

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	Home Monsheide
Adres	Monsheide 4 3990 Peer
Telefoon	011 34 04 77
Fax	
E-mail	evelyne.geerts@monsheide.be
Dossiernummer	

INRICHTENDE MACHT

Naam	Home Monsheide
Juridische vorm	vzw
Ondernemingsnummer	
Adres	Monsheide 4 3990 Peer
Telefoon	011 34 04 77
Fax	
E-mail	rik.grevendonk@monsheide.be

UITBATINGSPLAATS

Naam	Leefgroep 2 en De Wingerd
Adres	Monsheide 4 3990 Peer

OPDRACHT

Nummer	O-2017-XACR-0064
Datum	10/02/2017
Inspecteur(s)	Martine Vandenhoeck

VERSLAG

Nummer	V-2017-MAVA-0034
Datum	31/05/2017

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Aangekondigd bezoek op 29 mei 2017 (9.30 – 16:00)
Gesprekspartners	Evelyne Geerts, pedagoge en kwaliteitscoördinator Rik Grevendonk, directeur Reinhilde Sybers, maatschappelijk werker en teambegeleider leefgroep

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 vraag 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

andere, namelijk:

Aantal gebruikers dat in totaal begeleid wordt: 55

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:

Leefgroep 2 en aanleunwoning De Wingerd.

In beide woonvormen wonen personen met een matig tot ernstig mentale beperking. Het betreffen heterogene groepen zowel naar leeftijd als naar mentale mogelijkheden.

In Leefgroep 2 zijn er meer cliënten met hogere zorgnoden (palliatieve situatie, dementie).

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:

De volgende documenten worden door de organisatie voorgelegd in het kader van de inspectie grensoverschrijdend gedrag (GOG):

De procedure m.b.t. het voorkomen, detecteren van en gepast reageren op GOG (versie mei 2017) en bijhorende documenten m.n.:

Visietekst: "Relaties en seksualiteit" (versie februari 2012)

Visietekst: "Omgaan met privacy"

Visietekst: "Gelijkwaardigheid – integriteit – betrokkenheid".

Visietekst: "Emancipatorisch ondersteunen"

Visietekst: "Kwaliteit van leven".

Formulier: "Grensoverschrijdend gedrag" (verdachte) (*khb4.6.6-01-PD-081205*)

Formulier: "Grensoverschrijdend gedrag" (slachtoffer) (*khb4.6.6-02-PD-081205*)

Formulier: "Grensoverschrijdend gedrag – Evaluatie" (*khb4.6.6-03-PD-081205*)

Registraties GOG in Zorgonline

Strafbare feiten en hun definitie (*khb4.6.6-04-PD-121106*)

Registratieformulier VAPH: melding van grensoverschrijdend gedrag (*khb 4.6.6-05-PD-121106*)

Richtlijnen omtrent aangifterecht of aangifteplicht ten aanzien van gerechtelijke instanties versus beroepsgeheim' (*khb 4.6.6-06-PD-121106*)

Signalenlijst Seksueel Misbruik (*khb4.6.6-07-PD-061115*)

GOG: schema (*khb 4.6.6-08-PD-100811*)

Er is een verbeterproject lopende m.b.t. het uitschrijven van het agressiebeleid. De organisatie werd tot nog toe weinig geconfronteerd met agressie maar in het kader van PVF en mogelijke opname van personen met ondersteuningsvragen op dit vlak vond men het aangewezen om dit uit te werken.

Het zelfevaluatiesysteem werd voorgelegd. Alle werkingsaspecten worden geëvalueerd tussen 2015 en 2018. 2019 vormt dan een sabbatjaar waarbij een nieuw zelfevaluatie-traject wordt uitgetekend.

De visieteksten worden jaarlijks bekeken. De tekst m.b.t. seksualiteit werd in 2016 bekeken en niet gewijzigd. De procedure GOG werd n.a.v. een incident en in het kader van een interne audit geëvalueerd en bijgestuurd in 2017.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

TEKORTEN

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

- Het geschreven referentiekader bestaat uit meerdere teksten en behandelt meerdere aspecten van grensoverschrijdend gedrag. Het is wenselijk om het volledige pakket in hetzelfde evaluatiejaar te evalueren.
- De veelheid van teksten maakt het geheel weinig overzichtelijk. Waar mogelijk verdient het aanbeveling om sommige documenten te clusteren.

