

# 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 ALGEMENE WERKING

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

### INSPECTIEPUNT

Naam	De Meander
Adres	Stokkemerbaan 147 , 3650 Dilsen-Stokkem
Telefoon	089-79 84 20
E-mail	inge.aerts@demeander.be

### INRICHTENDE MACHT

Naam	DE MEANDER
Juridische vorm	VZW
Adres	Stokkemerbaan 147, 3650 Dilsen-Stokkem
E-mail	luc.lemkens@demeander.be

### UITBATINGSPLAATS

Adres	Schutterstraat 9,3650 Dilsen-Stokkem
-------	--------------------------------------

### OPDRACHT

Nummer	O-2018-ELST-0076
Datum	7/02/2018
Inspecteur(s)	Martine Vandenhoeck

### VERSLAG

Nummer	V-2018-MAVA-0081
Datum	31/10/2018

### INSPECTIEBEZOEK

Soort	Onaangekondigd bezoek op 31/10/2018 (9:00-13:00)
Gesprekspartners	Inge Aerts, directeur zorg Danny Thora, coördinator Cindy Vanhaen, begeleider Cloé Jansen, begeleider

## LEESWIJZER

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

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

### **Onze opdracht**

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

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

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

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

Per bevroegd item wordt beschreven hoe de praktijk in elkaar zit zoals dit kan worden vastgesteld tijdens het inspectiebezoek. Niet alle elementen uit de regelgeving komen aan bod tijdens deze inspectie. Dit betekent niet dat aan deze elementen niet moet worden voldaan: ze komen ofwel aan bod bij een volgend inspectiebezoek of behoren tot de opdracht van het VAPH.

Doorheen het verslag worden eventuele vastgestelde tekorten op regelgeving en aandachtspunten geformuleerd:

- Er wordt een tekort genoteerd indien de praktijk niet strookt met de regelgeving.
- Door middel van een aandachtspunt wordt uw aandacht gevraagd voor bijsturing van bepaalde elementen uit de werking van de voorziening, zonder dat er sprake is van een inbreuk op regelgeving. Zorginspectie vraagt hiervoor aandacht in functie van een verbetering van de kwaliteit van zorg aan de gebruiker en de optimale werking van de voorziening.
- Indien het gaat om specifieke gevallen waarover geen uitspraak kan worden gedaan op het moment van het inspectiebezoek zelf, wordt de kwalificatie "niet toetsbaar" gehanteerd.

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

Per module wordt onder de rubriek "samenvatting van de vaststellingen" weergegeven welke tekorten nieuw zijn, welke tekorten uit eerdere inspectiebezoeken werden weggewerkt, welke tekorten niet werden weggewerkt en desgevallend, welke tekorten niet werden gecontroleerd.

## UITBATINGSPLAATS EN DOELGROEP

### **Bron:**

- rondgang
- gesproken met medewerkers

### **UITBATINGSPLAATS**

De uitbatingsplaats wordt binnen de organisatie 'De Meander' genoemd.

### **Soort uitbatingsplaats**

De organisatie biedt opvang en begeleiding aan:

- volwassenen, namelijk:
  - woonondersteuning

Focus van de inspectie ligt op:

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

### **Grootte uitbatingsplaats**

### **Toelichting**

Op de bezochte locatie verblijven 31 gebruikers.

### **Bezochte entiteiten**

Alleen de infrastructuur voor woonondersteuning werd bezocht.

Deze infrastructuur wordt binnen de organisatie 'Ronduyt' genoemd.

Er werd een bezoek gebracht aan volgende leefgroepen:

- De Belzer
- Pionier

Er zijn op deze uitbatingsplaats 4 leefgroepen binnen de woonondersteuning.

### **Toelichting**

Er zijn 4 leefgroepen in Ronduyt. De Belzer en Pionier werden bezocht.

