
INSPECTIEVERSLAG: INITIATIEF VAN BESCHUT WONEN

INRICHTENDE MACHT

Naam

Type entiteit

Rechtsvorm

Ondernemingsnummer

Adres

INSPECTIEPUNT

Naam

HCO-nummer

Adres

Dossiernummer

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling

Verslagnummer

Inspecteurs

INSPECTIEBEZOEK

Naam inspectiepunt

Aangekondigde inspectie op xx/xx/xxxx (xx:xx-xx:xx)

Gesprekspartners

INHOUDSOPGAVE

Inhoudsopgave	2
1. Inleiding	3
1.1. Toezicht door Zorginspectie.....	3
1.2. Inspectiemethodiek	4
1.3. Inspectieverslag.....	6
2. Organisatie.....	7
2.1. Zorgaanbod	7
2.2. Instroombeleid	7
2.3. Samenvatting resultaten organisatie	9
2.3.1. Zoals verwacht	9
2.3.2. Inbreuken.....	9
3. Herstelondersteunende begeleiding	10
3.1. Beschikbaarheid zorggegevens	10
3.2. Begeleidingsplan	11
3.3. Crisisplan	13
3.4. Overdracht bij beëindiging begeleiding	15
3.5. Samenvatting resultaten herstelondersteunende begeleiding	17
3.5.1. Zoals verwacht	17
3.5.2. Inbreuken.....	17
4. Beleid en rechten.....	18
4.1. Participatie op beleidsniveau	18
4.2. SGOG en agressie	18
4.3. Klachtrecht	19
4.4. Begeleidings- en verblijfsovereenkomst	20
4.5. Samenvatting resultaten beleid en rechten.....	24
4.5.1. Zoals verwacht	24
4.5.2. Inbreuken.....	24
5. Besluit	26
5.1. Samenvatting en beoordeling	26
5.1.1. Aantal vaststellingen 'zoals verwacht' en aantal 'inbreuken'	26
5.1.2. Prioritaire inbreuken.....	27
5.2. Advies.....	27

1. INLEIDING

1.1. TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

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 subsidiëeringsfunctie. 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.

Binnen 30 dagen na de laatste vaststelling in het kader van het toezicht 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. De datum van de laatste vaststelling, die wordt gedefinieerd in artikel 13 van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, is te vinden op het voorblad van dit inspectieverslag.

De definitieve inspectieverslagen worden actief ter beschikking gesteld en zijn te vinden via <https://www.departementzorg.be/nl/inspectieverslagen-opzoeken-enof-opvragen-bij-zorginspectie>. Meer informatie is te vinden op de website van Zorginspectie: www.zorginspectie.be.

1.2. INSPECTIEMETHODIEK

Situering

In de voorbije periode heeft Zorginspectie meerdere inspectierondes uitgevoerd binnen de sector van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), meer specifiek in de:

- residentiële en ambulante revalidatievoorzieningen (2021-2024);
- centra voor geestelijke gezondheidszorg (eerste helft 2023);
- psychiatrische ziekenhuizen (2023-2024);
- psychiatrische verzorgingstehuizen (2025-2026).

Vanaf 2026 wordt een inspectieronde gepland in de initiatieven van beschut wonen (IBW).

Voor het toezicht op de sector van de IBW werd vóór 2015 gewerkt met een auditmethodiek op basis van een selectie van normen uit een sectorspecifiek referentiekader.

Tussen 2015 en 2020 werd zo'n organisatiebrede doorlichting gecombineerd met nalevingstoezicht en een zorggebruikersbevraging.

In 2021-2023 vonden er in de IBW thematische inspecties plaats in het kader van suïcidepreventie.

In 2024-2025 vonden in de IBW thematische inspecties plaats betreffende de arbeidsmatige activiteiten in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

In 2019 werd het referentiekader geactualiseerd. Sinds de laatste algemene doorlichtingen wijzigde het landschap van de IBW sterk door de evoluties in de sector en de schaalvergroting op vraag van de overheid. Dit vormde een extra motivatie om een nieuwe inspectieronde in IBW te organiseren.

Inspectieonderwerpen

Tijdens deze inspectieronde worden drie thema's gecontroleerd die verband houden met de kwaliteit van de zorg en/of de patiëntveiligheid, met name:

- organisatie;
- herstelondersteunende begeleiding;
- beleid en rechten.

Inspectieproces

- Ter voorbereiding van de inspectie wordt aan het IBW gevraagd om een aantal documenten vooraf ter beschikking te stellen.
- Elk erkend IBW wordt gedurende 1 werkdag bezocht op één van de aanloopadressen.
- Voor elk thema (uitgezonderd voor '2.1 zorgaanbod') worden maximaal twee teams, indien mogelijk uit verschillende aanloopadressen/regio's, per IBW geselecteerd.
- Om de aanwezigheid van de nodige medewerkers van het IBW te verzekeren en de zorggebruikers de mogelijkheid te geven om met Zorginspectie te spreken, gebeurt de inspectie semi-onaangekondigd. Dit betekent dat het IBW de werkdag voordien op de hoogte gebracht wordt van het bezoek.
- De inspectie heeft betrekking op IBW-begeleidingen en niet op PZT-begeleidingen (psychiatrische zorg in de thuissituatie) en activeringstrajecten.
- Voor het toezicht op de kwaliteit van de zorg baseert Zorginspectie zich zo veel mogelijk op objectief aantoonbare vaststellingen. Daarom vormen het zoeken van elementen in dossiers van zorggebruikers en het nagaan van geëxpliciteerde verwachtingen een belangrijk onderdeel van de inspectie. Uit respect voor de bescherming van de privacy van de zorggebruiker engageert Zorginspectie zich uitdrukkelijk tot het [zorgvuldig omgaan met persoons- en gezondheidsgegevens](#).
- Tijdens de inspecties is er aandacht voor de eigenheid en specificiteit van de voorzieningen. Naast de methodiek van een gestandaardiseerde bevraging worden daarom ook een aantal open vragen

gehanteerd. De standaardisering kadert binnen het streven van Zorginspectie naar een uniforme inspectiemethodiek voor alle voorzieningen.

- Voor elk onderwerp wordt ook in dialoog gegaan met medewerkers van de voorziening, enerzijds om de vaststellingen te valideren, anderzijds om aanvullende informatie te bekomen die de specifieke dagelijkse werking van deze voorziening beter in beeld kan brengen. Over bepaalde onderwerpen worden ook zorggebruikers bevestigd.
- Na alle inspecties wordt, op basis van de individuele verslagen, een beleidsrapport opgesteld dat een beeld geeft van de (kwaliteit van de) zorg in de IBW-sector.

