

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 Bureau alternatieve afhandeling
Adres Duinenabdijstraat 13 8000 BRUGGE
Telefoon 050/33 32 09
E-mail Hans.paredis@depatiovzw.be
Bart.sanders@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 BAAB
Adres Duinenabdijstraat 13 8000 BRUGGE

OPDRACHT

Nummer O-2015-FRGH-0125
Inspecteur(s) Chantal Knockaert

VERSLAG

Nummer V-2016-CHKN-0017
Datum 22/04/2016

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek Aangekondigd bezoek
op 19/04/2016 van 9u30 tot 15u
Reden Inspectie kwaliteitskader

Gesprekspartners:

- Bart Sanders, directeur BAAB
- Mieke Lampaert, kwaliteitscoördinator De Patio en stafmedewerker beleid
- Renilde Leeuwerck medewerker team alternatieve maatregelen en kwaliteitscoördinator
- 2 begeleiders (1 uit het team alternatieve maatregelen en 1 uit het team bemiddeling)

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 werd vooraf doorgenomen. Het 'syntheseverslag zelfevaluatie' werd vooraf bezorgd door de voorziening. De zelfevaluatie werd gescoord op het niveau van de voorziening. In juni 2015 werd een inspectie uitgevoerd in de contextbegeleiding 'de Kerseboom' eveneens behorend tot Vzw de Patio.

Module 2 : Gegevens organisatie

Erkenningsgegevens

BAAB behoort tot de VZW de Patio. BAAB is binnen deze Vzw erkend als dienst voor herstelgerichte en constructieve afhandeling (HCA) en biedt volgende modules aan :

Module	Aantal
Verblijf	

Contextbegeleiding	
CBAW	
Dagbegeleiding in groep	
Ondersteunende begeleiding	
Kortdurend crisisverblijf	
Diagnostiek	
HCA	X

De subsidiëring voor HCA gebeurt via een puntensysteem: BAAB dient jaarlijks 762 punten te behalen. In 2015 werden 922 punten behaald.

Momenteel is er een project lopende i.s.m. de gemeenschapsinstellingen (GI) rond het werken met MOF slachtoffers. Het project behelst het geven van slachtoffergerichte leergroepen aan MOF jongeren in GI (campus Wingene, Ruiselede en mogelijk in de toekomst ook Beernem).

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

Naast de erkenning als HCA (BAAB) beschikt de Vzw De Patio ook over een erkenning als EMK en als OOC.

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 :

Er wordt gewerkt met één basiskwaliteitshandboek (KHB) dat is opgemaakt volgens de indeling in de domeinen van het EFQM-model. Elke afdeling beschikt over een verder uitgewerkt kwaliteitshandboek volgens de eigen deelwerking.

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

De visietekst is 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.

Op afdelingsniveau is er eveneens een kwaliteitscoördinator en een kwaliteitsstuurgroep.

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 = **3**

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.	X
	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.	X

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 teamvergadering gebriefd. Alle verslagen van de stafvergaderingen en van de directievergaderingen zijn door de medewerkers te raadplegen op de server

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 bevroegd over de kwaliteitszorg en over het functioneren van de Raad van Bestuur.

De gebruikers worden bevroegd over de werking in de tevredenheidsmetingen. Er wordt gestreefd naar een score van minstens 80 %. Items die minder scoren worden besproken. Bij een score van -65 % worden zeker acties opgezet.

Er is tweemaal per jaar een formeel overleg met de verwijzers. De organisatie ervaart een grote respons voor dit overleg.

Besluit:

- De vaststellingen bevestigen 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

Groeiniveau gescoord door de voorziening = 2

Groeiniveaus (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 :

Gebruikte methodiek(en) voor zelfevaluatie	
PROZA (PProject 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	

Prose 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. 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 :

Er worden verbetertrajecten geformuleerd op het niveau van de organisatie. Deze verbetertrajecten zijn SMART geformuleerd en worden opgenomen in het jaarverslag. 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.

Op het niveau van de afdeling worden jaarlijks ook verbetertrajecten geformuleerd. In de praktijk is het de kwaliteitsstuurgroep die voorstellen voor verbetertrajecten doet naar het gehele team.

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: Personeelstevredenheid.

Toelichting: Dit verbetertraject werd gestart in 2013. Uit de jaarlijkse tevredenheidsbevraging voor personeel kwam ontevredenheid naar voor over een aantal items. Er werd een werkgroep samengesteld die bij alle personeelsleden een interview afnam om de basis van de ontevredenheid nog scherper bloot te leggen. Er werd eveneens een teamdag georganiseerd rond dit thema.

