

Gesprekspartners:	- Hans Paredis, algemeen directeur en directeur contextbegeleiding De Kerseboom - Mieke Lampaert, kwaliteitscoördinator De Patio en stafmedewerker beleid - 2 begeleiders contextbegeleiding De Kerseboom
-------------------	---

TOEGEPASTE REGELGEVING :

- **BVR 13 juli 1994 inzake de erkenningsvoorwaarden en de subsidiënormen voor de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand, zoals gewijzigd**

Situering en doel van de inspectie

Aanleiding tot deze inspectie zijn de wijzigingen m.b.t. het kwaliteitsbeleid die aangebracht zijn aan het BVR van 13 07 1994. Deze wijzigingen zijn van kracht sinds 1 03 2014. Sinds die datum dient elke voorziening in de bijzondere jeugdbijstand jaarlijks vóór 1 juni bij de administratie een kwaliteitsverslag in te dienen over het voorbije jaar. Dit dient minstens de resultaten van de zelfevaluatie, de geformuleerde verbeteracties, de wijze waarop de verbeteracties zijn uitgevoerd en de kwaliteitsplanning voor het lopende jaar, te bevatten. Bij deze inspecties wordt nagegaan of de eerste zelfevaluatie op de vooropgestelde wijze werd uitgevoerd, meer bepaald wat het resultaatgebied kwaliteitszorg en één aspect van het resultaatgebied gebruikersresultaten betreft. De andere resultaatgebieden werden bij deze inspectie buiten beschouwing gelaten.

Naast het luik **kwaliteitszorg** (organisatie en visie, betrokkenheid, methodieken en instrumenten, verbetertrajecten) en het luik **gebruikerstevredenheid** komt ook het thema grensoverschrijdend gedrag (GOG), meer bepaald **seksueel grensoverschrijdend gedrag** (SGOG) aan bod.

Module 1 : Voorbereidende documenten

Het jaarverslag EMK De Patio 2014 werd vooraf doorgenomen. Hierin waren wel de verbetertrajecten opgenomen maar niet de zelfevaluatie.
Het 'syntheseverslag zelfevaluatie' werd ons ook vooraf bezorgd door de voorziening.

Module 2 : Gegevens organisatie

Erkenningsgegevens

De afdeling maakt deel uit van de OVBJ EMK DE PATIO die volgende modules aanbiedt :

Module	
Verblijf	X
Contextbegeleiding	X
CBAW	X
Dagbegeleiding in groep	X
Ondersteunende begeleiding	
Kortdurend crisisverblijf	

De geïnspecteerde afdeling biedt volgende modules aan :

Module	Aantal
Verblijf	
Contextbegeleiding	22
CBAW	
Dagbegeleiding in groep	
Ondersteunende begeleiding	
Kortdurend crisisverblijf	

De organisatie kende een fusie sinds 1 01 2014	NEEN
--	------

De geïnspecteerde afdeling heette voordien 'thuisbegeleiding' en maakt deel uit van De Kerseboom waaronder ook CBAW ressorteert.

De 22 modules bestaan uit 10 modules reguliere contextbegeleiding (CB) (2u per week) en 12 modules laag-intensieve CB (1u per week).

Naast het EMK heeft de VZW De Patio ook nog een erkenning als HAC (BAAB) en een erkenning als OOOO (Het Laar).

Er werd ook gestart met een project 'Herkern' met subsidies van de provincie. Dit is een nieuwe vorm van dagbegeleiding voor jongeren die niet schoollopen.

