

**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 GEHANDICAPTENZORG:
INCIDENT (SEKSUEEL) GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG**
////////////////////////////////////

Versie 24 december 2018

INSPECTIEPUNT	
Naam	Tordale
Adres	Bruggestraat 39 te 8820 Torhout
Telefoon	
Fax	
E-mail	Bart.deceuninck@tordale.be
Dossiernummer	

INRICHTENDE MACHT	
Naam	Huize Tordale
Juridische vorm	vzw
Ondernemingsnummer	0429649325
Adres	Bruggestraat 39 te 8820 Torhout
Telefoon	
Fax	

UITBATINGSPLAATS	
Naam	Bielzen
Adres	Bruggestraat 47/1-6 te 8820 Torhout

OPDRACHT	
Nummer	O-2019-ELST-0097
Datum	13 februari 2019
Inspecteur(s)	Koenraad Janssens

VERSLAG	
Nummer	V-2019-KOJA-0024
Datum verslag	5 april 2019
Datum laatste vaststelling	11 maart 2019

INSPECTIEBEZOEK	
Soort	Aangekondigd bezoek op 5 maart 2019 (9 – 16u)
Gesprekspartners	Bart Deceuninck, kwaliteitscoördinator Eva Storme, pedagoog

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

Vanaf 1 januari 2019 zullen onze inspecties en bijhorende inspectieverslagen verlopen conform de bepalingen uit het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid (B.S 21 februari 2018).

De niet naleving van de regelgeving door actoren in de zorg of zorggebruikers wordt gedefinieerd als een 'inbreuk', hieronder is ook te verstaan: non-conformiteit, niet-conform, tekortkoming, tekort, onvoldoende, afwijking en onregelmatigheid.

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.

Wat komt bij deze inspectie aan bod?

Deze inspectie vindt plaats naar aanleiding van een recent incident van (seksueel) grensoverschrijdend gedrag dat zich in de organisatie voordeed en gemeld werd aan het VAPH, zoals dit wordt verwacht volgens de richtlijnen opgenomen in de omzendbrief van 9 augustus 2012.

De focus ligt op de hulp- en dienstverlening en communicatie van de organisatie, zowel op preventief als curatief vlak.

Bij de inspecties wordt uitgegaan van volgende principes:

1. De organisatie 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 seksualiteit.
2. De organisatie 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, communiceert de organisatie op gepaste wijze met de wettelijk vertegenwoordiger of betrokken familieleden, de andere gebruikers,...
4. Bij een incident heeft de organisatie aandacht voor de nazorg voor het slachtoffer, de gebruiker die grensoverschrijdend gedrag heeft gesteld, andere betrokkenen,...
5. De organisatie heeft interne afspraken over registratie van incidenten, met inbegrip van afspraken over het melden van incidenten aan het centraal meldpunt voor grensoverschrijdend gedrag bij het VAPH.
6. Het eigen beleid op vlak van omgaan met grensoverschrijdend gedrag wordt gecommuniceerd naar alle relevante actoren en maakt deel uit van de zelfevaluatie.

Met beleid wordt zowel de visie-ontwikkeling bedoeld, vastgelegd in referentiekaders, procedures,... als de werking in de praktijk.

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.

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.

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).

Meer uitleg over de opdracht van Zorginspectie en de verschillende soorten inspecties kunt u nalezen op www.zorginspectie.be

1 GEGEVENS VAN DE ORGANISATIE

Aantal gebruikers dat in totaal begeleid wordt:

	< 30
	30 – 50
	51 – 100
	100 – 250
X	+ 250

Toelichting:

Volgende functies worden aangeboden:

	Meerderjarigen
X	individuele ondersteuning
X	dagondersteuning
X	woonondersteuning
X	rechtstreeks toegankelijke hulp
	Minderjarigen
X	begeleiding
X	schoolaanvullende dagopvang
X	schoolvervangende dagopvang
X	Verblijf
	diagnostiek
X	rechtstreeks toegankelijke hulp
	Andere, namelijk:

De gebruikers hebben als hoofdhandicap:

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

Het inspectiebezoek gaat door op volgende locatie:

Biels 3

Doelgroep van de gebruikers op deze locatie:

	minderjarig <12j	X	mentale handicap
X	minderjarig >12j		motorische handicap
X	meerderjarigen		Autisme
			niet aangeboren hersenletsel
		X	gedrags- en emotionele stoornis
			sensoriële handicap
			Meervoudige handicap
			Andere, namelijk

2 BESCHRIJVING VAN HET INCIDENT

Volgens beschrijving in het meldingsformulier dat aan het VAPH bezorgd werd, gaat het om een situatie van zware fysieke agressie van een bewoner ten aanzien van een medebewoner. De pleger is halfbroer van het slachtoffer.

Feiten gebeurden op weg naar school (op terrein van de voorziening). Deze jongeren mochten zelfstandig naar school gaan. Pleger was 18+, slachtoffer was 17 toen (inmiddels 18 geworden). Een begeleider zou het gezien hebben en er zou fysiek zijn tussengekomen om beiden te scheiden.

Volgens verklaring van pleger en zoals geregistreerd in logboek zou slachtoffer de pleger beschuldigd hebben van seksuele handelingen bij familie en kennissen. Dit zou de reden zijn waarom hij haar aanviel op het moment dat beide elkaar ontmoetten toen ze naar school gingen.

3 RELEVANTE DOSSIERGEGEVENS

Pleger:

Verschillende eerdere agressie incidenten naar materiaal en personen, was reeds besproken met de ouders. Geen aanwijzingen van conflicten met halfzus (voor opname was er geen contact tussen beide). Heeft wel overdreven rechtvaardigheidsgevoel wat tot heftige reacties leidt.

Slachtoffer

Wisten dat zij regelmatig mensen beschuldigde van SGOG (naaktfoto's sturen, betasten, ...). Stuurde bijvoorbeeld zelf selfies om dan te zeggen dat de ander dat getoond had. Uit onderzoek is vaak gebleken dat het om valse beschuldigingen gaat.

Deze persoon werd mede omwille van deze problematiek ook door het CAW begeleid, naast de aandacht voor deze problematiek in het kader van de begeleiding binnen de voorziening.

4 REACTIE VAN DE ORGANISATIE

4.1 TEN AANZIEN VAN HET SLACHTOFFER

Onmiddellijke reactie feitelijk na de feiten ten aanzien van het slachtoffer is niet aantoonbaar, ook niet wat medische zorgen betreft. Dit wordt vooral veroorzaakt door een gebrekkig registratiesysteem zoals dat op het moment van de feiten in gebruik was (reeds beschreven in inspectieverslag V-2019-KOJA-0023, opgemaakt naar aanleiding van een ander incident grensoverschrijdend gedrag dat tijdens ditzelfde inspectiebezoek werd onderzocht). Dit probleem is inmiddels verholpen na aanpassing van het registratiesysteem.

Het slachtoffer is op 14/5 (het incident heeft zich voorgedaan op 2/5) wel naar de politie gegaan samen met begeleiding. Er werd een PV opgemaakt (nummer BG.43.L9.003581/2018). De voorziening heeft geen kopie van dit PV.

De feiten zijn door de voorziening wel doorgegeven aan de begeleidster bij het CAW (waar met het slachtoffer specifiek gewerkt werd in functie van gebruik sociale media, seksualiteit en relaties, ...)

Sinds haar 18^e verjaardag heeft deze jongere de voorziening verlaten, al komt ze wel nog naar de school. De voorziening heeft dus geen zicht op verdere opvolging.

4.2 TEN AANZIEN VAN DE (VERMOEDELIJKE) PLEGER

Onmiddellijk naar de leefgroep gebracht en in gesprek met begeleiding zijn verhaal gedaan, vnl. met betrekking tot de oorzaak van de feiten (verspreiden van valse geruchten met betrekking tot seksuele handelingen bij familieleden en vrienden om hem in diskrediet te brengen, wat door hem als extreem onrechtvaardig beschouwd werd).