Concrete aanpak

- De vaststellingen in dit verslag zijn gebaseerd op informatie verkregen tijdens inzage in documenten (bv. dossiers van zorggebruikers en procedures) en gesprekken met medewerkers en zorggebruikers.
- De controle van de dossiers gebeurde steeds centraal op het aanloopadres.
- Bij een IBW met meerdere teams worden de vaststellingen per team weergegeven in het verslag.

Inspectieplan

	Inspecteur 1	Inspecteur 2
9u - 9u30	Kennismaking en afspraken rond het verloop van de dag	
9u30 - 11u00	Organisatie, beleid en rechten	Herstelondersteunende begeleiding (afspraken en lopende dossiers)
11u00 - 12u30	Zorggebruikersbevraging	
12u30 - 13u30	Lunch en onderling overleg	
13u30 - 15u00	Overdracht bij beëindiging (afspraken en afgesloten dossiers)	Herstelondersteunende begeleiding (afspraken en lopende dossiers)
15u00 - 15u30	Overleg tussen inspecteurs	
15u30 - 16u00	Terugkoppeling, vragen en toelichting bij de vaststellingen	

Verwachtingskader

Bij deze inspectieronde baseert Zorginspectie zich op de regelgeving en het referentiekader dat geldt voor de initiatieven van beschut wonen:

- Overnamedecreet 2018: [Decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging;](#)
- Overnamebesluit 2018: [Besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging;](#)
- Referentiekader voor initiatieven van beschut wonen: [Referentiekader voor initiatieven van beschut wonen.](#)

Als een voorziening voor een bepaald onderwerp niet aan de verwachting voldoet, wordt dit als inbreuk benoemd. Zorginspectie handelt volgens de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het

overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, waarbij de term inbreuk wordt gebruikt voor het niet naleven van regelgeving of geformaliseerde afspraken (zoals een referentiekader).

Gezien een aantal factoren in de realiteit er kunnen voor zorgen dat een score van 100% niet steeds haalbaar is, wordt een inbreuk pas toegekend als een verwachting in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers kan aangetoond worden (m.u.v. de aanwezigheid van een begeleidingsplan). Als de steekproef minder dan 5 items omvat, leiden de resultaten niet tot een beoordeling.

Het is de bedoeling dat het IBW concreet aan de slag gaat met alle inspectievaststellingen. De afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg (ELGEZ) van het Departement Zorg staat in voor de opvolging van deze vaststellingen.

Uit alle mogelijke inbreuken binnen het hoofdstuk 'Herstelondersteunende begeleiding' werd een aantal inbreuken geselecteerd omwille van de mogelijke impact op patiëntveiligheid of essentiële kwaliteit van zorg. Deze inbreuken worden verder 'prioritaire inbreuken' genoemd. Bepaalde inbreuken worden pas prioritair als een hoger aantal vaststellingen niet volgens de verwachting is (zie hoofdstuk 5). Deze prioritaire inbreuken vereisen onmiddellijke remediëring door de voorziening en worden strikt opgevolgd door de afdeling ELGEZ.

1.3. INSPECTIEVERSLAG

Dit verslag bestaat uit 5 hoofdstukken. Na dit eerste inleidend hoofdstuk volgen 3 thematische hoofdstukken met inhoudelijke vaststellingen. In elk hoofdstuk worden de vaststellingen voorafgegaan door de betreffende verwachtingen (uit het referentiekader IBW en regelgeving) en door een beschrijving van de gevolgde werkwijze om tot de vaststellingen te komen. Elk hoofdstuk eindigt met een samenvatting van de resultaten waarbij de vaststellingen worden gecatalogeerd als 'zoals verwacht' of als 'inbreuken'.

Het verslag wordt afgesloten met een algemeen besluit. Hierin wordt een samenvatting en beoordeling gegeven van alle vaststellingen waaraan een verwachting is gekoppeld, het aantal 'zoals verwacht' en het aantal 'inbreuken'. Daarnaast wordt, indien van toepassing, hierbij een overzicht gegeven van de vastgestelde prioritaire inbreuken. Tenslotte volgt een advies van Zorginspectie aan zowel de voorziening als de afdeling ELGEZ.

2. ORGANISATIE

2.1. ZORGAANBOD

Werkwijze

Vóór en tijdens het inspectiebezoek werd op het centrale niveau informatie opgevraagd over de organisatie en het zorgaanbod van het IBW.

Vaststellingen

Overzicht van de erkende begeleidingscapaciteit en aantal begeleidingen op de dag van inspectie.

Erkende begeleidingscapaciteit	
Aantal zorggebruikers met een lopende begeleidingsovereenkomst (binnen de erkende begeleidingscapaciteit)	
Zorggebruikers die tijdelijk in het PZ zijn opgenomen zijn hier (niet) in opgenomen.	
Aantal begeleide zorggebruikers verblijvend in een collectieve woning aangeboden door het IBW	
Aantal begeleide zorggebruikers verblijvend in een individuele woning aangeboden door het IBW	
Aantal begeleide zorggebruikers verblijvend in een woning niet aangeboden door het IBW	

Het IBW heeft een bijkomende erkenning voor:

- activering;
- psychiatrische zorg in de thuissituatie (PZT).

Het IBW zet de middelen voor PZT op volgende manier in:

- preventie: [xx]
- begeleiding: [xx]

Het IBW werkt vanuit [xx] aanloopadressen: [xx].

De inspectie vond plaats op volgend aanloopadres: [xx].

Binnen het IBW zijn er [xx] teams. De teams zijn ingedeeld op basis van [xx].

Voor deze inspectie werden volgende twee teams geselecteerd: [xx].

2.2. INSTROOMBELEID

Verwachtingen uit referentiekader IBW

Het IBW beschikt over een instroomprocedure.

De instroomprocedure beschrijft hoe kandidaat-zorggebruikers zich kunnen aanmelden bij het IBW, hoe de zorgbehoeften van de kandidaat-zorggebruiker op een gestandaardiseerde en gestructureerde wijze in kaart worden gebracht, en hoe de toetsing aan de instroomcriteria verloopt.

Het IBW communiceert via een website of andere informatiedragers naar de kandidaat-zorggebruikers en de relevante partners binnen het netwerk geestelijke gezondheid omtrent:

- begeleidingsaanbod
- instroom
- doelgroepen
- ontslag
- doorstroom

Met de relevante partners binnen het netwerk geestelijke gezondheid wordt hierover ook afgestemd.

De coördinerend psychiater is verantwoordelijk voor de beslissingen over de instroom van zorggebruikers in het initiatief van beschut wonen door minstens instroomgesprekken bij te wonen.

Werkwijze

Er werd gevraagd of het team over uitgeschreven instroomcriteria beschikt.

Daarnaast werd bevraagd of en op welke manier een psychiater van het IBW betrokken wordt bij de instroom van nieuwe zorggebruikers in het IBW.

Vaststellingen

[Naam team]

Volgens de gesprekspartner(s) gelden er geen instroomcriteria voor het geselecteerde team. /

Volgens de gesprekspartner(s) gelden er instroomcriteria voor het geselecteerde team.

