

Kwaliteitshandboek

OBC Espero



1. **Inleiding**
 - 1.1 Structuur van het kwaliteitshandboek
 - 1.2 Beschrijving van het aanbod van de voorziening
2. **Kwaliteitsbeleid**
 - 2.1 Missie, visie, waarden, doelstellingen, geschreven referentiekader
 - 2.2 Sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen
 - 2.3 Het geven van toelating aan de overheid tot verificatie en evaluatie
3. **Kwaliteitsplanning**
4. **Kwaliteitssysteem**
 - 4.1 Organisatiestructuur
 - 4.2 Verantwoordelijke die met het kwaliteitsbeleid is belast
 - 4.3 Overzicht en werking van de overlegorganen
 - 4.4 Deelname aan externe overlegorganen
 - 4.5 Middelen
 - 4.6 Procedures
 - 4.6.1 De intake
 - 4.6.2 Het opstellen van het hulp- en dienstverleningsplan
 - 4.6.3 Het uitvoeren, evalueren en bijsturen van het hulp- en dienstverleningsplan
 - 4.6.4 Het beëindigen van het hulp- en dienstverleningsplan
 - 4.6.5 Het organiseren van het collectief overleg
 - 4.6.6 Het toetsen van de tevredenheid van de cliënten
 - 4.6.7 Het afhandelen van klachten van de cliënten
 - 4.6.8 Het implementeren van corrigerende en preventieve maatregelen
 - 4.6.9 Het selecteren en aanwerven van het personeel
 - 4.6.10 Het vormen, trainen en opleiden van het personeel
 - 4.6.11 Het ondersteunen en evalueren van het personeel
 - 4.6.12 Het periodiek evalueren van de ingezette middelen
 - 4.6.13 Het beheren van de documenten van het kwaliteitshandboek
 - 4.6.14 Het plannen en implementeren van kwaliteitsaudits
 - 4.6.15 Het beoordelen van het kwaliteitshandboek door de directie
 - 4.6.16 Het detecteren van en gepast reageren op misbruik en geweld

1.

Inleiding

1.1. Structuur van het kwaliteitshandboek

1.2. Beschrijving van de voorziening

1.1 Structuur van kwaliteitshandboek

1.1.1 Doel van dit kwaliteitshandboek

- Onze missie, visie en waarden kenbaar maken aan gebruikers, personeel en aan derden (SMK 3.1)
- Op een transparante, eenvoudige en gestructureerde manier de eigen manier van werken beschrijven, als ondersteuning bij:
 - Opleiden van eigen medewerkers (SMK 3.3)
 - Organiseren van interne en externe kwaliteitsaudits, dit zowel door inspectie als door gebruikersorganisatie en ouderverenigingen (SMK 3.7)
 - Verhogen van de kans op een effectieve implementatie (SMK 3.7)
 - Bekend maken van het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsplanning (SMK 3.1)
 - De beoordeling van het kwaliteitsbeleid door de directie (SMK 3.7)

Dit kwaliteitshandboek is van toepassing op de werking van Observatie- en Behandelingscentrum Espero vzw, erkend voor 20 jongens en meisjes.

1.1.2 Opbouw van het kwaliteitshandboek

Het kwaliteitshandboek beschrijft achtereenvolgens het kwaliteitsbeleid, de kwaliteitsplanning en het kwaliteitssysteem. In bijlage worden een aantal formules en functiebeschrijvingen opgenomen.

Het onderdeel *kwaliteitsbeleid* bespreekt vanuit welke geschreven referentiekaders we handelen, en beschrijft via welke procedures en methodieken we de sectorale minimale kwaliteitseisen realiseren.

Het onderdeel *kwaliteitsplanning* situeert hoe we erover waken dat het kwaliteitshandboek in praktijk wordt omgezet, of waar nodig wordt bijgestuurd vanuit praktijkervaring.

In het *kwaliteitssysteem* komt aan bod hoe de verantwoordelijkheden rond kwaliteitszorg verdeeld zijn, en hoe we de kernprocedures in Espero willen laten verlopen.

Bij elk document wordt vermeld:

- Wie de inhoudelijke eigenaar is van de procedure of document.
- Vanaf wanneer het geldig is

1.1.3 Verspreiding van het kwaliteitshandboek

Het kwaliteitshandboek is op de server beschikbaar zijn . Men kan het handboek daar inkijken. In de begeleiderskamers is er een papieren exemplaar te vinden. Indien relevant krijgen medewerkers bij de start van hun tewerkstelling een papieren versie.

De goedgekeurde versie zal vanaf 15 september 2007 op de website staan.

1.2 Beschrijving van het aanbod van de voorziening

1.2.1 Benaming

Espero vzw
Kloosterstraat 79
1745 Opwijk

e-mail. info@obc-espero.be

website www.obc-espero.be

Private instelling met als juridisch statuut: vereniging zonder winstoogmerk

1.2.2 Erkenning & doelgroep

vzw Espero heeft sinds 1 september 2006 een vergunning als observatie- en behandelingscentrum met een capaciteit van 20 residentiële plaatsen. Espero ondersteunt gezinnen en het bredere netwerk van gasten met ernstige gedrags- en emotionele stoornissen, al dan niet met een bijkomende mentale handicap. We richten ons daarbij naar schoolgaande jongeren tussen 6 en 18 jaar bij opname.

1.2.3 Aanbod

Ons centrum verleent residentiële hulp. Een verblijf in Espero is steeds een middel om een gezin te helpen een overgang te maken, hetzij naar terug voltijds samenleven, hetzij naar een bewuste keuze voor deeltijds samenleven, wanneer blijkt dat langdurige (semi)residentiële hulp meer garanties biedt voor een blijvende verbondenheid en een gunstige ontwikkeling (MPI, pleeggezin, begeleidingstehuis, semi-internaat). We willen op zoek gaan naar duurzame verandering, een verblijf mag niet gewoon een pauze zijn, om dan weer in oude patronen te stappen.

Tijdens een verblijf kan ons aanbod bestaan uit leefgroepbegeleiding, verschillende vormen van gezinsaanbod, individuele psychotherapie, logopedie, farmacotherapie en schoolbegeleiding. Espero stemt zijn zorgaanbod steeds af op de noden van de jongeren en hun gezinnen. Overeenkomstig onze basisfilosofie respecteren wij hun normen, waarden en referentiekaders.

Overdag gaan alle jongeren in de mate van het mogelijke naar school: hetzij in het gewoon onderwijs, hetzij in het buiten-gewoon onderwijs.

Espero kiest voor kleinschaligheid. We hebben 2 semi-verticale leefgroepen : een eerste groep richt zich naar gasten tussen 6 en 13, een tweede groep naar gasten tussen 12 en 18. De indeling gebeurt op basis van het gevolgde onderwijs: lager of secundair. In weekends worden deze leefgroepen samengevoegd.

In de vakantieperiodes proberen we periodes thuis af te wisselen met periodes binnen Espero. Omdat gasten heel de dag in huis zijn, kan er dan immers intensief en op andere manier therapeutisch gewerkt worden (vb. ervaringskampen,...). Voor gasten die niet naar huis kunnen zoeken we naar alternatieven. We vinden het niet wenselijk dat gasten het

hele jaar in Espero doorbrengen. We voorzien wel steeds een permanentie-mogelijkheid, in samenwerking met OBC ter Wende.

Waar mogelijk werken we aan een terugkeer naar huis. We willen deze overgang maximaal ondersteunen door een periode van begeleide uitgroei, waarin we na opname een gezin verder ambulantly ondersteunen (max. 6 maanden). Als nazorg bieden we gezinnen ook de mogelijkheid tot logeren (max. 30 dagen per jaar).

1.2.4 Verloop

In een eerste periode van 8 tot 12 weken brengt het multidisciplinair team van **begeleiders, psycholoog, gezinstherapeut, logopedist en kinderpsychiater** via **observaties, gesprekken, en via specifieke diagnostische onderzoeken** de sterktes en probleemgebieden in kaart.

Deze observaties worden gebundeld in een syntheseverslag. Op de synthese-bespreking gaan ouders en team vanuit deze observaties op zoek naar haalbare en gedeelde doelen. Dit wordt vastgelegd in het handelingsplan.

Via een waaier aan methodieken: leefgroepwerk, ouder- en gezinsbegeleiding/therapie, individuele therapieën, e.a., ontwikkelen de medewerkers in samenspraak met alle betrokkenen sporen tot verandering. Driemaandelijks evolutiebesprekingen sturen het handelingsplan voortdurend bij.

1.2.5 Bereikbaarheid

- Via trein is Opwijk verbonden met Dendermonde en Brussel. Het station bevindt zich op wandelafstand (10 min stappen)
- Er zijn busverbindingen op wandelafstand met Asse en Aalst.

1.2.6 Beschikbaarheid

Beschikbaarheid onthaal: iedere werkdag van 10.00 u tot 17.00u (052/35.79.37)
OBC Espero is 24u/24u bereikbaar via crisisnummer 0485/93.13.63

1.2.7 Werkgebied

Espero richt zich voornamelijk naar jongeren uit Vlaams Brabant, hoofdzakelijk uit het arrondissement Brussel-Halle-Vilvoorde. We proberen het aantal gezinnen en opgenomen gasten buiten deze regio te beperken tot 30 % of minder. Wegens de intense gezinsgerichte werking wordt bij opname rekening gehouden met bereikbaarheid en dus ook woonplaats van de families.