## **DOELGROEP**

Op de uitbatingsplaats worden gebruikers opgevangen met als hoofdhandicap:

- matig mentale handicap

Naast de hoofdhandicap is er sprake van volgende bijkomende problemen:

- autisme
- gedrags- of emotionele stoornis

### **Toelichting**

In De Belzer verblijven 8 gebruikers (6 mannen en 2 vrouwen) tussen 25 en 60 jaar. Het is een actieve en verbaal sterke groep. In Pionier verblijven 6 gebruikers, allemaal mannen. Het is een structuurgroep. Voorspelbaarheid, rust en een prikkelarme omgeving zijn er belangrijk. Alle gebruikers hebben een

programma op maat. Sommige personen hebben begeleid werk, gaan naar de dagondersteuning van de Meander, volgen een activiteit bij een andere organisatie of krijgen een aanbod in de woongroep.

## INFRASTRUCTUUR

### Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- gesproken met gebruikers

## ALGEMENE VASTSTELLINGEN

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (algemeen):

Ronduyt betreft een groot huis gelegen midden in het dorp. Er is een grote tuin. De hoofdcampus is op wandelafstand gelegen. Verschillende gebruikers gaan daar naar 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Toelichting

In elke woongroep zijn er een aantal gemeenschappelijke ruimten o.a. keuken, zithoeken, eetruimte en een begeleidersruimte.

De Belzer heeft 2 niveaus. Op de verdieping zijn de kamers van de gebruikers. Er is slechts één kamer op het gelijkvloers. Er is een lift in het gebouw. In Pionier zijn alle ruimten op hetzelfde niveau gelegen. De indeling van de ruimten heeft te maken van de doelgroep. Er zijn 2 zithoeken, 2 kleinere eettafels zodat gebruikers ook alleen aan de tafel kunnen eten.

Sommige kamers zijn klein.

## INDIVIDUELE RUIMTES

### Het kameraanbod

Het kameraanbod bestaat uit:

Leefgroep	De Belzer
Individuele kamers	8
Meerpersoonskamers	0
Kamers voor tijdelijk verblijf	0

Leefgroep	Pionier
Individuele kamers	6
Meerpersoonskamers	0
Kamers voor tijdelijk verblijf	0

### Toelichting

In Pionier zijn sommige kamers zeer sober ingericht. Dat heeft met de problematiek van de gebruikers te maken.

In De Belzer is er een gebruiker bereid om zijn kamer te tonen. Hij is zeer tevreden over zijn kamer, kan er rustig muziek beluisteren en TV kijken.

### 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

De kamers verschillen in grootte. De renovatie van de kamers in Ronduyt zodat ze ruimer zijn en over eigen sanitaire cel beschikken is opgenomen in de bouwplannen.

## SANITAIR

### Algemeen

Beschrijving van de bezochte infrastructuur (sanitair):

In beide woongroepen is er een badkamer met een hooglaag bad en een aparte doucheruimte met een inloofdouche.

Er zijn voldoende toiletten (ook een rolstoeltoegankelijk toilet) voor de gebruikers en een apart personeelstoilet. In alle sanitaire ruimten is er een oproeppunt zodat de begeleider of de gebruiker om assistentie kan vragen. De oproepen komen op de beeper.

Er is voldoende sanitair.

Het sanitair is aangepast aan de gebruikers.

**Beschikbaarheid van individueel sanitair**

Leefgroep	De Belzer
Kamers zonder sanitair	0
Kamers met enkel wastafel	8
Kamers met eigen natte cel	0
Leefgroep	Pionier
Kamers zonder sanitair	0
Kamers met enkel wastafel	6
Kamers met eigen natte cel	0

**SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN****Nieuwe tekorten**

Er werden geen tekorten vastgesteld.

**AANDACHTSPUNTEN**

- Er zijn individuele kamers die niet voldoen aan de wenselijke oppervlakte van 16m<sup>2</sup>.

**MEDICATIE****Bron:**

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: Zorg online

**ALGEMEEN BELEID**

Het medicatiebeleid voorziet een rol voor de voorziening bij toediening van medicatie aan haar gebruikers, zowel voor de tijdelijke als de structurele medicatie.