Deze criteria zijn niet uitgeschreven. /

Volgens de gesprekspartner(s) gelden er instroomcriteria voor het geselecteerde team.

De uitgeschreven instroomcriteria zijn: [xx].

Volgens de gesprekspartner(s) zijn er geen afspraken over de betrokkenheid van een psychiater bij instroom van nieuwe zorggebruikers. /

Volgens de gesprekspartner(s) gelden volgende afspraken over de betrokkenheid van een psychiater bij instroom van nieuwe zorggebruikers:

- Er is altijd/niet altijd/nooit een psychiater aanwezig bij de instroomgesprekken. /
- Er is altijd/niet altijd/nooit een psychiater aanwezig bij het overleg waar beslist wordt over wie instroomt.
- De psychiater [xx].

2.3. SAMENVATTING RESULTATEN ORGANISATIE

2.3.1. Zoals verwacht

Instroombeleid

- Het IBW heeft voor beide gecontroleerde teams uitgeschreven instroomcriteria.

2.3.2. Inbreuken

Instroombeleid

- Het IBW heeft voor een van de twee gecontroleerde teams geen uitgeschreven instroomcriteria. /
Het IBW heeft voor geen van beide gecontroleerde teams uitgeschreven instroomcriteria.

3. HERSTELONDERSTEUNENDE BEGELEIDING

3.1. BESCHIKBAARHEID ZORGGEGEVENS

Verwachtingen uit referentiekader IBW

Het IBW beschikt voor elke zorggebruiker over een individueel dossier. Hierin zijn volgende elementen opgenomen:

- de identiteitsgegevens
- de voorgeschiedenis
- de medische, sociale en juridische basisinformatie
- de begeleidingsovereenkomst
- het begeleidingsplan
- het crisisplan
- indien van toepassing, de verblijfsovereenkomst
- bij beëindiging van de begeleiding, de afsluitbrief.

Het IBW betreft partners uit de eerstelijnszorg, de algemene gezondheidszorg, de welzijnssector of andere partners bij de begeleiding van de zorggebruikers.

Uit het individueel dossier blijkt dat contact wordt gelegd met andere behandelende artsen, verdere betrokken diensten, ...

Er wordt bij de start van elke begeleiding aan de zorggebruiker voorgesteld om de context en de naastbetrokkenen te betrekken. Als de cliënt of de context en naastbetrokkenen hiermee niet instemmen wordt dit genoteerd in het individueel dossier. Tijdens de looptijd van de begeleiding blijft het IBW de zorggebruiker aanmoedigen om de context en naastbetrokkenen te betrekken.

Bij het beëindigen van de begeleiding wordt een afsluitbrief bezorgd aan minimaal de huisarts en behandelend psychiater, indien de zorggebruiker beschikt over een huisarts en indien het IBW beschikt over de gegevens van deze huisarts. Indien de zorggebruiker hiervoor geen toestemming verleent, wordt dit genoteerd in het individueel dossier.

Werkwijze

Dossiers van zorggebruikers die minstens 1 maand in begeleiding waren, werden gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over volgende onderwerpen:

- identificatiegegevens van de huisarts;
- identificatiegegevens van de behandelend psychiater;
- basisgegevens van de context (bv. familie, naasten...);
- middelengebruik.

Vaststellingen

[Naam team]

Er werden [xx] dossiers gecontroleerd van zorggebruikers op aanwezigheid van informatie over de hierboven weergegeven onderwerpen.

Volgende vaststellingen werden gedaan in deze dossiersteekproef:

- In [xx] gecontroleerde dossiers was genoteerd dat de zorggebruiker geen huisarts heeft. In [xx] dossiers weigerde de zorggebruiker om informatie te delen met de huisarts.
In [xx] overige gecontroleerde dossiers werden in [xx] dossiers identificatiegegevens van de huisarts gevonden en in [xx] werden geen identificatiegegevens van (of andere informatie over) de huisarts gevonden.

- In [xx] gecontroleerde dossiers was genoteerd dat de zorggebruiker geen psychiater heeft. In [xx] dossiers weigerde de zorggebruiker om informatie te delen met de psychiater. In [xx] overige gecontroleerde dossiers werden in [xx] dossiers identificatiegegevens van de psychiater gevonden en in [xx] dossiers werden geen identificatiegegevens van (of andere informatie over) de psychiater gevonden.
- In [xx] van de [xx] dossiers werd aangetoond dat het betrekken van de context niet van toepassing was (weigering, niet aangewezen en/of geen context). In [xx] van de [xx] dossiers werden er basisgegevens van de context gevonden; in [xx] dossiers werd hierover geen informatie gevonden.
- In [xx] van de [xx] dossiers werd informatie over middelengebruik gevonden; in [xx] dossiers werd hierover geen informatie gevonden.

3.2. BEGELEIDINGSPLAN

Verwachtingen uit referentiekader IBW

Elke zorggebruiker beschikt over een begeleidingsplan dat in samenspraak door begeleiders en zorggebruiker is opgesteld. Indien mogelijk en gewenst door de zorggebruiker worden ook personen uit de context van de zorggebruiker betrokken bij het opstellen van het begeleidingsplan.

Het begeleidingsplan omvat minstens een overzicht van de zorgbehoeften, de voorkeuren van de zorggebruiker, de doelstellingen die men door de begeleiding wil bereiken, een prioritering van de doelstellingen en een plan van aanpak van de prioritaire doelstellingen in de vorm van acties en begeleidingsactiviteiten.

De acties en begeleidingsactiviteiten worden bij voorkeur continu geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Om de 12 maanden wordt het volledige begeleidingsplan geëvalueerd samen met de zorggebruiker en eventueel zijn context.

Na elke evaluatie wordt een besluit genomen tot continuering of stopzetting van de begeleiding door het IBW.

Het besluit tot continuering of stopzetting van de begeleiding wordt bij voorkeur in samenspraak met de zorggebruiker genomen.

Het individueel dossier ondersteunt de multidisciplinaire werking. Dit betekent onder meer dat elke betrokken hulpverlener minimaal de informatie in het dossier noteert die van belang is voor de multidisciplinaire bespreking, dat de conclusies van de multidisciplinaire bespreking in het dossier worden genoteerd en dat alle betrokken hulpverleners toegang hebben tot deze informatie.

Werkwijze

Er werd gevraagd of er afspraken zijn over de evaluatie van het begeleidingsplan.

In dossiers van zorggebruikers die minstens 1 jaar en 3 maanden in begeleiding waren, werd gekeken of een begeleidingsplan aanwezig was. In de dossiers waar een begeleidingsplan aanwezig was, werd gezocht naar:

- een evaluatie van het volledige begeleidingsplan met besluit in de voorbije 12 maanden;
- de betrokkenheid van de zorggebruiker (of vertegenwoordiger) bij deze evaluatie;
- de betrokkenheid van minstens 2 zorgverleners (intern en/of extern) bij deze evaluatie;
- de betrokkenheid van een psychiater van het IBW bij deze evaluatie.