Module 3 : Kwaliteitszorg

1. Organisatie en visie

Groei-niveau gescoord door de voorziening = 3

Groei-niveaus (0-5)	Kwaliteitszorg: organisatie en visie	De inspecteur deed vaststellingen rond volgende indicatoren
0	De organisatie heeft geen visie op kwaliteitszorg.	NVT
	De organisatie onderneemt geen acties om te komen tot een adequate kwaliteitszorg.	NVT
1	Er is structureel overleg inzake de kwaliteitszorg van de organisatie	X
	De organisatie heeft een basiskennis van de basisprincipes en modellen van integrale kwaliteitszorg.	X

2	De organisatie heeft een personeelslid of personeelsleden die kwaliteitszorg als eindverantwoordelijkheid binnen het takenpakket heeft/hebben.	X
	De organisatie heeft een visie op integrale kwaliteitszorg.	X
	Integrale kwaliteitszorg beslaat minimaal volgende domeinen van de organisatie: leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen, kernprocessen, gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten.	X
3	Kwaliteitszorg is geïntegreerd in de dagelijkse werking van alle activiteitencentra van de organisatie.	X
	Alle elementen van kwaliteitszorg zijn op elkaar afgestemd en vormen een geheel.	X
4	De organisatie evalueert systematisch de kwaliteitszorg en stuurt bij.	X
	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 :

Men heeft één kwaliteitsbeleid uitgewerkt voor de totaliteit van het EMK.

Er wordt gewerkt met één kwaliteitshandboek (KHB) dat is opgemaakt volgens de indeling in de domeinen van het EFQM-model.

Nog niet alle items zijn uitgewerkt, dit maakt deel uit van verbetertrajecten.

De visietekst is nu opgenomen in het KHB.

Deze tekst kwam tot stand na discussie in de stafvergadering (hierin zetelen de kwaliteitscoördinatoren van elke afdeling, samen met de algemeen directeur en de overkoepelende kwaliteitscoördinator). De kwaliteitscoördinatoren van elke afdeling zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de kwaliteitsprojecten binnen hun afdeling.

Zij toetsten vooraf in hun afdeling wat 'kwaliteit' betekent voor hun medewerkers en brachten dit in bij de discussie. Zij communiceren ook de procedures en teksten naar hun afdeling.

Elke afdeling kon kwaliteitsprojecten indienen die dicht staan bij hun werking maar die ook andere aspecten omvatten vb. participatie, jongeren betrekken ...

Na discussie op de staf werd de tekst teruggekoppeld naar het directieteam (hierin zetelen de afdelingsdirecteurs samen met de algemeen directeur) en daarna opgenomen in het KHB.

Er is binnen de VZW De Patio ook een werkgroep kwaliteit aan het werk die het kwaliteitsbeleid coördineert en opvolgt. Deze werkgroep bestaat uit de algemeen directeur, de overkoepelende kwaliteitscoördinator en een begeleider van de HCA dienst en een begeleider van de contextbegeleiding.

Men is gestart met een beleidsgroep (8 personen, mensen uit de directie, de Raad van Bestuur, de staf en de begeleiders) onder begeleiding van een externe procesbegeleider. Deze beleidsgroep zal een beleidsplan opmaken voor de komende 5 jaar gebaseerd op IKZ.

De organisatie evalueerde al systematisch de kwaliteitszorg en stuurde bij maar deze zelfevaluatie gebeurde pas in 2014 en van de resultaten werd nog niet echt een synthese gemaakt maar het was wel een goede aanzet.

Besluit:

- De vaststellingen bevestigen het niveau dat de organisatie zichzelf heeft toegekend op het vlak van de organisatie van en de visie op kwaliteitszorg.
- De inspecteur deed ook vaststellingen rond hogere niveau 's dan deze die de organisatie zich heeft toegekend op het vlak van organisatie en visie.

2. Betrokkenheid

Groei-niveau gescoord door de voorziening = 2

Groei-niveaus (0-5)	Kwaliteitszorg: betrokkenheid	De inspecteur deed vaststellingen voor volgende indicatoren
0	Binnen de organisatie is er geen betrokkenheid inzake kwaliteitszorg.	NVT
	De organisatie onderneemt geen acties om de betrokkenheid te vergroten.	NVT
1	De organisatie betreft op ad hoc basis de directie en medewerkers.	X
2	De organisatie betreft de medewerkers.	X
	De organisatie betreft de bestuursorganen.	X
3	Alle functiegroepen participeren in de kwaliteitszorg.	X
	De organisatie bepaalt op een doordachte wijze waar de gebruiker bij de kwaliteitszorg betrokken wordt.	X
	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.	X
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 :

De medewerkers worden betrokken bij de kwaliteitszorg d.m.v. personeelsoverleg, teamvergaderingen en werkgroepen. Dit werd ook bevestigd door de medewerkers met wie we gesproken hebben.

