



# LEESWIJZER

## Onze opdracht

In het kader van de transitie van de 8 Internaten met Permanente Openstelling (IPO) van het beleidsdomein Onderwijs naar het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin wordt aan Zorginspectie en de Onderwijsinspectie een gezamenlijke inspectieopdracht gegeven die focust op:

- het uitgewerkte kwaliteitsbeleid
- de rechtspositie van de minderjarigen in de integrale jeugdhulp
- de aanpak van grensoverschrijdend gedrag (gog)

Deze inspecties zijn een vervolg op de eerdere zogenaamde nulmetingen uit 2013 die doorgingen in de voormalige opvangcentra.

## Wat leest u in het verslag?

Dit verslag bundelt de inspectievaststellingen en is geschreven vanuit een begeleidingsperspectief. Per bevroegd item wordt beschreven hoe de praktijk in elkaar zit zoals die kon worden vastgesteld tijdens het inspectiebezoek. De vaststellingen zijn gebaseerd op geconsulteerde dossiers en documenten, een rondgang en gesprekken met leidinggevenden, medewerkers en kinderen en jongeren die in het IPO verblijven. Per rubriek wordt aangegeven wat de sterke punten en wat de werkpunten zijn.

De toegepaste regelgeving is de volgende:

- Decreet van 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp
- Het Besluit van de Vlaamse Regering van 13 juli 1994 inzake de erkenningsvoorwaarden en subsidienormen voor de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand, zoals gewijzigd.

Concreet komen volgende luiken aan bod:

### 1. Organisatie en werking van het IPO

Elke organisatie krijgt hier de mogelijkheid om zich zeer beknopt voor te stellen.

Door middel van een aantal vragen over de doelgroep, de concrete werking, de interne organisatie en externe samenwerking wil inspectie in een notendop zicht krijgen op de werking van het IPO.

### 2. Infrastructuur

Voor wat betreft de infrastructuur wordt door middel van een rondgang door de organisatie nagegaan of deze op de cruciale aspecten aan een aantal minimumvoorwaarden voldoet.

### 3. Kwaliteitsbeleid

Alle IPO's moeten een kwaliteitsbeleid voeren volgens het kwaliteitskader uitgewerkt door het Agentschap Jongerenwelzijn. Voor wat betreft het deel "kwaliteitszorg" wordt een stand van zaken opgemaakt.

### 4. Decreet rechtspositie minderjarigen: stand van zaken

Elke organisatie actief binnen de jeugdhulp moet werk maken van een beleid dat invulling geeft aan de rechten van de minderjarige zoals vastgelegd in het Decreet Rechtspositie Minderjarigen.

Volgende rechten komen aan bod:

- Recht op informatie en duidelijke communicatie
- Recht op inspraak en participatie
- Klachtenrecht
- Recht op privacy
- Recht op een dossier
- Recht op een menswaardige behandeling

#### 5. Aanpak van grensoverschrijdend gedrag

Een laatste thema dat aan bod komt, heeft betrekking op het beleid en de praktijk op vlak van de aanpak van grensoverschrijdend gedrag, seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksualiteit.

#### 6. Besluit

In het besluit wordt genoteerd of gevolg wordt gegeven aan de aanbevelingen van het gecoördineerde rapport over de nulmetingen en in voorkomend geval de nulmeting van het voormalige opvangcentrum.

# 1 ORGANISATIE EN WERKING VAN HET IPO

## 1.1 Situering van de doelgroep

- capaciteit; aandeel (quasi) permanente verblijvers
- doelgroep (problematiek)
- leeftijd
- aantal leefgroepen

## 1.2 Organogram, overleg en externe samenwerking

- Organogram: aansturing, dagelijkse leiding
- Hoe gebeurt het opvolgen, coachen en evalueren van personeel?
- Belangrijkste interne overlegorganen? Focus op overleg met internaat: wie, hoe aangestuurd?
- Communicatie jeugdrechtbank, overleg ouders: wie doet wat? Eigen visie hierop, afspraken met internaat?
- In welke mate is er aandacht voor het aangaan van samenwerkingsverbanden met:
  - o Pleegzorg:
  - o Bijzondere jeugdzorg:
  - o Voorzieningen VAPH:
  - o Andere:

Gaat het om structurele of casuïstische samenwerking?

