

# DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

## Zorginspectie

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

[contact.zorginspectie@vlaanderen.be](mailto:contact.zorginspectie@vlaanderen.be)

[www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be)

////////////////////////////////////

## INSPECTIEVERSLAG GEHANDICAPTENZORG ALGEMENE WERKING

////////////////////////////////////

### INSPECTIEPUNT

Naam	Humival
Adres	Nijverheidsstraat 9 , 9950 Lievegem

### INRICHTENDE MACHT

Naam	HUMIVAL
Juridische vorm	VZW
Adres	Nijverheidsstraat 9, 9950 Lievegem

### UITBATINGSPLAATS

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

### INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Onaangekondigd bezoek op 28/03/2022 (9:30-12:30)
Datum laatste vaststelling	28/03/2022
Verslagnummer	V-2022-KEGR-0011
Inspecteur(s)	Kevin De Gruyter
Gesprekspartner(s)	Mia De Vleeschauwer, zorgcoördinator Annelies Meulebroeck, hoofdbegeleider Veronique De Greef, medisch verantwoordelijke Marc Sercu, directeur

## LEESWIJZER

### **Toegepaste wetgeving en administratieve bepalingen**

- Besluit van de Vlaamse Regering van 4 februari 2011 betreffende de algemene erkenningsvoorwaarden en kwaliteitszorg van voorzieningen voor opvang, behandeling en begeleiding van personen met een handicap
- Besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende erkenning en subsidiëring van multifunctionele centra voor minderjarige personen met een handicap
- Decreet van 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp

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

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

### **Onze opdracht**

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

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

Een uitgebreide toelichting over de aanpak van Zorginspectie kunt u nalezen op [www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be). Alle verslagen van Zorginspectie worden overgemaakt aan het VAPH.

### **Wat komt u te weten in dit verslag?**

Per bevraagd 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.

### **Privacy**

Zorginspectie houdt bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen rekening met de privacy van alle betrokken partijen. Verslagen bevatten persoonsgegevens en mogen daarom slechts in beperkte mate verspreid worden. Met dergelijke verslagen dient zorgvuldig te worden omgegaan. Verslagen waaruit de persoonsgegevens zijn verwijderd, zijn geschikt voor ruimere verspreiding. Zij kunnen worden opgevraagd via: [openbaarheid.zorginspectie@vlaanderen.be](mailto:openbaarheid.zorginspectie@vlaanderen.be).

Meer informatie over de toepasselijke regels vindt u op de website van de Gegevensbeschermingsautoriteit: [www.gegevensbeschermingsautoriteit.be](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be).

## UITBATINGSPLAATS EN DOELGROEP

### Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers

### UITBATINGSPLAATS

De uitbatingsplaats wordt binnen de organisatie 'Humival' genoemd.

### Soort uitbatingsplaats

De organisatie biedt opvang en begeleiding aan:

- volwassenen, namelijk:
  - individuele begeleiding
  - dagondersteuning
  - woonondersteuning

Focus van de inspectie ligt op:

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

### Grootte uitbatingsplaats

### Toelichting

Humival telt zo'n 42 bewoners en bereikt daarnaast een 14-tal externe cliënten voor de dagondersteuning.

### Bezochte entiteiten

Zowel de infrastructuur voor wonen als voor dagondersteuning werd bezocht.

Deze infrastructuur wordt binnen de organisatie 'Humival' genoemd.

Er werd een bezoek gebracht aan volgende leefgroepen:

Er zijn op deze uitbatingsplaats 3 leefgroepen binnen de woonondersteuning.

### Toelichting

Binnen de woonondersteuning van deze uitbatingsplaats zijn er 3 leefgroepen van telkens 13 à 14 bewoners. Leefgroep 1 laat zich typeren door een structuurwerking, leefgroep 2 door een basale werking en in leefgroep 3 bevinden zich voornamelijk de oudere bewoners.