Intern werd beslist over te gaan tot tijdelijke schorsing. Aangezien het wel de bedoeling was de zorg nadien weer op te nemen en er ook in de thuissituatie gekende problemen waren met de gebruiker, heeft men onmiddellijk gezocht naar een time-out met aangepaste begeleiding en zorg.

De dag na de feiten is de plegger opgenomen in psychiatrie voor aangepaste behandeling, doch deze opname werd vroegtijdig afgebroken na een daad van agressie ten aanzien van de verpleging. Gezien de lopende schorsing is de jongere nadien dus terug naar huis gegaan.

Uiteindelijk hebben de ouders beslist om de opname in de voorziening eenzijdig te beëindigen, en werd de zorg dus definitief beëindigd (opzegging gedateerd op 25/5)

4.3 TEN AANZIEN VAN ANDERE GEBRUIKERS

Mede om het veiligheidsgevoel in de leefgroep te herstellen is tot een tijdelijke schorsing overgegaan. De andere gebruikers werden geïnformeerd over deze beslissing, maar niet over de feiten die aan de basis lagen van de beslissing, dit in functie van de privacy van betrokkenen.

4.4 TEN AANZIEN VAN WETTELIJK VERTEGENWOORDIGER EN/OF FAMILIELEDEN

Slachtoffer

Mama is telefonisch geïnformeerd. Zij was in eerste instantie geschrokken en kwaad naar de plegger en diens context toe. Alle ondernomen stappen uitgelegd, inclusief melding bij politie en CAW. Mama beseft wel wat de problemen van haar dochter zijn, aanvaardt de toelichting die de voorziening geeft om de feiten te kaderen.

Pleger

Na eerdere problemen thuis, zagen de ouders (mama en stiefpapa) de opname in Tordale een beetje als een laatste kans voor de pleger. Toen ze geïnformeerd werden over de feiten, overheerste dan ook in eerste instantie de schrik voor wat kon gebeuren mocht hij weer naar huis komen.

Met beiden was overeen gekomen een time-out in psychiatrie te zoeken en tijdens de verwijderingsperiode uit de voorziening samen met hen te werken aan een gedragscontract dat aan de jongere ter ondertekening voorgelegd zou worden.

Het vroegtijdige ontslag uit de psychiatrie heeft deze planning doorkruist en de pleger kwam dus weer thuis wonen tijdens de rest van de schorsingsperiode.

Uiteindelijk hebben de ouders aan de voorziening te kennen gegeven dat zij de opname wensten te beëindigen.

4.5 TEN AANZIEN VAN BETROKKEN DERDEN, EXTERNE ZORGVERLENERS OF DIENSTEN

CAW: geïnformeerd over de feiten. Ook voorheen was er reeds regelmatig overleg met de begeleidster van het CAW over de evolutie bij het slachtoffer.

De school is enkel geïnformeerd over de feiten en de beslissing tot tijdelijke schorsing.

Een externe psychiatrische voorziening werd bereid gevonden tot opname en begeleiding tijdens de duur van de tijdelijke schorsing. Zij hebben de noodzakelijke informatie ontvangen met betrekking tot de problematiek van de jongere. Een agressie-incident was voor deze voorziening echter voldoende reden om de opname per onmiddellijk te beëindigen.

4.6 TEN AANZIEN VAN HET PERSONEEL

Het team is rechtstreeks betrokken bij de oorspronkelijke beslissing tot schorsing.

4.7 EXTERNE COMMUNICATIE

Behoudens eerder beschreven contacten met derden werd geen externe communicatie gevoerd met betrekking tot dit incident.

CONCLUSIE:

De aanpak van de zorgaanbieder geeft voldoende invulling aan principes 2 tot en met 4 zoals geformuleerd in de leeswijzer.	ja
De aanpak is voldoende verankerd in de procedure preventie van, detectie van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers.	ja

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

TEKORTEN

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten genoteerd.