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 team-dag.

Vaststellingen rond het opvolgen van de uitvoering: ondertussen startte op instellingsniveau een nieuwe manier van werken rond functioneren van medewerkers (competentieprofielen, nieuwe manier van evalueren...)Uit de interviews bleek dat de ontevredenheid zeer momentaan was geweest. Er werd beslist om tevredenheidsmetingen voor personeel aan te passen en er werd afgestemd op het verbetertraject betreffende de competentieprofielen en functioneringsgesprekken. De medewerkers vertellen dat op de nieuwjaarsreceptie de competentieprofielen en de nieuwe manier van evalueren werd toegelicht.

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

De procedure tevredenheidsmetingen voor personeel werd aangepast, evenals de procedure evalueren personeel en functioneringsgesprekken.

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 = 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 wordt nagegaan via een schriftelijke enquête na afronding van de begeleiding (enkel bij de jongeren).

De gegevens van de tevredenheidsmeting dienen als input voor de kwaliteitsplanning, ze worden besproken op de kwaliteitswerkgroep (zie supra) en op de overlegmomenten van beide subteams. De gegevens van de tevredenheidsmeting worden volgens de begeleiders ook gebruikt in de individuele begeleiding van de cliënten.

Deze werkwijze is uitgeschreven in een procedure.

Tweemaal per jaar is er een overleg met de verwijzers waar ook de tevredenheid wordt bevraagd.

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

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

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 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

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 zijn telkens preventie, interventie, repressie en curatieve maatregelen voorzien.

Er zijn ook een procedure incidenten en een procedure beroepsgeheim en meldingsplicht.

De procedure seksueel grensoverschrijdend gedrag t.a.v. cliënten maakt deel uit van het arbeidsreglement. Hierin is het vlaggensysteem beschreven.

Seksualiteit wordt benoemd in het handelingsplan. Het wordt enkel een doelstelling indien de jongere wil werken aan de voorgestelde doelstelling. Bij verontrusting wordt 'Signs of Safety' toegepast.

De bevroagde medewerkers benoemen het vlaggensysteem van Sensoa en de Signs of Safety-methodiek als basis voor SGOG.

Voor het team herstelbemiddeling is er een deontologische code en een deontologische commissie die enkele keren per jaar bijeenkomt rond casusvragen vanuit bemiddelingsdiensten over Vlaanderen.

Beoordeling :

Tekorten : geen

Aandachtspunten : geen

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 :

- 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

Is er aandacht voor de inschatting of het algemene leefklimaat waarin de jongere opgroeit voldoende veiligheid biedt, ook m.b.t. normen en waarden rond relaties, intimiteit en seksualiteit?

- Ja

Toelichting :

Binnen de deelwerking leerproject komen de thema's seksualiteit, intimiteit sociale media, lief, veilig vrijen aan bod binnen de methodiekmap seksualiteit.

Binnen het team alternatieve maatregelen wordt een handelingsplan opgemaakt met de jongere waar deze thema's ook aan bod komen. Pas indien de jongere akkoord gaat wordt een doelstelling opgemaakt. Indien rond dit thema iets gedaan werd, wordt het neergeschreven in het eindverslag. Indien de dienst dit noodzakelijk acht, wordt in het eindverslag ook een aanbeveling naar verdere begeleiding geformuleerd. Dit werd bevestigd in voorgelegde dossiers. Bij bemiddeling wordt gewerkt met een duidelijk afgelijnde opdracht en komt dit niet aan de orde.

Het referentiekader SGOG krijgt een vertaling in de concrete hulpverlening:

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

Toelichting:

Volgens de bevroagde medewerkers is er voldoende aanbod aanwezig in materialen en methodieken.

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 bevroagde medewerkers verwijzen naar de vormen voor seksuele delicten die bemiddelaars dienen te volgen.
bij introductie van nieuwe medewerkers	Er is enkel de visietekst rond GOG. Er is nog geen systematische procedure voor inwerking van nieuwe medewerkers. De bevroagde medewerkers verwijzen naar het peter- en meterschap voor de inwerking van nieuwe medewerkers.
bij ondersteuning en coaching	Binnen intervisie op teamniveau

Toelichting:

zie boven

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

Men (zowel de directie als de geïnterviewde medewerkers) geven aan dat zij zich niet geconfronteerd zagen met incidenten die zich voordeden in het kader van de begeleiding." De procedure incidenten en de procedure meldingsplicht en beroepsgeheim wordt toegepast volgens de medewerkers.

Beoordeling :

Aandachtspunten

- Geen