

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

contact@zorginspectie.be

BIJZONDERE JEUGDZORG

ORGANISATIE

Naam	OOC 't LAAR
Adres	Leopold II laan 9 8000 BRUGGE
Telefoon	050/33 78 80
E-mail	Toine.perneel@depatiovzw.be

INRICHTENDE MACHT

Naam	De Patio
Juridische vorm	VZW
Adres	Elf-julistraat 32 8000 BRUGGE
Telefoon	050/33 32 09
E-mail	Hans.paredis@depatiovzw.be

INSPECTIEPUNT

Naam	OOC 't Laar
Adres	Leopold II laan 9 8000 BRUGGE

OPDRACHT

Nummer	O-2015-FRGH-0143
Inspecteur	Gerda Schotte

VERSLAG

Nummer	V-2016-GESC-0006
Datum	22/02/2016

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	18/02/2016 van 9u15 tot 16u15
Reden	Inspectie kwaliteitskader
Gesprekspartners:	Toine Perneel, directeur (sinds september 2015) Mieke Lampaert, stafmedewerker De Patio en kwaliteitscoördinator De Patio Vanessa Hoste, kwaliteitscoördinator 't Laar 2 begeleiders

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 2014 werd op voorhand doorgenomen, dit werd door de voorziening tijdig naar het Agentschap Jongerenwelzijn gestuurd.

Het syntheseverslag zelfevaluatie was daar niet aan toegevoegd, dit werd bij de inspectie overhandigd.

De niveaubepaling werd beslist op de stafvergadering van VZW De Patio begin 2015. In de staf is er één stafmedewerker per voorziening vertegenwoordigd onder leiding van de kwaliteitscoördinator van de VZW en de algemeen directeur. Voor 't Laar neemt de kwaliteitscoördinator van 't Laar deel aan deze vergaderingen.

Module 2 : Gegevens organisatie

Erkenningsgegevens

De afdeling maakt deel uit van de OOOO 't Laar die volgende modules aanbiedt :

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

De geïnspecteerde afdeling biedt volgende modules aan :

Module	Aantal
Verblijf	8
Contextbegeleiding	
CBAW	
Dagbegeleiding in groep	
Ondersteunende begeleiding	
Kortdurend crisisverblijf	
Diagnostiek	11

Het OOC 't Laar begeleidt jongens tussen 12 en 18 jaar.

De VZW De Patio is een fusie van verschillende voorzieningen die samen erkend zijn als OVBJ. Daarnaast is er ook een erkenning als OOC ('t Laar) en een erkenning als HCA (BAAB).

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

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.	-
	De organisatie onderneemt geen acties om te komen tot een adequate kwaliteitszorg.	-
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 VZW De Patio.
Er wordt gewerkt met één kwaliteitshandboek (KHB) dat is opgemaakt volgens de indeling in de domeinen van het EFQM-model. Per afdeling worden de specifieke procedures hierin ingepast.

De visietekst is opgenomen in het KBH. 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 die de hele organisatie aangaan vb. participatie, jongeren betrekken ...

Informatie van de stafvergadering van De Patio gaat naar de stafvergadering van 't Laar (directeur, hoofdbegeleider leefgroep, kwaliteitscoördinator, contextbegeleider, pedagogisch coördinator en psycholoog) en van daar naar de pedagogische vergadering (alle begeleiders samen met de staf). Dit overlegorgaan behandelt inhoudelijke thema's en komt maandelijks samen.

De begeleiders bevestigden dat op deze vergaderingen informatie werd gegeven over EFQM. Ze beschikken ook over de visietekst en de jaarverslagen.

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; 't Laar is hier niet in vertegenwoordigd.

Vanuit de Quick-scan en de zelfevaluatie in 2014 werden verbetertrajecten opgezet. De kwaliteitszorg werd daarbij geëvalueerd en dit leidde wel tot verbetertrajecten maar nog niet echt tot een synthese.

Besluit:

- De vaststellingen bevestigen het **niveau 3** dat de organisatie zichzelf heeft toegekend op het vlak van de organisatie van en de visie op kwaliteitszorg.
- De vaststellingen bevestigen ook een indicator van een hoger niveau.

2. Betrokkenheid

Groei-niveau gescoord door de voorziening = 2

Groei-niveaus (0-5)	Kwaliteitszorg: betrokkenheid	De inspecteur deed vaststellingen rond volgende indicatoren
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.	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 via de pedagogische vergaderingen. In 2014 gebeurde een bevraging van alle medewerkers (ook administratief en logistiek personeel) naar aanleiding van de opmaak van de visietekst op het niveau van de VZW. Dit gebeurde schriftelijk (documenten werden voorgelegd) en bevatte vragen als : 'wat is kwaliteit voor jou ? wat verwacht je van het KHB ? wat verwacht je van de kwaliteitscoördinator ?...'