1.2.8 Kenbaar maken van ons aanbod

Espero maakt zijn aanbod op volgende manieren kenbaar:

- papieren brochure

- eigen website www.obc-espero.be, waarop brochures te downloaden zijn, en er informatie te vinden is specifiek voor gebruikers (jongeren, ouders) en doorverwijzers.
- opgenomen in www.jeugdhulpwijzer.be, www.soka.be , www.vaph.be

1.2.9 Samenwerkingsverbanden

Lokaal : Espero is gegroeid vanuit een samenwerkingsverband tussen MPC Sint-Franciscus, KI Woluwe, Huize Terloo, MPI Levenslust, OOC 't Pasrel en OBC ter Wende. Al deze voorzieningen participeren aan de raad van bestuur.

Regionaal : Espero werkt samen met OBC ter Wende inzake crisisopvang tijdens vakantieperiodes.

Supra-regionaal : Espero neemt deel aan Vlaams overleg tussen de verschillende OBC.

2.

Kwaliteitsbeleid

2.1 Missie, visie, waarden, doelstellingen, geschreven referentiekader

2.2 Sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen

2.3 Het geven van toelating aan de overheid tot verificatie en evaluatie

Eigenaar: KWC	Status: Versie 1	In voege van: 1/09/2008
------------------	------------------	-------------------------

2.1 Missie, visie, waarden, doelstellingen, geschreven referentiekader

Missie

OBC Espero wil als residentieel observatie- en behandelingscentrum gezinnen met kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen ondersteunen. Daartoe bieden we een behandelingstraject op maat, waarin het gezin centraal staat. We trachten de draagkracht van ouders te vergroten om de opvoeding van hun zoon of dochter zo veel als mogelijk weer op zich te nemen. We helpen onze gasten om hun talenten en sterke kanten verder te ontplooiën en gaan met hen op zoek naar hun valkuilen en beperkingen, en naar wat hen kan helpen om hier zo weinig mogelijk hinder van te ondervinden in relaties thuis, op school, met leeftijdsgenoten.

Participatie, respect voor eigen keuzes, vertrouwen in groei­kracht en competentie zijn daarbij sleutel­woorden. Kinderen, jongeren en gezinnen bepalen mee rond welke thema's, in welk tempo en op welke manier we samenwerken. We houden daarbij steeds rekening met ieders normen en waarden en handelen met respect voor ieders filosofische, morele en religieuze overtuiging.

We richten ons naar kinderen en jongeren uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en Vlaams-Brabant. We vinden het belangrijk ons centrum ook voor allochtone kinderen en gezinnen toegankelijk te maken.

We houden in onze werking voortdurend voeling met nieuwe wetenschappelijke inzichten en bouwen ons aanbod in dialoog en nauwe samenwerking met andere voorzieningen en gebruikers verder uit. Ons centrum streeft een sleutelpositie na binnen het netwerk integrale jeugdhulpverlening.

Deze missie wordt kenbaar gemaakt via de website, en via de onthaalmap nieuwe medewerkers.

Visie:

Zie helpdesk/visieteksten

Deze visie wordt kenbaar gemaakt via de website, en via de onthaalmap nieuwe medewerkers.

Doelstellingen & geschreven referentie-kader

Onze objectieven ten aanzien van de doelgroep werden uitgewerkt op de planningsdag van juni 2008, en verder uitgeschreven in de tekst "onze objectieven ten aanzien van de doelgroep" (helpdesk/visieteksten).

Het geschreven referentiekader omvat verder volgende teksten:

- **Privacy:** Ons beleid rond omgaan met informatie wordt uitgebreid beschreven in de tekst "*delen van informatie en beroepsgeheim*". Medewerkers krijgen deze tekst in de

onthaalmap, en kunnen deze steeds consulteren op de server. Gebruikers worden geïnformeerd door middel van een apart document bij start van opname (zie helpdesk/visieteksten en helpdesk/standaardformulieren). Ook rond samenwerken met jeugdrchtbank, en doorgeven van informatie aan jeugdrechtbank, is er een aparte visietekst '*samenwerken met jeugdrechtbank*' (helpdesk/visietekst).

Rond dagdagelijkse zorg voor privacy, en meer nog, stimuleren van zelf zorg dragen bij gasten en ouders voor wat je best afschermt, werd de visietekst "privacy" uitgewerkt.

•**Integriteit**: ons beleid inzake sanctioneren en afzonderen wordt uitgebreid beschreven in de tekst '*sanctioneren en afzonderen*', die o.a. stil staat bij het gebruik van de TAVA-ruimte (zie helpdesk/visieteksten). Medewerkers krijgen deze tekst in de onthaalmap, en kunnen deze steeds consulteren op de server. Gebruikers worden geïnformeerd in de onthaalbrochure

Eigenaar: KWC	Status: Versie 1	In voege van: 1/09/2008
------------------	------------------	-------------------------

2.2 Sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen

Dit onderdeel beschrijft op welke manier de voorziening wil voldoen aan de vijf sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen van

(1) Gebruikersgerichtheid

- Voorzien van overleg op individueel en collectief vlak
- Duidelijkheid van aanbod
- Respectvolle bejegening
- Hulp en dienstverlening op maat van de gebruiker
- Toetsen van tevredenheid

(2) Maatschappelijke aanvaardbaarheid

- Maatschappelijke integratie van de gebruikers
- Niet-discriminerend
- Regionaal overleg
- Veiligheid en gezondheid

(3) Doeltreffendheid.

- Kwaliteitsbeleid
- Planmatig en methodisch handelen
- Kennis
- Corrigerende en preventieve maatregelen
- Personeel
- Kwaliteitshandboek
- Organisatiestructuur

(4) Doelmatigheid

- Overlegkanalen
- Interdisciplinaire samenwerking
- Evaluatie van de ingezette middelen
- Financiële middelen

(5) Continuïteit

- Aanmelding
- Naadloosheid
- Samenwerking met derden
- Doorverwijzing
- Beëindiging
- Informatie-overdracht

2.2.1. GEBRUIKERSGERICHTHEID

Een gebruiker is een persoon die beroep doet op de hulp- en dienstverlening van een voorziening, erkend door het VFSIPH. Impliciet wordt met de term 'gebruiker' ook de wettelijke vertegenwoordigers en/of de vertrouwenspersonen en/of belangrijke betrokken derden van de gebruikers bedoeld, met inbegrip van de plaatsende instanties bij gedwongen hulp- en dienstverlening. Gebruikersgerichtheid is de mate waarin de hulp- en dienstverlening afgestemd is op de specifieke behoeften van de gebruiker.

2.2.1.1 Overleg gebruiker - voorziening op individueel en collectief vlak

Informatierecht

De voorziening en de gebruiker bepalen samen over welke elementen van de hulp- en dienstverlening de gebruiker geïnformeerd wordt, en dit zowel op individueel als op collectief vlak.

De voorziening geeft volledig, nauwkeurig en tijdig informatie aan de gebruiker over deze elementen.

De voorziening geeft de gebruikers, op collectief vlak, informatie over de inzet van haar financiële middelen.

Zie reglement van interne orde

Procedures:

- *De intake.*
- *Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan.*
- *Het beëindigen van de dienst- en hulpverlening.*
- *Het organiseren van het collectief overleg.*

Adviesrecht

De voorziening en de gebruiker bepalen samen over welke elementen van de hulp- en dienstverlening voorafgaandelijk overlegd wordt met en advies gevraagd wordt aan de gebruiker, en dit zowel op individueel als collectief vlak.

De gebruiker heeft het recht advies uit te brengen inzake de hulp- en dienstverlening, en dit zowel op individueel als op collectief vlak.

Procedures

- *De intake.*
- *Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan.*
- *Het beëindigen van de dienst- en hulpverlening.*
- *Het organiseren van het collectief overleg.*
- *Het toetsen van de tevredenheid van de gebruikers.*

Antwoordplicht

De voorziening hoort de gebruiker inzake alle aangelegenheden die de verhouding voorziening - gebruiker aangaan, en dit zowel op individueel als op collectief vlak. De voorziening antwoordt op de door de gebruiker gestelde vragen binnen overeengekomen termijnen.

Zie “reglement van interne orde”

Procedures

- *Het organiseren van het collectief overleg.*
- *Het afhandelen van klachten van gebruikers.*

Medezeggenschap van de gebruiker

De voorziening garandeert medezeggenschap van de gebruiker, inzake de hulp- en dienstverlening van de voorziening, en dit zowel op individueel als op collectief vlak.

Procedure

- *De intake.*
- *Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan.*
- *Het beëindigen van de dienst- en hulpverlening.*
- *Het organiseren van het collectief overleg.*
- *Het toetsen van de tevredenheid van de gebruikers.*
- *Het afhandelen van klachten van gebruikers.*

Aanwenden van de ervaringsdeskundigheid van de gebruiker

De voorziening maakt gebruik van de ervaringen en inzichten van de gebruiker inzake de hulp- en dienstverlening van de voorzieningen en dit zowel op individueel als op collectief vlak.

Zie “Geschreven referentiekader”

Procedures

- *De intake.*
- *Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan.*
- *Het beëindigen van de dienst- en hulpverlening.*
- *Het organiseren van het collectief overleg.*
- *Het afhandelen van klachten van gebruikers.*

Ondersteunen en versterken van de mondigheid van de gebruiker

De voorziening neemt de nodige maatregelen om de mondigheid van de gebruiker met betrekking tot de hulp- en dienstverlening van de voorziening te ondersteunen en te versterken, en dit zowel op individueel als collectief vlak.