Wat houdt de samenwerking concreet in (peilt naar verhogen van deskundigheid)?

## 1.3 Concrete werking

- wanneer concreet IPO-werking (van... tot... + vakantie)?
- wat betekent de omschakeling naar IPO concreet voor de kinderen?
  - verhuizen naar andere kamer?
  - andere infrastructuur?
  - andere leefgroep?
  - welke criteria om leefgroepen in te delen?
- hoelang op voorhand zicht op aantal kinderen dat in IPO zal verblijven?
- hoe gebeurt de overdracht op individueel niveau?
- hoe komt men tot een bepaald dagprogramma? (wat is de visie daarop?)
- wat wordt aangeboden qua activiteiten? Buiten de muren van het IPO?
- Sluiten de activiteiten aan bij of vertonen ze een breuk met de activiteiten binnen het internaat?
- Is er voor de pubers aandacht voor een aanbod dat aansluit op doorgroeien naar zelfstandigheid (bijvoorbeeld een vakantie of weekendjob,...?).
- hoe loopt de pedagogische aansturing, visie op kwaliteitsvolle en doelgerichte begeleiding?

### **SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN**

#### ***Sterke punten***

#### ***Werkpunten***

## 2 INFRASTRUCTUUR

1. kamers: individueel of gedeeld? Voldoende privacy? Kamers wisselgebruik?
2. sanitair: voldoende voor aantal gebruikers? Voldoende toegankelijk? Staat van onderhoud? Voldoende privacy?
3. gemeenschappelijke ruimtes: voldoende in aantal? Voldoende ruim? Huiselijk? Staat van onderhoud?
4. algemeen: voldoende evenwicht tussen mogelijkheid om zich terug te trekken maar ook voldoende toezicht?
5. buitenruimte

Algemeen: tegenindicaties veiligheid?

### **SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN**

***Sterke punten***

***Werkpunten***

### 3 KWALITEITSBELEID: STAND VAN ZAKEN

Het structureel overleg en de gecoördineerde uitwisseling met alle opvangcentra met het oog op de uitbouw van een gezamenlijk kwaliteitszorgsysteem is als volgt uitgevoerd:

De organisatie heeft een stand van zaken van het kwaliteitsbeleid, met focus op “kwaliteitszorg”, opgemaakt. Het IPO heeft het kwaliteitsverslag bezorgd aan Jongerenwelzijn. Voor de vier domeinen die samen het thema “kwaliteitszorg” vormen, werd tijdens de inspectie nagegaan of de groeiscore die de organisatie zichzelf heeft toegekend, kan bevestigd worden.

#### 3.1 ORGANISATIE EN VISIE

Groeiniveau gescoord door de voorziening:

Kwaliteitszorg: organisatie en visie		Vaststellingen gedaan rond:
0	De organisatie heeft geen visie op kwaliteitszorg.	
	De organisatie onderneemt geen acties om te komen tot een adequate kwaliteitszorg.	
1	Er is structureel overleg inzake de kwaliteitszorg van de organisatie	
	De organisatie heeft een basiskennis van de basisprincipes en modellen van integrale kwaliteitszorg.	
2	De organisatie heeft een personeelslid of personeelsleden die kwaliteitszorg als eindverantwoordelijkheid binnen het takenpakket heeft/hebben.	
	De organisatie heeft een visie op integrale kwaliteitszorg.	
	Integrale kwaliteitszorg beslaat minimaal volgende domeinen van de organisatie: leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen, kernprocessen, gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten.	
3	Kwaliteitszorg is geïntegreerd in de dagelijkse werking van alle activiteitencentra van de organisatie.	
	Alle elementen van kwaliteitszorg zijn op elkaar afgestemd en vormen een geheel.	
4	De organisatie evalueert systematisch de kwaliteitszorg en stuurt bij.	
	De organisatie legt minimaal de gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten samen in een synthese, die de basis vormt voor het bepalen van prioritaire verbetertrajecten.	
5	De organisatie benchmarkt zijn kwaliteitszorg en zelfevaluatie.	
	De organisatie heeft een kwaliteitscertificaat.	
	De organisatie maakt zijn kwaliteitszorg en zelfevaluatie actief kenbaar.	