Vaststellingen

[Naam team]

Volgens de gesprekspartner(s) gelden volgende afspraken over de evaluatie van het begeleidingsplan:

- Minstens jaarlijks wordt het volledige begeleidingsplan op één moment geëvalueerd. / Het begeleidingsplan wordt als volgt geëvalueerd: [xx].
- Er zijn geen afspraken over het betrekken van de zorggebruiker bij de evaluatie van het begeleidingsplan. / De zorggebruiker wordt altijd/niet altijd betrokken bij de evaluatie van het begeleidingsplan.
- Er zijn geen afspraken over de aanwezigheid van de zorggebruiker op de bespreking. / De zorggebruiker is altijd/niet altijd aanwezig op de bespreking.
- Er zijn geen afspraken over het betrekken van minstens 2 zorgverleners bij de evaluatie van het begeleidingsplan. / Er worden altijd/niet altijd minstens 2 zorgverleners betrokken bij de evaluatie van het begeleidingsplan.
- Er zijn geen afspraken over het betrekken van een psychiater van het IBW bij de evaluatie van het begeleidingsplan. / Een psychiater van het IBW wordt altijd/niet altijd betrokken bij de evaluatie van het begeleidingsplan.

Er werden [xx] dossiers van zorggebruikers gecontroleerd.

- In [xx] van de [xx] dossiers werd een begeleidingsplan gevonden. In [xx] dossiers werd geen begeleidingsplan gevonden.
- In [xx] van de [xx] dossiers met een begeleidingsplan kon worden aangetoond dat er een evaluatie van het volledige begeleidingsplan was in de voorbije 12 maanden. In [xx] dossiers kon dit niet aangetoond worden.
 - o In [xx] van de [xx] dossiers kon de betrokkenheid van de zorggebruiker (of vertegenwoordiger) bij deze evaluatie aangetoond worden.
 - In [xx] dossiers kon worden aangetoond dat de zorggebruiker (of vertegenwoordiger) aanwezig was bij de evaluatie.
 - In [xx] van de [xx] dossiers kon aangetoond worden dat de zorggebruiker (of vertegenwoordiger) weigerde om betrokken te worden.
 - In [xx] van de [xx] dossiers kon de betrokkenheid van de zorggebruiker (of vertegenwoordiger) niet aangetoond worden.
- o In [xx] van de [xx] dossiers kon worden aangetoond dat er minstens 2 zorgverleners betrokken waren bij deze evaluatie. In [xx] dossiers kon dit niet aangetoond worden.
- o In [xx] van de [xx] dossiers kon de betrokkenheid van een psychiater van het IBW worden aangetoond. In [xx] dossiers kon dit niet aangetoond worden.

Zorggebruikersbevraging

Er werden [xx] zorggebruikers bevraagd over hun begeleidingsplan.

[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan over een begeleidingsplan te beschikken.

[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan niet over een begeleidingsplan te beschikken.

[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan niet te weten over een begeleidingsplan te beschikken.

- [xx] van de [xx] zorggebruikers met een begeleidingsplan gaven aan betrokken te zijn bij de evaluatie van het begeleidingsplan.
 - o [xx] zorggebruikers gaven aan aanwezig te zijn bij de bespreking in team.
 - o [xx] zorggebruikers gaven aan het begeleidingsplan te bespreken met een begeleider.

- [xx] zorggebruikers gaven aan betrokken te zijn bij de terugkoppeling van de bespreking.
- [xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan niet betrokken te zijn bij de evaluatie van het begeleidingsplan.
- [xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan nog geen evaluatie van het begeleidingsplan gehad te hebben.
- [xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan niet te weten of er een evaluatie van het begeleidingsplan is geweest.
- [xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan niet te weten betrokken te zijn geweest bij de evaluatie van het begeleidingsplan.

3.3. CRISISPLAN

Verwachtingen uit referentiekader IBW

Het IBW beschikt voor elke zorggebruiker over een individueel dossier. Hierin zijn volgende elementen opgenomen:

- de identiteitsgegevens
- de voorgeschiedenis
- de medische, sociale en juridische basisinformatie
- de begeleidingsovereenkomst
- het begeleidingsplan
- het crisisplan
- indien van toepassing, de verblijfsovereenkomst
- bij beëindiging van de begeleiding, de afsluitbrief.

Elke zorggebruiker beschikt over een crisisplan dat in samenspraak door begeleiders en zorggebruiker is opgesteld. Het betreft een plan met maatregelen voor crisissituaties op maat van de zorggebruiker.

In het crisisplan zijn volgende elementen opgenomen:

- wat onder crisis wordt verstaan
- de relevante persoonlijke informatie
- de nodige contactpersonen met de contactgegevens
- een omschrijving van de meest adequate handelswijze bij een crisis

Buiten de openingsuren kan de zorggebruiker, in geval van crisissituaties, terecht bij een GGZ-organisatie. Het IBW regelt voor elke zorggebruiker bij welke GGZ-organisatie de zorggebruiker terecht kan 's avonds, 's nachts of in het weekend. Deze GGZ-organisatie wordt vermeld in het crisisplan van de zorggebruiker.

Werkwijze

Er werd gevraagd of er afspraken zijn over de opmaak en de inhoud van een crisisplan. Daarnaast werd nagegaan of er afspraken zijn over het schriftelijk informeren van zorggebruikers over een GGZ-organisatie (met contactgegevens) waar ze terecht kunnen buiten de openingsuren in geval van crisis.

In dossiers van zorggebruikers die minstens 6 maanden in begeleiding waren, werd gekeken of een crisisplan aanwezig was. Een crisisplan werd aanvaard van zodra minstens 1 van volgende 3 elementen werd gevonden:

- de beschrijving hoe een crisis zich presenteert bij de zorggebruiker;
- contactpersonen met contactgegevens i.g.v. crisis;
- interventies die (niet) helpen bij een crisis.

Daarnaast werd in de dossiers met een crisisplan nagegaan of het crisisplan een GGZ-organisatie vermeldde waar de zorggebruiker terecht kan buiten de openingsuren in geval van crisis.

Vaststellingen

[Naam team]

Volgens de gesprekspartner(s) gelden volgende afspraken over de opmaak van het crisisplan:

- Er zijn geen afspraken over voor wie een crisisplan wordt opgesteld. /
Er wordt (niet) voor iedere zorggebruiker een crisisplan opgesteld.

Er zijn geen schriftelijke afspraken over de inhoud van het crisisplan. /

Er zijn schriftelijke afspraken over de inhoud van het crisisplan.