De voorziening, waar de gemiddelde duur van de hulp- en dienstverlening meer dan twee jaar bedraagt, neemt het initiatief tot het oprichten en het ondersteunen van een structureel collectief overlegorgaan.

Procedures

- *De intake.*

- *Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan.*
- *Het beëindigen van de dienst- en hulpverlening.*
- *Het organiseren van het collectief overleg.*
- *Het toetsen van de tevredenheid van de gebruikers.*
- *Het afhandelen van klachten van gebruikers.*
- *Het detecteren van en gepast reageren op misbruik en geweld ten aanzien van gebruikers.*

2.2.1.2 Duidelijkheid van het aanbod

Wederzijdse rechten en plichten

De wederzijdse rechten en plichten van de gebruiker en de voorziening worden in overleg opgesteld, schriftelijk vastgelegd en door beide partijen ondertekend, en dit zowel op individueel als op collectief vlak.

Zie “Dienstverleningsovereenkomst”

Procedures:

- *De intake.*
- *Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan.*
- *Het beëindigen van de dienst- en hulpverlening.*
- *Het organiseren van het collectief overleg.*

Kenbaar maken van het aanbod

Het aanbod van de voorziening en de modaliteiten ervan worden beschreven en kenbaar gemaakt aan de gebruiker en aan derden.

Zie “Reglement van orde”, “onthaalbrochure”

Procedure

- *De intake*
- *Het organiseren van het collectief overleg*

2.2.1.3 Respectvolle bejegening van de gebruiker

Integriteit

De voorziening respecteert steeds de eigenheid van de gebruiker en aanvaardt hem/haar als een volwaardig persoon.

De voorziening neemt maatregelen om de integriteit van de gebruiker te waarborgen. Hiertoe ontwikkelt de voorziening een geschreven referentiekader.

De voorziening neemt in het bijzonder maatregelen tegen misbruik en geweld ten aanzien van gebruikers.

Zie “Geschreven referentiekader (KWHB)”

Procedure

- *Het detecteren van en gepast reageren op misbruik en geweld ten aanzien van gebruikers.*

Betrokkenheid

De voorziening garandeert dat de relatie met de gebruiker vertrekt vanuit een grondhouding van vertrouwen en gekenmerkt wordt door inleving en echtheid. Hiertoe ontwikkelt de voorziening een geschreven referentiekader.

Zie “Geschreven referentiekader (KWHB)”

Privacy

De voorziening respecteert de privacy van de gebruiker, rekening houdend met de eigenheid van de gebruiker.

Hiertoe ontwikkelt de voorziening een geschreven referentiekader.

Zie “Geschreven referentiekader privacy ”

Kennis van de behoefte aan hulp- en dienstverlening

De voorziening peilt naar en registreert de wensen, behoeften en mogelijkheden van de gebruiker.

Procedures:

- *De intake.*
- *Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan.*
- *Het beëindigen van de dienst- en hulpverlening.*

Geïndividualiseerd

De voorziening beschrijft haar hulp- en dienstverlening voor elke gebruiker en houdt hierbij rekening met de individuele wensen, behoeften en mogelijkheden van de gebruiker.

Procedures

- *De intake.*
- *Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan.*
- *Het beëindigen van de dienst- en hulpverlening.*

Zelfstandigheid en zelfbeschikkingsrecht van de gebruiker

De voorziening houdt rekening met en bevordert de zelfstandigheid en het zelfbeschikkingsrecht van de gebruiker.

Procedures

- *Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan.*
- *Het beëindigen van de dienst- en hulpverlening.*

Keuzevrijheid

De gebruiker beschikt over keuzevrijheid in het aanbod waar mogelijk.

Procedures

- *Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan.*

- *Het beëindigen van de dienst- en hulpverlening.*

Flexibiliteit

De voorziening past de hulp- en dienstverlening aan aan de zich wijzigende behoeften van de gebruiker.

Procedures

- *Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan.*

Aangepaste fysieke omgeving

De voorziening neemt maatregelen om haar gebouwen, inrichting en uitrusting af te stemmen op de eigenheid van de gebruiker

Zie “Middelen (KWHB)”

Procedure

- *Het organiseren van collectief overleg.*
- *Het detecteren van en het gepast reageren op misbruik en geweld ten aanzien van gebruikers.*

Toegankelijke communicatie

De voorziening neemt maatregelen om haar communicatie af te stemmen op de eigenheid van de gebruiker.

Zie “onthaaltbrochure”

Procedure

- *De intake.*
- *Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan.*
- *Het beëindigen van de dienst- en hulpverlening.*
- *Het toetsen van de tevredenheid van gebruikers*
- *Het afhandelen van klachten*

2.2.1.5 Tevredenheid van de gebruiker

Toetsing van de tevredenheid van de gebruikers

De voorziening heeft permanent aandacht voor en peilt periodiek naar de tevredenheid van de gebruikers over de hulp- en dienstverlening.

Procedure

- *Het toetsen van de tevredenheid van de gebruikers.*

Klachtenprocedure

De voorziening beschrijft, in overleg met de gebruikers de wijze waarop ze de klachten van de gebruikers afhandelt.

De voorziening maakt kenbaar aan alle gebruikers hoe klachten ingediend en afgehandeld worden.

De voorziening stelt de gebruiker ervan op de hoogte dat hij zich kan wenden tot het Vlaams Fonds indien de interne klachtenprocedure geen voldoening geeft.

Zie: “reglement van interne orde”

Procedures:

- *Het afhandelen van klachten van gebruikers.*

2.2.2 Maatschappelijke aanvaardbaarheid

De hulp- en dienstverlening wordt aangeboden vanuit in consensus aanvaarde maatschappelijke waarden en rechten die minimaal vervat liggen in de grondwet en de Universele Verklaringen van de Rechten van de Mens en van de VN-verklaring omtrent de rechten van de personen met een handicap (resolutie 3447 - 9.12.1975).

2.2.2.1 Maatschappelijke integratie van de gebruiker

De voorziening streeft bij de hulp- en dienstverlening naar maatschappelijke integratie van de gebruiker, rekening houdend met de eigenheid van de gebruiker.

Procedures

- *Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan*

2.2.2.2 Niet-discriminerend

De voorziening weigert geen gebruiker op grond van etnische afkomst, nationaliteit, geslacht, seksuele geaardheid, sociale achtergrond, ideologische, filosofische, godsdienstige overtuiging of financieel onvermogen.

De voorziening respecteert de ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging van de -gebruiker voor zover de werking van de voorziening en de integriteit van de medegebruikers niet in het gedrang komen.

Zie “reglement van interne orde”

2.2.2.3 Regionaal overleg

De voorziening werkt mee aan het regionaal overleg met het oog op de afstemming van vraag en aanbod van de hulp- en dienstverlening en aan het overleg omtrent de invulling van de niet beantwoorde behoeften in de regio.

Zie “Deelname aan externe overlegorganen (KWHB)”

2.2.2.4 Veiligheid en gezondheid

De voorziening neemt de nodige maatregelen om de veiligheid en de gezondheid van de gebruiker te vrijwaren.

Zie “Middelen” en “jaaractieplan preventie & veiligheid”

Procedures

- *De intake*
- *Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan.*
- *Het beëindigen van de dienst- en hulpverlening.*
- *Het organiseren van het collectief overleg.*
- *Het implementeren van corrigerende en preventieve maatregelen.*

- *Het detecteren van en gepast reageren op misbruik en geweld ten aanzien van gebruikers.*

2.2.3 Doeltreffendheid

Doeltreffendheid is de mate waarin de doelstellingen gerealiseerd worden,

2.2.3.1 Kwaliteitsbeleid

De voorziening beschrijft haar missie, visie en waarden ten aanzien van de hulp- en dienstverlening, en maakt deze kenbaar aan de gebruikers, het personeel en aan derden.

De voorziening beschrijft en actualiseert periodiek haar objectieven ten aanzien van haar doelgroep(en).

De voorziening beschrijft haar kwaliteitsplanning en evalueert en actualiseert deze jaarlijks.

Zie “Kwaliteitsbeleid (KWHB)” en “Kwaliteitsplanning (KWHB)”

2.2.3.2 Planmatig en methodisch handelen

De voorziening beschrijft voor elke gebruiker de hulp- en dienstverlening. Deze hulp- en dienstverlening wordt in overleg met de gebruiker gepland, uitgevoerd, periodiek geëvalueerd, bijgestuurd en geregistreerd.

Zie “Reglement van interne orde”

Procedures:

- *De intake.*
- *Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan.*
- *Het beëindigen van de dienst- en hulpverlening.*

2.2.3.3 Kennis

De voorziening actualiseert haar kennis inzake ontwikkelingen in de hulp- en dienstverlening. De voorziening stelt periodiek een vormings-, trainings-, en opleidingsplan op voor het personeel en voert dit uit.

Zie “Deelname aan externe overlegorganen (KWHB)”

Procedure:

- *Het vormen, trainen en opleiden van het personeel.*

2.2.3.4 Corrigerende en preventieve maatregelen

De voorziening stelt corrigerende en preventieve maatregelen op ten aanzien van de hulp- en dienstverlening, voert deze uit en evalueert ze.

Procedure:

- *Het implementeren van corrigerende en preventieve maatregelen.*
- *Het afhandelen van de klachten van gebruikers.*

2.2.3.5 Personeel

De voorziening beschrijft de wijze waarop ze het personeel selecteert, ondersteunt en evalueert.

