

**DEPARTEMENT
WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN**

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

contact@zorginspectie.be

////////////////////////////////////
INSPECTIEVERSLAG THEMATISCHE INSPECTIE INZAKE
OMGAAN MET GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG TEN AANZIEN
VAN GEBRUIKERS
 //////////////////////////////////////

| | |
|----------------------|--|
| INSPECTIEPUNT | |
| Naam | HUMIVAL |
| Adres | Nijverheidsstraat 9 9950 Waarschoot |
| Telefoon | 09 378 04 11 |
| Fax | --- |
| E-mail | marc.sercu@humival.be |
| Dossiernummer | Z190 |

| | |
|--------------------------|--|
| INRICHTENDE MACHT | |
| Naam | HUMIVAL |
| Juridische vorm | VZW |
| Ondernemingsnummer | |
| Adres | Nijverheidsstraat 9 9950 Waarschoot |
| Telefoon | 09 378 04 11 |
| Fax | --- |
| E-mail | marc.sercu@humival.be |

| | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| UITBATINGSPLAATS | |
| Naam | Humival |
| Adres | Nijverheidsstraat 9 9950 Waarschoot |

| | |
|-----------------|------------------|
| OPDRACHT | |
| Nummer | O-2017-EVST-0004 |
| Datum | 3/7/2017 |
| Inspecteur(s) | Steven Cozijns |

| | |
|----------------|------------------|
| VERSLAG | |
| Nummer | V-2017-STCO-0044 |
| Datum | 3/7/2017 |

| | |
|------------------------|--|
| INSPECTIEBEZOEK | |
| Soort | Aangekondigd bezoek op 3/7/2017 (9u -14u) |
| Gesprekspartners | Marc Sercu (directeur); Mia De Vleeschauwer (kwaliteitscoördinator); Annick Van Kerrebroeck (orthopedagoge); Isabeau van Rie (begeleidster LG3); Els Dhaene (begeleidster LG3) |

LEESWIJZER

Toegepaste wetgeving

- 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
- Decreet van 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp
- Omzendbrief van 9 augustus 2012 inzake Meldpunt grensoverschrijdend gedrag -GOG

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 vergunde organisaties beantwoordt aan de regelgeving en bepalingen zoals hierboven aangegeven.

Het VAPH is bevoegd voor de erkenning en subsidiëring van deze organisaties. 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 organisatie 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).

Wat komt bij deze inspectie aan bod?

Deze inspectie focust op het thema *“Omgaan met grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers”* in het algemeen en *“Seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers”* in het bijzonder.

Door het behandelen van dit thema wil Zorginspectie zicht krijgen op het **beleid** van de organisatie op vlak van omgaan met grensoverschrijdend gedrag. Hiervoor gaan we in gesprek met de verantwoordelijken van de organisatie.

Maar ook de **dagdagelijkse praktijk** komt uitgebreid aan bod. Het is een bewuste keuze om die dagdagelijkse praktijk niet te verengen tot incidenten van (seksueel) grensoverschrijdend gedrag waarmee uw organisatie misschien al werd geconfronteerd maar om ook in te gaan op het thema seksualiteit vanuit een positieve benadering. Het bespreekbaar maken van het thema seksualiteit is immers een belangrijke schakel binnen een preventieve aanpak van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Deze link met de praktijk willen we in hoofdzaak leggen door in gesprek te gaan met begeleiders.

Mogelijk worden binnen uw organisatie vrijheidsbeperkende maatregelen gebruikt. Ook op dit deelaspect wordt dieper ingegaan, maar beperkt tot gebruik van vrijheidsbeperking naar aanleiding van grensoverschrijdend gedrag tussen gebruikers.

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 organisatie, 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 organisatie.
- 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.

Dossiers worden steekproefsgewijs geïnspecteerd. Het resultaat van dit onderzoek wordt per thema in een samenvattende tabel gebundeld.

