

INSPECTIEVERSLAG: GEHANDICAPTENZORG

INRICHTENDE MACHT

Naam	Humival
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	VZW
Ondernemingsnummer	0416237589
Adres	Nijverheidsstraat 9, 9950 Lievegem

INSPECTIEPUNT

Naam	Humival
HCO-nummer	201107
Adres	Nijverheidsstraat 9 , 9950 Lievegem

UITBATINGSPLAATS

Naam	VZW HUMIVAL
Adres	Nijverheidsstraat 9 , 9950 Lievegem

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	05/03/2026
Verslagnummer	ZI-2026-00842
Inspecteur	Kevin De Gruyter

INSPECTIEBEZOEK

VZW HUMIVAL

Onaangekondigde inspectie op 05/03/2026 (09:30-13:00)

Gesprekspartners	Kristel De Pauw - hoofdbegeleider leefgroep 5 Hilde Versluys - begeleider / groepschef 1 begeleider leefgroep 5
------------------	---

INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	3
• Basisgegevens	6
• Infrastructuur	8
o Algemene beschrijving van de infrastructuur	8
o Infrastructuur voor gemeenschappelijk gebruik	8
o Persoonlijke leef -en slaapruijnte	9
o De afzonderingsruimte	10
• Medewerkersbeleid	11
o Inzet van personeel in de praktijk	11
• Ondersteuning	13
o Het dossier	13
o Het handelingsplan	13
• Dagelijks leven	15
• Medicatie	18
• Vrijheidsbeperkende maatregelen	20
o Gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen	20
• Fusie	22
• Besluit	23

LEESWIJZER

Situering Zorginspectie

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Zorg van de Vlaamse overheid en is bevoegd voor het toezicht op:

- organisaties die door het Departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund, geattesteerd of gesubsidieerd worden;
- persoonlijke budgetten en hulpmiddelen toegekend aan personen met een handicap;
- personen of organisaties waarvan redelijkerwijze kan worden vermoed dat ze als zorgverlener, hulpverlener of voorziening optreden.

De Vlaamse overheid heeft ervoor gekozen om de inspectiefunctie te scheiden van de vergunnings-, erkennings- en subsidiëeringsfunctie. De functiescheiding tussen inspecteren en rapporteren enerzijds en beslissen over de gevolgen anderzijds, maakt dat Zorginspectie haar opdracht zo objectief, onpartijdig en onafhankelijk mogelijk kan vervullen.

Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

- toezicht houden op de naleving van gestelde eisen;
- concrete beleidsadvisering op basis van de inspectievaststellingen;
- een beeld schetsen van een hele sector op basis van inspectievaststellingen.

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- het verbeteren van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van de voorzieningen;
- het rechtmatig besteden van overheidsmiddelen;
- een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

Hoe werkt Zorginspectie?

Zorginspectie voert haar inspectiebezoeken uit en stelt haar inspectieverslagen op conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen houdt Zorginspectie rekening met de privacy van alle betrokken partijen.

Meer informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de

Gegevensbeschermingsautoriteit: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

Meer informatie is te vinden op onze website: www.zorginspectie.be.

Binnen 30 dagen na de laatste vaststelling in het kader van het toezicht ontvangt het inspectiepunt en (in voorkomend geval) de klachtindiener het ontwerpverslag. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden om - gedurende een periode van 14 kalenderdagen - schriftelijk te reageren op onjuistheden in het ontwerp van het inspectieverslag.

Wie is waarvoor verantwoordelijk?

Zorginspectie heeft de opdracht om via inspectie na te gaan of de regelgeving wordt nageleefd en de werking van de vergunde, erkende en gesubsidieerde voorzieningen voor personen met een handicap beantwoordt aan de geïnspecteerde regelgeving.

Het **Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)** is bevoegd voor de vergunning, erkenning en subsidiëring van deze voorzieningen en is verantwoordelijk voor de handhaving van de regelgeving. De finale beoordeling van het dossier komt dit agentschap toe. Het VAPH beschikt naast het inspectieverslag ook over andere dossierelementen voor die beslissing.