Procedures:

- *Het selecteren en aanwerven van het personeel*
- *Het vormen, trainen en opleiden van het personeel.*
- *Het ondersteunen en evalueren van het personeel.*

2.2.3.6 Organisatiestructuur

De voorziening beschrijft de verantwoordelijkheden, bevoegdheden en onderlinge verhoudingen van het personeel, en maakt deze kenbaar aan haar gebruikers, het personeel en de overheid.

Zie “Onthaalbrochure”

2.2.3.7 Kwaliteitshandboek

De voorziening beschrijft de structuur van het kwaliteitshandboek.

De voorziening beschrijft op welke manier aan de sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen voldaan wordt.

De voorziening zorgt ervoor dat de elementen van het kwaliteitshandboek op een doeltreffende wijze geïmplementeerd en geactualiseerd worden.

Zie “Structuur van het kwaliteitshandboek (KWHB)”

Procedures:

- *Het beheer van de documenten van het kwaliteitshandboek.*
- *Het plannen en implementeren van kwaliteitsaudits.*
- *Het beoordelen van het kwaliteitshandboek door de directie.*

2.2.4 Doelmatigheid

Doelmatigheid is de mate waarin de resultaten zich verhouden tot de middelen.
Resultaten: antwoord op de behoefte(n) van de gebruiker.
Middelen: personeel, financiën, gebouwen en inrichting, uitrusting, technieken en methoden.

2.2.4.1 Overlegkanalen

De voorziening beschrijft de wijze waarop ze de interne communicatie en het overleg organiseert.

Zie “Overzicht en werking van de overlegkanalen (KWHB)”.

2.2.4.2 Interdisciplinaire werking

De voorziening bevordert interdisciplinaire werking.

Zie “Overzicht en werking van de overlegkanalen (KWHB)”.

Procedure

- *Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan.*

2.2.4.3 Evaluatie van ingezette middelen

De voorziening evalueert periodiek haar ingezette middelen in functie van de resultaten.

Procedure:

- *Het periodiek evalueren van de ingezette middelen.*

2.2.4.4 Financiële middelen

De voorziening zet de toegekende financiële middelen van de overheid en de persoonlijke financiële bijdrage van de gebruiker in op een doelmatige manier.

Procedure:

- *Het periodiek evalueren van de ingezette middelen.*

2.2.5 Continuïteit

Continuïteit is de mate waarin de hulpverlener zorg draagt voor een goede overdracht van hulp- en dienstverlening, en dit in situaties waarin verschillende hulpen dienstverleners betrokken zijn die elkaar aflossen, vervangen of opvolgen.

2.2.5.1 Aanmelding

Indien de voorziening, na de kennisname van de behoeften van de gebruiker, niet kan voorzien in de aangewezen hulp- en dienstverlening, verwijst de voorziening de gebruiker door.

Procedure:

- *De intake*

2.2.5.2 Naadloosheid

De voorziening zorgt voor een soepele overgang tussen de verschillende vormen van de hulp en dienstverlening binnen haar eigen werking.

Procedure:

- *Het plannen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan*

2.2.5.3 Samenwerking met derden

Indien de voorziening niet zelf kan voorzien in bepaalde behoeften van de gebruiker zoekt zij actief naar samenwerking met derden.

Procedures:

- *Het plannen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan.*
- *Het detecteren van en gepast reageren op misbruik en geweld ten aanzien van gebruikers.*

2.2.5.4. Doorverwijzing

De voorziening zoekt actief mee naar alternatieven wanneer zij vaststelt dat zij niet meer kan voldoen aan de behoeften van de gebruiker.

De voorziening streeft naar een soepele overgang bij de doorverwijzing.

Procedure:

- *Het beëindigen van de dienst- en hulpverlening*

2.2.5.5 Beëindiging

De voorziening maakt duidelijk afspraken met de gebruiker over de omstandigheden waarin en de wijze waarop de hulp- en dienstverlening beëindigd wordt.

Zie “reglement van interne orde”

Procedures:

- *Het beëindigen van de dienst- en hulpverlening*

2.2.5.6 Informatieoverdracht

De voorziening waarborgt een verantwoorde overdracht van relevante informatie met betrekking tot de hulp- en dienstverlening in overleg met de gebruiker.

Zie “delen van informatie en beroepsgeheim” (geschreven referentiekader)

Procedures:

- *Het beëindigen van de dienst- en hulpverlening*
- *Het plannen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan*

2.3 Het geven van toelating aan de overheid tot verificatie

Hierbij geeft ondergetekende de toelating aan de door de bevoegde minister aangewezen ambtenaren van het Vlaams Agentschap voor Personen met een handicap tot verificatie en evaluatie van het kwaliteitshandboek

Opwijk, 31 augustus 2007

Mattias Bouckaert
Directeur Espero vzw

3

Kwaliteitsplanning

3.1 Doel van onderdeel kwaliteitsplanning

3.2 Tot stand komen van kwaliteitsplanning

3.3 Kwaliteitsplanning 2008-2009

3.1. Doel van onderdeel kwaliteitsplanning

- Het beschrijven van de procedure voor de opmaak en evaluatie van de kwaliteitsplanning (S.M.K 3.1.)

3.2 Tot stand komen van kwaliteitsplanning

De verantwoordelijkheid voor het opstellen van de kwaliteitsplanning ligt bij de kwaliteitscoördinator en gebeurt steeds voor eind september.

Volgende invalshoeken worden elk jaar gehanteerd voor het selecteren van de thema's:

- De SMK's als basis voor het creëren van een kwalitatieve hulpverlening,
- De tevredenheidsmetingen uitgevoerd bij cliënten en medewerkers die stof aanreiken voor het opstellen van verbeterprojecten
- De inventaris van klachten
- Nieuwe verwachtingen vanuit subsidiërende overheid/andere voorzieningen in de regio

De jaarlijkse kwaliteitsplanning is steeds ook geënt op het bredere beleidsplan, dat voor een periode van twee tot drie jaar loopt. De objectieven in kwaliteitsplanning zijn complementair met de langere termijndoelen, zoals vastgesteld in het beleidsplan.

3.3 Kwaliteitsplanning

De jaarlijkse kwaliteitsplanning staat op de server (kwaliteitshandboek/kwaliteitsplanning 200x-200x). Deze planning wordt in augustus opgemaakt.

4.

Kwaliteitsysteem

4.1. Organisatiestructuur

4.2. Verantwoordelijken belast met kwaliteitsbeleid

4.3. Overzicht en werking van de overlegorganen

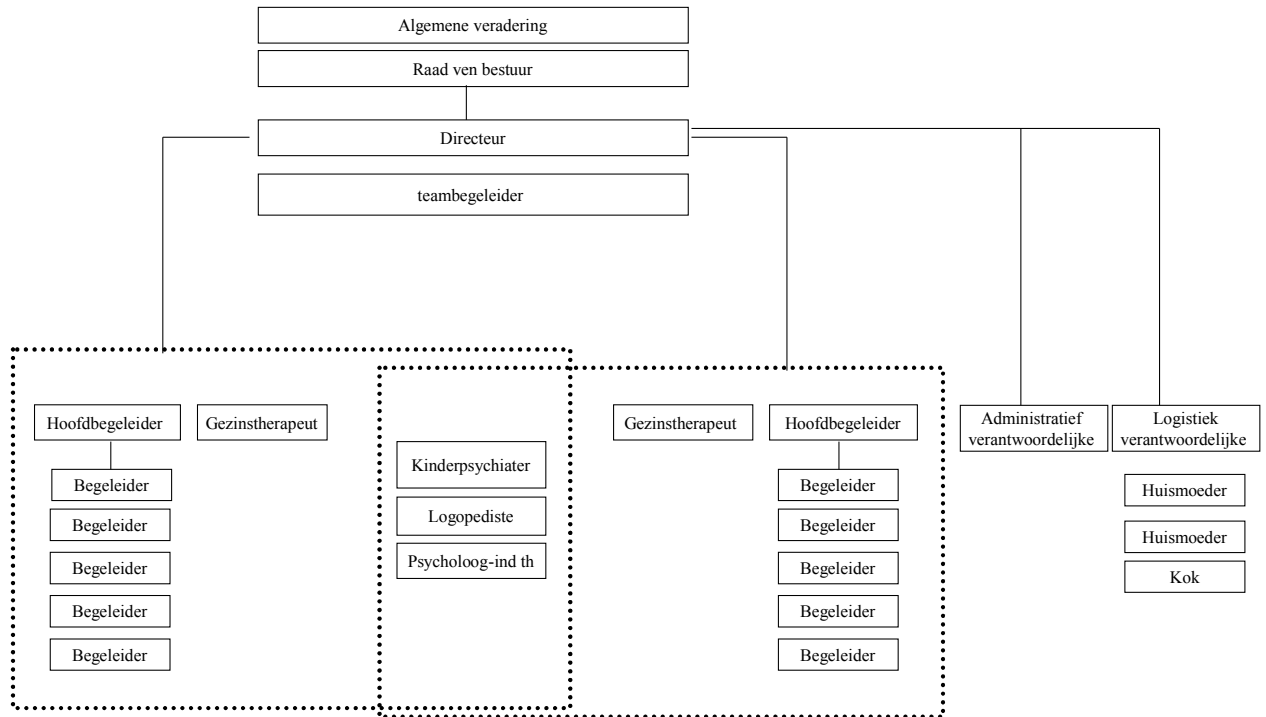
4.4. Deelname aan externe overlegorganen

4.5. Middelen

4.6. Procedures

4.1 Organisatiestructuur

De raad van bestuur van vzw Espero keurde op 6 oktober 2008 volgend organigram goed: Vanaf 1 januari 2009 schakelt Espero over op deze structuur.