Toelichting :

Besluit:

- De vaststellingen bevestigen het niveau x dat de organisatie zichzelf heeft toegekend op het vlak van de organisatie van en de visie op kwaliteitszorg.
- M.b.t. de organisatie van en de visie op kwaliteitszorg werden er vaststellingen gedaan rond alle indicatoren van niveau x, alsook rond (sommige) indicatoren van niveau y,z,p. De organisatie heeft zich niveau y toegekend, wat veronderstelt dat ....., wat niet kon worden vastgesteld bij inspectie.
- De vaststellingen bevestigen ook een (aantal) indicatoren van een hoger niveau/hogere niveaus.

## 3.2 BETROKKENHEID

Groei niveau gescoord door de voorziening:

<b>Kwaliteitszorg: betrokkenheid</b>		Vaststellingen gedaan rond:
0	Binnen de organisatie is er geen betrokkenheid inzake kwaliteitszorg.	
	De organisatie onderneemt geen acties om de betrokkenheid te vergroten.	
1	De organisatie betreft op ad hoc basis de directie en medewerkers.	
2	De organisatie betreft de medewerkers.	
	De organisatie betreft de bestuursorganen.	
3	Alle functiegroepen participeren in de kwaliteitszorg.	
	De organisatie bepaalt op een doordachte wijze waar de gebruiker bij de kwaliteitszorg betrokken wordt.	
	De organisatie bepaalt op een doordachte wijze waar de externe partners (verwijzers, andere hulpverleners,...) bij de kwaliteitszorg betrokken worden.	
	De bestuursorganen participeren in de kwaliteitszorg.	
4	De organisatie evalueert systematisch de wijze waarop de externe partners en de gebruikers betrokken worden en stuurt bij.	
5	De organisatie maakt de manier waarop de betrokkenen betrokken worden actief kenbaar.	

Toelichting :

Besluit:

- De vaststellingen bevestigen het niveau x dat de organisatie zichzelf heeft toegekend op het vlak van de betrokkenheid bij kwaliteitszorg.
- M.b.t. de betrokkenheid bij kwaliteitszorg werden er vaststellingen gedaan rond alle indicatoren van niveau x, alsook rond (sommige) indicatoren van niveau y,z,p. De organisatie heeft zich niveau y toegekend, wat veronderstelt dat ....., wat niet kon worden vastgesteld bij inspectie.
- De vaststellingen bevestigen ook een (aantal) indicatoren van een hoger niveau/hogere niveaus.



### 3.3 METHODIEKEN EN INSTRUMENTEN

Groeniveau gescoord door de voorziening:

<b>Kwaliteitszorg: methodieken en instrumenten</b>		Vaststellingen gedaan rond:
0	De organisatie hanteert geen methodieken noch instrumenten voor de kwaliteitszorg.	
1	De organisatie hanteert enkel ad hoc methodieken en instrumenten voor de kwaliteitszorg.	
2	De organisatie beschikt over een kwaliteitshandboek waarin een kwaliteitsbeleid is opgenomen.	
	De organisatie beschikt over een methodiek of instrument voor de zelfevaluatie.	
3	Het kwaliteitshandboek is gebruiksvriendelijk en bevat alle elementen volgens art.5§4 van het kwaliteitsdecreet.	
	Alle functiegroepen passen het kwaliteitshandboek toe.	
	De zelfevaluatie gebeurt op basis van een vooraf vastgelegde en gestandaardiseerde manier, waarin de PDCA-cyclus duidelijk aanwezig is en waarin minimaal volgende domeinen van de organisatie aan bod komen: leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen, kernprocessen, gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten.	
4	De organisatie evalueert systematisch de ingezette methodiek of instrument voor de zelfevaluatie en stuurt bij.	
	De organisatie evalueert systematisch het kwaliteitshandboek en stuurt bij.	
5	De organisatie onderneemt actief initiatieven voor kennisdeling van de gebruikte methodieken en instrumenten.	
	De organisatie vergelijkt zijn methodieken en instrumenten nationaal en internationaal.	
	De methodieken en instrumenten zijn gecertificeerd en/of wetenschappelijk onderbouwd.	

