logo Zorginspectie

**Departement Zorg**

**T** 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

**www.zorginspectie.be - www.departementzorg.be**

**INSPECTIEVERSLAG GEHANDICAPTENZORG: incident (s)gog/ernstige gebeurtenis**

**INRICHTENDE MACHT**

Naam   
Juridische vorm   
Adres

**INSPECTIEPUNT**

Naam   
Adres   
Dossiernummer

**UITBATINGSPLAATS**

Naam   
Adres

**INSPECTIE**

Datum laatste vaststelling   
Verslagnummer   
Inspecteur(s)

**INSPECTIEBEZOEKEN**

(On)aangekondigde inspectie op XX/XX/XXXX (XX:XX-XX:XX)  
Gesprekspartner(s)

**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 subsidiëringsfunctie. 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 het inspectiebezoek 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 jeugdrechtbank 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 algemen e**rkenningsvoorwaarden 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 **multifunctionelecentra** 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](http://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 vraag 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

Basisgegevens bieden informatie over de organisatie en de uitbatingsplaats, de grootte ervan, de doelgroep en de focus van de inspectie.

De basisgegevens omvatten 4 onderdelen:

* Situering van de inspectie
* Gegevens van de organisatie
* Doelgroep
* Overzichtstabel aangeboden zorg en ondersteuning

### situering

De rubriek situering beschrijft de aanleiding van de inspectie.

Deze inspectie vindt plaats naar aanleiding van een incident van (seksueel) grensoverschrijdend gedrag of een andere ernstige gebeurtenis die zich in de organisatie voordeed en gemeld werd aan het VAPH, zoals dit wordt verwacht volgens de richtlijnen opgenomen in de infonota van 26 augustus 2021.

### gegevens van de organisatie

Gegevens van de organisatie schetsen of en waarvoor er een erkenning of vergunning is verleend.

### doelgroep

Deze rubriek maakt kenbaar met welke doelgroepen er gewerkt wordt.

### overzichtstabel aangeboden zorg en ondersteuning

Deze tabel brengt een overzicht van de aangeboden zorg en ondersteuning, met een onderscheid tussen de minderjarigen en de volwassenen en de focus die werd gelegd voor de bezochte uitbatingsplaats.

# AANPAK GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG EN INCIDENTEN

*Een vergunde zorgaanbieder moet werk maken van preventie, detectie en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers (BVR van 04/02/2011, artikel 42 - 43). Sommige incidenten van grensoverschrijdend gedrag vallen binnen de meldingsplicht bij het VAPH zoals beschreven in de omzendbrief van 26 augustus 2021. Vanuit de dagelijkse werking wordt algemeen getoetst of deze verplichtingen in de praktijk worden omgezet. Volgende principes worden hierbij als uitgangspunt gebruikt:*

*1. De vergunde zorgaanbieder voert een preventief beleid ter voorkoming van alle vormen van grensoverschrijdend gedrag. Voor wat betreft seksueel grensoverschrijdend gedrag impliceert dit een visie inzake omgaan met lichaamsbeleving, relaties en seksualiteit.*

*2. De vergunde zorgaanbieder voert een beleid dat toelaat om (signalen van) grensoverschrijdend gedrag snel te detecteren en er op gepaste wijze op te reageren. Hierbij wordt rekening gehouden met verschillende mogelijke plegers (gebruiker, medewerker/vrijwilliger en derden).*

*3. Indien zich een incident voordoet, reageert de voorziening snel en adequaat en maakt het incident bespreekbaar .*

*4. Indien zich een incident voordoet, communiceert de vergunde zorgaanbieder op gepaste wijze met de relevante betrokken partijen (wettelijk vertegenwoordiger of betrokken familieleden, de andere gebruikers, …). 5. Bij een incident heeft de vergunde zorgaanbieder aandacht voor de nazorg voor de betrokken gebruikers en medewerkers en faciliteert herstel indien mogelijk, …*