## DOELGROEP

Op de uitbatingsplaats worden gebruikers opgevangen met als hoofdhandicap:

- verstandelijke beperking

Naast de hoofdhandicap is er sprake van volgende bijkomende problemen:

- motorische handicap
- autisme
- psychiatrische problemen

## INFRASTRUCTUUR

### Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers

## ALGEMENE VASTSTELLINGEN

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (algemeen):

Achter de centrale toegangsdeur van het volledig gelijkvloerse gebouw bevindt zich een onthaalruimte van waaruit de naastliggende centrale polyvalente ruimte genaamd de 'hal' kan worden bereikt. Deze centrale hal geeft via verschillende hoeken toegang tot o.a. een wasruimte, een keuken, een atelier voor dagbesteding en de 3 leefgroepen. Deze leefgroepen beschikken elk over een keuken met aanpalende eetruimte, zitruimte en 2 badkamers.

Dit gebouw heeft ook een aparte 'slaapvleugel' die naast 6 studio's tevens voorzien is van een kinéruimte, een zitruimte en een snoezelruimte met o.a. een tovertafel en een trilpodium.

Los van dit gebouw voor de woonondersteuning, bevindt zich een kleiner gebouw dat gebruikt wordt voor de dagondersteuning.

De bezochte infrastructuur voldoet aan volgende punten:

	Ja	Voor verbetering vatbaar	Nee
De infrastructuur is voldoende ruim	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Toelichting

Tijdens een rondgang in de leefgroepen stelt inspectie vast dat de infrastructuur, die dateert van eind jaren '70, sterke gebruikssporen vertoont en op bepaalde plaatsen aan renovatie toe is. Zo zijn er op de kunststof vloerbedekking van elke leefgroep zo goed als overal donkere schrammen en strepen en zo bevindt zich tussen het glas van 1 schuifdeur van een leefruimte een aanzienlijke hoeveelheid condens waardoor het zicht naar de naastgelegen tuin en terras ernstig wordt verhinderd. Inspectie stelt vast dat ook bepaald materiaal zich in versleten toestand bevindt, zoals bvb. het verzorgingskussen (in een badkamer) waarvan de bekleding op talrijke plaatsen is losgekomen, afgebladerd of danig veel gaten vertoont dat de vullingsmousse vanop afstand zichtbaar is. Inspectie stelt vast dat er tijdens het inspectiebezoek 2 schilders aan het werk zijn om de muren van een leefruimte opnieuw in het wit te zetten.

Inspectie verneemt dat er nog niet werd gestart met de nieuwbouw waarvan sprake in het verslag van Zorginspectie met referentie V-2020-STCO-0019. Gesprekspartners geven aan dat dit project wegens enkele onvoorziene omstandigheden is moeten worden uitgesteld, doch men nog steeds de hoop koestert dat dit project in september 2023 zal worden opgeleverd. Een startdatum voor de werken is evenwel nog niet voorzien. Inspectie verneemt dat het ook de bedoeling zou zijn om de bestaande infrastructuur aan een grondige opknappbeurt te onderwerpen, eenmaal de nieuwbouw in gebruik werd

genomen.

## INDIVIDUELE RUIMTES

### **Het kameraanbod**

Het kameraanbod bestaat uit:

#### **Toelichting**

Elke leefgroep beschikt over 7 kamers die worden gebruikt als eenpersoonskamer, tweepersoonskamer of driepersoonskamer. Inspectie stelt vast dat in sommige van deze meerpersoonskamers modulaire scheidingswanden werden voorzien waardoor 1 bewoner een soort kamer binnen een kamer krijgt. Niet in elke meerpersoonskamer werden ingrepen gedaan om een minimum aan privacy te garanderen. Gesprekspartners lichten toe dat de bewoners van deze meerpersoonskamers de mogelijkheid krijgen om bijvoorbeeld d.m.v. de plaatsing van hoge kleerkasten een zeker compartimentering in de kamer te voorzien, doch deze bewoners ervoor kiezen om dit niet te doen. Inspectie verneemt dat deze bewoners elkaar vaak al heel lang kennen en het hen een zeker gevoel van veiligheid geeft om hun kamergenoot op vrijwel elk moment te kunnen zien of horen. Gesprekspartners beamen dat dit laatste evenwel niet van toepassing kan zijn op nieuwe bewoners.