Waarop is de inspectie gebaseerd?

De beoordeling of de geïnspecteerde werking voldoet aan de voorwaarden is gebaseerd op volgende regelgeving en infonota's:

- Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de **kwaliteit** van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen;
- Decreet van 7 mei 2004 betreffende de **rechtspositie** van de **minderjarige** in de integrale jeugdhulp;

- Decreet van 12 juli 2013 betreffende de **integrale jeugdhulp**;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 15 juni 1994 betreffende het **beheer van gelden of goederen** van personen met een handicap door beheerders of personeelsleden van voorzieningen of aanbieders van zorg;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 10 juli 2008 houdende de wijze van vereffening van een vrij besteedbaar **bedrag** en de toekenning ervan aan de **minderjarigen** aan wie residentiële jeugdhulpverlening geboden wordt, ter uitvoering van een beschikking van de jeugdrechtsbank of van een advies van het bureau voor bijzondere jeugdbijstand, in voorzieningen die erkend en gesubsidieerd zijn door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 4 februari 2011 betreffende de algemene **erkenningsvoorwaarden en kwaliteitszorg** van voorzieningen voor opvang, behandeling en begeleiding van personen met een handicap;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende de erkenning en subsidiëring van **multifunctionele centra** voor personen met een handicap;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juni 2016 houdende het **vergunnen** van aanbieders van **niet-rechtstreeks toegankelijke** zorg en ondersteuning voor personen met een handicap;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juni 2016 over de **besteding van het budget** voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning voor meerderjarige personen met een handicap en over organisatiegebonden kosten voor vergunde zorgaanbieders;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 22 februari 2013 betreffende **rechtstreeks toegankelijke hulp** voor personen met een handicap
- Infonota's van het Vlaams Agentschap voor

De integrale regelgeving en infonota's vindt u op www.vaph.be.

Wat leest u in dit inspectieverslag?

Doorheen de inspectie wordt nagegaan hoe werkwijzen en praktijk in elkaar zitten en of deze voldoen aan de regelgeving. Elke inspectie is een momentopname.

Inspecties gebeuren aangekondigd of onaangekondigd, via een inspectiebezoek ter plaatse of op stukken. Er wordt geobserveerd, in gesprek gegaan met medewerkers en verantwoordelijken, rondgegaan in de infrastructuur die binnen de werking wordt ingezet en documenten worden ingekeken.

In dit verslag wordt per bevraagd item genoteerd wat de inspecteur heeft vastgesteld en wat zijn/haar beoordeling is. Hiervoor worden standaardvragen gebruikt, waar nodig aangevuld met een toelichting. Niet alle elementen uit de regelgeving komen aan bod tijdens elke inspectie. Toch moet aan alle elementen uit de regelgeving worden voldaan: ze komen ofwel aan bod bij een volgend inspectiebezoek of het toezicht erop behoort tot de opdracht van het VAPH.

In het verslag wordt aangegeven of er aandachtspunten en/ of inbreuken zijn genoteerd:

- Een **inbreuk** wordt genoteerd bij de niet-naleving van de regelgeving door actoren in de zorg. Onder regelgeving wordt niet alleen wetgeving verstaan, maar ook geformaliseerde afspraken (Decreet van 19/01/2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, artikel 2, 6° en artikel 3).
- Door middel van een **aandachtspunt** wordt aandacht gevraagd voor bijsturing van bepaalde elementen uit de werking van de zorgaanbieder, zonder dat er sprake is van een inbreuk. Zorginspectie vraagt hiervoor aandacht met het oog op de optimale werking van de zorgaanbieder in functie van de verbetering van de kwaliteit van zorg geboden aan de gebruiker.

De uitgebreide beschrijving van alle vaststellingen wordt gebundeld in het besluit bij het verslag.

Indien een zorgaanbieder niet voldoet aan de vereisten voor een verantwoorde ondersteuning, kunnen de inbreuken aanleiding geven tot een opvolgingsbezoek. Een opsomming van dergelijke inbreuken komt expliciet aan bod in het besluit.