Toelichting :

<b>Gebuurkte methodiek(en) voor zelfevaluatie</b>	
Geen	
Kwaliteitskader BJZ	
Een ander instrument/methodiek	

Besluit:

- De vaststellingen bevestigen het niveau x dat de organisatie zichzelf heeft toegekend op het vlak van methodieken en instrumenten die bij de kwaliteitszorg worden ingezet.
- M.b.t. methodieken en instrumenten die bij de kwaliteitszorg worden ingezet werden er vaststellingen gedaan rond alle indicatoren van niveau x, alsook rond (sommige) indicatoren van niveau y,z,p. De organisatie heeft zich niveau y toegekend, wat veronderstelt dat ....., wat niet kon worden vastgesteld bij inspectie.
- De vaststellingen bevestigen ook een (aantal) indicatoren van een hoger niveau/hogere niveaus.

### 3.4 VERBETERTRAJECTEN

Groeiniveau gescoord door de voorziening:

<b>Kwaliteitszorg: verbetertraject</b>		Vaststellingen gedaan Rond:
0	De organisatie formuleert geen verbetertrajecten.	
1	De organisatie formuleert ad hoc verbetertrajecten.	
2	De organisatie ontwikkelt SMART-geformuleerde verbetertrajecten.	
	De organisatie informeert de medewerkers over de verbetertrajecten.	
3	De verbetertrajecten zijn SMART gedefinieerd en als dusdanig opgesteld dat de PDCA-cyclus herkenbaar is.	
	De organisatie stelt verantwoordelijken aan voor de uitvoering en voortgang per verbetertraject.	
	De organisatie overloopt systematisch minimaal volgende domeinen van een organisatie (leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen, kernprocessen, gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten) bij het bepalen van verbetertrajecten binnen het jaar- of meerjarenplan van de organisatie.	
	De organisatie communiceert de resultaten van de verbetertrajecten aan de betrokkenen.	
4	De organisatie voert de verbetertrajecten conform de planning uit, evalueert ze en stuurt bij.	
	De organisatie implementeert de resultaten van de verbetertrajecten in de werking van de organisatie en legt ze samen met andere beleidsrelevante informatie.	
	De organisatie borgt de bekomen resultaten van de verbetertrajecten in het kwaliteitshandboek	
5	De organisatie communiceert actief over de verbetertrajecten en de resultaten ervan.	

Toelichting:

Besluit:

- De vaststellingen bevestigen het niveau x dat de organisatie zichzelf heeft toegekend op het vlak van verbetertrajecten.
- M.b.t. verbetertrajecten werden er vaststellingen gedaan rond alle indicatoren van niveau x, alsook rond (sommige) indicatoren van niveau y,z,p. De organisatie heeft zich niveau y toegekend, wat veronderstelt dat ....., wat niet kon worden vastgesteld bij inspectie.
- De vaststellingen bevestigen ook een (aantal) indicatoren van een hoger niveau/hogere niveaus.

## **4 DECREET RECHTSPOSITIE MINDERJARIGEN: STAND VAN ZAKEN**

### **4.1 UITWERKEN VAN EEN BELEID INZAKE DECREET RECHTSPOSTIE MINDERJARIGEN**

- in welke mate is de invulling van de bepalingen DRM uitgewerkt in procedures?
- welk traject hiervoor gevolgd?
- gecommuniceerd naar medewerkers?
- vorming gevolgd?