Er zijn geen gebruikers die geheel/gedeeltelijk verantwoordelijk zijn voor de eigen medicatie.

Het medicatiebeleid (medicatiebeheer, medicatietoediening,...) is uitgeschreven in een procedure, visietekst,...

De aanpak van medicatiefouten is uitgeschreven in een procedure, visietekst, ...

**Toelichting**

Tijdens de kantooruren is de medische dienst bereikbaar voor informatie en problemen. Zij brengen de medicatie naar de groepen en komen een paar keer per week langs.

Er is een vaste huisarts verbonden aan de organisatie. Deze persoon kan steeds gebeld worden.

Het medisch dossier wordt beheerd en geactualiseerd op de medische dienst.

Fouten, weigeringen, vergeten van medicatie enz. wordt telefonisch gemeld aan de medische dienst en genoteerd in het logboek.

## BELEID IN DE PRAKTIJK

### **Het medisch dossier**

Er is een medisch dossier, maar dit is niet op deze uitbatingsplaats beschikbaar.

#### Toelichting

Er zijn medische gegevens voor de begeleiders beschikbaar in Zorgonline.

### **Gebruik van een medicatiefiche**

Er wordt met een medicatiefiche gewerkt.

De medicatiefiche biedt een volledig overzicht van alle medicatie.

De medicatiefiches zijn geactualiseerd.

#### Toelichting

De medische dienst houdt de fiches up to date. Medicatie in het rood is pas gestart of gewijzigd.

### **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
- er wordt actief informatie verzameld over medicatie voorgeschreven door een externe arts

#### Toelichting

Op de medicatiefiches is het mogelijk om bijkomende informatie in te geven vb. indicatie. Dit was slechts sporadisch ingevuld.

### **Klaarzetten van medicatie**

De medicatie wordt klaargezet door:

- apotheek

#### Toelichting

De vaste medicatie komt van de apotheek in zakjes (geautomatiseerd systeem). Druppels, siropen enz. worden door de begeleider klaar gezet.

### **Toedienen van medicatie**

De medicatie wordt toegediend door:

- begeleider

De toediening van medicatie wordt afgetekend.

#### Toelichting

De aftekening gebeurt in Zorgonline. Degene die de medicatie toedient controleert ook de medicatie.

### **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
- het begeleiderslokaal

De medicatie is veilig bewaard.

### **Toelichting**

De medicatie zit in beide groepen in een afgesloten kast in de begeleidersruimte.

### **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**

- In de medicatiefiche is de indicatie van het medicijn niet systematisch ingevuld.

## **TOEZICHT 'S NACHTS**

### **Bron:**

- rondgang
- gesproken met medewerkers

## **ORGANISATIE VAN DE NACHTDIENST**

Er is 's nachts op de uitbatingsplaats personeel aanwezig.

De voorziening werkt met wakende nacht.

### **Toelichting**

Er is 1 wakende nacht voor Ronduyt en De Korver (huis op 300 m van Ronduyt met meer zelfstandige gebruikers).

Er wordt gewerkt met een vaste nachtploeg. De nachtbegeleider heeft naast zijn rondes en toezicht bij deuralarmen ook een aantal huishoudelijke taken. Het nachtlokaal is gelegen in het midden van de woonblok. Gebruikers weten wie er nacht heeft (foto op communicatiebord) en indien er iets scheelt gaan ze zelf naar het nachtlokaal.



## BESCHIKBAARHEID VAN EEN OPROEPSYSTEEM

Er zijn geen bewoners die nood hebben aan oproepmogelijkheid vanuit de kamer.

### Toelichting

Momenteel heeft niemand een oproep nodig. In het verleden was dit wel het geval. Men beschikt over een mobiele oproep die overal kan geplaatst worden. De oproepen komen op de beeper.