Het besluit vermeldt ook welke eerder vastgestelde inbreuken zijn weggewerkt of worden behouden. Het kan ook zijn dat een eerder vastgestelde inbreuk niet werd gecontroleerd (bijvoorbeeld omdat de remediëringstermijn nog loopt) of dat de inbreuk de kwalificatie "niet toetsbaar" krijgt (het gaat dan om specifieke gevallen waarover op moment van het inspectiebezoek geen uitspraak kan worden gedaan).

In het verslag wordt gesproken over "de **zorgaanbieder**" ongeacht de specifieke zorg en ondersteuning die wordt aangeboden door het inspectiepunt. Zowel voor volwassenen als voor minderjarigen wordt de term

"gebruiker" gehanteerd.

Wat na de inspectie?

Na het inspectiebezoek ontvangt u het ontwerpverslag met de vaststellingen en is er reactiemogelijkheid. In de begeleidende e-mail bij het inspectieverslag vindt u meer informatie over het opzet van de reactiemogelijkheid.

Het inspectieverslag wordt door Zorginspectie bezorgd aan het VAPH dat zich vervolgens uitspreekt over de mogelijke gevolgen van de inspectie. Het VAPH kan aan de voorziening vragen binnen een te bepalen termijn de nodige maatregelen te nemen om aan de verplichtingen te voldoen zoals die decretaal en reglementair bepaald zijn (BVR van 4 februari 2011, artikel 55 en volgende). Remediëring en verbeterplannen bezorgt u aan het VAPH.

Verslagen waaruit de persoonsgegevens zijn verwijderd, zijn geschikt voor ruimere verspreiding. Zij kunnen worden opgevraagd via openbaarheid.zorginspectie@vlaanderen.be of via het online invulformulier op de website.

BASISGEGEVENS

SITUERING VAN DE INSPECTIE

De inspectie gaat over:

- dagelijkse werking

GEGEVENS VAN DE ORGANISATIE

VERGUNNING/ERKENNING

De organisatie is erkend en/of vergund als:

- vergunde zorgaanbieder
- aanbieder ondersteuning voor geïnterneerden
- Begeleider arbeidsmatige activiteiten WVG

De organisatie biedt zorg en ondersteuning aan:

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

Totaal aantal gebruikers (in koppen) dat zorg en ondersteuning krijgt aangeboden door de organisatie:
69 waarvan 47 in woonondersteuning

UITBATINGSPLAATS

Soort uitbatingsplaats

Op deze uitbatingsplaats wordt zorg en ondersteuning geboden aan:

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

De dagondersteuning die op deze uitbatingsplaats wordt aangeboden, is gericht op volwassenen die

- ook op deze uitbatingsplaats wonen
- niet bij de zorgaanbieder wonen

FOCUS INSPECTIE

**De vaststellingen in dit verslag hebben betrekking op
WOONONDERSTEUNING**

Leefgroep 5

aantal gebruikers: 12

leeftijd: 24 - 65

Tijdelijk verblijf (logeren,...) is mogelijk binnen deze werking.

Naast wat in deze inspectie aan bod komt, is/zijn op deze uitbatingsplaats ook nog:

3 andere leefgroepen.

Toelichting:

In leefgroep 5 zijn momenteel 12 vaste bewoners en 1 open plaats. De leefgroep beschikt tevens over 1 kamer voor kortverblijf.

DOELGROEP

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

- licht verstandelijke handicap
- matig verstandelijke handicap
- ernstig/diep verstandelijke handicap
- autisme of autismspectrumstoornis
- motorische handicap
- meervoudige handicap

DE VASTSTELLINGEN IN DIT VERSLAG ZIJN GEBASEERD OP:

- rondgang in de infrastructuur van leefgroep 5.
- gesprek met gesprekspartners: groepschef, hoofdbegeleider leefgroep 5, begeleider leefgroep 5.
- inzage in volgende documenten: medicatiefiches, aftekenlijst medicatie, logboekregistraties, weekplanning begeleiders, weekplanning dagbesteding, verslaggeving teamvergaderingen, verslaggeving bewonersvergaderingen, takenlijst bewoners, 3 gebruikersdossiers incl. handelingsplannen

INFRASTRUCTUUR

Infrastructuur kan bijdragen aan een goede kwaliteit van leven voor de gebruikers en de geboden zorg en ondersteuning faciliteren. Er wordt getoetst of er zich binnen de geïnspecteerde werking problemen stellen op dit vlak.