### **4.2 RECHT OP INFORMATIE EN DUIDELIJKE COMMUNICATIE**

*Alle vragen zijn voor zowel jongere als medewerkers.*

Wordt nagegaan door in te gaan op onder meer leefregels en afspraken allerhande, de informatie die de minderjarige en zijn ouders hierover krijgen...

### **4.3 RECHT OP INSPRAAK EN PARTICIPATIE**

*Vragen voor zowel jongere als medewerkers.*

Wordt nagegaan door in te gaan op inspraak in het eigen dagelijkse leven binnen het IPO (bijvoorbeeld keuze activiteiten) en op inspraak via een vorm van collectief overleg.

*Vragen voor zowel pedagoog als jongere*

Wordt nagegaan door in te gaan op het thuisvervangende karakter van de leefgroep.

### **4.4 RECHT OP KLACHT**

*Alle vragen zijn voor zowel jongere als medewerkers.*

Wordt nagegaan door in te gaan op het indienen van klachten.

### **4.5 RECHT OP PRIVACY**

*Alle vragen zijn voor zowel jongere als medewerkers.*

Wordt nagegaan door in te gaan op verschillende aspecten van privacy (in de kamer, bezoek, verlaten centrum,...).

### **4.6 RECHT OP EEN DOSSIER**

*Vragen voor zowel pedagoog als jongere*

Wordt nagegaan door in te gaan op de eigenlijke dossiervorming en op het zicht op het dossier vanuit perspectief van de jongere..

## 4.7 RECHT OP EEN MENSWAARDIGE BEHANDELING

### 4.7.1 Sanctie- en beloningsbeleid

Alle vragen zijn voor zowel jongere als medewerkers.

Wordt nagegaan door in te gaan op het belonings-/bestraffingsbeleid van de organisatie.

### 4.7.2 Gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen

Er wordt gebruikt gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen	Ja/nee
Er wordt binnen de organisatie gebruik gemaakt van volgende vrijheidsbeperkende maatregelen:	
Afzondering in een time-outruimte	Ja/nee
Afzondering in de kamer (slotvast)	Ja/nee
Crisismedicatie wordt toegediend	Ja/nee
Gedragsregulerende medicatie wordt structureel toegediend	Ja/nee
Fixatie	Ja/nee
Andere	

Toelichting:

#### Indien er afgezonderd wordt:

De afzondering wordt geregistreerd	Ja/nee/deels
Het registratiesysteem bevat de volgende minimumvermeldingen:	
datum	Ja/nee/deels
identiteit	Ja/nee/deels
duur van de afzondering (tijdstip begin en einde)	Ja/nee/deels
reden	Ja/nee/deels
door wie	Ja/nee/deels
momenten van toezicht	Ja/nee/deels
Gebruik van afzondering wordt op regelmatige basis geëvalueerd met het oog op werken aan verbeterpunten (link met zelfevaluatie).	Ja/nee/deels

Toelichting:

#### Indien een afzonderingsruimte aanwezig is:

De time-out ruimte:	
bevindt zich op een plaats die vlot bereikbaar is.	Ja/nee
is zo ingericht zodat de gebruiker zich niet kan kwetsen.	Ja/nee
laat steeds toezicht van buitenaf toe.	Ja/nee
is uitgerust met een aan de gebruiker aangepaste tijdsaanduiding	Ja/nee

Toelichting:

## SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN

### *Sterke punten*

### *Werkpunten*

## 4.8 PRAKTIJKTOETS IN CASES

### *Vragen voor begeleiders*

We bekijken minstens 3 cases, te selecteren rekening houdend met de criteria. Criteria mogen gecombineerd worden.