Dit organigram wordt kenbaar gemaakt via het kwaliteitshandboek, dat op de website www.obc-espero.be kan geraadpleegd worden.

4.2 Verantwoordelijken belast met kwaliteitsbeleid

Binnen Espero is de directeur verantwoordelijk voor het algemene kwaliteitsbeleid. Dit omvat o.a. aansturen van aanpassingen in kwaliteitshandboek, opmaak jaarlijkse kwaliteitsplanning, periodiek evalueren van de implementatie. Er zijn geen middelen voor een aparte kwaliteitscoördinator-functie.

Voor elke procedure wordt een eigenaar aangeduid per werking, die verantwoordelijk is

1. voor de implementatie van de procedure in de eigen deelwerking
2. voor het signaleren van discrepanties tussen kwaliteitshandboek en werking, en het doen van verbetervoorstellen, hetzij naar werking, hetzij naar kwaliteitshandboek.

4.3 Overzicht en werking interne overlegorganen

- **Overlegorganen per werking**

Leefgroepsteam

Wie ?	Begeleiders & hoofdbegeleider, op vraag sluit teambegeleider aan
Thema's	Practische planning van de week, bespreking leefgroepklimaat, uurroosters & wissels, klachten van gasten, ...
Frekwentie	Wekelijks, één uur. – vaste structuur
Agenda	Hoofdbegeleider
Verslag	
Opvolging	Wekelijks op leefgroepsteam

Multidisciplinair team (groot team)

Wie ?	Begeleiders, hoofdbegeleider, gezinstherapeut, teambegeleider, logo en psycho (deels)
Thema's	Vast rondje 'hoe zit ik hier (kaarten)' + terugkoppeling diverse overlegorganen (30 min), dringende zaken rond gasten (45 min), gastbesprekingen (60 min), varia – vormingen - ... (15 min)
Frekwentie	Wekelijks, 3 uur
Agenda	Teambegeleider
Verslag	Op server (te vinden in adolescentenwerking/vergaderingen/teamvergaderingen) (te vinden in lagere schoolwerking/vergaderingen/teamvergaderingen)
Opvolging	Takenlijst per gast, wekelijks overlopen (te vinden in adolescentenwerking/structuurbladen bureau) (te vinden in lagere schoolwerking/)

Werkingsoverleg (vroeger beleidsteam)

Wie ?	Hoofdbegeleider, gezinstherapeut, teambegeleider, directeur In functie van thema kunnen andere teamleden aansluiten. Bij thema's rond school wordt logo uitgenodigd.
Thema's	Hier worden thema's en projecten eigen aan de werking besproken/voorbereid, vaak zaken waar in gewone teamvergadering onvoldoende tijd voor is (vb. aanpak begeleide uitgroei, huiswerkbegeleiding, fasering, tevredenheidsbevraging, ...). Daarnaast is er ruimte om na te denken over de implementatie van organisatie-brede doelstellingen. Ook teamdagen, vormingen op teamniveau, ... worden hier voorbereid. Het werkingsoverleg is een forum om na te denken over teamdynamiek en teamsamenwerking.
Frekwentie	Vier tot zeswekelijks, 2 uur
Agenda	Teambegeleider
Verslag & terugkoppeling	Op server en op prikbord begeleiderskamer Mondelinge terugkoppeling naar groot team door teambegeleider
Opvolging	Takenlijst – op elk werkingsoverleg overlopen (te vinden in adolescentenwerking/vergaderingen/werkingsoverleg) (te vinden in lagere schoolwerking/vergaderingen/werkingsoverleg)

Opnameteam

Wie ?	Begeleider, gezinstherapeut, sociale dienst & teambegeleider
Thema's	Principieel antwoord op nieuwe aanmeldingen – nagaan van exclusiecriteria.
Frekwentie	Minstens maandelijks
Agenda	Verantwoordelijke sociale dienst
Verslag	Op aanmeldingen
Opvolging	Nvt

- **Overlegorganen over verschillende werkingen**

Begeleidersoverleg.

Wie ?	Begeleiders & hoofdbegeleiders van beide werkingen
Thema's	Inhoudelijke thema's eigen aan begeleidersfunctie (vb. IB-schap, sanctioneren, ...). Verder komt de samenwerking over de verschillende leefgroepen aan bod, kunnen knelpunten aangekaart worden. Ook technieken om gasten naar afzonderingsruimte te brengen worden opgefrist.
Frekwentie	Trimesterieel, 2 uur
Agenda	Hoofdbegeleider (directie kan rond thema's een advies vragen aan begeleidersoverleg)
Verslag & terugkoppeling	Server/vergaderingen/begeleidersoverleg – op prikbord begeleiderskamers Terugkoppeling naar directie op hoofdbegeleidersoverleg Eventueel : terugkoppeling naar stuurgroep
Opvolging	Takenlijst – Op hoofdbegeleidersoverleg tussentijdse opvolging

Gezinsoverleg

Wie ?	Gezinstherapeuten, sociale dienst & directeur
Thema's	Opnamebeleid, informeren van andere diensten over onze werking, werkingoverstijgende initiatieven als familiedag, oudergroep, nieuwe methodieken,... Er is ruimte voor reflectie over casussen, moeilijke situaties..
Frekwentie	Maandelijks, 2 uur
Agenda	In onderling overleg
Verslag & terugkoppeling	Server/vergaderingen/gezinstherapeutenoverleg Mondelinge terugkoppeling naar groot team door gezinstherapeut
Opvolging	Takenlijst – op elk gezinstherapeutenoverleg overlopen

Hoofdbegeleidersoverleg

Wie ?	Hoofdbegeleiders & directeur (logistiek verantwoordelijk sluit steeds deels aan)
Thema's	Hierin worden zaken besproken eigen aan takenpakket hoofdbegeleider: uurroosters maken, overuren opvolgen, afstemming tussen werkingen, groepshandlingsplannen, preventie & veiligheid, samenwerking logistiek, functioneringsgesprekken, voorbereiden begeleidersoverleg, procedures kwaliteitshandboek,
Frekwentie	Maandelijks, 1,5 uur
Agenda	Directeur
Verslag & terugkoppeling	Server/vergaderingen/hoofdbegeleidersoverleg Mondelinge terugkoppeling op leefgroepteam door hoofdbegeleider
Opvolging	Takenlijst

Werkgroep diversiteit (diversiteitsteam)

Wie ?	Per werking minstens één deelnemer, ifv interesse rond thema
Thema's	Vergroten van de toegankelijkheid van ons aanbod voor gezinnen uit andere culturen
Frekwentie	Twee-maandelijks, 2 uur
Agenda	
Verslag & terugkoppeling	Server/diversiteit Mondelinge terugkoppeling naar groot team door vertegenwoordiger
Opvolging	Jaarlijkse rapportering aan stuurgroep

Werkgroep bouw

Wie ?	Per werking minstens één deelnemer, directie, logistiek verantwoordelijke, administratief verantwoordelijke
Thema's	Aansturen nieuwbouw
Frekwentie	Variabel, 2 uur
Agenda	Directie
Verslag & terugkoppeling	Server/bouw Mondelinge terugkoppeling naar groot team door vertegenwoordiger
Opvolging	

Stuurgroep (vroeger coachingsteam)

Wie ?	Directeur & teambegeleider zijn steeds aanwezig. Afhankelijk van thema wordt bekeken wie aansluit. Teams worden minstens twee weken op voorhand geïnformeerd over thema & bezetting, en kunnen aanpassingen vragen.
Thema's	Organisatie-brede thema's, voornamelijk gelinkt aan kwaliteitsbeleid & uitvoering beleidsplan. Kwesties waar men op andere fora niet uitraakt worden hier besproken. Ook collectieve vorming, planning van andere collectieve activiteiten wordt van hieruit aangestuurd.
Frekwentie	Maandelijks, 2 uur
Agenda	Directeur & teambegeleider.
Verslag & terugkoppeling	Server/verslagen/Stuurgroep + prikborden begeleiderskamers & algemeen. Mondelinge toelichting op groot team door teambegeleider
Opvolging	Takenlijst, wordt op elke stuurgroep overlopen. Tussentijdse opvolging tijdens werkoverleg directeur-teambegeleider

Forum

Wie ?	Iedereen
Thema's	Accent ligt op informeren/toelichten over wat reilt en zeilt binnen Espero
Frekwentie	Trimesterieel, 1u (dinsdag van 14u tot 15u)
Agenda	Directeur
Verslag	Geen
Opvolging	Nvt

Raad van bestuur

Wie ?	Beheerders, zoals aangesteld door de algemene vergadering
Thema's	Strategische keuzes, personeelsbeleid, financieel beleid, infrastructuur, samenwerkingsverbanden
Frekwentie	Zes-wekelijks
Agenda	Voorzitter
Verslag	Directeur
Opvolging	Op eerstvolgende vergadering

4.4 Deelname aan externe overlegorganen

Lokaal :

- Brussels Regionaal Overleg Gehandicaptenzorg
- Netwerkstuurgroep crisishulp van integrale jeugdhulp Vlaams-Brabant.