Daarnaast zijn er in de aparte slaapvleugels nog 6 studio's die worden gebruikt door bewoners van de 3 leefgroepen.

### **Grootte van de kamers**

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

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

Reden:

- historisch zo gegroeid

#### **Toelichting**

Tijdens het inspectiebezoek wordt in een eenpersoonskamer een vloeroppervlakte van 10,27m<sup>2</sup> opgemeten. In 1 van de 6 studio's wordt een vloeroppervlakte van 13,3m<sup>2</sup> opgemeten met daarnaast nog 4,8m<sup>2</sup> aan individuele badkamer.

## SANITAIR

### **Algemeen**

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (sanitair):

Elke leefgroep beschikt over 2 toiletruimtes met wastafel en 2 badkamers waarvan 1 badkamer is voorzien van een hoog-laag bad en een andere badkamer van een wastafel en douche met douchebrancard.

Het gebouw voor de dagondersteuning is voorzien een rolstoeltoegankelijk toilet.

Er is voldoende sanitair.

Het sanitair is aangepast aan de gebruikers.

## Beschikbaarheid van individueel sanitair

### Toelichting

Elke kamer beschikt per bewoner over een wastafel met warm en koud stromend water.

## SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

### **Nieuwe tekorten**

Er werden geen tekorten vastgesteld.

## AANDACHTSPUNTEN

- Er wordt nog met meerpersoonskamers gewerkt.
- Er zijn meerpersoonskamers die zeer beperkt zijn in oppervlakte.
- Er zijn geen ingrepen die in de meerpersoonskamers een minimum aan privacy moeten garanderen.
- Bij de infrastructuur kan volgende opmerking worden geplaatst:
  - de infrastructuur is in zijn geheel verouderd.
- Inspectie stelt vast dat bepaalde bergingsruimte niet kunnen worden afgesloten terwijl daarin op ooghoogte bepaalde producten zoals schoonmaakmiddelen worden bewaard. Het verdient aanbeveling om dergelijke potentieel gevaarlijke producten zoveel mogelijk buiten bereik te houden van personen die geen enkele toegang tot deze middelen nodig hebben.

## MEDICATIE

### **Bron:**

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: medicatielijst leefgroep 3 (24/03/22), steekproef 1 gescande aftekenlijst

## 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, ...

## BELEID IN DE PRAKTIJK

### **Het medisch dossier**

Er is een medisch dossier.

Persoonsgegevens over gezondheid worden apart bijgehouden.

### **Gebruik van een medicatiefiche**

Er wordt met een medicatiefiche gewerkt.

De medicatiefiche biedt een volledig overzicht van alle medicatie.

De medicatiefiches zijn geactualiseerd.

### **Toelichting**

De medicatiefiches hangen aan de binnenkant van de medicatiekast in het medisch lokaal. Op deze plaats hangen de briefjes waarop de tijdelijke medicatie wordt vermeld. Ook in de leefgroepen beschikt men over deze medicatiefiches en deze briefjes met de tijdelijke medicatie.

### **Communicatie over toe te dienen medicatie**

Er zijn afspraken gemaakt die de communicatie over de toe te dienen medicatie borgen:

- er is een verantwoordelijke aangeduid voor de actualisatie van de medicatiefiches

### **Toelichting**

De actualisatie van de medicatiefiches gebeurt door de medisch verantwoordelijke die ook instaat voor het bestellen van de medicatieblisters en het op peil houden van de medicatievoorraad in het medisch lokaal. Inspectie verneemt dat er zo'n 2 maal per jaar wordt nagegaan of de aanwezige medicatie z'n houdbaarheidsdatum nog niet heeft bereikt.

### **Klaarzetten van medicatie**

De medicatie wordt klaargezet door:

- handmatig klaargezet door de apotheek.
- handmatig klaargezet door de verpleegkundige/medische dienst
- handmatig klaargezet door de hoofdbegeleiding, in het geval van de niet-fractioneerbare medicatie

### **Toelichting**

De medicatie wordt geblisterd opgehaald bij een externe apotheker die deze blisters controleert alvorens ze worden meegegeven. Inspectie verneemt dat dit gaat om 3 verschillende dorpsapothekers waarmee telkens gedurende een periode van het jaar wordt samengewerkt. De niet-fractioneerbare medicatie wordt klaargezet door de hoofdbegeleider.