Indien een organisatie niet voldoet aan de vereisten voor een verantwoorde ondersteuning, kunnen deze tekorten aanleiding geven tot een opvolgingsbezoek. Een opsomming van dergelijke tekorten wordt gegeven in het besluit bij dit verslag.

1 GEGEVENS VAN DE ORGANISATIE

Volgende functies worden aangeboden:

Meerderjarigen

- X individuele ondersteuning
- X dagondersteuning
- X woonondersteuning

Minderjarigen

- begeleiding
- schoolaanvullende dagopvang
- schoolvervangende dagopvang
- Verblijf
- diagnostiek
- X **andere, namelijk:** RTH

Aantal gebruikers dat in totaal begeleid wordt:

Op het ogenblik van de inspectie waren er 62 begeleidingsovereenkomsten. Daarnaast zijn er nog 6 overeenkomsten binnen RTH.

Volgens de klassieke erkenning was Humival erkend voor 38 TNW, 5 TW en 10 DC.

De gebruikers hebben als hoofdhandicap:

- X mentale handicap
- motorische handicap
- Autisme
- niet aangeboren hersenletsel
- gedrags- en emotionele stoornis
- meervoudige handicap
- sensoriële handicap
- andere, namelijk:

Tijdens het inspectiebezoek ligt de focus op volgende groep:

Op de hoofdsite zijn er 3 leefgroepen en één aparte nieuwe vleugel met studio's voor 6 personen met een hogere graad van zelfredzaamheid. De leefgroepen zijn genaamd LG1, LG2 en LG3.

- Leefgroep 1 : gericht op mensen die nood hebben aan structuur en ASS (op dit ogenblik 12 bewoners)

- Leefgroep 2 : basale en zwaar zorgbehoevenden (op dit ogenblik 13 bewoners)

- Leefgroep 3 : ouderen en mondigsten (op dit ogenblik 11 bewoners)

De 6 zelfredzamen sluiten aan bij de leefgroepen voor de leefgroepwerking (op dit ogenblik 2 bij leefgroep 1, 1 bij leefgroep 2 en 3 bij leefgroep 3) .

Er werden willekeurig dossiers geselecteerd uit alle leefgroepen en er werd gesproken met begeleidsters uit leefgroep 3.

2 BELEID VAN DE ORGANISATIE INZAKE GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

2.1 REFERENTIEKADER GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

De organisatie beschikt over een uitgeschreven referentiekader voor grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers. Ja

Het geschreven referentiekader wordt periodiek geëvalueerd. Ja

Toelichting:

Er is een uitgebreid referentiekader opgenomen in het kwaliteitshandboek. Dit referentiekader omschrijft niet alleen de waarden die als uitgangspunt dienen voor de werking, maar gaat ook dieper in op de gehanteerde theoretische modellen waarbinnen bepaalde problemen aangepakt worden. In deze tekst wordt ook omschreven hoe inzake de aanpak van probleemgedrag de visie van de pedagogen als Heijkoop en Vignero wordt gevolgd.

Naast dit referentiekader is er ook nog een visietekst rond vrijheidsbeperkende maatregelen.

De teksten uit het kwaliteitshandboek worden jaarlijks bekeken (maar daarom niet altijd veranderd).

De laatste herwerking van het referentiekader dateert van 17/12/2015.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

TEKORTEN

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten genoteerd.

2.2 PROCEDURE VOOR PREVENTIE, DETECTIE VAN EN GEPAST REAGEREN OP GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG TEN AANZIEN VAN GEBRUIKERS

De organisatie heeft een procedure voor preventie, detectie van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers uitgewerkt. Ja

Deze procedure is toepasbaar op situaties van seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers. Ja

Deze procedure wordt periodiek geëvalueerd. Ja

Laatste evaluatie dateert van:
23/10/2015

Toelichting:

Er is een procedure "4.6.6. Het voorkomen, detecteren van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers". Deze procedure is van toepassing op alle vormen van misbruik en grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van personen die gebruik maken van de dienstverlening van Humival. Daaronder valt ook elke vorm van ongewenst seksueel gedrag. De teksten uit het kwaliteitshandboek worden jaarlijks bekeken (maar daarom niet altijd veranderd). De laatste herwerking van deze procedure dateert van 23/10/2015.