Indien een procedure wordt aangepast in het KHB dan worden de medewerkers hierover op de maandelijkse personeelsvergadering gebriefd. De teamcoördinator is de go-between tussen de medewerkers en de staf.

Alle verslagen van de stafvergaderingen en van de directievergaderingen zijn door de medewerkers te raadplegen op de server (werd door hen geïllustreerd). Er is volgens de medewerkers een open communicatie en een grote betrokkenheid van het personeel.

De Quick-scan voor de zelfevaluatie werd door alle medewerkers ingevuld (online).

De verslagen van teamoverleg, van stafvergaderingen, van directievergaderingen, van personeelsvergaderingen en van de werkgroep kwaliteit werden getoond op PC.

De Raad van Bestuur wordt ook actief betrokken. Via de 'bestuursbarometer', een werkinstrument van de Koning Boudewijnstichting, werden de bestuurders bevestigd over de kwaliteitszorg en over het functioneren van de Raad van Bestuur. In september 2015 wil men ook van de bestuurders een competentieprofiel opmaken, net als van de medewerkers.

De gebruikers worden bevestigd over de werking in het groepsgesprek (voor afdelingen met verblijf of dagbegeleiding). Ook via tevredenheidsmetingen (tot 2014) en nu via rechtstreekse bevestiging bij de evolutiegesprekken kunnen de gebruikers hun mening geven over de kwaliteit van de dienstverlening.

De gebruikers worden ook rechtstreeks betrokken bij kwaliteitsprojecten vb. herinrichten TV-hoek met participatie van de jongeren.

De externe partners worden nog niet betrokken bij de kwaliteitszorg.

Besluit:

- De vaststellingen bevestigden het niveau dat de organisatie zichzelf heeft toegekend op het vlak van de betrokkenheid bij kwaliteitszorg .
- De inspecteur deed ook vaststellingen rond hogere niveau 's dan deze die de organisatie zich heeft toegekend op het vlak van het betrekken van gebruikers en bestuursorganen.

3. Methodieken en instrumenten

Groei-niveau gescoord door de voorziening = 2

Groei-niveaus (0-5)	Kwaliteitszorg: methodieken en instrumenten	De inspecteur deed vaststellingen voor volgende indicatoren
0	De organisatie hanteert geen methodieken noch instrumenten voor de kwaliteitszorg.	NVT

1	De organisatie hanteert enkel ad hoc methodieken en instrumenten voor de kwaliteitszorg.	NVT
2	De organisatie beschikt over een kwaliteitshandboek waarin een kwaliteitsbeleid is opgenomen.	X
	De organisatie beschikt over een methodiek of instrument voor de zelfevaluatie.	X
3	Het kwaliteitshandboek is gebruiksvriendelijk en bevat alle elementen volgens art.5§4 van het kwaliteitsdecreet.	
	Alle functiegroepen passen het kwaliteitshandboek toe.	X
	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.	X
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 :

Gebuurkte methodiek(en) voor zelfevaluatie	
PROZA (PROject Ontwikkeling ZelfAnalyse-instrument)	X
CAF (Comon Assessment Framework)	
Pro-Mes (Productivity Measurement and Enhancement System)	
Balanced Scorecard	
EFQM (European Foundation for Quality Management)	
INK-model (Instituut voor Nederlandse Kwaliteit)	
Kwadrant	
Een ander aangekocht instrument	
Een eigen ontwikkeld instrument	

Proze werd aangekocht en in 2014 werd door alle medewerkers een Quick-scan ingevuld (online). De medewerkers waarmee we gesproken hebben bevestigden dit en ze stelden dat de resultaten op de maandelijkse personeelsvergadering werden toegelicht.