5 MOGELIJKE RANDFACTOREN

De infrastructuur is voor verbetering vatbaar, en kan mogelijk mede verklaren waarom het besproken incident kon plaatsvinden	nee
Andere: Het registratiesysteem op het moment van de feiten voldeed niet, waardoor een aantal zaken niet aantoonbaar waren. Aan dit euvel is inmiddels verholpen.	ja

Toelichting:

Zoals reeds aangegeven in het inspectieverslag V-2019-KOJA 0023, voldeed het interne registratiesysteem voor incidenten grensoverschrijdend gedrag niet, en werd de opvolging verspreid geregistreerd op verschillende plaatsen. Hieraan is inmiddels wel reeds een corrigerende maatregel gekoppeld.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

TEKORTEN

Er werden geen tekorten vastgesteld.

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten genoteerd.

6 GEBRUIK VAN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN NAAR AANLEIDING VAN GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Er wordt naar aanleiding van dit incident gebruik gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen	nee
---	-----

Toelichting:

Er is enkel beslist over te gaan tot een tijdelijke schorsing van de jongere. Dergelijke maatregel is zeker vrijheidsbeperkend, maar valt niet onder de scope van wat onder deze rubriek als vrijheidsbeperkende maatregel bedoeld wordt.

7 RELEVANTE ELEMENTEN UIT VORIGE INSPECTIES

/

8 ZELFEVALUATIE

Toelichting bij de manier waarop registraties van grensoverschrijdend gedrag aan bod komen bij zelfevaluatie:

Werkgroep GOG

Er wordt jaarlijks een volledig overzicht gemaakt van alle geregistreerde situaties van grensoverschrijdend gedrag. De cijfers betreffen de volledige werking van de organisatie, dus zowel meerderjarigen als minderjarigenzorg.

In deze rapporten worden ook reeds een aantal analyses van de cijfers, opsplitsing GOG en SGOG, betrokken afdeling/leefgroep, soort GOG, impact op betrokken personeelsleden, opsplitsing naar agressor, ...

Deze systematiek bestaat reeds sinds meerdere jaren (cijfers vanaf 2013), en in het laatste rapport kan reeds beperkt de impact afgelezen worden van het verbeterde registratiesysteem.

Het rapport doet steeds een voorstel tot te nemen maatregelen met actieplanning.

Het rapport wordt naderhand besproken op de directieraad en op het comité voor preventie en bescherming van de werknemers. Dit laatste is zeker belangrijk daar uit de cijfers naar voor komt dat over al deze jaren heen bij 81 tot 90% van alle geregistreerde incidenten personeelsleden slachtoffer waren van de agressie.

Voor vrijheidsbeperkende maatregelen en het interventieteam geldt eenzelfde procedure. Met het aangepaste registratiesysteem vanaf medio 2018 is wel beslist om vanaf de evaluatie na het schooljaar 2018-2019 tot één enkel verslag te komen dat deze drie onderwerpen behandelt. Dit zal ongetwijfeld perspectieven openen naar een meer verfijnde analyse van de beschikbare gegevens toe.

Corrigerende maatregelen zijn het resultaat van deze werking. Zo wordt tijdens het inspectiebezoek gewezen op:

- aanpassing van het registratiesysteem,
- uitbreiding van de vormen agressiebeheersing, ... naar alle leefgroepen,
- bij het aanbieden van vormen niet enkel aandacht voor nieuwe medewerkers, maar eveneens voor het opfrissen van de kennis bij bestaande medewerkers,
- bijkomende vorming rond herstelgericht werken,
- verder inzetten op het gebruik van signaleringsplannen.