De procedure bevat:

- afspraken over maatregelen ter voorkoming van alle vormen van grensoverschrijdend gedrag Ja
- afspraken met betrekking tot het detecteren van signalen van grensoverschrijdend gedrag Ja
- afspraken over registratie van incidenten (registratiesysteem). Ja
- afspraken over het melden van incidenten aan het centraal meldpunt voor grensoverschrijdend gedrag bij het VAPH. Ja
- een aangepaste werkwijze die rekening houdt met verschillende mogelijke plegers van grensoverschrijdend gedrag
 - gebruiker – gebruiker Ja
 - medewerker/vrijwilliger – gebruiker Ja
 - derden – gebruiker Ja
- afspraken over communicatie met betrekking tot het incident met familie, andere gebruikers, ... Ja
- afspraken over nazorg voor slachtoffers Ja
- afspraken over nazorg voor gebruikers die grensoverschrijdend gedrag heeft gesteld Ja
- afspraken over nazorg voor andere betrokkenen Ja

Toelichting:

- De taken en rollen van alle functies binnen de organisatie worden duidelijk omschreven. Elk personeelslid weet precies wat van hen verwacht wordt als een incident van (S)GOG zich voordoet.
- Er is een meldingsplicht voor elk incident van (S)GOG, in eerste instantie bij de directeur. Elke incident wordt geregistreerd via de zorg- of kwaliteitscoördinator op een aparte lijst.
- De procedure vermeldt expliciet dat de incidenten moeten gemeld worden aan het meldpunt GOG van het VAPH volgens de criteria van de omzendbrief.
- In de procedure wordt een onderscheid gemaakt naargelang het (S)GOG zich voordoet van gebruiker naar gebruiker, van personeelslid naar gebruiker of van buitenaf naar de gebruiker. Er zijn variaties in de stappen die genomen worden in het afhandelingsproces.
- De procedure legt de verantwoordelijkheid voor efficiënte communicatie naar de buitenwereld bij de directie of de plaatsvervanger van de directie (kwaliteitscoördinator of permanentieverantwoordelijke).
- De procedure voorziet een volledige reeds stappen in de verdere opvolging van het incident, waaronder onder andere beschermingsmaatregelen t.o.v. het slachtoffer, informeren alle betrokkenen, (tijdelijk) verwijderen pleger, ondersteuning door vertrouwensfiguur,
- Voor grensoverschrijdend gedrag bij risicopersonen is er een preventief fasenmodel ontwikkeld, met gepaste maatregelen bij elke fase van de agressie.
- Het oordeel of een incident al dan niet onder deze procedure valt is een feitenoordeel. Als criterium gebruikt men een ernstige aantasting van de integriteit van het slachtoffer.
- Het vlaggensysteem is gekend, maar wordt niet echt gebruikt. Er zijn ook nog geen ernstige incidenten geweest met seksueel grensoverschrijdend gedrag.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN**TEKORTEN**

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten genoteerd.

2.3 PRAKTIJK BIJ (VERMOEDEN VAN) INCIDENTEN VAN GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG TEN AANZIEN VAN GEBRUIKERS

2.3.1 Registratie

| | |
|---|-----|
| Er is in de praktijk een registratiesysteem van incidenten beschikbaar. | Ja |
| Het registratiesysteem wordt in de praktijk gebruikt. | Ja |
| Sinds 2012 is minstens 1 (vermoeden van) een incident grensoverschrijdend gedrag genoteerd. | nee |
| Er zijn incidenten geregistreerd waarbij grensoverschrijdend gedrag door een medewerker/vrijwilliger of door een derde werd gepleegd. | NVT |
| Het betreft één of meerdere incidenten van seksueel grensoverschrijdend gedrag. | NVT |
| Er zijn incidenten geregistreerd waarbij grensoverschrijdend gedrag door een gebruiker werd gepleegd. | NVT |
| Het betreft één of meerdere incidenten van seksueel grensoverschrijdend gedrag. | NVT |

Toelichting:

Er is een registratiemap met registratieformulieren maar deze is leeg. Sinds 2012 waren er geen geregistreeerde cases.