ALGEMENE BESCHRIJVING VAN DE INFRASTRUCTUUR

De infrastructuur van de geïnspecteerde werking betreft infrastructuur waar gebruikers wonen en/of (een deel) van de dag doorbrengen.

De infrastructuur van de geïnspecteerde werking:

- Betreft een nieuwe vleugel aan bestaande infrastructuur.

Toelichting:

De nieuwe infrastructuur van leefgroep 5 werd in juni 24 in gebruik genomen. Deze nieuwbouw is gebouwd tegen en intern verbonden met de bestaande infrastructuur van Humival. Deze nieuwbouw huisvest op het gelijkvloers een leefgroep van max. 13 cliënten en is ook voorzien van 1 kamer voor kortverblijf. Op de 1e verdieping bevinden zich o.a. 8 zorgflats voor mobiele en ambulante ondersteuning en op de 2e verdieping werd voorzien in een multifunctionele ruimte (vergader- en feestzaal, kapper, bureau, pedicure, ...)

De bewoners van leefgroep 5, de nieuwe leefgroep op het gelijkvloers van de nieuwbouw, betreffen zowel nieuwe cliënten als cliënten die uit verschillende leefgroepen van de bestaande infrastructuur van Humival komen. De verhuis van deze bewoners naar de nieuwe infrastructuur liet toe om in de bestaande infrastructuur het gebruik van meerpersoonskamers af te bouwen tot nog 2 meerpersoonskamers voor elk van de 3 leefgroepen. De meerpersoonskamers die wel nog gebruikt worden, worden gebruikt door 2 personen.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

INFRASTRUCTUUR VOOR GEMEENSCHAPPELIJK GEBRUIK

Er wordt getoetst of de gedeelde infrastructuur tegemoet komt aan de zorgnoden van de gebruikers.

De vaststellingen in dit hoofdstuk hebben betrekking op Leefgroep 5

Binnen deze entiteit zijn er voor de gebruikers volgende gemeenschappelijke ruimtes:

- eetruimte
- zitruimte
- keukenfaciliteit
- toiletten
- bad- en/of doucheruimte
- buitenruimte

Er is geen verzorgingsruimte.

Verzorging kan in de gemeenschappelijke badkamer of in de individuele (bad)kamer waarover elke bewoner van leefgroep 5 beschikt.

Het gebouw heeft meer dan één bouwlaag.

Er is een lift.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

PERSOONLIJKE LEEF -EN SLAAPRUIMTE

Er wordt getoetst of de individuele leef- en slaapruiimte tegemoet komt aan de zorgnood van de gebruikers.

De vaststellingen in dit hoofdstuk hebben betrekking op LEEFGROEP 5

Aanbod persoonlijke leef-en slaapruiimte

De persoonlijke leef- en slaapruiimte bestaat uit:

- individuele kamer(s) 13
- Kamer voor kortverblijf 1

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

Grootte van de persoonlijke leef- en slaapruiimte

Er zijn geen individuele kamers/studio's die kleiner zijn dan 16m² (sanitair inbegrepen).

Toelichting:

Gesprekspartners delen mee dat alle kamers even groot zijn. Tijdens het inspectiebezoek wordt 1 kamer opgemeten; deze meet 24m² (incl. individuele badkamer).

Uitrusting van de leef- en slaapruiimte

De leef-en slaapruiimtes beschikken over volgend sanitair

- Individuele wastafel en douche of bad 14

Toelichting:

Bij de vermelde 14 kamers hoort ook de kamer voor kortverblijf.

(Een deel van) de individuele leef- en slaapruiimtes zijn uitgerust met een toezichtssysteem (hiermee wordt bedoeld dat toezicht kan worden gehouden zonder de kamer te betreden).