Criteria voor steekproef van cases:

- 1 jong kind
- 1 puber
- 1 dossier waarin samenwerking aan de orde is
- 1 dossier van kinderen die (quasi) permanent verblijven
- 1 dossier van kind dat minimaal gebruik maakt van IPO
- 1 nieuwe opname

-Schets van de situatie van het kind en bijhorende aanpak

(wat is belangrijk in de begeleiding, aspecten van inspraak, samenspraak met internaat)

- Ruimere toets van de rechten op caseniveau: informeren, inspraak en participatie, menswaardige behandeling.

-Wat vind je hiervan terug in het dossier?

## 5 AANPAK VAN GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

### 5.1 ALGEMENE AANPAK VAN GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

De voorziening beschikt over een uitgeschreven procedure/referentiekader voor grensoverschrijdend gedrag	Ja/nee/deels
Elementen die aanwezig zijn in de procedure/referentiekader:	
Preventie	Ja/nee/deels
Detectie	Ja/nee/deels
Gepast reageren	Ja/nee/deels
Registratiesysteem	Ja/nee/deels
Melden aan overheid/inrichtende macht/...	Ja/nee/deels
Nazorg gebruiker	Ja/nee/deels
Nazorg medewerkers	Ja/nee/deels
Werden er incidenten geregistreerd?	Ja/nee
Worden de incidenten geëvalueerd en aangewend om de werking te verbeteren?	Ja/nee/nvt

Toelichting:

### 5.2 INTEGRAAL BELEID INZAKE RELATIONELE EN SEKSUELE VORMING

#### 5.2.1 Referentiekader inzake seksualiteit

Er is een visie, referentiekader uitgewerkt rond omgaan met seksualiteit.	Ja/nee/deels
De visie bevat een positief ontwikkelings- en belevingskader inzake seksualiteit.	Ja/nee/deels
De visie is leeftijdsadequaat.	Ja/nee/deels
De visie is ontwikkelingsadequaat.	Ja/nee/deels
De visie is op maat van doelgroep(en) uitgewerkt.	Ja/nee/deels
Het vlaggensysteem van Sensoa heeft een plaats in de visietekst	Ja/nee/deels

Toelichting:

#### 5.2.2 In de praktijk

Het integraal beleid inzake relationele en seksuele vorming krijgt een vertaling in het individuele begeleidingstraject van elke jongere.	Ja/nee/deels
---	--------------

Toelichting:

<b>Het integraal beleid inzake relationele en seksuele vorming krijgt een vertaling in de concrete hulpverlening:</b>	
in individuele gesprekken	
in groepsgesprekken	
in interne afspraken/huisregels	
in de samenstelling van de leefgroepen	
in de aanwezigheid van materialen/methodieken	

Toelichting:



<b>Het integraal beleid inzake relationele en seksuele vorming krijgt een vertaling in de deskundigheid(bewaking) van de medewerkers:</b>	
bij vorming	
bij introductie van nieuwe medewerkers	
bij ondersteuning en coaching	

Toelichting:

## **SAMENVATTING VAN DE VASTSTELLINGEN**

***Sterke punten***

***Werkpunten***

## **6 BESLUIT**

### **6.1 ALGEMEEN**

### **6.2 VOOR WAT BETREFT DE AANBEVELINGEN UIT DE NULMETING**

- 6.2.1 Respecteren van de rechten van de minderjarigen en het opzetten van een professionaliseringsbeleid hieromtrent**
- 6.2.2 Streven naar begeleiding op maat van het individuele kind**
- 6.2.3 Systematisch betrekken van de toeleverende internaten bij de handelingsplanning**
- 6.2.4 Aandacht voor pedagogische aansturing**
- 6.2.5 Opvolgen, evalueren en coachen van personeel**
- 6.2.6 Uitbouwen van een kwaliteitszorgsysteem via structureel overleg en gecoördineerde uitwisseling met alle IPO's**

### **6.3 VOOR WAT BETREFT DE VORIGE VASTSTELLINGEN BINNEN HET IPO**

De organisatie kreeg geen inspectiebezoek in 2013/2014.