Van de resultaten werd een synthese gemaakt en op basis hiervan werd de visietekst opgemaakt.

Indien een procedure moet worden aangepast dan komt dit op de stafvergadering en op de pedagogische vergadering. De verslagen van de overlegvergaderingen zijn ter inzage van de medewerkers op de server.

Er is een 3-jaarlijkse cyclus van bevestigingen van personeel, online in te vullen : Quick-scan van Proza, personeelstevredenheidsbevraging en bevraging rond de Wet op Welzijn op het werk.

Er is jaarlijks een algemene personeelsvergadering met een inhoudelijk thema o.a. competentieprofielen.

De logistieke personeelsleden van de verschillende afdelingen van de Patio zitten regelmatig samen voor overleg. Er werd o.a. uitleg gegeven over het gebruik van het intranet (hoe inloggen, hoe zoeken enz.).

De begeleiders stelden dat zij betrokken worden bij werkgroepen rond verschillende thema's vb. in de werkgroep 'competentieprofielen' zitten twee personen van 't Laar. De resultaten worden door hen op het team gebracht en teruggekoppeld.

De Raad van Bestuur wordt ook actief betrokken. De leden van de Raad van Bestuur vulden de 'bestuursbarometer' in (februari 2015). Dit is een bevraging over kwaliteitszorg.

Elk lid van de Raad van Bestuur is nu bij één afdeling op thema nauwer betrokken. De visietekst werd op de Algemene Vergadering voorgesteld, evenals de resultaten van de zelfevaluatie en van de Quick-scan.

De gebruikers worden bevestigd over de werking in het groepsgesprek op woensdag. De input vanuit het groepsgesprek wordt op het begeleidersoverleg besproken. Hieruit kwamen reeds veranderingen in de werking voort (vb. op vlak van gebruik van wifi, internet).

Ook via tevredenheidsmetingen (tot 2014) en nu via rechtstreekse bevestiging bij de eindbesprekingen kunnen de gebruikers hun mening geven over de kwaliteit van de dienstverlening.

Men probeert externe partners te betrekken bij sommige aspecten van de werking (vb. beleidsplan seksualiteit werd voorgelegd aan externen, er wordt vorming gegeven door externe diensten) maar dit gebeurt nog niet op systematische wijze.

Besluit:

- De vaststellingen bevestigen het **niveau 2** dat de organisatie zichzelf heeft toegekend op het vlak van de betrokkenheid bij kwaliteitszorg.
- De vaststellingen bevestigen ook een aantal indicatoren van een hoger niveau.

3. Methodieken en instrumenten

Groei-niveau gescoord door de voorziening = 2

Groei-niveaus (0-5)	Kwaliteitszorg: methodieken en instrumenten	De inspecteur deed vaststellingen rond volgende indicatoren
0	De organisatie hanteert geen methodieken noch instrumenten voor de kwaliteitszorg.	-
1	De organisatie hanteert enkel ad hoc methodieken en instrumenten voor de kwaliteitszorg.	X
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 :

Gebruikte methodiek(en) voor zelfevaluatie	
Geen	
Kwaliteitskader BJZ	X
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	

Het KHB is enkel op PC te raadplegen en is nu opgebouwd volgens de EFQM indeling. De link staat op het bureaublad van elk personeelslid. Men werkt met een inhoudstafel met hyperlinks naar de documenten. Zo hoopt men de gebruiksvriendelijkheid te verhogen.

De begeleiders stelden dat die hyperlinks het inderdaad gemakkelijker maken en dat ze het KHB vooral gebruiken voor het opzoeken van formulieren. Eén begeleider die recent in dienst was stelde dat hij het KHB meer gebruikte om zaken waar hij nog niet zo zeker van was te checken.

Nog niet alle elementen volgens art.5§4 van het kwaliteitsdecreet zijn opgenomen in het KHB.

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 door de algemeen directeur op de maandelijkse personeelsvergadering werden toegelicht.

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

Besluit:

- De vaststellingen bevestigen het **niveau 2** dat de organisatie zichzelf heeft toegekend op het vlak van methodieken en instrumenten die bij de kwaliteitszorg worden ingezet.

- De vaststellingen bevestigen ook een aantal indicatoren van een hoger niveau.