Regionaal :

- Lidmaatschap Centrale Registratie zorgvragen – werking Minderjarigen van de provincie Vlaams Brabant
- DeelROG Kinderen en Jongeren binnen het ROG Leuven-Brussel-Halle-Vilvoorde

Supra-regionaal :

- Deelname comité OBC Vlaams Welzijnsverbond
- Lidmaatschap Vlaams Welzijnsverbond
- Lidmaatschap PPG
- Lidmaatschap platform verwijzende instanties

4.5 Middelen

Overzicht van het personeel (vaste contracten- volgens functie)

Directeur	1
Administratief personeel	1,3
Logistiek personeel	2,4
Begeleiders & hoofdbegeleiders	10
Logopediste	0,5
Gezinstherapeuten	1,45
Psycholoog-teambegeleiders	1,5
Kinderpsychiater	0,33
<i>Totaal</i>	<i>18,53</i>

Daarnaast heeft Espero een **0,5 VTE sociale maribel-middelen**, die ook ingezet wordt in ons begeleidend kader.

De **ADV-middelen** worden ingezet om een functie sociale dienst te creëren. Dit gebeurde in overleg met ganse organisatie (start april 2008). De ziekte-uren worden hoofdzakelijk projectmatig ingezet.

Financiële middelen

OBC Espero krijgt middelen van:

- subsidie VAPH
- kinderbijslagfondsen
- bijdrage ouders
- giften
- projectmiddelen

De jaarrekening zijn op eenvoudig verzoek in te kijken en worden overeenkomstig de vzw wetgeving jaarlijks neergelegd bij de nationale bank.

Gebouwen en inrichting

Espero huurt een deel van het oude OCMW-rusthuis in Opwijk, gelegen in de kloosterstraat 79. We beschikken daarin over volgende lokalen:

- 20 slaapkamers met lavabo, per 2 kamers een WC. Lagere schoolkinderen en adolescenten-meisjes (5) slapen gelijkvloers, adolescenten-jongens (5) slapen boven.
- 2 TAVA-ruimtes (tijdelijks afzondering van anderen)
- 2 badkamers
- 2 begeleiderkamers
- 2 leefruimtes
- 6 therapielokalen
- 1 administratieve ruimte
- wasplaats
- berging logistiek
- keuken

Er is een kleine tuin, verbonden aan de lagere schoolwerking. Er staan fietsen ter beschikking. Er zijn fitness-toestellen, en een trampoline om gasten voldoende bewegingskansen te bieden.

Espero zorgt voor de jaarlijkse keuringen van electriciteit, brandveiligheid. Er gebeurt jaarlijks minstens een brandoefening. Er wordt jaarlijks een jaaractieplan gemaakt, waarbij mogelijke risico's worden opgespoord o.a. door rondgang en door bevraging van begeleiders.

In de keuken wordt er aandacht besteed aan de HACCP-normen. De maaltijden worden bereid door een gediplomeerd kok. Espero staat geregistreerd bij het agentschap voor voedselveiligheid.

Er wordt in Espero een vast poetschema gehanteerd, om te waken over de hygiëne van het gebouw. Alle courant gebruikte ruimtes worden wekelijks geïetst. Afval wordt meerdere keren per week verwijderd.

Espero kocht in 2008 een bouwgrond in de middelweg in Haren, waar we tegen zome 2010 een nieuwbouwproject willen realiseren. Hiermee willen we tegemoet komen aan de noden van onze gebruikers op vlak van meer rust, meer agressie-reducerende en agressie-bestendige materialen.

Technieken en methoden

Binnen Espero worden volgende methodieken ingezet:

Observatie

- Intelligentie-onderzoek*: Hiervoor wordt de WISC-III gebruikt, in afwachting van het verschijnen van de SON-III en WISC-IV. Intelligentie-onderzoek gebeurt door de psycholoog en wordt standaard afgenomen, indien er geen recente IQ gegevens zijn (< 2 jaar).
- Neuro-psychologisch onderzoek*: Espero beschikt over divers neuropsychologisch testmateriaal rond de thema's 'aandacht' en 'emotie-herkenning/perspectiefname'. Neuropsychologisch onderzoek gebeurt door de psycholoog.
- Belevingsonderzoek*: Espero beschikt zowel over projectief materiaal (CAT, MAPS, ZAT) als over meer gestructureerde vragenlijsten (CDI, CBS). Belevingsonderzoek gebeurt door de psycholoog.
- Leefgroep-observatie*: het functioneren van de gasten wordt dagelijks genoteerd in het elektronisch logboek. Op indicatie worden rond gasten specifieke observatie-vragenlijsten ingevuld (SDQ, VISK, CBCL, ADHD-vragenlijst)
- Gezinsdiagnostiek*: Naast informatie uit gezinsgesprekken kunnen hiervoor ook een aantal vragenlijsten ingeschakeld worden (o.a. NOSI, VGF)
- Logopedisch onderzoek*: leerachterstand en taalproblematieken worden opgespoord met AVI-toetsen, De Klepel – pseudowoordenlijst, Toetsen Wiskunde 3de tot 6de leerjaar (Dudal), Tempotoetsen Hoofdrekenen tot 20 (Dudal), Toetsen Vraagstukken 1ste tot 6de

leerjaar (Dudal), SRT 1ste tot 6de leerjaar, LVS-CSBO spelling 1ste tot 6de leerjaar (Dudal), Toetsen dictee begin 5de en begin 6de leerjaar (Dudal), Toetsen dictee einde basisonderwijs – begin secundair onderwijs (Dudal, RTOS en Antwerps ArticulatieOnderzoek

• *Medische voorgeschiedenis*: wordt bevraagd aan de hand van een zelf opgestelde medische fiche. Deze fiche is een onderdeel van de inschrijvingsbundel

Behandeling

• *Individuele begeleiding vanuit leefgroep*: Elke gast krijgt binnen Espero een begeleider toegewezen die een aantal extra zorgtaken op zich neemt. Dit omvat (1) contacten met school, (2) uitwerken van groeidoelen uit behandelplan op individueel niveau. Voor de gasten is de IB (individueel begeleider) een aanspreekpunten voor hun zorgen en wensen.

• *Leefgroepvergadering*: Tweewekelijks is er een groepsvergadering, waarin gasten de kans krijgen om zelf voorstellen te doen. Op die manier willen we participatie versterken. Verder is dit ook een forum om regels en sfeer in de leefgroep te bespreken.

• *Gezinswerking*: we proberen ouders via verschillende methodieken te bereiken. Er zijn ongeveer drie-wekelijks ouder- of gezinsgesprekken, waarin er onderlinge communicatie en beïnvloeding, positief en negatief, centraal staat. Er is ook een *oudergroep*, waarin ouders met andere ouders ervaringen kunnen delen.

• *Logopedie*: via logopedische sessies hebben we een aanbod rond diverse problematieken: schrijfmotoriek, articulatie, dyslexie en taalachterstand. Verder kan er ook gewerkt rond communicatieve vaardigheden (intonatie, topic-keeping, oogcontact, ...).

• *Farmacotherapie*: op indicatie kan medicatie opgestart worden. Dit kan enkel na consult bij de kinderpsychiater, en mits toestemming van ouders.

• *Individuele psychotherapie*: Op indicatie krijgen gasten ook een individueel psychotherapeutisch aanbod. Bij de lagere schoolkinderen wordt er hoofdzakelijk via spel en creatieve activiteiten gewerkt. De psychotherapie-sessie wil tijd en ruimte creëren om samen te reflecteren over gedachten, gevoelens, relationeel functioneren. De therapeut helpt om belangrijke thema's vast te houden, en zal via zijn luisteren en vragen stimuleren om te experimenteren met nieuwe, andere voel,denk en doewijzes.

• *Psychomotoriek*: we organiseren groepssessies psychomotoriek, waarin er vooral gewerkt wordt lichaamsbeleving, relaxatie, omgaan met spanning.

• *Orthopedagogisch paardrijden*: door opdrachten met paarden wordt aan groeidoelen gewerkt vb. Zelfvertrouwen, omgaan met angst, ...

4.6 Procedures

4.6.1 Intake

Doel

- het voorzien van overleg tussen de gebruiker en de voorziening over de hulp- en dienstverlening (SMK 1.1.1, 1.1.2., 1.1.4., 1.1.5. en 1.1.6.),
- het aanbieden van hulp- en dienstverlening op maat van de gebruiker. (SMK 1.4),
- het schriftelijk vastleggen van de rechten en plichten van de gebruiker en de voorziening (SMK 1.2.1)
- het kenbaar maken van het aanbod van de voorziening aan de gebruiker en aan derden (SMK 1.2.2)
- het peilen naar en het registreren van de wensen, behoeften en mogelijkheden van de gebruiker (SMK 1.4.1.)
- het aanbieden van hulp- en dienstverlening vanuit in consensus aanvaarde maatschappelijke waarden (SMK 2.1., 2.2. en 2.4.)
- het doorverwijzen van de kandidaat-gebruiker indien de voorziening niet kan voorzien in de aangewezen hulp- en dienstverlening (SMK 5.1)
- het actief zoeken naar samenwerking met derden indien de voorziening zelf niet kan voorzien in bepaalde behoeften van de gebruiker (SMK 5.3),
- het maken van afspraken met de gebruiker over de omstandigheden waarin en de wijze waarop de hulp- en dienstverlening beëindigd wordt (SMK 5.5).

Toepassingsgebied

alle aanvragen van kandidaat-gebruikers.