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:
11/05/2017

Toelichting:

De procedure is niet alleen van toepassing voor GOG t.a.v. cliënten maar ook indien het slachtoffer een medewerker, familielid of derde en de vermoedelijke dader een cliënt is.

Eind 2016 was er een incident m.b.t. SGOG in de voorziening en de procedure werd in dit verband ook geëvalueerd (en bijgestuurd). De vorige versie dateerde van 2014.

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). Deels
- afspraken over het melden van incidenten aan het centraal meldpunt voor grensoverschrijdend gedrag bij het VAPH. Deels
- 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:

Preventiebeleid is een apart luik in de procedure. Er worden zowel aandachtspunten t.a.v. cliënt als t.a.v. medewerker opgenomen in de procedure.

De directie meldt dat bij selectiegesprekken van kandidaten er ook steeds via het voorleggen van enkele situaties gepeild wordt bij de kandidaten naar hun houding t.a.v. (S)GOG.

Er is een aparte signaallijst seksueel misbruik uitgewerkt (versie november 2015). Er is een beschrijving van inhoudelijk verwijzende signalen die verwijzen naar niet bij de ontwikkeling passende ervaringen met seksualiteit, specifieke signalen, algemene signalen, signalen met betrekking tot seksueel misbruik door een hulpverlener en gezinssignalen. De signaallijst betreft een bewerking van bestaande lijsten en aangepast aan personen met een verstandelijke beperking. De lijst werd besproken op de teamvergadering.

Wat gekend GOG van gebruikers betreft wordt er bij verschillende cliënten gewerkt met "life Chards" (signaliseringsplannen) zodat er preventief kan ingegrepen worden. Deze methodiek wordt niet vernoemd in de procedure.

Er wordt in de procedure een definitie van GOG gegeven met een bijkomende verduidelijking.

Wat seksueel grensoverschrijdend gedrag betreft hanteert men het principe dat gedrag grensoverschrijdend is "Indien het niet met wederzijdse toestemming gebeurde". Dit is echter slechts 1 criterium maar ook andere aspecten zijn in de praktijk mee bepalend bij het inschatten van gedrag (o.a. gelijkwaardigheid, ontwikkeling, context enz.). Dit bleek ook uit de bevraging van begeleiders. Het afwegingskader moet in de procedure nog verduidelijkt worden.

Medewerkers melden zo snel mogelijk elke vorm van GOG aan de pedagoog. De pedagoog analyseert de situatie met het betrokken team. Indien er kan gehandeld worden via de handelingsplanning en orthoagogische technieken omdat de pleger een cliënt is, het gedrag gekend is vanuit zijn problematiek en de schade bij het slachtoffer beperkt is, dan stopt de procedure (rapportage via GOG in Zorgonline). In de andere situaties wordt de procedure verder gevolgd. Het formulier GOG wordt ingevuld samen met de pedagoog, de directeur wordt op de hoogte gebracht, een supervisieteam wordt samengesteld dat alle verdere acties coördineert (o.a. familie verwittigen, acties naar pleger en slachtoffer...).

Als de stappen uit de procedure zijn doorlopen en het soort begeleiding verder bepaald is dan wordt er een melding gedaan aan het VAPH door de pedagoog. Ook dit afwegingskader moet nog verduidelijkt worden. Er wordt ook niet verwezen naar de omzendbrief in de procedure.

Het supervisieteam evalueert het hele incident en de procedure. De bevindingen van het team worden genoteerd op het formulier GOG-evaluatie.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN**TEKORTEN**

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

- Het gehanteerde afwegingskader om experimenteelgedrag te onderscheiden van grensoverschrijdend gedrag is onduidelijk. Er wordt slecht 1 criterium vermeld in de procedure m.n. de vrijwilligheid.
- Het gehanteerde afwegingskader inzake melding van incidenten aan het VAPH is onduidelijk.