Deze afspraken bevatten volgende elementen:

- de beschrijving hoe een crisis zich presenteert bij de zorggebruiker; /
- contactpersonen met contactgegevens i.g.v. crisis; /
- interventies die (niet) helpen bij een crisis.

In deze afspraken ontbreken volgende elementen:

- de beschrijving hoe een crisis zich presenteert bij de zorggebruiker; /
- contactpersonen met contactgegevens i.g.v. crisis; /
- interventies die (niet) helpen bij een crisis.

Er is geen schriftelijke informatie over bij welke GGZ-organisatie de zorggebruiker terecht kan buiten de openingsuren in geval van crisis. /

De (gestandaardiseerde) schriftelijke informatie over bij welke GGZ-organisatie de zorggebruiker terecht kan buiten de openingsuren in geval van crisis, wordt vermeld in [xx].

Volgens de gesprekspartner(s):

- wordt deze informatie (niet) aan iedere zorggebruiker bezorgd.
- is deze informatie (geen) onderdeel van het crisisplan in het dossier.

Er werden [xx] dossiers van zorggebruikers gecontroleerd.

Aantal dossiers met crisisplan	
Met beschrijving hoe een crisis zich presenteert bij de zorggebruiker	
Met contactgegevens van contactpersonen	
Met interventies die (niet) helpen bij een crisis	
Aantal crisisplannen met de 3 gezochte elementen	
Aantal crisisplannen met vermelding van een GGZ-organisatie waar de zorggebruiker terecht kan buiten de openingsuren in geval van crisis	

Zorggebruikersbevraging

Er werden [xx] zorggebruikers bevraagd over hun crisisplan.

[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan over een crisisplan te beschikken.

[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan niet over een crisisplan te beschikken.

[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan niet te weten over een crisisplan te beschikken.

- [xx] van de [xx] zorggebruikers met een crisisplan gaven aan betrokken te zijn bij de opmaak van het crisisplan.
[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan niet betrokken te zijn bij de opmaak van het crisisplan.
[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan niet te weten of ze betrokken werden bij de opmaak van het crisisplan.

- [xx] van de [xx] zorggebruikers met een crisisplan gaven aan dat de context betrokken werd bij de opmaak van het crisisplan.
[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan dat de context niet betrokken werd bij de opmaak van het crisisplan.
[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan niet te weten of de context betrokken werd bij de opmaak van het crisisplan.
[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan dat het betrekken van de context bij de opmaak van het crisisplan niet mogelijk was.
- [xx] van de [xx] zorggebruikers met een crisisplan gaven aan over een kopie van het crisisplan te beschikken.
[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan niet over een kopie van het crisisplan te beschikken.
[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan niet te weten over een kopie van het crisisplan te beschikken.

[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan te weten bij welke GGZ-organisatie terecht te kunnen buiten de openingsuren.

[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan niet te weten bij welke GGZ-organisatie zij terecht kunnen buiten de openingsuren.

[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan betrokken te zijn bij de keuze van de GGZ-organisatie waar ze terecht kunnen buiten de openingsuren.

[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan niet betrokken te zijn bij de keuze van de GGZ-organisatie waar ze terecht kunnen buiten de openingsuren.

[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan niet te weten of ze betrokken waren bij de keuze van de GGZ-organisatie waar ze terecht kunnen buiten de openingsuren.

3.4. OVERDRACHT BIJ BEÏNDIGING BEGELEIDING

Verwachtingen uit referentiekader IBW

Het IBW beschikt voor elke zorggebruiker over een individueel dossier. Hierin zijn volgende elementen opgenomen:

- de identiteitsgegevens
- de voorgeschiedenis
- de medische, sociale en juridische basisinformatie
- de begeleidingsovereenkomst
- het begeleidingsplan
- het crisisplan
- indien van toepassing, de verblijfsovereenkomst
- bij beëindiging van de begeleiding, de afsluitbrief.

Het IBW waakt over de continuïteit van de begeleiding.

Bij het beëindigen van de begeleiding wordt een afsluitbrief bezorgd aan minimaal de huisarts en behandelend psychiater, indien de zorggebruiker beschikt over een huisarts en indien het IBW beschikt over de gegevens van deze huisarts. Indien de zorggebruiker hiervoor geen toestemming verleent, wordt dit genoteerd in het individueel dossier. De zorggebruiker ontvangt een afschrift van de afsluitbrief.

Verwachtingen uit BVR

Art. 137. Het initiatief van beschut wonen waakt over de continuïteit van de herstelgerichte begeleiding, zowel in de toeleiding van de zorggebruiker naar het initiatief van beschut wonen, als tijdens de begeleiding in beschut wonen als in het vervolg na de begeleiding, met respect voor de keuzevrijheid van de zorggebruiker.

Werkwijze

Er werd gevraagd of er afspraken zijn over de opmaak van een of meerdere afsluitdocumenten bij beëindiging van de begeleiding.

In dossiers van zorggebruikers waarvan de begeleiding minstens 1 maand was afgerond, werd gezocht naar afsluitdocumenten. Deze afsluitdocumenten werden gecontroleerd op de aanwezigheid van informatie over volgende onderwerpen:

- verloop van het begeleidingsproces;
- nazorg of verdere verwijzing.

Vaststellingen

[Naam team]

Volgens de gesprekspartner(s) gelden volgende afspraken over de opmaak van afsluitdocumenten:

- Er zijn geen afspraken over de opmaak van afsluitdocumenten bij beëindiging van de begeleiding. / Afsluitdocumenten worden (niet) voor iedere zorggebruiker opgemaakt bij beëindiging van de begeleiding.
- Er is geen timing voor het opmaken van afsluitdocumenten. / Er is een (meetbare) timing voor het opmaken van afsluitdocumenten, namelijk [xx].

Er werden [xx] dossiers van zorggebruikers gecontroleerd op aanwezigheid van een afsluitdocument (of afsluitdocumenten).

In [xx] van de [xx] dossiers werd minstens één afsluitdocument gevonden. In [xx] dossiers werd geen afsluitdocument gevonden.

Van deze [xx] dossiers met afsluitdocument waren er:

- [xx] met informatie over het verloop van het begeleidingsproces;
- [xx] met informatie over nazorg of verdere verwijzing. Van de [xx] zonder vermelding van de nazorg, kon in [xx] dossiers aangetoond worden dat de begeleiding eenzijdig beëindigd werd door de zorggebruiker.

3.5. SAMENVATTING RESULTATEN HERSTELONDERSTEUNENDE BEGELEIDING

3.5.1. Zoals verwacht

Beschikbaarheid zorggegevens

- Aan de hand van de [xx] gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat er systematisch gewerkt werd m.b.t. de aanwezigheid van informatie over de volgende onderwerpen ($\geq 80\%$):
 - identificatiegegevens van of informatie over de huisarts;
 - identificatiegegevens van of informatie over de behandelend psychiater;
 - basisgegevens over de context;
 - informatie over middelengebruik.