Verwante documenten en hulpmiddelen

- Aanmeldingsformulier (helpdesk/standaardformulieren/gasten en gezinnen)
- Onthaalbrochures (ouders, jongere) (helpdesk/brochures)
- Reglement van orde (helpdesk/standaardformulieren/gasten en gezinnen)
- Sjabloon “intake-verslag” (helpdesk/verslagsjablonen/gasten en gezinnen)
- Verloop van intake & nuttige vragen (helpdesk/werkinstrumenten)
- Dienstverleningsovereenkomst (helpdesk/standaardformulieren/gasten en gezinnen)
- Administratieve bundel (helpdesk/standaardformulieren/gasten en gezinnen)

Werkwijze

(1) Exploratie van de aanmelding

- Er wordt door de verantwoordelijke sociale dienst informatie verzameld, in eerste instantie via het elektronisch aanmeldingsformulier. Wanneer dit onvolledig is ingevuld, wordt verdere toelichting gevraagd. Op aanmeldingsformulier wordt gepeild naar aanmeldingsproblematiek, de gezinssituatie, de eerdere hulpverlening, de schoolse situatie, de motivatie van gast en gezin en de indicatiestelling (waarom specifiek een vraag naar observatie- en behandeling).
- Het belang van de aanmelding op de “Centrale Registratie Zorgvragen” wordt toegelicht, en er wordt met de doorverwijzer afgesproken wie zal optreden als contactpersoon. Indien Espero contactpersoon is, dan gebeurt dat door de sociale dienst.

Vragen om algemene informatie worden niet als aanmelding beschouwd, een aanmelding is steeds een vraag om een concrete jongere in de nabije toekomst op te laten nemen.

(2) Bespreking op aanmeldingen-team

Aanmeldingen worden besproken op het aanmeldingen-team, dat bestaat uit verantwoordelijke sociale dienst, teambegeleidster, één gezinstherapeut en één vertegenwoordiger leefgroep. Kinderpsychiater of directie zijn enkel op uitdrukkelijke vraag aanwezig. Het aanmeldingsteam wordt door de Verantwoordelijke sociale dienst geleid en komt twee-wekelijks bijeen.

Het team beoordeelt of er tegenindicaties zijn voor een opname in Espero.

Mogelijke principiële exclusie-criteria

- Er gebeurde in verleden reeds heel wat diagnostiek/behandeling, het lijkt vooral een vraag naar langdurig verblijf te zijn. Wanneer er enkel een diagnostische vraag is, bekijken we of kinderpsychiatrie of OOC geen sneller antwoord kunnen bieden op de hulpvraag.
- Het accent ligt op een verslavingsproblematiek of een eetstoornis. Hiervoor bestaat specifieke, gespecialiseerde hulp.
- Ernstige en chronische acting out: de jongere moet zich kunnen handhaven in een open setting.
- Taal: de jongeren zelf dient een voldoende basiskennis van het Nederlands te hebben om zich in de leefgroep te kunnen handhaven.
- Bij 17-jarigen moet er een duidelijke tegenindicatie zijn voor begeleid zelfstandig wonen.
- Infrastructurele beperkingen: momenteel is de werking niet toegankelijk voor gasten met een fysieke, visuele of auditieve beperking.
- School: jongeren dienen schoolgaand te zijn op moment van opname, (indien deeltijds onderwijs: met aanvullende alternatieve dagbesteding). We verwachten van ouders en doorverwijzers dat zij hiervoor zorgen.
- Mentale handicap: De werking van Espero is niet afgestemd op gasten die functioneren op niveau matig mentale handicap of lager (IQ 60-65 als ondergrens).
- Bereidheid tot samenwerken: er moet perspectief zijn op het ontwikkelen van een samenwerkingsrelatie met beide partijen (context en jongere).
- Draagkracht van gezin/context: Vanuit onze gezinsgerichte werking moet er nog een zeker engagement zijn vanuit de context van de jongere, ook wanneer deze context een eerdere leefgroep is. Concreet verwachten we dat er binnen de eigen context de bereidheid en de veiligheid is om minstens driewekelijks een weekendbezoek te organiseren. Indien dit niet haalbaar is, lijkt een opname in een meer gezinsvervangende setting (MPI, pleeggezin) ons een betere keuze.
- Draagkracht van de leefgroep: de opname wordt steeds bekeken in licht van de bestaande leefgroepsamenstelling, waaruit mogelijk tegenindicaties kunnen ontstaan voor een bepaalde problematiek, vb. Om overconcentratie tegen te gaan.

De beslissing van aanmeldingen-team wordt genoteerd op het aanmeldingsformulier. De doorverwijzer wordt op de hoogte gebracht.

(3) Kennismakingsbezoek

Na positief advies door aanmeldingen-team worden jongere en gezin uitgenodigd voor een kennismakingsbezoek. Tijdens dit bezoek wordt door de sociale dienst de werking van Espero toegelicht, wordt verduidelijkt welk engagement we vragen van ouders en jongere. Er wordt een info-pakket meegegeven. We willen ouders en jongere zo maximaal tot een geïnformeerde keuze laten komen, en voldoende tijd hebben om te beslissen om al dan niet in zee te gaan met Espero.

(4) Intake

Wanneer er een vrije plaats in het vooruitzicht is, wordt er een **intakegesprek** georganiseerd, waarin onze medewerkers, ouders, verwijzers en/of andere betrokken partijen de mogelijkheden onderzoeken voor een eventuele samenwerking. De organisatie van de intake gebeurt door de verantwoordelijke sociale dienst.

We respecteren de chronologische volgorde van aanmelden bij het uitnodigen, met volgende uitzonderingsregels:

- we bewaken ook de regionale afbakening, met een maximum van 30 % gezinnen buiten Vlaams-Brabant/Brussel.
- We bewaken ook de mix tussen normaal- en zwakker begaafde gasten. We zullen steeds vermijden om slechts één normaalbegaafde gast of één zwakker begaafde gast in de leefgroep te hebben.
- De leefgroepsamenstelling kan een afwijking in chronologische volgorde nodig maken (balans jongens/meisjes, clustering problematieken)

Ouders die bij een vrije plaats niet ingaan op het aanbod, kunnen wel hun plaats behouden op de wachtlijst. Er wordt uitdrukkelijk bevraagd of ze zich willen afmelden, dan wel of de vraag nog verder actueel blijft.

Bij het intake-gesprek zijn vanuit Espero in principe sociale dienst, de gezinstherapeut, teambegeleider en iemand van de leefgroep aanwezig (bij voorkeur IB). We nodigen steeds ook de doorverwijzer uit. Waar mogelijk worden beide ouders tegelijk uitgenodigd. Indien de relatie tussen beide ouders dermate conflictueus is, streven we ernaar om steeds met beide ouders een afzonderlijk intake-gesprek te plannen.

Het **doel** van het intakegesprek

- Kennismaking: gezinnen hebben de kans om kennis te maken met medewerkers, werkwijze en materiële voorzieningen .
- Het opstarten van een samenwerkingsrelatie tussen de cliënten en de medewerkers van Espero: Veel aandacht gaat naar het verhelderen van verwachtingen en doelen van alle betrokkenen, en het reflecteren over de mogelijke nadelen en risico's van een opname, de mate waarin gezin steun ondervindt voor deze stap.
- Een beeld vormen van het huidig functioneren van de gast (thuis – op school – in vrije tijd – intrapsychisch) en de ontwikkelingskansen die de huidige context biedt (welke hulpbronnen zijn er nog, wat/wie wordt als steunend ervaren).
- Overlopen van praktische implicaties (financieel, school, weekends en vakantie)

Van het intake-gesprek wordt een verslag gemaakt door de sociaal dienst (zie sjabloon intake-verslag).

(4) definitief engagement

Deze intake is voor beide partijen vrijblijvend. Vanuit Espero wordt de intake besproken door de aanwezigen op intake. Bij gebrek aan concensus over het al dan niet starten van

een opname, beslist de teambegeleider. Deze afweging gebeurt op basis van hiervoor genoemde exclusie-criteria, met bijzondere aandacht voor perspectief op het ontwikkelen van voldoende motivatie. Ouders en jongere, en doorverwijzer worden telefonisch verwittigd van de beslissing van het team door de sociale dienst. Zij van hun kant worden elk afzonderlijk bevraagd over hun beslissing.

Bij wederzijds akkoord wordt er door de sociale dienst een administratieve bundel opgestuurd en een datum voor start van opname vastgelegd. We voorzien hierbij in principe een periode van één week, om de start van de opname voor te bereiden. Tijdens deze aanloop-periode is er aandacht voor:

- informeren van teamleden, andere teams/medewerkers
- informeren van andere gasten
- contacten school, vervoer,
- klaarmaken kamer

Wanneer hiervan wordt afgeweken, worden alle teamleden minimaal per mail verwittigd.

(5) Opname

De opname van een jongere vindt steeds plaats in aanwezigheid van de sociale dienst en één van de begeleiders, bij voorkeur de IB. Ouders wordt gevraagd om op voorhand de administratieve bundel in te vullen, zodat er bij de start van de opname voldoende zorg kan besteed worden aan de emotionele impact voor alle partijen. Er wordt tijd gemaakt voor concrete afspraken, vb. zakgeld, weekends, telefonische contacten, wassen van kleding

Administratieve gegevens worden indien nodig aangevuld en de dienstverleningsovereenkomst, A001 en volmacht VAPH-administratie worden toegelicht en ondertekend. De sociale dienst verzamelt de nodige attesten voor de inschrijvingsprocedure bij het VAPH (artikel 7: motivering door arts, artikel 8: motivering comité bijzondere jeugdzorg of beschikking jeugdrechtsbank). De zorgvraag wordt op de CRZ afgemeld.

School en CLB worden verwittigd van de start van de opname door de individuele begeleider, en ontvangen een schoolbrochure, waarin de werking van Espero wordt toegelicht.