Toelichting bij de zelfevaluatie naar aanleiding van dit incident:

De gegevens van dit incident, net zoals van het incident dat onderzocht werd in verslag V-2019-KOJA-0023, zijn meegenomen in de cijfers die terug te vinden zijn in het meest recente evaluatieverslag 2017-2018. In deze beide beschreven situaties kan als enige corrigerende maatregel op organisatieniveau geweest worden naar het aangepaste registratiesysteem. Specifieke corrigerende maatregelen waren in de onderzochte casussen niet noodzakelijk.

Registratie van grensoverschrijdend gedrag komt aan bod bij zelfevaluatie	ja
Het incident en de reactie hierop zijn geëvalueerd, of de zorgaanbieder kan aantonen dat dit voorzien is	ja
De elementen van het beleid werden aangepast (of een aanpassing is voorzien) als gevolg van deze zelfevaluatie	ja

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

AANDACHTSPUNTEN

Er werden geen aandachtspunten genoteerd.

9 ALGEMEEN BELEID OP VLAK VAN GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Met betrekking tot dit onderwerp kan verwezen worden naar het thematisch inspectiebezoek met betrekking tot deze onderwerpen (verslag V-2016-CHMA-0034). Er zijn geen op te volgen vaststellingen uit dit inspectiebezoek naar voor gekomen.

10 BIJKOMENDE VASTSTELLINGEN

Tijdens het inspectiebezoek wordt eveneens stilgestaan bij het grote aantal meldingen van incidenten GOG bij het meldpunt VAPH. Zorginspectie doet hierbij twee vaststellingen:

1. Gehanteerde criteria:

Rekening houdend met de bepalingen van de omzendbrief van 9 augustus 2012 en op basis van wat in het meldingsformulier vermeld wordt, kan zeker de vraag gesteld worden of een aantal meldingen niet eerder als een vorm van grensoverschrijdend gedrag beschouwd moeten worden waarvoor een pedagogische aanpak eerder aangewezen is. In dergelijke situaties is interne registratie en opvolging van de feiten ongetwijfeld verantwoord, maar melding bij het VAPH overbodig.

Hierop antwoordt de voorziening dat het de bedoeling is om voortaan de beslissing tot al dan niet melden te centraliseren bij de verantwoordelijke voor grensoverschrijdend gedrag, en niet langer bij de verantwoordelijke voor de locatie waar de feiten zicht voordoen.

2. Gebruik van het meldingsformulier

In eerste instantie stelt Zorginspectie vast dat voor de meldingen bij het meldpunt een oude – en dus onvolledige - versie van het meldingsformulier gebruikt wordt.

In tweede instantie wordt het meldingsformulier in sommige gevallen slechts zo beperkt ingevuld dat het onmogelijk is voor de behandelaar van het dossier een correcte risico-inschatting te maken van de feiten. Zorginspectie heeft begrip voor het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van betrokken gebruikers, maar wijst er wel op dat alle rubrieken in het formulier ingevuld dienen te worden (voor zover van toepassing) waarbij door middel van anonimiseren van de gebeurtenissen en verwijzing naar personen voldoende waarborgen geboden kunnen worden voor de bescherming van de privacy.

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

AANDACHTSPUNTEN

De voorziening dient in het kader tot verplichte melding van feiten van grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers bij het meldpunt GOG van het VAPH een aantal zaken bij te sturen aan de interne werking:

- er dient een eenvormig beleid te zijn in zake de criteria die aanleiding geven tot het al dan niet melden van een incident bij het meldpunt,
- bij de melding aan het VAPH dient het correcte formulier gebruikt te worden,
- het formulier dat ingediend wordt dient zo volledig als mogelijk ingevuld te zijn. Het is daarbij aangewezen de gevraagde omschrijvingen zo te formuleren dat de privacy van betrokkenen gewaarborgd blijft.

11 BESLUIT

SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

Aantal tekorten	0
Aantal aandachtspunten	1

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

VASTGESTELDE TEKORTEN DIE AANLEIDING GEVEN TOT EEN OPVOLGINGSINSPECTIE

/

Koenraad Janssens
inspecteur