2.3 PRAKTIJK BIJ (VERMOEDEN VAN) INCIDENTEN VAN GRENDOVERSCHRIJDEND 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.	Ja
Er zijn incidenten geregistreerd waarbij grensoverschrijdend gedrag door een medewerker/vrijwilliger of door een derde werd gepleegd.	Nee
Het betreft één of meerdere incidenten van seksueel grensoverschrijdend gedrag.	NVT
Er zijn incidenten geregistreerd waarbij grensoverschrijdend gedrag door een gebruiker werd gepleegd.	Ja
Het betreft één of meerdere incidenten van seksueel grensoverschrijdend gedrag.	Ja

Toelichting:

De procedure werd de afgelopen jaren 1 keer volledig doorlopen n.a.v. een incident SGOG, eind 2016, dat ook gemeld werd aan het VAPH.

De andere situaties van (S)GOG t.a.v. cliënten hebben niet geleid tot het invullen van een formulier GOG. Het gaat om situaties die de organisatie zelf kon hanteren en niet als traumatisch werden ingeschat voor de betrokkenen. Deze inschatting gebeurt op het teamoverleg

Deze incidenten leiden wel steeds tot een registratie in Zorg online. Een aantal van deze registraties werd ook bekeken door inspectie. Het betreft GOG dat steeds door dezelfde 2 cliënten wordt gesteld, gekend gedrag waar ook een handelingsaanpak in het zorgplan is rond uitgewerkt.

Deze incidenten worden op de teamvergadering besproken.

SGOG wordt principieel niet gemeld in Zorg online omwille van de privacy van de gebruiker. De begeleiders van de dagactiviteiten hebben immers ook toegang tot alle observaties die ingegeven worden vanuit de woongroep. Dit is een keuze die de organisatie maakt want Zorgonline laat immers toe om ook op een andere manier te werken m.b.t. al dan niet delen van gegevens tussen medewerkers.

2.3.2 Bespreking steekproef van case(s)

Case 1: SGOG Gebruiker-gebruiker

De procedure voor preventie, detectie van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers is correct toegepast.	In 1/1 dossier
Communicatie met de gebruiker en eventueel zijn vertegenwoordiger kan worden aangetoond.	In 1/1 dossier
Nazorg voor slachtoffer kan worden aangetoond.	In 1/1 dossier

Nazorg voor de gebruiker die grensoverschrijdend gedrag heeft gepleegd, kan worden aangetoond. In 1/1 dossier

Het incident is gemeld aan het centraal meldpunt voor grensoverschrijdend gedrag. In 1/1 dossier

Het incident is geëvalueerd met het oog op werken aan verbeterpunten. In 1/1 dossier

Toelichting:

In de case kan worden vastgesteld dat de organisatie volgende stappen ondernam:

- medewerker meldt het SGOG onmiddellijk aan de pedagoog
- zo snel mogelijk teamoverleg/informeren van de nachtmedewerker
- individuele gesprekken met alle betrokkenen
- afweging of het wel degelijk om SGOG gaat en niet om experimenteelgedrag met wederzijdse toestemming
- formulier GOG wordt ingevuld door de pedagoog en directie wordt verwittigd
- supervisieteam wordt opgestart
- zowel bij pleger als slachtoffer wordt voor de individuele gesprekken gevraagd met wie ze deze wensen te voeren
- gebruik van visuele tools bij de cliënten om de ernst van het SGOG goed in te schatten
- tijdelijk maatregel tav pleger en met goedkeuring van pleger (noodkamer)
- op de hoogte brengen van netwerk/vertegenwoordiger en bijkomende gesprekken
- ondersteuning van het slachtoffer bij consult bij arts
- inzetten van extra cameratoezicht
- op maat informeren van andere cliënten (o.a. over het cameratoezicht op de gang)
- inzetten van het mobiele outreach team van Aditi voor het team
- inzetten van de creatieve therapeut bij slachtoffer en pleger (individueel begeleidingstraject op maat)
- individuele afspraken met cliënt rond bezoeken van erotische sites op internet
- inzetten van seksuele hulpverlener
- bespreking van de huisregels op de vergadering met de cliënten
- aanpassing van een aantal huisregels rond kamerbezoek van cliënten bij elkaar (kan tot 23 u)
- update van het luik seksualiteit in het handelingsplan
- melding aan het VAPH
- evaluatie van het incident en de procedure op het evaluatieformulier GOG: organisatorische maatregelen m.n. verhoogd cameratoezicht, vormingstraject voor begeleiders door mobiele outreach team Aditi, aanstelling referentiepersoon seksualiteit die vorming bij Vonx zal volgen en interne vorming zal geven aan cliënten, procedure werd bijgestuurd.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

TEKORTEN

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

- De registraties van GOG in Zorg online zouden eveneens door de organisatie kunnen gebruikt worden voor een analyse op organisatieniveau en niet alleen op casusniveau.