Begeleidingsplan

- In alle gecontroleerde dossiers was een begeleidingsplan aanwezig.
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers met een begeleidingsplan kon worden aangetoond dat er een evaluatie van het volledige begeleidingsplan was in de voorbije 12 maanden.
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers met een evaluatie van het volledige begeleidingsplan in de voorbije 12 maanden, kon de betrokkenheid van de zorggebruiker bij de evaluatie aangetoond worden.

Crisisplan

- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was een crisisplan met alle 3 de gezochte elementen aanwezig.

Overdracht bij beëindiging begeleiding

- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers werd minstens één afsluitdocument gevonden.

3.5.2. Inbreuken

Beschikbaarheid zorggegevens

- Aan de hand van de [xx] gecontroleerde dossiers kon niet aangetoond worden dat er systematisch gewerkt werd m.b.t. de aanwezigheid van informatie over de volgende onderwerpen ($< 80\%$):
 - identificatiegegevens van of informatie over de huisarts;
 - identificatiegegevens van of informatie over de behandelend psychiater;
 - basisgegevens betreffende de context;
 - informatie over middelengebruik.

Begeleidingsplan

- Niet in alle gecontroleerde dossiers was een begeleidingsplan aanwezig.
- In $< 80\%$ van de gecontroleerde dossiers met een begeleidingsplan kon worden aangetoond dat er een evaluatie van het volledige begeleidingsplan was in de voorbije 12 maanden.
- In $< 80\%$ van de gecontroleerde dossiers met een evaluatie van het volledige begeleidingsplan in de voorbije 12 maanden, kon de betrokkenheid van de zorggebruiker bij de evaluatie aangetoond worden.

Crisisplan

- In $< 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was een crisisplan met alle 3 de gezochte elementen aanwezig.

Overdracht bij beëindiging begeleiding

- In $< 80\%$ van de gecontroleerde dossiers werd minstens één afsluitdocument gevonden.

4. BELEID EN RECHTEN

4.1. PARTICIPATIE OP BELEIDSNIVEAU

Verwachtingen uit referentiekader IBW

Het IBW beschikt over een zorggebruikersraad met vertegenwoordigers van de zorggebruikers. De zorggebruikersraad adviseert het IBW over het gevoerde beleid.

Werkwijze

Er werd nagegaan of het IBW beschikt over een zorggebruikersraad of een ander participatieorgaan waar zorggebruikers van het team aan konden deelnemen. Hierbij werd gezocht naar een verslag van een overleg in het voorbije jaar. Elk structureel overleg waarbij zorggebruikers vertegenwoordigd kunnen zijn en advies kunnen geven over het gevoerde beleid kwam in aanmerking als 'participatieorgaan'. Bij dit participatieorgaan werd nagegaan of dit advies besproken werd op beleidsniveau.

Vaststellingen

[Naam team]

Er werd aangetoond dat een zorggebruikersraad heeft plaatsgevonden in het voorbije jaar. / Volgens de gesprekspartner(s) konden zorggebruikers van het geselecteerde team (niet) vertegenwoordigd worden in minstens één participatieorgaan in het voorbije jaar. De deelname van minstens één zorggebruiker van het geselecteerde team aan een participatieorgaan in het voorbije jaar kon (niet) worden aangetoond. Er kon (niet) worden aangetoond dat het advies vanuit dit participatieorgaan besproken werd op beleidsniveau.

Zorggebruikersbevraging

Er werden [xx] zorggebruikers bevraagd over de mogelijkheden om advies te kunnen geven over het beleid. [xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan advies te kunnen geven over het beleid.

- [xx] zorggebruikers gaven aan advies te kunnen geven via (een vertegenwoordiger in) de zorggebruikersraad.
- [xx] zorggebruikers gaven aan advies te kunnen geven tijdens de bewonersraad van het groepshuis.
- [xx] zorggebruikers gaven aan advies te kunnen geven tijdens een gesprek met de begeleider.
- [xx] zorggebruikers gaven aan advies te kunnen geven [xx].

[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan geen advies te kunnen geven over het beleid.

[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan niet te weten advies te kunnen geven over het beleid.

4.2. SGOG EN AGRESSIE

Verwachtingen uit referentiekader IBW

Het IBW beschikt over een intern beleid rond seksueel grensoverschrijdend gedrag met een geschreven referentiekader en een procedure voor de preventie, detectie en gepaste reactie van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Het IBW organiseert vorming voor personeelsleden rond het omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Werkwijze

Er werd gevraagd of er voor het team een uitgeschreven intern beleid is rond seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG) en agressie. Hierin werden volgende elementen gezocht:

- vorming als onderdeel van inscholing;
- frequentie van permanente vorming.

Vaststellingen

[Naam team]

Er is geen uitgeschreven intern beleid over SGOG. /

Er is een uitgeschreven intern beleid over SGOG.

Voor het team zijn er verwachtingen over:

- het volgen van vorming als onderdeel van de inscholing; /
- de frequentie van permanente vorming, met name [xx].

Voor het team zijn er geen verwachtingen over:

- het volgen van vorming als onderdeel van de inscholing; /
- de concrete frequentie van permanente vorming.

Er is geen uitgeschreven intern beleid over agressie. /

Er is een uitgeschreven intern beleid over agressie.

Voor het team zijn er verwachtingen over:

- het volgen van vorming als onderdeel van de inscholing; /
- de frequentie van permanente vorming, met name [xx].

Voor het team zijn er geen verwachtingen over:

- het volgen van vorming als onderdeel van de inscholing; /
- de concrete frequentie van permanente vorming.

4.3. KLACHTRECHT

Verwachtingen uit referentiekader IBW

Het IBW beschikt over een interne klachtenprocedure.

Het doel en de werking van de externe ombudspersoon wordt systematisch aan de zorggebruikers meegedeeld (contactgegevens, bereikbaarheid...).

In het huishoudelijk reglement worden de rechten van de patiënt benoemd en beschreven.

In de klachtenprocedure van het IBW wordt vermeld dat zorggebruikers klachten steeds onmiddellijk kunnen melden bij de externe ombudspersoon.

Het IBW sluit met alle zorggebruikers of diens wettelijke vertegenwoordiger een begeleidingsovereenkomst af.

Volgende elementen zijn opgenomen in deze begeleidingsovereenkomst:

- de identificatie van het IBW en de zorggebruiker
- de belangrijkste begeleidingsmodaliteiten
- de begindatum van begeleiding
- de duur van de overeenkomst
- eventuele kosten ten laste van de zorggebruiker
- de beëindigingsvoorwaarden van de begeleiding
- de klachtenprocedure

De begeleidingsovereenkomst wordt ondertekend door de zorggebruiker of zijn wettelijk vertegenwoordiger.

Werkwijze

Er werd nagegaan of het IBW voor het team over een klachtenprocedure beschikt, die desgevallend inhoudelijk werd beoordeeld op een aantal elementen.