Het gaat om:

- camera.

Het toezichtssysteem wordt volgens noodzaak ingezet.

Toelichting:

De leefgroep beschikt over een mobiele camera die volgens noodzaak kan worden ingezet.

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

Het gaat om

- een belletje.

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

Toelichting:

Afhankelijk van de noden van de bewoners; wordt behalve een drukknop ook voorzien in een trekkoord waarmee een signaal kan worden gegeven naar de looptelefoon van de begeleiders.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

DE AFZONDERINGSRUIMTE

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

Er is geen afzonderingsruimte binnen de geïnspecteerde werking.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

MEDEWERKERSBELEID

INZET VAN PERSONEEL IN DE PRAKTIJK

Het kunnen inzetten van voldoende medewerkers doorheen de hele dag is een belangrijke randvoorwaarde om kwaliteit van zorg te kunnen bieden. Er wordt getoetst hoe de organisatie hier op inzet en anticipeert op drukke momenten.

De vaststellingen in dit hoofdstuk hebben betrekking op Leefgroep 5

INZET OVERDAG

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

Tijdens de week wordt gewerkt met volgende begeleidersinzet:

Een vroege dienst start om 7u en werkt tot 14.15u.

Eén of twee dagdiensten werken van 8u tot 17u of van 9u tot 18u.

Twee late diensten starten om 14u waarbij 1 werkt tot 21u en de andere tot 21.15u.

De slapende nacht start om 17u. De wakende nacht start om 21.05u en werkt tot 7.05u.

Tijdens het weekend wordt gewerkt met volgende begeleidersinzet:

Een vroege dienst start om 7u en werkt tot 14.15u.

Een late dienst start om 14u en stopt om 21.15u.

De slapende nacht start om 17u. De wakende nacht start om 21.05u en werkt tot 7.05u.

Daarnaast is er op drukke momenten bijstand van begeleiders van het team van de mobiele en ambulante begeleiding voor de bewoners van de appartementen in hetzelfde pand.

Er zijn (piek)momenten in het dagverloop van een doorsnee dag waarop bijkomende ondersteuning wordt ingezet (afgetoetst op het dienstrooster/uurrooster).

Het gaat om volgende momenten:

- ochtendtoilet
- klaarmaken om te gaan slapen

Deze ondersteuning bestaat uit:

- inzetten van thuisverpleging

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

Aantal medewerkers aanwezig op moment van het inspectiebezoek: 3

Aantal aanwezige gebruikers: 10

INZET 'S NACHTS

Aantal gebruikers 's nachts aanwezig op de uitbatingsplaats: 47

Aantal medewerkers 's nachts aanwezig op de uitbatingsplaats: 2

Aantal wakende nacht: 1

Aantal slapende nacht: 1

De opdracht van de wakende nacht bestaat uit:

- ondersteuning bieden naar aanleiding van een oproep
- monitoren camerabeelden
- permanent toeren
- uitvoeren van afgesproken verzorging
- uitvoeren van huishoudelijke taken

INFORMATIEOVERDRACHT

De informatie-uitwisseling (overdracht) tussen de medewerkers loopt als volgt:

- Mondelinge overdracht
- Door het invullen van het logboek/dagboek/agenda... Dit is een verplicht onderdeel van de taken.
- Door het lezen van het logboek/dagboek/agenda... Dit is een verplicht onderdeel van de taken.
- Overlapping in de diensten

Toelichting:

Gesprekspartners delen mee dat er om de 14 dagen wordt voorzien in een teamvergadering.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

ONDERSTEUNING

HET DOSSIER

Elke gebruiker heeft recht op een dossier dat zorgvuldig wordt bijgehouden en veilig wordt bewaard (BVR van 04/02/2011, artikel 23). Het dossier geeft aan de medewerkers de relevante informatie om de zorg en ondersteuning op een kwaliteitsvolle manier te bieden. De beschikbaarheid en veilige bewaring van dossiers wordt getoetst binnen de geïnspecteerde werking.

Er wordt gewerkt met een dossier voor elke gebruiker.