2.3.2 Bespreking steekproef van case(s)

Sinds 2012 waren er geen geregistreeerde cases.

2.3.3 Gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen naar aanleiding van grensoverschrijdend gedrag

Sinds 2012 waren er geen geregistreerde cases.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

TEKORTEN

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten genoteerd.

3 BELEID VAN DE ORGANISATIE OP VLAK VAN OMGAAN MET SEKSUALITEIT

3.1 REFERENTIEKADER

Er is een visie, referentiekader uitgewerkt rond omgaan met seksualiteit. Ja

De visie bevat een positief ontwikkelings- en belevingskader inzake seksualiteit. Ja

De visie is leeftijdsadequaat. Ja

De visie is ontwikkelingsadequaat. Ja

De visie is op maat van doelgroep(en) uitgewerkt. Ja

Toelichting:

Er is een "Visie met betrekking tot seksualiteit en relaties binnen de instelling" uitgewerkt. De visietekst definieert de uitgangspunten en de waarden waarvan vertrokken wordt voor het uitwerken van het beleid rond seksualiteit. Daarna wordt concreet ingegaan op de belangrijkste vormen van seksualiteitsbeleving : vriendschap, relatievorming, zelfbevrediging, vrijen & geslachtsgemeenschap, omgang met zinneprikkelend materiaal, seksuele hulpverlening. Er is ook een rubriek gewijd aan problematische vormen van seksualiteit. Tenslotte wordt ook ingegaan op seksuele vorming en praktische problemen zoals omgaan met zwangerschap en kinderwens, anticonceptie en seksualiteit & verzorging.

3.2 IN DE PRAKTIJK

3.2.1 Bespreking van steekproef van cases

Er werden 3 dossiers bekeken.

Relatievorming, seksualiteit, lichamelijk welbevinden,... komen aan bod binnen de individuele hulp-en dienstverlening. In 3/3 dossiers

Bij verschil in perspectief tussen de gebruiker en zijn vertegenwoordiger, neemt de organisatie initiatieven om de verschillen te overbruggen. In 3/3 nvt

De aanpak die blijkt uit de individuele cases sluit aan bij de visietekst seksualiteit. In 3/3 dossiers

Er is een aanspreekpunt bij wie gebruikers terecht kunnen met vragen, problemen,... In 3/3 dossiers

Toelichting:

- "Seksualiteitsbeleving" is een apart en verplicht te behandelen topic in elk handelingsplan. De handelingsplannen worden periodiek (maximum binnen de 2 jaar) herwerkt.
- Individuele gebruikers kunnen bij al het begeleidend personeel terecht met hun vragen of problemen rond het thema seksualiteit, maar in het bijzonder bij de individuele begeleider.

Er kunnen voorbeelden worden gegeven van:

| | |
|---|----|
| <ul style="list-style-type: none"> - de aandacht die gaat naar lichamelijk welbevinden/relatievorming/seksualiteit/ veiligheid en gezondheid op dit vlak,... | Ja |
| <p>Concrete voorbeelden zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seksualiteitsbeleving is een apart topic in het handelingsplan. - Er is een werkgroep seksualiteit, samengesteld uit stafleden en vertegenwoordigers uit elke leefgroep/afdeling. De taak van deze werkgroep is teksten opmaken en actualiseren, vormingsmateriaal verzamelen en vormingen geven, personeel sensibiliseren rond dit thema. <p>Gebruikte methodieken zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Box met educatief materiaal - Zinneprikkelend materiaal : erotische DVD's, draagbare DVD-speler, erotische magazines. - Bijstand door Aditi - Demomateriaal : leren condoom aandoen - Bezoek huis van Kina | |
| <ul style="list-style-type: none"> - de manier waarop de weerbaarheid van de gebruikers wordt verhoogd. | Ja |
| <p>Concrete voorbeelden zijn:</p> <p>Weerbaarheid kan een apart thema zijn als er nood aan is.</p> <p>Gebruikte methodieken zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ad hoc vormingsinitiatieven. | |
| <ul style="list-style-type: none"> - de privacy policy, deontologische code voor medewerkers,... die een correcte omgang met dit thema moeten waarborgen | Ja |
| <p>Concrete voorbeelden zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er is een goed uitgewerkte privacy policy, waarin het thema privacy en integriteit in de zeer ruime zin aan bod komt en waarin deontologische richtlijnen worden uitgewerkt naar medewerkers toe. - Dit jaar zal het deontologisch kader verder verfijnd worden met richtlijnen rond lichamelijk contact met de gebruikers (knuffelen, aanrakingen). | |

3.2.2 Regels, afspraken,...

De geldende afspraken houden rekening met de inhoud van het geschreven referentiekader seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Ja

Toelichting:

Er is geen formeel, uitgeschreven leefgroepsreglement, maar er zijn wel leefregels rond seksualiteit (bv. seksualiteitsbeleving hoort op de eigen kamer of in de badkamer). Gebruikers worden hierop attent gemaakt als de nood zich stelt.

3.2.3 Vaststellingen op basis van rondgang

In de hoofdsite verblijven er een 40 à 45-tal bewoners op residentiële basis in de verschillende leefgroepen. Slechts een 10-tal bewoners heeft een eigen kamer. Alle andere bewoners verblijven op twee- of zelfs driepersoonskamers. De compartimentering in de meerpersoonskamers gebeurt via kasten. Het is duidelijk dat deze infrastructuur niet meer van deze tijd is en doorweegt op de gehele manier van werken (veel meer klemtoon op leefgroepswerking), op de privacy van de gebruikers en uiteraard ook op de mogelijkheden tot seksualiteitsbeleving. Voor gebruikers in meerpersoonskamers worden dan technieken gebruikt als “vroeger naar bed gaan”, een bordje met stop, seksualiteitsbeleving in de badkamer... Nochtans beschikt de instelling in haar nieuwe vleugel ook over een tweepersoonskamer gebouwd met als doel een koppeltje te huisvesten. Omdat er op dit ogenblik geen koppel is onder de bewoners, wordt deze studio op dit ogenblik ook gebruikt als tweepersoonskamer.

3.2.4 Conclusie:

Het geschreven referentiekader wordt in de praktijk toegepast.

Ja

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

TEKORTEN

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

De infrastructuur bemoeilijkt het in de praktijk brengen van het geschreven referentiekader inzake seksualiteit in de weg, door het feit dat ongeveer 75% van de bewoners op de hoofdsite slechts beschikt over een gedeelde kamer, met doorwegende gevolgen op het vlak van privacy en seksualiteitsbeleving.

4 COMMUNICATIE OVER HET ONTWIKKELDE BELEID

Het uitgewerkte beleid (referentiekader en procedures) wordt gecommuniceerd naar:

| | |
|--------------------------------------|---|
| directie en staf | Directeur en kwaliteitscoördinator zijn in de meeste gevallen de initiële auteurs van de teksten. De teksten worden daarna doorgenomen in de stafvergadering. |
| Begeleiders | <ul style="list-style-type: none">- De teksten worden steeds doorgenomen met de leefgroepverantwoordelijken en daarna met de teams- De teksten zijn voor al het personeel toegankelijk via de P schijf- Medewerkers worden er op attent gemaakt dat ze de teksten moeten lezen en kennen.- Periodiek is er ook sensibilisering rond het kwaliteitshandboek in zijn totaliteit door de kwaliteitscoördinator. |
| gebruikers zelf | De teksten hebben volgens de instelling een te hoge graad van abstractie om deze met de gebruikers door te nemen. |
| vertegenwoordigers van de gebruikers | <ul style="list-style-type: none">- Teksten worden steeds doorgenomen met de gebruikersraad- Onrechtstreeks worden ze gecommuniceerd naar alle gebruikers via de nieuwsbrief "Gebruikersraad humival", weliswaar in samengevatte vorm. |
| inrichtende macht van de organisatie | <ul style="list-style-type: none">- De raad van bestuur wordt op hoogte gebracht van nieuwe procedures en teksten.- Sinds 1 jaar is er een strategische beleidscel met leden raad van bestuur. Bedoeling is om leden van de raad van bestuur te betrekken bij de opmaak van teksten met een strategisch belang. |
| andere, namelijk: | |

Bij een nieuwe opname gebeurt de communicatie als volgt:
Er worden geen teksten overhandigd bij de opname.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

AANDACHTSPUNTEN

Bij een nieuwe opname gaat onvoldoende aandacht naar het informeren van de vertegenwoordigers van de gebruiker en de gebruikers zelf over het door de organisatie gevoerde beleid.

5 DESKUNDIGHEID VAN MEDEWERKERS

| | |
|---|----|
| Medewerkers krijgen vorming rond omgaan met seksualiteit, seksuele ontwikkeling,... | Ja |
| <p>Concrete voorbeelden zijn:</p> <p>Uit gesprek met directie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Seksualiteit en Relaties" - Bijwonen van publicatie rond seksualiteit bij Vonx - "Train de trainer : seksualiteit en verstandelijke beperking" - Workshop massage - Vorming "Hulp bij masturbatie" - Lichaamsgericht werken (vorming door Handicum) - Vorming rond seksueel GOG (bij VMG/Vonx) <p>Uit gesprek met begeleiders:</p> <p>Idem</p> <p>Visieteksten en procedures zijn toegankelijk via de P-schijf voor alle medewerkers. Nieuwe medewerkers worden er op attent gemaakt dat ze deze teksten moeten lezen. Er is ook een periodiek sensibiliseringsmoment rond de teksten uit het kwaliteitshandboek.</p> | |
| Medewerkers zijn deskundig op vlak van omgaan met grensoverschrijdend gedrag | Ja |
| <p>Concrete voorbeelden zijn:</p> <p>Uit gesprek met directie:</p> <p>Grensoverschrijdend gedrag (VMG/Vonx)</p> <p>Uit gesprek met begeleiders:</p> <p>Idem</p> | |
| Er is een aanspreekpunt bij wie medewerkers terecht kunnen met vragen, problemen, eventuele vermoeden,... | Ja |
| <p>Uit gesprek met directie:</p> <p>Orthopedagoge</p> <p>Uit gesprek met begeleiders:</p> <p>Idem</p> | |

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten genoteerd.

6 BIJKOMENDE VASTSTELLINGEN

6.1 GEBRUIK VAN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

Er wordt binnen de organisatie gebruik gemaakt van volgende vrijheidsbeperkende maatregelen

| | |
|--|-----|
| Afzondering in een time-outruimte | Nee |
| Afzondering in de kamer (slotvast) | Nee |
| Crisismedicatie wordt toegediend | Nee |
| Gedragregulerende medicatie wordt structureel toegediend | Ja |
| Fixatie | Ja |
| Andere | |

Toelichting:

Het opnamebeleid van de organisatie richt zich niet tot mensen met gedragsproblemen.

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn eerder zeldzaam.

Er wordt structurele agressiebeheersende medicatie gebruikt bij 1 persoon en bedsponden eveneens bij 1 persoon.

6.2 ANDERE

NVT

7 BESLUIT

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

| | |
|------------------------|---|
| Aantal nieuwe tekorten | 0 |
| Aantal aandachtspunten | 2 |

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

Steven Cozijns
inspecteur