*6. De vergunde zorgaanbieder heeft interne afspraken over registratie van incidenten, met inbegrip van een afwegingskader (Vlaggensysteem voor seksueel grensoverschrijdend gedrag zoals uitgewerkt door Sensoa - www.sensoa.be) en afspraken over het melden van incidenten aan het centraal meldpunt voor grensoverschrijdend gedrag bij het VAPH.*

*7. Het eigen beleid op vlak van omgaan met grensoverschrijdend gedrag wordt gecommuniceerd naar alle relevante actoren en maakt deel uit van de zelfevaluatie.*

Het hoofdstuk omvat:

* Melding en afweging van het incident
* Relevante gegevens van de betrokkenen bij het incident
* Reactie van de organisatie op het incident

### Melding en afweging van het incident

Zorginspectie gaat in op de melding van het incident en de afweging die de zorgaanbieder heeft gemaakt (het gebruikte afwegingskader van de organisatie wordt bevraagd). Er wordt ook nagegaan of er aangifte werd gedaan bij de politiediensten en of er een klacht tegen de zorgaanbieder werd geformuleerd.

### Relevante gegevens van de betrokkenen bij het incident

Zorginspectie gaat in op de (vermoedelijke) pleger en slachtoffer betrokken bij het incident. Dit kan gaan over gebruikers, medewerkers of andere personen, bijvoorbeeld vrijwilligers. Focus ligt op het hulpverleningstraject van de betrokken zorggebruiker(s) tot aan het incident en hoe preventie hierbinnen aan bod is gekomen.

In de context van seksueel grensoverschrijdend gedrag bijvoorbeeld betekent dit dat wordt nagegaan hoe met seksualiteit wordt omgegaan binnen de hulpverleningscontext.

### Reactie van de organisatie op het incident

Zorginspectie gaat na hoe de organisatie reageert naar de mogelijke relevante betrokkenen. Concreet gaat het om reactie:

* Ten aanzien van het slachtoffer
* Ten aanzien van de (vermoedelijke) pleger
* Ten aanzien van andere gebruikers
* Ten aanzien van de vertegenwoordiger van de betrokkenen
* Ten aanzien van de zorgverleners
* Ten aanzien van de medewerkers
* Ten aanzien van de eigen organisatie

Focus ligt hierbij op communicatie, nazorg en zelfreflectie om herhaling in de toekomst te vermijden.

# MEDEWERKERSBELEID

Voor wat betreft het medewerkersbeleid wordt het accent gelegd op het vormingsbeleid voor nieuwe en bestaande medewerkers rond diverse onderwerpen gelinkt aan integriteit van de zorggebruiker. Ook de ondersteuning die medewerkers krijgen wanneer zij zelf slachtoffer zijn van een incident, kan aan bod komen.

# Integriteitsbeleid en zelfevaluatie

Twee elementen uit het kwaliteits- en verbeterbeleid komen aan bod:

Het ruimere integriteitsbeleid van de organisatie wordt nagegaan. Zorginspectie focust in dat geval op de uitgewerkte visieteksten, referentiekaders en procedures rond omgaan met (s)gog, omgaan met relaties, lichamelijk welbevinden en seksualiteit, omgaan met agressie,… aangevuld met een praktijktoets van de procedures.

Door het inspecteren van de zelfevaluatie van de zorgaanbieder met betrekking tot omgaan met incidenten en ernstige gebeurtenissen, wordt nagegaan hoe de zorgaanbieder vanuit de eigen geregistreerde gegevens reflecteert over dit thema en werkt aan kwaliteitsverbetering.

# vrijheidsbeperkende maatregelen

Werd in kader van het incident dat de aanleiding vormt voor een inspectie gebruik gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen, dan komt ook dit aspect aan bod. Zorginspectie gaat hierbij op dezelfde manier te werk als in kader van het basistoezicht dagelijkse werking, dus met focus op de gebruikte maatregel, registratie en toezicht.

# Besluit

Het inspectieverslag omvat een besluit. Mogelijke inbreuken en aandachtspunten worden opgelijst.