Het betreft een papieren en een elektronisch dossier

Het dossier is consulteerbaar op de uitbatingsplaats.

Het dossier van een beroepsoefenaar in de gezondheidszorg wordt afzonderlijk bewaard.

Het papieren dossier wordt veilig bewaard.

Medewerkers hebben enkel toegang tot de dossiers van de gebruikers van wie ze betrokken zijn op de ondersteuning.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

HET HANDELINGSPLAN

Er wordt voor een steekproef van gebruikers getoetst of hun wensen en noden op verschillende levensdomeinen deel uitmaken van het dossier en of het handelingsplan actueel is. Wordt de gebruiker zelf betrokken bij de opmaak en evaluatie van het handelingsplan, is er aandacht voor toegankelijke communicatie, wordt er actief gewerkt met het handelingsplan,...? Kortom komt het handelingsplan in de geboden zorg en ondersteuning tot leven?

Er werd een steekproef van 3 cases ingekeken.

- aantal cases waarbij de gebruiker een **bewindvoerder voor persoon** heeft **binnen** het eigen **netwerk**:
3

Op basis van de inzage in deze steekproef wordt het volgende vastgesteld:

Wensen en noden van de gebruikers op de verschillende domeinen van leven waarvoor hij/zij ondersteuning wil, maken deel uit van het dossier.

- ja in 3 cases

Er is een **actueel handelingsplan**.

- ja in 3 cases

De handelingsplannen dateren van:

Case 1: 21/03/25

Case 2: 23/04/24

Case 3: 13/01/25

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

- ja in 3 cases

Het handelingsplan is ondertekend door:

- de vertegenwoordiger alleen in 3 cases

De gebruiker heeft niet ondertekend omwille van volgende reden:

- de gebruiker heeft een bewindvoerder voor persoon in 3 cases

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

- nee in 3 cases

De gebruiker krijgt geen exemplaar omwille van volgende reden:

- niet mogelijk omwille van de aard van de handicap in 3 cases

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

- nee in 3 cases

De vertegenwoordiger krijgt geen exemplaar omwille van volgende reden:

- een andere reden in 3 cases:
 - o Case 1: Zorginspectie verneemt dat het geen standaard werkwijze is om de vertegenwoordiger een kopie van het handelingsplan te bezorgen.
 - o Case 2: idem case 1
 - o Case 3: idem case 1

De **handelingsplannen worden opgemaakt met**

- de gebruiker en de vertegenwoordiger in 3 cases

De inspraak van de gebruiker is gegarandeerd door:

- een voorbereidend overleg met de gebruiker in 3 cases

De inspraak van de vertegenwoordiger is gegarandeerd door:

- zijn aanwezigheid op de handelingsplanbespreking in 3 cases

*Er is verder ingegaan op de 3 cases waarbij de inspraak gegarandeerd wordt door een **voorbereidend overleg met de gebruiker en/of aanwezigheid van de gebruiker op de handelingsplanbespreking.***

Het overleg is op maat van de gebruiker

- ja in 3 cases

Het overleg is op maat van de gebruiker door:

- gebruik te maken van aangepaste communicatie (smog, picto's, filmpjes, foto's,) in 3 cases

Het **handelingsplan** bevat **actiepunten en/of doelstellingen**

- ja in 3 cases

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

- ja in 3 cases

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

- Voor alle cases is de opvolging van de actiepunten en/of doelstellingen aantoonbaar via de schriftelijke neerslag van de cliëntbesprekingen op de tweewekelijkse teamvergaderingen.

Er wordt in de cases actief gezocht naar **samenwerking met derden** indien de zorgaanbieder niet kan voorzien in bepaalde noden van de gebruiker.

- niet gecontroleerd in 3 cases

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

- De vertegenwoordiger krijgt geen kopie van het handelingsplan.