## 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: deuralarm

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

### Toelichting

Alle deuren zijn uitgerust met een deuralarm maar slechts bij een aantal cliënten wordt dit overdag en/of 's nachts opgezet. Het inzetten van een deuralarm kan slechts beslist worden op een MDO en wordt opgenomen onder vrijheidsbeperkende maatregelen in het dossier. Het alarm komt op de beeper.

De nachtbegeleider heeft een aantal vaste rondes.

## FLEXIBILITEIT

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

### Toelichting

Deuralarm, mobiele oproepsysteem worden ingezet indien dit nodig is.

## AFSLUITEN VAN DE KAMER

Er zijn geen gebruikers waarvan de kamer 's nachts wordt afgesloten.

## SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

### **Nieuwe tekorten**

Er werden geen tekorten vastgesteld.

## AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

## **INFORMATIEOVERDRACHT**

### **Bron:**

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: Zorg online, verslagen team-en leefgroepsoverleg

## **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**

Het dagboek van de gebruiker is ook toegankelijk voor de ouders (online contactschrift).

## **INTERN OVERLEG**

Er is intern overleg op niveau van de bezochte entiteit.

Het intern overleg gaat over zowel praktische als gebruikersgerichte zaken.

Periodiciteit van het intern overleg:

om de 3 weken

### **Toelichting**

In De Belzer is er wekelijks een bewonersvergadering met een kort verslag.

De hoofdopvoeders van de 4 groepen komen maandelijks samen.

## **SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN**

### **Nieuwe tekorten**

Er werden geen tekorten vastgesteld.

## **AANDACHTSPUNTEN**

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

# INDIVIDUELE DIENSTVERLENINGSOVEREENKOMST

## Bron:

- rondgang
- gesproken met medewerkers
- ingekeken documenten: Zorg online

Vaststellingen op basis van de geïnspecteerde dossiers:

### Er is een individuele dienstverleningsovereenkomst (IDO)

6 / 6	aantoonbaar
0 / 6	niet aantoonbaar
0 / 6	nee, maar de opname is minder dan 6 maanden geleden
0 / 6	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

### De IDO wordt op regelmatige tijdstippen geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd

6 / 6	aantoonbaar
0 / 6	aantoonbaar, maar niet volgens de overeengekomen frequentie
0 / 6	niet aantoonbaar

### De IDO is opgemaakt in overleg met de gebruiker of zijn vertegenwoordiger

6 / 6	aantoonbaar
0 / 6	niet aantoonbaar
0 / 6	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

### Het overleg wordt georganiseerd met volgende betrokkenen

0 / 6	alleen de gebruiker zelf wordt betrokken
1 / 6	zowel de gebruiker zelf als de vertegenwoordiger worden betrokken
0 / 6	alleen de vertegenwoordiger wordt betrokken
5 / 6	het is niet mogelijk om de gebruiker zelf te betrekken; alleen de vertegenwoordiger wordt betrokken
0 / 6	het is niet mogelijk om de gebruiker zelf te betrekken; overleg met de vertegenwoordiger is onmogelijk geworden omwille van gebrek aan netwerk

### Het overleg over het IDO is aangepast aan de gebruiker

1 / 1	aantoonbaar
0 / 1	niet aantoonbaar
0 / 1	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

### De voorziening maakt gebruik van de ervaringen en inzichten van de gebruiker

1 / 1	aantoonbaar
0 / 1	niet aantoonbaar
0 / 1	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

### Gegevens worden zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard

4 / 6	aantoonbaar
0 / 6	niet aantoonbaar
0 / 6	niet toetsbaar op de uitbatingsplaats

## Toelichting

Om de 3 jaar is er een cliëntbespreking. De mentor bereidt dit voor met de gebruiker. Er wordt een tevredenheidsbevraging afgenomen (met picto's) waarbij er ook gepeild wordt naar de wensen en dromen van een cliënt. De vertegenwoordigers worden uitgenodigd voor een bespreking. De cliënt is daar niet, gedeeltelijk of volledig bij aanwezig. Samen met de cliënt wordt gekeken wat hij hierrond zelf wil. In de verslaggeving is opgenomen wie aanwezig was en op welke manier de cliënt participeerde aan het overleg. Indien de cliënt niet aanwezig wil of kan zijn op het overleg dan is er steeds een nabespreking tussen cliënt en mentor.