Vaststellingen

[Naam team]

Er is een/geen klachtenprocedure.

De klachtenprocedure vermeldt (niet) dat een klacht mondeling kan worden ingediend bij de externe ombudspersoon.

De klachtenprocedure vermeldt (niet) dat een klacht schriftelijk kan worden ingediend bij de externe ombudspersoon.

Volgens de klachtenprocedure kunnen zorggebruikers met klachten (niet) rechtstreeks terecht bij de externe ombudspersoon.

In de begeleidingsovereenkomst wordt volgende informatie vermeld betreffende de klachtenprocedure: [xx] /
In de begeleidingsovereenkomst wordt geen informatie vermeld betreffende de klachtenprocedure.

Zorggebruikersbevraging

Er werden [xx] zorggebruikers bevraagd over de mogelijkheden om een klacht in te dienen bij de externe ombudspersoon.

[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan te weten dat er een externe ombudspersoon is.

- [xx] van de [xx] zorggebruikers wisten hoe de externe ombudspersoon te kunnen contacteren.
- [xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan klachten steeds onmiddellijk te kunnen melden bij de externe ombudspersoon. /

[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan klachten niet steeds onmiddellijk te kunnen melden bij de externe ombudspersoon: [xx] /

[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan niet te weten klachten steeds onmiddellijk te kunnen melden bij de externe ombudspersoon.

4.4. BEGELEIDINGS- EN VERBLIJFSOVEREENKOMST

Verwachtingen uit referentiekader IBW

De zorggebruiker heeft vrije keuze van arts (huisarts, behandelend psychiater),...en andere beroepsbeoefenaars, met uitzondering van de begeleiders in het IBW. Dit wordt vermeld in het huishoudelijk reglement.

Het IBW sluit met alle zorggebruikers of diens wettelijke vertegenwoordiger een begeleidingsovereenkomst af.

Volgende elementen zijn opgenomen in deze begeleidingsovereenkomst:

- [...]
- de beëindigingsvoorwaarden van de begeleiding
- [...]

De begeleidingsovereenkomst wordt ondertekend door de zorggebruiker of zijn wettelijk vertegenwoordiger.

Volgende elementen zijn opgenomen in de verblijfsovereenkomst:

- [...]
- de beëindigingsvoorwaarden van de verblijfsovereenkomst

- [...]
- de proefperiode.

Beëindigingsmogelijkheden en opzegtermijnen begeleidings- en verblijfsovereenkomst

Beëindigingsmogelijkheden begeleidings- en verblijfsovereenkomst	Opzegtermijnen
1. In onderling akkoord tussen IBW en zorggebruiker	Vrij te bepalen
2. Overlijden van de zorggebruiker	/
3. Niet in onderling akkoord tussen IBW en zorggebruiker	
3.1 Opzeg door zorggebruiker	30 dagen
3.2 Opzeg door IBW	• 60 dagen, indien de coördinerend psychiater oordeelt dat de lichamelijke of geestelijke toestand van de zorggebruiker een toeleiding naar meer aangepaste zorg nodig heeft. Het IBW zorgt voor een verwijzing naar de meer aangepaste zorg. • 30 dagen, indien het gedrag van de zorggebruiker ernstig storend is voor de medezorggebruikers of indien het gedrag van de zorggebruiker de begeleiding hindert.

Verwachtingen uit BVR

§2. De eerste dertig dagen van het verblijf worden beschouwd als een proefperiode. Tijdens die periode geldt voor de zorggebruiker een verkorte opzeggingstermijn van zeven dagen en geldt voor het initiatief van beschut wonen een verkorte opzeggingstermijn van dertig dagen. De opzeggingstermijn begint op de eerste werkdag die volgt nadat de opzegging is ontvangen door de zorggebruiker of het initiatief beschut wonen.

Werkwijze

In de verblijfsovereenkomst die gebruikt wordt bij zorggebruikers van het team, die verblijven in een woonst aangeboden door het IBW, werd nagegaan of er correcte informatie is vermeld over:

- de vrije keuze van beroepsbeoefenaar;
- de modaliteiten van de proefperiode;
- de beëindigingsvoorwaarden.

Indien informatie ontbrak, werd dit vervolgens gezocht in de begeleidingsovereenkomst, het huishoudelijk reglement of een ander formeel bindend document dat gebruikt wordt bij deze zorggebruikers.

In dossiers van zorggebruikers die minstens 1 week in begeleiding waren en verblijven in een woonst aangeboden door het IBW, werd nagegaan of de ondertekende verblijfsovereenkomst correcte informatie bevatte over bovenstaande 3 elementen. Indien informatie ontbrak, werd dit vervolgens gezocht in de ondertekende begeleidingsovereenkomst, het huishoudelijk reglement of een ander formeel bindend document dat gebruikt wordt bij deze zorggebruikers.

Vaststellingen

[Naam team]

Volgende informatie is vermeld in de verblijfsovereenkomst (of een ander formeel bindend document):

de vrije keuze van beroepsbeoefenaar	ja/nee
de duur van de proefperiode	ja/nee
de proefperiode is 30 dagen	ja/nee
de opzegtermijn voor de zorggebruiker tijdens de proefperiode	ja/nee
de opzegtermijn is maximum 7 dagen	ja/nee
de opzegtermijn voor het IBW tijdens de proefperiode	ja/nee
de opzegtermijn is minstens 30 dagen	ja/nee
de opzegtermijn wanneer de zorggebruiker de begeleiding beëindigt	ja/nee
de opzegtermijn is maximum 30 dagen	ja/nee
de opzegtermijn wanneer het IBW de begeleiding beëindigt	ja/nee
de opzegtermijn is minstens 60 dagen	ja/nee
de opzegtermijn wanneer het IBW de begeleiding beëindigt o.w.v. storend gedrag van de zorggebruiker	ja/nee
de opzegtermijn is minstens 30 dagen	ja/nee
In de [xx] staat volgende passage over storend gedrag: [xx].	

In de verblijfsovereenkomst staat beschreven dat de begeleiding/het verblijf onmiddellijk beëindigd kan worden: [xx].

In [xx] dossiers van zorggebruikers werd gezocht of onderstaande elementen vermeld werden in de verblijfsovereenkomst (of een ander ondertekend, formeel document).

