1 VTE</b>	<b>1 persoon</b>

## 7.6 ONDERSTEUNEND PERSONEEL

<b>Functie</b>	<b>Arbeidstijd (VTE)</b>	<b>Aantal personen</b>
Secretariaat (DAC)	1	1
Klusjesman (DAC)	1	1
Zorgkundige (Sociale Maribel)	0,5	1
Zorgkundige, gegradueerde psychiatrische verpleegkundige	0,5	1
<b>TOTAAL</b>	<b>3 VTE</b>	<b>4 personen</b>

## 7.7 PERMANENTIE

Het IBW biedt 7/7 een 24-uurs permanentie aan.	AV
– Tijdens de kantooruren (elke werkdag van 9u tot 17u behalve op dinsdag van 10u30 tot 19u) kan men terecht op het aanloopadres.	AV

<ul style="list-style-type: none"> <li>– De wachtdienst buiten deze uren wordt opgenomen door de begeleiders van wacht. In het huishoudelijk reglement staat vermeld dat men ook terecht kan bij de receptie van het Psychiatrisch ziekenhuis Sint Franciscus. Uit gesprek blijkt dat dit niet zo is en verwijderd zal worden uit het huishoudelijk reglement.</li> <li>– In nagekeken dossiers was er voor alle bewoners een crisisplan terug te vinden. Ook het kaartje ‘in geval van nood’ werd getoond door enkele bevraagde bewoners.</li> <li>– Het wachtnummer voor de begeleider van wacht is duidelijk zichtbaar aanwezig of gekend in de woningen die bezocht werden.</li> <li>– Noodnummers zijn duidelijk aanwezig in de woningen (brandweer, 100, brandwondencentrum, antigifcentrum, huisarts).</li> <li>– Er is een reservesleutel van elke woning.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">AV</p> <p style="text-align: center;">AV</p> <p style="text-align: center;">AV</p>
<p>Er is een permanentiemap met gegevens over elke bewoner.</p>	<p style="text-align: center;">AV</p>

## 8 INFRASTRUCTUUR

### 8.1 AANLOOPADRES

<p>Sedert februari 2018 is het aanloopadres, bureel, gelegen in de Penitentenlaan 7 te Velzeke onder de afdeling Herstelgerichte zorg van het PC St. Franciscus te Velzeke.</p> <p>Het vroegere aanloopadres in de woning gelegen in de Beugelstraat 108 te 9620 Velzeke, is vanaf februari 2018 het ontmoetings- en activiteitenhuis Beugelhof geworden.</p>	AV
---	----

### 8.2 GROEPSWONINGEN

Volgende groepswoningen werden bezocht:

Adres	Plaats	Aantal erkende plaatsen	Aantal bewoners
Gustaaf Verhaeghelaan 9 & 11 9500 Geraardsbergen	6	6	6
Penitentenlaan 20 9620 Zottegem	7	3	7

<p>Volgende aspecten werden in alle bezochte groepswoningen bekeken:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Ligging van de woning in de lokale leefgemeenschap</li><li>– Aanwezigheid van terras / tuin (Aanb)</li><li>– Aanwezigheid van een keuken, eetplaats, living en badkamer</li><li>– Aanwezigheid van voldoende sanitair (1 wastafel / bewoner)</li><li>– Aanwezigheid van een eigen lavabo met koud/warm stromend water per bewoner waarvan de individuele kamer werd bezocht</li><li>– Minimale oppervlakte per kamer (minstens 9 m<sup>2</sup> voor een kamer en minstens 15 m<sup>2</sup> voor een studio).</li><li>– Inkijk in de kamers en leefruimten / privacyaspecten bij camerabewaking</li><li>– Aanwezigheid van een gemeenschappelijk telefoontoestel waarmee bewoners de begeleiding kunnen bereiken</li><li>– Aanwezigheid van volgende documenten:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ permanentienummer IBW</li><li>▪ telefoonnummers hulpdiensten (politie, antigifcentrum, brandweer, politie...)</li><li>▪ contactgegevens van de ombudspersoon</li></ul></li></ul>	
Alle bezochte woningen voldeden aan de bovenstaande eisen.	

### 8.3 VEILIGHEID

In de bezochte groepswoningen zijn volgende brandpreventiemaatregelen aanwezig: <ul style="list-style-type: none"><li>– branddeken in elke keuken</li><li>– poederblusser per bezochte bouwlaag (niet kelder/zolder)</li><li>– rookdetector per bezochte bouwlaag (niet kelder/zolder).</li></ul>	AV
In de bezochte woningen kregen de bewoners vorming i.v.m. brandpreventiemaatregelen. Volgende aspecten kwamen aan bod: <ul style="list-style-type: none"><li>– Risicogedrag</li><li>– Correct gebruik van elektrische en verwarmingstoestellen.</li><li>– Plaats en werking van de brandbestrijdingsmiddelen (blusapparaten en branddeken)</li><li>– Inhoud en toepassing van het evacuatieplan en het interventieplan.</li></ul> <p>Twee maal per jaar zijn er concrete oefeningen met alarmmeldingen in elke woning met de bewoners en medewerkers in het IBW opdat iedereen goed zou weten wat er moet gebeuren bij een alarm, welk soort alarm en welke stappen moeten en kunnen genomen worden, welke procedure er moet gevolgd worden, ... .</p> <p>Na de oefening wordt het gebeuren geëvalueerd en wordt de informatie omtrent brandpreventie en –bestrijding samen doorgenomen met alle bewoners van een woning en iemand van de begeleiding.</p> <p>Het concrete oefenen met brandbestrijdingsmateriaal door bewoners en medewerkers zoals het hanteren van poederblussers en het afdekken van een brandhaard met een branddeken heeft plaatsgevonden in 2016 onder toezicht van de preventieadviseur en met bijstand van het diensthoofd van de technische dienst van het PC.</p> <p>Dit kan niet jaarlijks uitgevoerd worden wegens het gebrek aan vervallen poederblussers om leeg te kunnen spuiten.</p> <p>Het IBW beschikt over een checklist i.v.m. brandpreventie voor de bewoners en een informatiebrochure voor bewoners inzake brandveiligheid: Brandpreventie, -detectie en bestrijding in beschut wonen.</p> <p>Begeleiders volgen de vorming inzake brandpreventie van het psychiatrisch ziekenhuis.</p>	AV
Uit gesprek met 7 bewoners bleek dat: <ul style="list-style-type: none"><li>– 6 bewoners uitleg hebben gehad over hoe ze een branddeken kunnen gebruiken</li><li>– 5 bewoners uitleg hebben gehad over hoe ze een poederblusser kunnen gebruiken</li><li>– 3 bewoners uitleg hebben gekregen over hoe te evacueren bij brand.</li></ul>	AV