2.3.3 Gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen naar aanleiding van grensoverschrijdend gedrag

2.3.3.1 Aard van de gebruikte vrijheidsbeperkte maatregel(en)

Er wordt gebruik gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen voor gebruikers die In 1/1 dossier grensoverschrijdend gedrag stellen ten aanzien van andere gebruikers.

Toelichting:

De cliënt mocht tijdelijk niet op zijn eigen kamer vertoeven maar in een noodkamer. Het cameratoezicht werd verhoogd.

Er wordt gebruik gemaakt van volgende vrijheidsbeperkende maatregelen

Afzondering in een time-outruimte	Nee
Afzondering in de kamer (slotvast)	Nee
Crisismedicatie wordt toegediend	Nee
Gedragsregulerende medicatie wordt structureel toegediend	Nee
Fixatie	Nee
Andere	Verhoogd cameratoezicht Inzetten van een noodkamer

Toelichting:

Case: SGOG gebruiker-gebruiker

De toepassingsgrond van de vrijheidsbeperkende maatregel is gemotiveerd. In 1/1 dossier

De toepassingsgrond op basis waarvan tot tijdelijke afzondering /fixatie wordt besloten, is geoorloofd. NVT

De vertegenwoordiger van de gebruiker wordt van het gebruik van de maatregel op de hoogte gebracht. In 1/1 dossier

De afspraken inzake toezicht worden nageleefd. NVT

Het gebruik van de vrijheidsbeperkende maatregel komt aan bod bij intern overleg. In 1/1 dossier

Bij structurele maatregelen is er een beschrijving in de hulp- en dienstverlening. In 1/1 dossier

Er wordt een alternatief overwogen voor het gebruik van de vrijheidsbeperkende maatregel. In 1/1 dossier

Toelichting:

In het handelingsplan is er een luik voorbehouden voor VBM.
De afspraken m.b.t. het cameratoezicht werden doorgenomen met de gebruiker en zijn vertegenwoordiger..

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. Deels

Toelichting:

Er is een beleidsvisie “relaties en seksualiteit die ontwikkeld werd door de werkgroep ‘visie seksualiteit’ (versie 2012). In het eerste deel wordt een ethisch denkkader geschetst: vanuit een visie op begeleiding, relaties en seksualiteit wordt een ethiek van die begeleiding ontwikkeld.

Medewerkers hebben de opdracht om te waken over minimumgrenzen d.w.z. ander niet dwingen, zichzelf of ander geen schade berokkenen, de privacy van anderen of het goede leef- en zorgklimaat niet aantasten en bij seksuele contacten moet er voldoende relationele betrokkenheid zijn tussen partner.

In het tweede deel wordt deze visie toegepast op een aantal concrete thema’s: verschillende vormen van relatie- en seksualiteitsbeleving worden besproken o.a. seksuele relatie en seksuele contacten, seksuele geaardheid (homoseksualiteit als variant is wordt gerespecteerd), huwelijkswens (helpen wens te verhelderen), kindwens (verhelderen), anticonceptie bespreken, verantwoord ouderschap, zwangerschapsafbreking, preventie van SOA, problematisch seksueel gedrag, medicatie, oneigenlijke homoseksualiteit, masturbatie, hulp bij masturbatie, porno, prostitutie, seksueel GOG tussen een medewerker en een cliënt.

Voorlichting en vorming worden beschouwd als een opdracht van de organisatie. In het overleg met de vertegenwoordiger blijft de wens van de cliënt toonaangevend.