Er werden 3 dossiers nagekeken van De Belzer en 3 van Pionier.

Voor elke cliënt is er een uitgebreide beeldvorming. Inspectie keek vooral naar het luik vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM). Maatregelen zoals beperking van de actieradius, gebruik van een deuralarm, gedragsregulerende medicatie enz. worden er gemotiveerd.

In het handelingsplan worden de doelstellingen voor de komende 3 jaar opgenomen. Voor elke doelstelling kunnen de reeds ondernomen acties genoteerd worden.

De vertegenwoordiger (of gebruiker zelf) ondertekent en krijgt een kopij van het hele pakket.

De nagekeken dossiers waren zeer goed in orde. Het elektronisch zorgdossier laat toe om op een actieve en flexibele manier te werken met het dossier van de cliënt.

## SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

### **Nieuwe tekorten**

Er werden geen tekorten vastgesteld.

## 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,...
- Bij gebruik van sanitair, verzorgingsruimtes zijn deze afgesloten.
- Er wordt niet gesproken over bewoners in hun nabijheid.

Volgende punten zijn voor verbetering vatbaar:

- Er wordt niet duidelijk aangegeven of sanitair, een verzorgingsruimte,... in gebruik is.

### **Toelichting**

Heel wat gebruikers gaan tijdens het weekend naar huis. Hun kamer kan gebruikt worden voor logeeropvang. Dit werd zo overeen gekomen in de IDO. Slechts 1 gebruiker heeft dit liever niet. Dit tracht men te respecteren. Er wordt gezorgd dat persoonlijke spullen opgeborgen zijn als er iemand komt logeren.

In De Belzer verblijven 2 vrouwen en 6 mannen. Het toilet beneden is voorbehouden voor de vrouwen.

Een aantal deuren heeft een draaiknop langs binnen zodat de gebruiker de deur kan afsluiten. Dit wordt eigenlijk door niemand gebruikt.

Elke leefgroep heeft zijn eigen login. Voor de weekendwerking wordt er met een weekendgroep gewerkt voor 3 leefgroepen (4de leefgroep blijft steeds open). De begeleiders die in het weekend werken hebben tijdelijk ook toegang tot het dossier van de gebruikers die in de weekendgroep blijven.

## SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

### **Nieuwe tekorten**

Er werden geen tekorten vastgesteld.

## AANDACHTSPUNTEN

- Er wordt niet duidelijk aangegeven of sanitair, een verzorgingsruimte, de eigen kamer... in gebruik is.

## **AFZONDERINGSMAATREGELLEN**

### **Bron:**

- rondgang
- gesproken met medewerkers

## ALGEMEEN BELEID

Er wordt geen gebruik gemaakt van afzonderingsmaatregelen.

### **Toelichting**

In Ronduyt verblijven geen gebruikers met een ernstige agressieproblematiek. Indien gebruikers het moeilijk hebben dan kunnen ze naar de eigen kamer of naar buiten gaan. Dit volstaat meestal om tot rust te komen.

Sommige gebruikers hebben op regelmatige basis een individueel gesprek met de logopediste en/of pedagoog om te praten over emoties, moeilijkheden.

In Pionier zijn preventieve maatregelen omdat het groepsleven voor deze gebruikers weinig meerwaarde heeft vbn. 2 gebruikers eten aan een kleine aparte tafel, rustmomenten op de kamer voor sommige gebruikers, individuele activiteiten, duidelijke dagstructuur, niet te veel prikkels aanbieden enz.

## SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

### **Nieuwe tekorten**

Er werden geen tekorten vastgesteld.

## AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten geformuleerd.

## BESLUIT

### SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

	Aantal
Nieuwe tekorten	0
Aandachtspunten	3

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

---

De inspecteur(s),

Martine Vandenhoeck