In de Quick-scan werden alle domeinen van de organisatie bevraagd.

Zij stelden dat het KHB gebruiksvriendelijk is en via een link op hun PC kan geopend worden. Ze gebruiken het KHB voor de procedures die ze nodig hebben maar ze zegden dat nog niet alle procedures uitgewerkt zijn op het niveau van het EMK. Dit werd ook door de directie bevestigd. De inhoudsopgave van het KHB werd voorgelegd.

Besluit:

- De vaststellingen bevestigen het niveau dat de organisatie zichzelf heeft toegekend op het vlak van methodieken en instrumenten die bij de kwaliteitszorg worden ingezet.

- De inspecteur deed ook vaststellingen rond hogere niveau 's dan deze die de organisatie zich heeft toegekend op het vlak van methodieken en instrumenten.

4. Verbetertrajecten

Groei-niveau gescoord door de voorziening = **2**

Groei-niveaus (0-5)	Kwaliteitszorg: verbetertraject	De inspecteur deed vaststellingen voor volgende indicatoren
0	De organisatie formuleert geen verbetertrajecten.	NVT
1	De organisatie formuleert ad hoc verbetertrajecten.	X
2	De organisatie ontwikkelt SMART-geformuleerde verbetertrajecten.	X
	De organisatie informeert de medewerkers over de verbetertrajecten.	X
3	De verbetertrajecten zijn SMART gedefinieerd en als dusdanig opgesteld dat de PDCA-cyclus herkenbaar is.	X
	De organisatie stelt verantwoordelijken aan voor de uitvoering en voortgang per verbetertraject.	X
	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.	X
	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.	X
	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	X
5	De organisatie communiceert actief over de verbetertrajecten en de resultaten ervan.	

Toelichting :

De verbetertrajecten voor 2015 die opgenomen zijn in het jaarverslag 2014 zijn SMART geformuleerd.

De verbetertrajecten van 2014 worden in het jaarverslag geëvalueerd en eventueel bijgestuurd. Het resultaat is waar mogelijk in het KHB opgenomen.

De medewerkers zijn via het jaarverslag en de personeelsvergaderingen geïnformeerd over de verbetertrajecten.

In de procedure 'onderhoud van het KHB' is beschreven hoe alle domeinen van de organisatie worden overlopen bij het bepalen van verbetertrajecten.

De medewerkers stelden dat ze betrokken worden bij de verbetertrajecten. In het begin van het jaar krijgen ze vanuit de staf via de coördinator een lijst met thema's. Maandelijks is er een thema-teamvergadering, ter voorbereiding krijgen de medewerkers een werktekst en de discussie volgt dan op het team.

Geselecteerd verbetertraject.

Toelichting:

Voor 2015 werd door dit team o.a. als verbetertraject de herwerking van de intake-procedure weerhouden.

Voor 2014 was dit o.a. de nieuwe afspraken rond de opmaak van het handelingsplan en de evolutieverslagen voor de totaliteit van het EMK.

Waarom werd dit verbetertraject gekozen :

Het traject voor 2015 werd gekozen door het team contextbegeleiding omdat, door de opstart van Integrale Jeugdhulp en het feit dat contextbegeleiding nu buiten de toegangspoort valt, er nu een instroom is vanuit andere actoren en dat de procedures hieraan moeten worden aangepast.

Men dient zich nu de vraag te stellen naar het type cliënt dat men wil bereiken.

Aansluitend hierop werd ook een werkgroep 'verontrusting en maatschappelijke noodzaak' opgestart binnen het EMK.

Vaststellingen rond het formuleren van het verbetertraject:

Het verbetertraject werd SMART geformuleerd.