De visietekst scheidt verwarring. Het ethische kader waarin seksualiteit verbonden wordt aan een relatie en het tweede luik waar in 2.1. en 2.15 gesteld wordt dat rekening houdend met de mogelijkheden van de cliënten, seksuele contacten buiten een relatie ook mogelijk moet zijn, staan schijnbaar tegenover elkaar. Uit de praktijkbevraging blijkt ook dat seksuele hulpverlening bij sommige cliënten wordt ingezet als meerwaarde in de ondersteuning van de cliënt.

Begeleiders geven aan dat de visietekst op sommige vlakken achterhaald is en moet bijgestuurd worden. Uit de praktijkbevraging blijkt ook dat het gebruik ’n mogelijk misbruik van sociale media een belangrijk item is bij een beperkt aantal cliënten. Hier is nog niets van terug te vinden in de tekst.

3.2 IN DE PRAKTIJK

3.2.1 Bespreking van steekproef van cases

Er werden 4 dossiers bekeken.

Relatievorming, seksualiteit, lichamelijk welbevinden,... komen aan bod binnen de individuele hulp-en dienstverlening. In 2/4 dossiers

Bij verschil in perspectief tussen de gebruiker en zijn vertegenwoordiger, neemt de organisatie initiatieven om de verschillen te overbruggen. NVT

De aanpak die blijkt uit de individuele cases sluit aan bij de visietekst seksualiteit. In 4/4 dossiers

Er is een aanspreekpunt bij wie gebruikers terecht kunnen met vragen, problemen,... In 4/4 dossiers

Toelichting:

Elke cliënt heeft een mentor vanuit het wonen, de dagactiviteit en de nachtdienst. De mentor is de eerste persoon om op te komen voor de noden, wensen en voorkeuren van de cliënt.

In het IDO is er een apart luik rond seksualiteit. Niet in alle dossiers is dit even goed gestoffeerd alhoewel het in de praktijk van de 4 nagekeken dossiers toch een issue is in de dagelijkse werking.

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"> -erotisch materiaal bekijken kan op de kamer -inzetten van seksuele hulpverlening -speeddate -Dottie: daten voor personen met een beperking -bespreken van seksualiteit op de teamvergadering -zich terugtrekken op de kamer kan altijd -snoezelen en massages -koppelgesprekken rond wensen, verlangens en leren respecteren van elkaars grenzen -vrouwenkoppel wordt gerespecteerd in hun relatie met elkaar -inschakelen van de verpleegkundige bij intieme zaken vb. masturbatie -... <p>Gebouwde methodieken zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> -teamvergadering -fotomateriaal -individuele gesprekken met creatieve therapeut -vorming Vonx voor cliënten -mobiele outreach door Aditi -individuele afspraken met cliënt in het handelingsplan 	

-werkgroep snoezelen (wat kan, wat kan niet?) -bespreken van intieme toiletten met stagiaire	
- de manier waarop de weerbaarheid van de gebruikers wordt verhoogd.	Ja
Concrete voorbeelden zijn: -aandacht voor knuffelen en kussen en grenzen trekken als begeleider -cliënten aanleren om duidelijk te zijn in het aangeven van grenzen -voorlichting a.d.h.v. fotomateriaal -in kaart brengen welke verzorging de cliënt zelf kan doen en waar hij hulp bij nodig heeft -begeleiden van de relatie van cliënt met vriendje (stap voor stap) -veilig surfen op internet -... Gebruikte methodieken zijn: -individuele gesprekken met creatieve therapeut -vorming Vonx voor cliënten -mobiele outreach door Aditi -bespreken op cliëntenvergadering "hoe voel je je", samenleven -gebruik van de Babelbox in de dagondersteuning	
- de privacy policy, deontologische code voor medewerkers,... die een correcte omgang met dit thema moeten waarborgen	Ja
Concrete voorbeelden zijn: Er is een aparte visietekst rond gelijkwaardigheid, integriteit en betrokkenheid (tekst van 2014) en een visietekst rond omgaan met privacy. In deze teksten worden een aantal attitudes en vaardigheden van de begeleiders vastgelegd die noodzakelijk zijn om de integriteit van en de betrokkenheid op de cliënten te garanderen o.a. kunnen luisteren, serieus nemen van cliënt, verstaanbaar communiceren, spreken vanuit de "ik-boodschap, kritisch omgaan met regels, ruimte geven/zelfstandigheid stimuleren, niet alles invullen i.p.v. cliënt, inspraak geven enz. Ook in de visietekst m.b.t. relaties en seksualiteit zijn een aantal concrete handvaten voor begeleiders opgenomen. Bij de aanwerving doet men een situatieschets GOG en tracht men te polsen bij de kandidaten naar hun houding.	