Aantal dossiers met informatie over vrije keuze beroepsbeoefenaar	
Aantal dossiers met correcte en volledige informatie over de proefperiode	
Met correcte informatie over de duur van de proefperiode (30 dagen)	
Met correcte informatie over de opzegtermijn wanneer de zorggebruiker de begeleiding beëindigt tijdens de proefperiode (maximum 7 dagen)	
Met correcte informatie over de opzegtermijn wanneer het IBW de begeleiding beëindigt tijdens de proefperiode (minstens 30 dagen)	
Aantal dossiers met correcte en volledige informatie over de beëindigingsvoorwaarden van de begeleiding	

Met correcte informatie over de opzegtermijn wanneer de zorggebruiker de begeleiding beëindigt (maximum 30 dagen)	
Met correcte informatie over de opzegtermijn wanneer het IBW de begeleiding beëindigt (minstens 60 dagen)	

Zorggebruikersbevraging

Er werden [xx] zorggebruikers bevraagd over de redenen die kunnen leiden tot stopzetting van de begeleiding. [xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan informatie te hebben gekregen over de redenen die kunnen leiden tot stopzetting van de begeleiding.

[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan geen informatie te hebben gekregen over de redenen die kunnen leiden tot stopzetting van de begeleiding.

[xx] van de [xx] zorggebruikers gaven aan niet te weten informatie te hebben gekregen over de redenen die kunnen leiden tot stopzetting van de begeleiding.

4.5. SAMENVATTING RESULTATEN BELEID EN RECHTEN

4.5.1. Zoals verwacht

Participatie op beleidsniveau

- Er werd aangetoond dat zorggebruikers vertegenwoordigd waren in een participatieorgaan van het IBW.

SGOG en agressie

- Het IBW beschikt voor beide gecontroleerde teams over een uitgeschreven intern beleid betreffende SGOG.

Klachtrecht

- Het IBW beschikt voor beide gecontroleerde teams over een klachtenprocedure. Volgens deze klachtenprocedure(s) kunnen zorggebruikers met klachten rechtstreeks terecht bij de externe ombudspersoon.

Begeleidings- en verblijfsovereenkomst

- In $\geq 80\%$ van de [xx] gecontroleerde dossiers kon worden aangetoond dat de aanwezige informatie over volgende elementen correct en volledig was:
 - informatie over de vrije keuze van beroepsbeoefenaar;
 - informatie over de modaliteiten van de proefperiode;
 - informatie over de beëindigingsvoorwaarden van de begeleiding.

4.5.2. Inbreuken

Participatie op beleidsniveau

- Voor een van de twee gecontroleerde teams kon niet worden aangetoond dat zorggebruikers vertegenwoordigd waren in een participatieorgaan van het IBW. /
Voor geen van beide gecontroleerde teams kon worden aangetoond dat zorggebruikers vertegenwoordigd waren in een participatieorgaan van het IBW.

SGOG en agressie

- Het IBW beschikt voor een van de twee gecontroleerde teams niet over een uitgeschreven intern beleid betreffende SGOG. /
Het IBW beschikt voor geen van beide gecontroleerde teams over een uitgeschreven intern beleid betreffende SGOG.

Klachtrecht

- Het IBW beschikt voor geen van beide gecontroleerde teams over een klachtenprocedure. / Het IBW beschikt voor een van de twee gecontroleerde teams niet over een klachtenprocedure. / Het IBW beschikt voor beide teams over een klachtenprocedure, maar volgens deze procedure(s) kunnen zorggebruikers met klachten niet rechtstreeks terecht bij de externe ombudspersoon.

Begeleidings- en verblijfsovereenkomst

- In < 80% van de gecontroleerde dossiers kon worden aangetoond dat de aanwezige informatie over volgende elementen correct en volledig was:
 - informatie over de vrije keuze van beroepsbeoefenaar;
 - informatie over de modaliteiten van de proefperiode ;
 - informatie over de beëindigingsvoorwaarden van de begeleiding.

5. BESLUIT

5.1. SAMENVATTING EN BEOORDELING

5.1.1. Aantal vaststellingen 'zoals verwacht' en aantal 'inbreuken'

Doorheen dit verslag werd per hoofdstuk een samenvatting gegeven van de resultaten, waarbij de vaststellingen werden gecatalogeerd als 'zoals verwacht' of als 'inbreuken'. Conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid wordt de term 'inbreuk' gebruikt voor het niet naleven van regelgeving of geformaliseerde afspraken (zoals een referentiekader).

In hoofdstuk 1.2 werd beschreven wanneer een vaststelling als inbreuk werd gecatalogeerd: gezien een aantal factoren in de realiteit er kunnen voor zorgen dat een score van 100% niet steeds haalbaar is, werd een inbreuk pas toegekend als een verwachting in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden (m.u.v. de aanwezigheid van een begeleidingsplan). Als de steekproef minder dan 5 items omvatte, leidden de resultaten niet tot een beoordeling.

IBW [xx] behaalde voor de meeste ($\geq 75\%$) / meerdere (50-74,99%) / volgende ($<50\%$) geïnspecteerde onderwerpen: [xx] een beoordeling 'zoals verwacht'.

Gecontroleerde onderwerpen	Aantal zoals verwacht	Aantal inbreuken
Organisatie		
Instroombeleid	[xx]	[xx]
Herstelondersteunende begeleiding		
Beschikbaarheid zorggegevens	[xx]	[xx]
Begeleidingsplan	[xx]	[xx]
Crisisplan	[xx]	[xx]
Overdracht bij beëindiging begeleiding	[xx]	[xx]
Beleid en rechten		
Participatie op beleidsniveau	[xx]	[xx]
SGOG en agressie	[xx]	[xx]
Klachtrecht	[xx]	[xx]
Begeleidings- en verblijfsovereenkomst	[xx]	[xx]
Totaal	[xx]	[xx]

5.1.2. Prioritaire inbreuken

Zoals in hoofdstuk 1.2 werd beschreven, werden uit alle mogelijke inbreuken een aantal inbreuken geselecteerd omwille van hun mogelijke impact op patiëntveiligheid of essentiële kwaliteit van zorg. Deze inbreuken worden 'prioritaire inbreuken' genoemd. Bepaalde inbreuken worden pas prioritair als een hoger aantal vaststellingen niet volgens de verwachting is.

Er werden tijdens deze inspectie geen prioritaire inbreuken vastgesteld. /

Er werden [xx] prioritaire inbreuken vastgesteld:

Begeleidingsplan

- In < 80% van alle gecontroleerde dossiers was een begeleidingsplan aanwezig. /
- In < 50% van de gecontroleerde dossiers met een begeleidingsplan kon worden aangetoond dat er een evaluatie van het volledige begeleidingsplan was in de voorbije 12 maanden.

Crisisplan

- In < 80% van de gecontroleerde dossiers was een crisisplan aanwezig.

5.2. ADVIES

Zorginspectie adviseert de gebruikelijke opvolging van alle inspectievaststellingen door de afdeling ELGEZ. /
Zorginspectie adviseert IBW [xx] om de vastgestelde inbreuken te remediëren en adviseert de gebruikelijke opvolging door de afdeling ELGEZ. /

Naast de gebruikelijke remediëring adviseert Zorginspectie onmiddellijke remediëring van de prioritaire inbreuken door IBW [xx] en strikte opvolging daarvan door de afdeling ELGEZ.