Vaststellingen rond het informeren/communiceren van het verbetertraject:

De medewerkers worden geïnformeerd op het teamoverleg (wekelijks), op de personeelsvergaderingen (maandelijks) en op de jaarlijkse Patio-dag. Op deze laatste bijeenkomst van alle personeelsleden van De Patio wordt er een evaluatie gegeven van het verleden en een blik op de toekomst. De medewerkers stelden dat ze inspraak hebben in de werking en in het

kwaliteitsbeleid. Ze voelden zich, in tegenstelling tot wat de directie dacht, wel voldoende geïnformeerd over de resultaten van de verbetertrajecten.

Vaststellingen rond het opvolgen van de uitvoering:

Voor het genoemde traject van 2014 zijn de nieuwe afspraken rond de opmaak van handelingsplan en evolutieverslagen nu in gans het EMK ingevoerd en wordt het nieuwe sjabloon gebruikt.

Voor het traject van 2015 werd de visie rond de instroom besproken op het team maar er is nog geen procedure opgemaakt. De visie rond verontrusting en maatschappelijke noodzaak wordt nu in een werkgroep uitgewerkt, evenals een stappenplan.

Vaststellingen rond het implementeren van de resultaten en borgen in het kwaliteitshandboek:

Voor het traject van 2014 is dit gebeurd.

Besluit:

- De vaststellingen bevestigen het niveau dat de organisatie zichzelf heeft toegekend op het vlak van verbetertrajecten.
- De inspecteur deed ook vaststellingen rond hogere niveau 's dan deze die de organisatie zich heeft toegekend op het vlak van verbetertrajecten.

Module 4 : Gebruikerstevredenheid

Groei-niveau gescoord door de voorziening = 2 bij zelfevaluatie begin 2015, nu 3

Groei-niveaus (0-5)	Kwaliteitszorg: gebruikerstevredenheid	De inspecteur deed vaststellingen voor volgende indicatoren
0	De organisatie organiseert geen gebruikerstevredenheid	NVT
1	De organisatie gaat enkel ad hoc de gebruikerstevredenheid na	NVT
2	De organisatie hanteert een of enkele methodieken of instrumenten om de gebruikerstevredenheid na te gaan	X
3	De organisatie heeft een duidelijke procedure of afspraken rond het meten van de gebruikerstevredenheid	X
	De organisatie gebruikt systematisch een op de doelgroep(en) afgestemde methodiek voor het meten van de gebruikerstevredenheid, waarbij ze minimaal de hulpverleningsprocessen, de hulpuitvoering, inspraak en participatie bevroegt	X

	De organisatie gebruikt de gegevens van de tevredenheidsmeting als input voor de beleidsvoering van de organisatie	X
	De organisatie gebruikt de gegevens van de tevredenheidsmeting om de communicatie en de samenwerking met gebruikers te verbeteren	X
4	De organisatie evalueert systematisch de instrumenten om de gebruikerstevredenheid te meten en stuurt bij	
	De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers	
	Vanuit de gegevens van de tevredenheidsmeting zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen	
	De organisatie linkt de gegevens van de tevredenheidsmeting aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden	
5	Een onafhankelijk externe evalueert de tevredenheidsmeting. De organisatie communiceert deze resultaten en stuurt de tevredenheidsmeting bij	
	De tevredenheidsmeting is wetenschappelijk onderbouwd	
	De organisatie stelt de tevredenheidsmeting als model voor andere organisaties	
	De organisatie publiceert de resultaten van de tevredenheidsmeting	

Toelichting :

De gebruikerstevredenheid werd vroeger nagegaan via een schriftelijke enquête bij het einde van de hulpverlening.

Sinds juni 2014 maakt men gebruik van een nieuw document : een schaal die wordt afgenomen in een gesprek met de cliënten. Elk lid van het gezin vult dit in (vanaf de leeftijd van 10-12 jaar). Voor jongere kinderen is er een document met smiley's.