DAGELIJKS LEVEN

Een zorgaanbieder moet naast goede ondersteuning geven aan zijn gebruikers, ook zorgen dat de gebruiker maximaal kan leven zoals hij/zij wil. Een zinvolle daginvulling binnen en buiten de eigen voorziening, met respect voor de keuze van de gebruiker heeft een positief effect op zijn/haar welbevinden. Het onderhouden van persoonlijke contacten met voor de gebruiker belangrijke personen, individuele momenten met een begeleider en een zo normaal mogelijk dagritme dragen hier eveneens aan bij. Deze facetten worden getoetst.

De vaststellingen in dit hoofdstuk hebben betrekking op Leefgroep 5

DAGINVULLING

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

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

In de voormiddag gaat de dagbesteding voornamelijk door in de leefgroep zelf. Hierbij gaat het om de vaste thema's 'Onderhoud' waarbij bvb de kamer wordt opgeruimd en 'Project' waarbij bvb wordt geknutseld, in de tuin wordt gewerkt, boodschappen worden gedaan of wordt gesnoezeld. In de namiddag wordt doorgaans voorzien in leefgroepoverschrijdende activiteiten, bvb een uitstap.

Er wordt beroep gedaan op volgend extern aanbod:

Toneelvereniging, ...

De gebruikers hebben de keuzevrijheid om al dan niet deel te nemen aan de dagbesteding.

Er wordt regelmatig gepeild in welke mate de gebruikers nog tevreden zijn met hun daginvulling.

Er wordt ingegaan op veranderende keuzes van de gebruikers.

De dagstructuur ziet er in de week als volgt uit:

Vanaf ongeveer 7.20u staan de bewoners op en wordt er verzorgd.

Rond 9u wordt er ontbeten tot ongeveer 9.30u.

Om 10u begint de dagbesteding.

Om 11.30u is er tijd voor soep en rond 12u volgt het middagmaal.

Na het middagmaal is er tussen 13u en 14u rust op de kamer.

Om 14u hervat de dagbesteding tot 16.30u.

Vanaf 16.30u is er vrije tijd met verzorging waar nodig.

Om 18u wordt voorzien in een avondmaal met daarna vrije tijd en/of verzorging.

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

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

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

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

Toelichting:

In het weekend worden er minder dagbestedingsactiviteiten aangeboden maar is er meer tijd voor bvb een uitstap.

De daginvulling in het weekend ziet er als volgt uit:

- Er worden hobby's en vrijetijdsactiviteiten aangeboden op de uitbatingsplaats.

Gebruikers hebben inspraak of keuze in de daginvulling van het weekend.

De daginvulling in vakantieperiodes ziet er als volgt uit:

- Er is een vast intern aanbod voor alle gebruikers.
- Er zijn vakantiecampen.
- Er is de mogelijkheid tot individuele reizen.
- Het aanbod blijft ongewijzigd (zelfde als buiten de vakantieperiodes).

Er is inspraak en keuze in de daginvulling tijdens de vakantie.

SOCIALE CONTACTEN

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

- Bezoek ontvangen
- Bezoek brengen aan de belangrijke personen
- Sociale media
- Telefonische contacten

De gebruikers kunnen bezoek ontvangen in:

- een gemeenschappelijke ruimte
- de eigen kamer

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

INDIVIDUELE BEGELEIDER

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

De gebruikers hebben geen keuzevrijheid wat betreft hun individuele begeleider maar volgens de gesprekspartner kan dit wel op vraag van de gebruikers gewijzigd worden.

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

De frequentie van deze individuele momenten is: Niet bepaald

LEEFREGELS

Er zijn leefregels van toepassing.

Deze leefregels zijn:

- Informele afspraken.

De gebruikers worden betrokken bij de opmaak van de leefregels.

De leefregels worden op een voor de gebruikers begrijpbare manier gecommuniceerd,

tijdens de bewonersvergaderingen (zie verder)

De leefregels worden regelmatig geëvalueerd.

De gebruikers worden betrokken bij de evaluatie van de leefregels.

Toelichting:

De leefregels worden besproken en geëvalueerd op de bewonersvergaderingen.