4. Verbetertrajecten

Groei-niveau gescoord door de voorziening = 2

Groei-niveaus (0-5)	Kwaliteitszorg: verbetertraject	De inspecteur deed vaststellingen rond volgende indicatoren
0	De organisatie formuleert geen verbetertrajecten.	–
1	De organisatie formuleert ad hoc verbetertrajecten.	X
2	De organisatie ontwikkelt SMART-geformuleerde verbetertrajecten.	
	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.	
	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.	
	De organisatie communiceert de resultaten van de verbetertrajecten aan de betrokkenen.	X
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.	

1. Toelichting verbetertrajecten:

Er zijn verbetertrajecten op het niveau van de VZW en op het niveau van het OOC 't Laar.

Deze laatste komen tot stand op basis van de noden die worden gevoeld en op basis van de resultaten van de bevraging van de gebruikerstevredenheid (om de twee jaar, laatste synthese in 2014 van de bevraging van ouders en jongeren). In juni 2014 werden de resultaten besproken op het team en in september op de pedagogische vergadering.

De verbetertrajecten zijn nog niet SMART geformuleerd, er wordt wel telkens een verantwoordelijke aangesteld.

De informatie aan de medewerkers gebeurt via de staf op de pedagogische vergaderingen en op de algemene personeelsvergadering waar het jaarverslag wordt overlopen (laatste op 15 maart 2015).

2. Geselecteerd verbetertraject.

Toelichting:

Groei naar open eindbespreking (2014)

Waarom werd dit verbetertraject gekozen :

Uit de bevraging van de ouders bleek dat deze meer contact wilden met de psycholoog. Op het overleg met de verwijzers in 2012 drongen deze ook aan op een eindbespreking met ouders en jongeren samen. In het kader van meer participatie wenste de voorziening dit ook te realiseren.

Vaststellingen rond het formuleren van het verbetertraject:

Het is nog niet SMART geformuleerd.

Vaststellingen rond het informeren/communiceren van het verbetertraject:

Het is opgenomen in het jaarverslag en toegelicht aan alle personeelsleden op de algemene personeelsvergadering.

Vaststellingen rond het opvolgen van de uitvoering:

De staf is verantwoordelijk voor de opvolging, op de stafvergadering komt dit aan bod.

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

Dit is nog niet het geval.

Besluit:

- M.b.t. verbetertrajecten werden er vaststellingen gedaan rond alle indicatoren van **niveau 1**, alsook rond sommige indicatoren van niveau 2. De organisatie heeft zich niveau 2 toegekend, wat veronderstelt dat de verbetertrajecten SMART geformuleerd zijn, wat niet kon worden vastgesteld bij inspectie.

- De vaststellingen bevestigen ook een aantal indicatoren van een hoger niveau.

Module 4 : Gebruikerstevredenheid

Groei-niveau gescoord door de voorziening = 3

Groei-niveaus (0-5)	Kwaliteitszorg: gebruikerstevredenheid	De inspecteur deed vaststellingen rond volgende indicatoren
0	De organisatie organiseert geen gebruikerstevredenheid	-
1	De organisatie gaat enkel ad hoc de gebruikerstevredenheid na	-
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	X
	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 ouders en jongeren worden op het einde van de begeleiding via een anonieme vragen lijst bevraagd. Voor de jongere gebeurt dit in de laatste week van het verblijf, voor de ouders wordt die meegegeven met de vraag om het terug te sturen.

Om de 3 jaar wordt een synthese gemaakt van de resultaten, dit wordt gebruikt om verbetertrajecten op te zetten (vb. aanpassing atelierwerking).

Na elke synthese wordt er een evaluatie gehouden van de methodiek op de pedagogische vergadering. Nu bleek dat er weinig respons was van de ouders en men overweegt om de methodiek aan te passen.

De begeleiders stelden dat er ook cliëntfeedback komt bij de eindbespreking omdat de mening van de jongere hier ook aan bod komt. Ook bij de wekelijkse groepsgesprekken kunnen de jongeren hun mening geven en dit leidt, na bespreking om de teamvergadering, soms tot aanpassingen in de werking (vb. doorbrengen van vrije tijd buiten de voorziening). Er is steeds een terugkoppeling naar de jongeren.

Spontane cliëntfeedback wordt in het dagboek op PC genoteerd onder observaties of contactmoment. Dit wordt ook doorgegeven bij de mondelinge briefing en via de individuele begeleider op de teamvergadering gebracht of via de contextbegeleider (als het de ouders betreft) met de directie besproken.