Deze documenten worden ingevuld om de 6 maanden bij de evolutiebespreking. Men kan zo nagaan of er volgens de cliënten een evolutie is in de begeleiding.

Spontane cliëntfeedback wordt indien mogelijk in het gesprek met de cliënt opgevangen. Indien dit niet kan dan wordt dit als klacht genoteerd. Dit gebeurt nog niet systematisch en is een verbetertraject in 2015.

De gegevens van de tevredenheidsmeting dienen als input voor de kwaliteitsplanning, ze worden besproken op de kwaliteitswerkgroep.

De gegevens van de tevredenheidsmeting worden volgens de begeleiders ook gebruikt in de individuele begeleiding van de cliënten.

Bij de opmaak van de zelfevaluatie begin 2015 was deze methode nog niet systematisch in gebruik bij de contextbegeleiding; dit is nu wel het geval, vandaar dat de voorziening zich nu 3 scoort.

Meerdere kruisjes zijn mogelijk

Wijze waarop de gebruikerstevredenheid wordt nagegaan	
Schriftelijke enquête (incl. online)	X
Interview (incl. telefonisch)	X
Groepsgesprek	
Spontane cliëntfeedback tijdens de begeleiding	X
Andere	

Bij wie wordt de gebruikerstevredenheid nagegaan	
Minderjarige	X
Ouders/ opvoedingsverantwoordelijken (ov)	X
Ruimere context	
andere	

Wanneer wordt de gebruikerstevredenheid gemeten	
Na de onthaalfase	
In de loop van de begeleiding-vrij afnamemoment	
In de loop van de begeleiding – bij de evolutieverslagen/vaste evaluatiemomenten	X
Bij de afsluiting van de begeleiding	
Een afgesproken periode na de afsluiting	
Bij alle gebruikers op een zelfde vast moment tijdens het jaar	
Andere	

Volgende thema's zijn opgenomen in de gebruikerstevredenheid	
Hulpverleningsprocessen	X
Hulpuitvoering	X
Inspraak en participatie	X

Besluit:

- De vaststellingen bevestigen het niveau dat de organisatie zichzelf nu heeft toegekend op het vlak van gebruikerstevredenheid .

Module 5 : Seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG)

1.1. Referentiekader SGOG

Beschikt de voorziening over een uitgeschreven referentiekader voor grensoverschrijdend gedrag :

- Ja

= BELEID

Toelichting :

Er is een beleidstekst rond 'Omgaan met Grensoverschrijdend gedrag'. Dit gaat over 5 verschillende vormen van Grensoverschrijdend Gedrag nl. drugsbeleid, seksualiteit en intimiteit beleid, agressiebeleid, psychische disfuncties en andere.

Daarbij is telkens preventie, interventie, repressie en curatieve maatregelen voorzien.

Volgens de medewerkers is er ook een "oude" tekst over 'risicosituatie thuis' en 'meldingsplicht t.a.v. verwijzers'.

De directie verwees ook naar een procedure incidenten en een procedure beroepsgeheim en meldingsplicht.

Er is ook een procedure seksueel grensoverschrijdend gedrag t.a.v. cliënten. Dit maakt deel uit van het arbeidsreglement. Hierin is het vlaggensysteem beschreven.

Er is geen referentiekader op het niveau van het EMK, wel in de afdelingen met verblijf.

Voor de mobiele afdelingen wordt, volgens de directie, seksualiteit benoemd in het handelingsplan en de evolutieverslagen en bij verontrusting wordt 'signs of safety' toegepast.

Men wordt, wat betreft grensoverschrijdend gedrag, vnl. geconfronteerd met agressie.

Beoordeling :

Tekorten : geen

Aandachtspunten :

- Een uitgewerkte visie omtrent het thema seksualiteit die gedragen wordt door de gehele voorziening ontbreekt nog. Het is belangrijk dat de voorziening met haar medewerkers en jongeren aan de slag gaat en een beleidsvisie ontwikkelt die gecommuniceerd wordt aan alle betrokken partijen. Deze visie dient geconcretiseerd te worden in doelstellingen, introductie van nieuwe medewerkers, eventueel in vormingstrajecten... die concrete handvatten aanreiken voor de begeleiding in de dagdagelijkse werking.