INSPRAAK IN HET DAGELIJKS LEVEN

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

Toelichting:

Om de 14 dagen wordt er een bewonersvergadering georganiseerd. Het sjabloon van het verslag bevat een vast thema 'Wensen' waarbij de bewoners individueel worden bevraagd naar hun wensen en verzuchtingen. De zorgaanbieder kan aantonen dat er gevolg gegeven wordt aan de wensen en verzuchtingen die vanuit dit overleg tot uiting kwam.

Toelichting:

Gesprekspartners verwijzen naar de inspraak in het activiteitenaanbod.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

MEDICATIE

Een zorgaanbieder staat mee in voor de gezondheid van de gebruikers. Correcte omgang met medicatie is hierbij belangrijk. Er wordt nagekeken of een aantal randvoorwaarden vervuld zijn om dit hele proces veilig te laten verlopen, van het klaarzetten van medicatie tot het toedienen ervan.

BESCHIKBARE MEDISCHE INFORMATIE

Medewerkers (die geen beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg zijn) beschikken over de nodige medische informatie die relevant is voor hun taak binnen de zorg voor en ondersteuning van de gebruikers (informatie over allergieën, symptomen waar men alert moet op zijn bijvoorbeeld bij epilepsie, toe te dienen medicatie...).

Deze informatie is voor de medewerker toegankelijk door middel van:

- Een medicatiefiche
- Het dossier van de gebruiker

OVERZICHT TOE TE DIENEN MEDICATIE

Er is voor de gebruikers die medicatie nemen, een medicatiefiche met de toe te dienen medicatie (welke medicatie, op welk moment, dosis,...)

Het overzicht van de medicatie laat toe informatie te voorzien over verschillende soorten medicatie (structurele medicatie, tijdelijke medicatie,...).

De actualisatie van de medicatiefiches is gecontroleerd.

Aantal medicatiefiches bekeken: 3

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

KLAARZETTEN EN TOEDIENEN VAN MEDICATIE

De medicatie:

- Wordt klaargezet door een medewerker die dat als vaste taak heeft
- Wordt geïndividualiseerd aangeleverd

Toelichting:

De extern aangeleverde medicatie wordt bij het binnenkomen gecontroleerd door de medisch verantwoordelijke die het daarna klaarzet in de leefgroep.

De medicatie wordt toegediend door:

- De medewerker die op dienst is

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

Deze werkwijze werd nagekeken.

Aantal toedieningsmomenten bekeken: 10

Aantal afgetekend zoals voorzien: 10

BEWAREN VAN MEDICATIE

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

Toelichting:

Tijdens het inspectiebezoek wordt vastgesteld dat de medicatie wordt bewaard in een slotvaste rolkast in de

leefruimte.

INCIDENTEN MET MEDICATIE

Er zijn afspraken over wat te doen bij een incident met medicatie (foute medicatie toegediend, medicatie niet toegediend, gebruiker weigert medicatie in te nemen,...).

Als zich een incident voordoet, kan de medewerker 24/7 onmiddellijk advies inwinnen.

Toelichting:

Gesprekspartners verwijzen naar de dokter (van wacht).

Incidenten met medicatie worden geregistreerd.

Toelichting:

Incidenten met medicatie dienen te worden gemeld bij de medisch verantwoordelijke die deze incidenten registreert en opvolgt.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

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

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

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

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

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

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

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

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

GEBRUIK VAN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

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

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

FUSIE

Zorginspectie verneemt dat Humival later dit jaar zal fuseren met De Vierklaver. De functie van directeur van Humival wordt momenteel waargenomen door de directeur van De Vierklaver. Gesprekspartners delen mee dat tegelijkertijd wordt gezocht naar een nieuwe directeur om na de fusie de nieuwe organisatie te leiden.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Volgend(e) aandachtspunt(en) werd(en) vastgesteld:

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

BESLUIT

Met het oog op het verder uitbouwen van een kwaliteitsvolle werking, worden in het verslag één of meerdere aandachtspunten geformuleerd. Eerdere vaststellingen die bij deze inspectie niet aan bod kwamen of niet getoetst konden worden, blijven onverminderd van kracht.

Aandachtspunten

- De gebruiker/vertegenwoordiger krijgt geen kopie van het handelingsplan.