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

Bij wie wordt de gebruikerstevredenheid nagegaan	
Minderjarige	X
Ouders/ opvoedingsverantwoordelijken (ov)	X
Ruimere context	
Andere (bv. aanmelder, verwijzer)	

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	
Bij de afsluiting van de begeleiding	X
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 3** dat de organisatie zichzelf heeft toegekend op het vlak van gebruikerstevredenheid.
- De vaststellingen bevestigen ook een aantal indicator van een hoger niveau.

Module 5 : Seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG)

1.1. Referentiekader SGOG

Art 11. 21° : *De voorziening beschikt over een geschreven referentiekader voor grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers.*

De organisatie hanteert een procedure voor preventie van, detectie van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers. In die procedure is een registratiesysteem opgenomen, dat voldoet aan de verplichtingen die voortvloeien uit de wetgeving betreffende de verwerking van persoonsgegevens. Grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers wordt onverwijld gemeld aan de administratie.

Beschikt de voorziening over een uitgeschreven referentiekader voor grensoverschrijdend gedrag :

- Ja

Toelichting :

Binnen 't Laar is er een beleidsplan seksualiteit in het KHB opgenomen. Dit kwam tot stand i.s.m. externen van Sensoa die vorming gaven in de voorziening.

De communicatie met de jongeren/ouders hierover is niet opgenomen in het beleidsplan.

Beoordeling :

Tekorten : geen

1.2. Inhoud van de visietekst

Toelichting :

Elementen die aanwezig zijn in de procedure/referentiekader:	ja	neen
Preventie	X	
Detectie	X	
Gepast reageren	X	
De wijze waarop het wordt meegedeeld aan gebruiker		X
De wijze waarop het wordt meegedeeld aan personeel	X	
Registratiesysteem	X	
Melden aan JWZ		X

De registratie gebeurt in het dagboek op PC.

Het melden van incidenten aan Jongerenwelzijn is opgenomen in een andere procedure op niveau van de VZW.

Beoordeling :

Tekorten : geen

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 individuele begeleidingstraject van elke jongeren:

- ja

Toelichting :

Volgens de begeleiders is seksuele ontwikkeling een onderdeel van de gesprekken die de jongeren hebben met de psycholoog en met de individuele begeleider. Zij stellen wel vast dat de jongeren die ze begeleiden ongeveer 17 jaar zijn maar weinig kennis hebben over seksualiteit en voorbehoedsmiddelen.

Op vrijdag wordt er vorming gegeven aan de jongeren en seksualiteit komt hier ook aan bod. Er is ook een vormingspakket voorhanden en men is nu bezig met een aangepast aanbod voor jongeren met autisme spectrum stoornis.

Er werden twee dossiers besproken. In het ene dossier was er sprake van SGOG door de jongere, dit was de aanleiding tot de aanmelding in het OOC. Uit de verslaggeving blijkt dat er in de begeleiding hier veel aandacht werd aan besteed.

Het andere dossier betrof een jongere waar er geen gekende problematiek was op dit vlak. Uit de notities in het dagboek blijkt dat seksualiteit ook bij deze jongere aan bod kwam bij de begeleiding maar in het eindverslag is dit niet terug te vinden. Het eindverslag is eerder vraaggestuurd opgemaakt omdat men vanuit het OOC een advies moet formuleren op de vragen die bij aanmelding zijn gesteld.

Het referentiekader SGOG krijgt een vertaling in de concrete hulpverlening:

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

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

bij vorming	X
bij introductie van nieuwe medewerkers	X
bij ondersteuning en coaching	X

Toelichting:

Alle pedagogische medewerkers kregen in 2015 vorming over SGOG door Sensoa.

Op 25/09/2015 werd het beleidsplan seksualiteit op de pedagogische vergadering besproken, hierin is ook het vlaggensysteem opgenomen, de vorming vond dan plaats op 25/10/2015.

In januari 2016 was er ook een vorming door Exit (begeleidingsdienst voor minderjarige plegers van SGOG).

Voor nieuwe medewerkers is er een checklist voor de inwerking, hierin is de toelichting bij het beleidsplan ook opgenomen.

Voor ondersteuning kunnen de medewerkers terecht bij de collega's van hun team.

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

- Ja

In het verleden was er een incident van SGOG van één jongere en opzichte van een andere jongere. Naar aanleiding daarvan werd het beleidsplan verder uitgewerkt en beschikt elke jongere nu over een eigen kamer die hij kan afsluiten.

Beoordeling :

Tekorten : geen