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 zijn een aantal huisregels die ook besproken werden op de cliëntvergadering o.a. kloppen voordat je binnenloopt op een kamer, kamer is privéterrein enkel toegankelijk indien cliënten toestemming geven aan elkaar, na 23 u niet meer bij elkaar op de kamer, cameratoezicht op de gangen, deuren sluiten van toilet badkamer bij gebruik, niet in ongepaste kledij van kamer naar badkamer lopen enz.

3.2.3 Vaststellingen op basis van rondgang

Leefgroep 2 heeft een grote gemeenschappelijke living met een keuken.

Communicatie wordt ondersteund via picto's (aan toiletten, badkamer, picto-takenschema enz.).

Alle gebruikers hebben een individuele kamer met lavabo.

Ook in de aanleunwoning hebben alle cliënten een eigen kamer.

De gemeenschappelijke toiletten en toiletten zijn uitgerust met een draaislot.

Gebruikers mogen een sleutel hebben van hun kamerdeur. Slechts een paar cliënten maken hier gebruik van.

In de gangen is er cameratoezicht. Cliënten weten dit en "nachtelijke wandelingen" die geen toiletbezoek zijn, worden besproken met hen.

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 visietekst vormt geen coherent geheel. Sommige delen zijn schijnbaar in tegenspraak met elkaar en vragen om verduidelijking.
- De visietekst inzake seksualiteit is onvoldoende op maat van de doelgroep(en) uitgewerkt. Seksuele hulpverlening, gebruik van sociale media zijn er niet duidelijk in opgenomen terwijl uit de praktijkbevraging blijkt dat dit wel degelijk issues zijn in de hulpverlening.
- Relatievorming, seksualiteit, lichamelijk welbevinden,... komen in sommige dossiers onvoldoende aan bod. Het luik seksualiteit is weinig of niet gedocumenteerd in sommige IDO's.
- De organisatie beschikt over weinig materiaal waardoor het thema gemakkelijker bespreekbaar is met de doelgroep.

4 COMMUNICATIE OVER HET ONTWIKKELDE BELEID

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

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| x | directie en staf | Werken de beleidsdocumenten uit en keuren ze finaal goed. |
| x | begeleiders | Worden van alle wijzigingen op de hoogte gehouden via de teamvergadering.
De juiste versie van de documenten bevinden zich in Lexicon van Zorg online.
Voor nieuwe medewerkers wordt er gewerkt met een checklist. Doornemen van het kwaliteitshandboek maakt deel uit van de checklist (eerder zelfstudie). Na 1 maand wordt er met de teambegeleider overlopen of alles gesnapt werd, of er nog vragen zijn. |
| x | gebruikers zelf | Komt aan bod op caseniveau.
Sommige thema's worden besproken op de cliëntvergadering. Er zijn een aantal huisregels die verband houden met de visietekst. |
| x | vertegenwoordigers van de gebruikers | Alle beleidsdocumenten staan op de website. Alle visieteksten worden geagendeerd op de cliëntenraad. |
| x | inrichtende macht van de organisatie | Alle documenten worden door de directie geagendeerd op de Raad van Bestuur. |
| | andere, namelijk: | |

Bij een nieuwe opname gebeurt de communicatie als volgt: Krijgen de visieteksten bij opname en er wordt verwezen naar de website.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten genoteerd.