### **Toedienen van medicatie**

De medicatie wordt toegediend door:

- begeleider

De toediening van medicatie wordt afgetekend.

### **Toelichting**

De toediening van de medicatie wordt handmatig afgetekend op een wekelijks hernieuwde aftekenlijst die wordt voorzien door de medisch verantwoordelijke. De medisch verantwoordelijke toont aan dat elke gebruikte aftekenlijst sedert 2017 wordt ingescand en er op die manier op elk moment een overzicht van de toegediende medicatie voorhanden is.

### **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
- afgesloten medicatiekar (leefgroep 2)



De medicatie is veilig bewaard.

### **Toelichting**

In leefgroep 1 en 3 wordt de medicatie bewaard in een afgesloten medicatiekast, in leefgroep 2 gebeurt dit in een afgesloten medicatiekar. De medicatievoorraad wordt bewaard in een afgesloten medicatiekast in het eveneens afgesloten medisch lokaal.

### **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**

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

## **TOEZICHT**

### **Bron:**

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: draaiboek nacht

## **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**

Gesprekspartners lichten toe dat er per nacht wordt voorzien in een slapende nacht die een bed heeft in het medisch lokaal en een wakende nacht met de centrale hal als uitvalsbasis.

## **COMMUNICATIEMOGELIJKHEID VANUIT DE KAMER**

De kamer is uitgerust met een communicatiesysteem.

De werkwijze is voldoende aangepast aan de gebruikers.

### **Toelichting**

Elke kamer is voorzien van een drukknop waarmee een licht aan de buitenkant van de kamer kan worden geactiveerd om aan te geven dat bijstand of hulp gewenst wordt. Inspectie verneemt dat deze drukknop 's nachts een signaal naar de telefoon van de wakende nacht verstuurt.

## 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: drukknop

### **Toelichting**

De nachtdienst beschikt over een draaiboek waarin o.a. de afspraken over de periodieke controle zijn opgenomen.

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

Er zijn geen gebruikers die 's nachts worden gefixeerd.

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

## SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

### **Nieuwe tekorten**

Er werden geen tekorten vastgesteld.

## AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

## **INFORMATIEOVERDRACHT**

### **Bron:**

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- dagboek eCQare; verslag teamvergadering 14/03/22

## SCHRIFTELIJKE UITWISSELING VAN INFORMATIE

Er wordt met logboek, dagboek, agenda gewerkt.

Het logboek, dagboek, agenda wordt binnen de verschillende groepen op analoge manier gebruikt.

Er zijn afspraken over:

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

### **Toelichting**

In elke leefgroep is een computer aanwezig waarmee kan worden gewerkt in het elektronisch dagboek

dat wordt bijgehouden in eCQare. Tijdens het inspectiebezoek wordt het gebruik van dit dagboek toegelicht en geïllustreerd door een begeleider.

## 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:

2-wekelijks

### Toelichting

Om de twee weken wordt er voorzien in een teamvergadering waarin naast alle teamleden en afhankelijk van de agenda ook de orthoagoog, de kinesist, etc. aanwezig zijn. Inspectie verneemt dat de agenda vooraf wordt overgemaakt aan de teamleden die ook op elk moment eigen onderwerpen kunnen agenderen. Inspectie stelt vast dat het ingekeken verslag volgende structuur vermeldt: goedkeuring vorig verslag, bewonersbesprekingen, leefgroepswerking, agendapunten voor volgende vergadering.

## SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

### **Nieuwe tekorten**

Er werden geen tekorten vastgesteld.

### AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

## **HANDELINGSPLAN**

### **Bron:**

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: 3 bewonersdossiers

Vaststellingen op basis van de geïnspecteerde dossiers:

<b>Er is een handelingsplan</b>	
3 / 3	aantoonbaar
0 / 3	niet aantoonbaar

  

<b>Het handelingsplan wordt op regelmatige tijdstippen geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd</b>	
2 / 3	aantoonbaar
0 / 3	aantoonbaar, maar niet volgens de overeengekomen frequentie
0 / 3	niet aantoonbaar

  

<b>Het handelingsplan is opgemaakt in overleg met de gebruiker of zijn vertegenwoordiger</b>	
3 / 3	aantoonbaar
0 / 3	aantoonbaar, maar beperkt tot informeren
0 / 3	niet aantoonbaar

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

<b>Het overleg wordt georganiseerd met volgende betrokkenen</b>	
-----------------------------------------------------------------	--

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

<b>Het overleg over het handelingsplan is aangepast aan de gebruiker</b>	
--------------------------------------------------------------------------	--

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

<b>De voorziening maakt gebruik van de ervaringen en inzichten van de gebruiker</b>	
-------------------------------------------------------------------------------------	--

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

<b>Gegevens worden zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard</b>	
-----------------------------------------------------------------	--

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

### **Toelichting**

Inspectie verneemt dat er bij nieuwe bewoners vanaf de start wordt gewerkt aan een evolutieverslag waarin observaties en bijhorende doelstellingen en zorgvragen worden opgenomen. Dit document is opgebouwd rond de 8 domeinen van kwaliteit van bestaan (Shalock). Na 6 maanden wordt dit evolutieverslag op gelijke voet gezet als een handelingsplan, wat concreet wil zeggen dat deze voortaan om de 2 jaar wordt geëvalueerd door de aandachtsbegeleider die aan elke bewoner wordt toegewezen.

Dossier 1 bevat een handelingsplan dat dateert van 22/06/20, dit handelingsplan werd niet ondertekend door de bekwame bewoner. Inspectie verneemt dat de voorziening tot nu toe geen werkwijze had om de handelingsplannen te laten ondertekenen door de bewoners of hun vertegenwoordigers, gesprekspartners lichten toe dat dit wel het geval is voor de evolutieverslagen. Inspectie licht de regelgeving toe.

Dossier 2 is van een bewoner die sedert 21/12/20 in de voorziening verblijft en waarvoor een ondertekend evolutieverslag kan worden voorgelegd dat dateert van 09/06/21. Inspectie verneemt dat deze persoon sinds kort een bewindvoerder over de persoon heeft gekregen, doch dit gewijzigd statuut nog geen invloed heeft gehad op het bestaande handelingsplan van deze bewoner.

Dossier 3 is van een bekwame bewoner die sedert 1988 verblijft in de voorziening. Het meest recente handelingsplan dateert van 08/06/20.

Er zijn geen dossiers nagekeken waarbij er vrijheidsbeperkende maatregelen worden gebruikt.

## SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

### **Nieuwe tekorten**

- In één of meer handelingsplannen ontbreekt de ondertekening door beide partijen (BVR van 04/02/2011, artikel 11).

## AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

## **PRIVACY**

### **Bron:**

- rondgang
- gesproken met medewerkers

Inzake privacy werden doorheen het inspectiebezoek volgende vaststellingen gedaan.

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

### **Toelichting**

Tijdens het inspectiebezoek staan nagenoeg alle kamerdeuren open. Gesprekspartners geven aan dat dit niet toe te schrijven is aan het beleid van de voorziening doch aan de vrijwillige keuze van de betrokken bewoners.

Inspectie verneemt dat de bewoners indien gewenst over een sleutel van hun kamer kunnen beschikken maar geen enkele bewoner daar om vraagt.

Tijdens het inspectiebezoek wordt geïllustreerd dat er via een drukknop in de kamer een lichtje aan de buitenkant van de kamer kan worden geactiveerd om aan te geven dat deze ruimte momenteel in gebruik is voor bvb verzorging.

## SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

### **Nieuwe tekorten**

Er werden geen tekorten vastgesteld.

## AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

## BESLUIT

### SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

	<b>Aantal</b>
Nieuwe tekorten	1
Aandachtspunten	5

Aan de organisatie wordt gevraagd om de nodige maatregelen te nemen om de werking in overeenstemming te brengen met de regelgeving.

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