1.2. Inhoud van de visietekst

Toelichting :

Elementen die aanwezig zijn in de procedure :	ja	neen
Preventie	X	
Detectie		X
Gepast reageren	X	
Meegedeeld aan gebruiker		X
Meegedeeld aan personeel	X	
Registratiesysteem		X

Deze elementen zijn beperkt aanwezig in de procedure, ze zijn echter niet uitgewerkt.

Beoordeling :

Tekorten

Tekort Art. 11, 21° van het BV van 13 07 1994 : De organisatie hanteert geen procedure voor detectie van grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers. Er is ook geen registratiesysteem.

Aandachtspunten :

- indien de procedure niet systematisch is uitgewerkt: de procedure vermeldt onvoldoende welke stappen gezet moeten worden en/of wanneer en/of wie waarvoor verantwoordelijk is.

1.3. In welke mate wordt in de praktijk aandacht geschonken aan de seksuele ontwikkeling en integriteit

Het referentiekader SGOG krijgt een vertaling in het handelingsplan van de jongeren:

- neen

Toelichting :

In de twee dossiers die werden ingezien (betroffen enkel contextbegeleiding) is er niets over opgenomen. Volgens de begeleiders gebeurt dit enkel als het een item is in de begeleiding. In één dossier was er SGOG gepleegd door de jongere in een vorige voorziening. Dit werd opgenomen door Exit maar in het dossier van de contextbegeleiding werd er niets over vermeld.

Seksualiteit zou volgens de begeleiders wel bij CBAW altijd met de jongere besproken worden.

Het referentiekader SGOG krijgt een vertaling in de concrete hulpverlening:

in individuele gesprekken	
in groepsgesprekken	NVT
in interne afspraken/huisregels	NVT
in de samenstelling van de leefgroepen	NVT
in de aanwezigheid van materialen/methodieken	NVT

Toelichting:

Bij contextbegeleiding kwam dit niet aan bod in de dossiers.

Het referentiekader SGOG krijgt een vertaling in de deskundigheid(bewaking) van de medewerkers:

bij vorming	Volgens de directie was er vorming over het vlaggensysteem door sensoa en over 'signs of safety'. De begeleiders hadden wel 'signs of safety' gevolgd maar geen vorming gekregen over het vlaggensysteem
bij introductie van nieuwe medewerkers	Er is enkel de visietekst rond GOG. Er is nog geen systematische procedure voor inwerking van nieuwe medewerkers
bij ondersteuning en coaching	Door de pedagogisch coördinator

Toelichting:

zie boven

Incidenten SGOG worden geëvalueerd en aangewend om de werking te verbeteren:

- Ja

Men heeft zelf al incidenten binnen gezinnen gemeld aan het parket, men neemt ook vaak contact op met het VK.

De procedure incidenten en de procedure meldingsplicht en beroepsgeheim wordt toegepast volgens de directie.

Beoordeling :

Aandachtspunten

- De voorziening dient er aandacht aan te schenken dat het item integriteit, relatievorming en seksualiteit niet enkel iets is dat ter sprake komt bij problemen maar dat dit standaard opgenomen wordt in de begeleiding van elke jongere, aangepast aan hun leeftijd.
- Het referentiekader SGOG wordt onvoldoende vertaald in het handlingsplan van de jongeren . De voorziening dient er aandacht aan te schenken dat het item integriteit, relatievorming en seksualiteit niet enkel iets is dat ter sprake komt bij problemen maar dat

dit standaard opgenomen wordt in de begeleiding van elke jongere, aangepast aan hun leeftijd.

- Het referentiekader SGOG wordt onvoldoende vertaald in de deskundigheid(bewaking) van de medewerkers.