5 DESKUNDIGHEID VAN MEDEWERKERS

Medewerkers krijgen vorming rond omgaan met seksualiteit, seksuele ontwikkeling,...	Deels
<p>Concrete voorbeelden zijn: Uit gesprek met directie: In 2017 werd er interne vorming rond seksualiteit gegeven door Aditi. 2 begeleiders en pedagoog volgden recent "lichamelijkheid in de zorg"</p> <p>Uit gesprek met begeleiders: 1 van de begeleiders volgde de vorming van Aditi. Begeleiders geven aan dat zij beroep doen op de pedagoog indien ze met vragen zitten en de teamvergadering is voor hen een vorm van inservicetraining. Vorming rond veilig gebruik van internet, veilig surfen enz. vinden ze wel aangewezen.</p>	
Medewerkers zijn deskundig op vlak van omgaan met grensoverschrijdend gedrag	Deels
<p>Concrete voorbeelden zijn: Uit gesprek met directie: In 2014 werd er een inservicetraining rond de procedure GOG gegeven. De recente bijsturing van de procedure werd ook op de teamvergadering geagendeerd. In het kader van het agressiebeleid is er wel vorming gepland m.n. veiligheidstechnieken in Sint Oda.</p> <p>Uit gesprek met begeleiders: Idem.</p>	
Er is een aanspreekpunt bij wie medewerkers terecht kunnen met vragen, problemen, eventuele vermoeden,...	Ja
<p>Uit gesprek met directie: Teambegeleider, pedagoog, eventueel directie bij schade, zullen de betrokken medewerker opzoeken na een incident. De maatschappelijk werker is officieel vertrouwenspersoon. Preventieadviseur IDEWE.</p> <p>Uit gesprek met begeleiders: Begeleiders zullen eerst de andere collega's, teambegeleider en pedagoog aanspreken.</p>	

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

AANDACHTSPUNTEN

- Medewerkers krijgen slechts in beperkte mate vorming rond:
 - omgaan met seksualiteit, seksuele ontwikkeling,...
 - preventie van (seksueel) grensoverschrijdend gedrag.
 - het herkennen van (seksueel) grensoverschrijdend gedrag.
- Nieuwe medewerkers krijgen slechts in beperkte mate vorming rond het beleid en de visie van de eigen organisatie. Men verwacht veel van zelfstudie.

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	Ja
Afzondering in de kamer (slotvast)	Ja
Crisismedicatie wordt toegediend	Ja
Gedragsregulerende medicatie wordt structureel toegediend	Ja
Fixatie	Ja
Andere	Verpleegdeken Bedsponden Voorzettafel Inclineren rolstoel als comfort Zweedse band in zetel Cameratoezicht

Toelichting:

Er is een document rond vrijheidsbeperkende maatregelen opgenomen in het kwaliteitshandboek.

De manier waarop de vertegenwoordiger op de hoogte wordt gebracht is opgenomen in dit document.

De orthopedagoog registreert alle VBM's in de individuele dienstverleningsovereenkomst. Er wordt weergegeven welke maatregel wordt toegepast en wat de motivatie hiervoor is.

De concrete toepassing van de maatregel wordt verwoord in de rubriek in het handelingsplan waar het bij hoort (tijdstip, wijze waarop,...).

Er zijn richtlijnen opgenomen voor gebruik en registratie van tijdelijke afzondering, cameragebruik, gebruik van een Zweedse riem en gedragsmedicatie.

6.2 ANDERE

/

7 BESLUIT

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Aantal nieuwe tekorten	0
Aantal aandachtspunten	11

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

POSITIEVE PUNTEN

De voorziening is aantoonbaar aan de slag gegaan met belangrijke thema's als omgaan met grensoverschrijdend gedrag, seksualiteit, ... Er werden heel wat documenten ter zake uitgewerkt. Deze kunnen nog beter op elkaar worden afgesteld en waar mogelijk geclusterd.

Er is een positieve visie rond seksualiteitsbeleving en dit kon aan de hand van een aantal cases in de praktijk worden geïllustreerd. De visietekst en de registraties in de zorgplannen kunnen nog op een aantal punten worden bijgestuurd.

De afspraken rond omgaan met grensoverschrijdend gedrag in de praktijk worden goed toegepast. Het afwegingskader dat de voorziening hanteert is nog voor verbetering vatbaar.

VASTGESTELDE TEKORTEN DIE AANLEIDING GEVEN TOT EEN OPVOLGINGSINSPECTIE

Geen

Martine Vandenhoeck
inspecteur