Registratie	Wie	Waar	bewaartermijn
Aanmeldingsformulieren	SD	In map bij SD	1 jaar na afsluiting
Intakeverslag	GT	Centraal dossier	10 jaar

4.6.2 Opstellen van het hulp- en dienstverleningsplan

Doel

- het voorzien van overleg tussen de gebruiker en de voorziening over de hulp- en dienstverlening (SMK 1.1.1, 1.1.2, 1.1.4, 1.1.5 en 1.1.6),
- het aanbieden van hulp- en dienstverlening op maat van de gebruiker (SMK 1.4),
- het aanbieden van hulp- en dienstverlening vanuit in consensus aanvaarde maatschappelijke waarden (SMK 2),
- het schriftelijk vastleggen van de rechten en plichten van de gebruiker en de voorziening (SMK 1.2.1),
- het bevorderen van de interdisciplinaire werking (SMK 4.2),
- het actief zoeken naar samenwerking met derden indien de voorziening zelf niet kan voorzien in bepaalde behoeften van de gebruiker (SMK 5.3),
- het voorzien van een soepele overgang tussen de verschillende vormen van de hulp- en dienstverlening binnen de eigen werking (SMK 5.2.),
- het waarborgen, van een verantwoorde overdracht van relevante informatie met betrekking tot de hulp- en dienstverlening (SMK 5.6.).

Toepassingsgebied

Alle bewoners die minstens drie maand in Espero verblijven.

Verwante documenten en hulpmiddelen

- Sjabloon synthese-verslag (helpdesk/verslagsjablonen/gasten en gezinnen)
- Visietekst diagnostiek & indicatiestelling (helpdesk/visieteksten)
- Visietekst begeleide uitgroei (helpdesk/visieteksten)

Werkwijze

Tijdens het eerste luik van drie maanden wordt er vooral aan beeldvorming gedaan. Er wordt hoofdzakelijk residentieel gewerkt, om voldoende **rust te installeren** voor alle betrokken partijen. Naast installeren van deze rust, staat **elkaar leren kennen** centraal. In deze eerste fase willen we verkennen rond welke doelen er bondgenootschap kan groeien tussen Espero, jongere en gezin: welke veranderingen lijken nodig en haalbaar ? Dit gebeurt aan de hand van volgende mogelijke activiteiten

- dagdagelijkse observatie van zelfstandigheid/omgaan met vrijheden, sociale vaardigheden, omgaan met emoties, ...vanuit leefgroepgebeuren.
- gezinsdiagnostiek: gezinsgesprekken, eerdere verslagen – overleg eerdere hulpverleners, gezinsvragenlijst, huisbezoek, tijdslijn, duplo-opstelling, ...
- specifieke individuele diagnostiek: Dit omvat psychodiagnostiek en consult kinderpsychiater (standaard), logopedisch onderzoek (op indicatie)
- Teamoverleg: Na ongeveer één maand plannen we een hypothese- en resonantieoverleg. In dit overleg wordt op de eerste plaats stil gestaan bij krachten van gast en gezin. Verder worden er eerste hypothesen geformuleerd en wordt uitgestippeld welke stappen er de komende twee maanden nodig zijn om meer duidelijkheid te brengen. Op die manier willen we 'observatie' voldoende gericht laten verlopen.

De individuele begeleider, de gezinstherapeut, de psychologe, de logopediste en de kinderpsychiater zijn elk verantwoordelijk voor het bundelen van deze informatie in het synthese-verslag.

Na drie tot vier maanden wordt de synthese-bespreking georganiseerd op de teamvergadering. Ten laatste tien dagen op voorhand wordt het synthese-verslag onder de teamleden verspreid. Er wordt zowel met jongere (door IB) als met ouders (gezinstherapeut) voorbereid wat er aan bod zal komen. Op de synthese-bespreking worden ouders en gast (indien 12+) uitgenodigd. Centraal in deze bespreking staat het kijken of, en zo ja op welke manier, rond welke doelen, verder samenwerken nuttig is. Deze bespreking verloopt in drie stappen:

•**Het delen tussen Espero en ouders/jongere van hoe men elkaar heeft leren kennen:** welke sterktes en beperkingen zien wij bij jongere en bij zijn context ? Eventueel: welke diagnose wordt weerhouden ? Deze informatie wordt meestal gebracht via een verhaal, een duplo-opstelling, of een andere, beeldende methodiek. Ouders en jongere worden uitgenodigd aan te vullen met hun kijk.

•**Het stil staan bij verloop van de samenwerking.** Hulpverlening staat of valt met samenwerken, met een klimaat van voldoende wederzijds vertrouwen en respect. Afhankelijk van de inschatting of deze samenwerking op gang is gekomen, wordt één van volgende keuzes gemaakt:

1. Indien vastgesteld wordt dat het Espero niet gelukt is om tot constructieve samenwerking te komen met gezin en jongere, wordt besloten om af te ronden, en door te verwijzen naar een andere setting (zie procedure 4.4). Er zullen dan steeds al voor de synthese voldoende duidelijke signalen gegeven zijn (vb. Ronde tafelgesprek, externe time-out).
2. Indien vastgesteld wordt dat er welk akkoord is rond verdere samenwerking, wordt afgewogen of er **residentieel** dan wel **ambulant (begeleide uitgroei)** wordt verder gewerkt. Al van vroeg in het traject willen we de mogelijkheid van intensieve, ambulante behandeling in beeld brengen.

•**Het gezamenlijk stellen van prioriteiten & komen tot concrete engagementen:** om voldoende focus te behouden, wordt er in Espero gewerkt met twee groeidoelen. Elk groeidoel proberen we zo te formuleren dat er zowel voor jongere als voor ouder een opdracht in zit. Op die manier willen we duidelijk maken dat veranderen steeds een proces is wederzijdse beïnvloeding (systeemdenken). Per discipline wordt bekeken op welke manier er kan bijgedragen worden aan het gemeenschappelijke groeidoel. Ook de therapeutische indicatiestelling krijgt de nodige aandacht.

Na afloop van de synthesebespreking worden deze engagementen gebundeld in **het** handelingsplan, dat in de twee weken volgend op de synthese-bespreking wordt uitgewerkt. Ouders en gasten ontvangen hiervan een kopij. Ook de doorverwijzer ontvangt, mits akkoord van de ouders, een kopij. Consulente(n) bijzondere jeugdzorg/jeugdrechtsbank worden door de sociale dienst uitgenodigd om handelingsplan te bespreken, samen met ouders, en de verdere opvolging samen vorm te geven. Ouders en jongere worden bij start van de opname schriftelijk geïnformeerd over de mogelijkheid om het synthese-verslag in te kijken.

Registraties

Registratie	Wie	Waar	Bewaartermijn
Syntheseverslag, incl. Handelingsplan	teambegeleider, ovg deelverslagen vanuit elke discipline	Centraal dossier	10 jaar

4.6.3. Het uitvoeren, evalueren en bijsturen van het hulp- en dienstverleningsplan

Doel

- het voorzien van overleg tussen de gebruiker en de voorziening over de hulp- en dienstverlening (SMK 1.1.1, 1.1.2, 1.1.4, 1.1.5 en 1.1.6),
- het aanbieden van hulp- en dienstverlening op maat van de gebruiker (SMK 1.4),
- het aanbieden van hulp- en dienstverlening vanuit in consensus aanvaarde maatschappelijke waarden (SMK 2),
- het schriftelijk vastleggen van de rechten en plichten van de gebruiker en de voorziening (SMK 1.2.1),
- het bevorderen van de interdisciplinaire werking (SMK 4.2),
- het actief zoeken naar samenwerking met derden indien de voorziening zelf niet kan voorzien in bepaalde behoeften van de gebruiker (SMK 5.3),
- het voorzien van een soepele overgang tussen de verschillende vormen van de hulp- en dienstverlening binnen de eigen werking (SMK 5.2.),
- het waarborgen, van een verantwoorde overdracht van relevante informatie met betrekking tot de hulp- en dienstverlening (SMK 5.6.).

Toepassingsgebied

Alle gasten waar op de synthese-bespreking beslist wordt de samenwerking te verlengen.

Verwante documenten

- Sjabloon verslaggeving (helpdesk/verslagsjablonen/gasten en gezinnen)

Werkwijze

Uitvoeren van het handelingsplan

Het handelingsplan geeft richting aan de interventies van elk teamlid. De teambegeleider ondersteunt teamleden bij obstakels die opduiken tijdens de uitvoering. Op de teamvergaderingen is er tijdens de kindbesprekingen ruimte voor gezamenlijke reflectie over het uitvoeren van het handelingsplan. Naar de jongere wordt het handelingsplan gevisualiseerd in de fasering binnen elke werking.

- Binnen de **leefgroepwerking** wordt er gezocht naar een hertaling van het groeiendoel op niveau van de jongere, in een concreet werkpunt(en). Afhankelijk van de aard van het groeiendoel zal de opvolging vooral gebeuren door een beloningssysteem, gesprek, trainingsprogramma, uitwerken stappenplan voor jongere, De individuele begeleider werkt de uitvoering van handelingsplan verder uit.

- Binnen de **gezinswerking** komen de groeiendoelen aan bod in gezinsgesprekken. We streven naar een frekwentie van minstens drie-wekelijks een gezinsgesprek. Waar nodig wordt overleg ingebouwd tussen gezin en andere belangrijke actoren: jeugdrechtbank, VK, OCMW, school, CLB, Ook het betrekken van eigen netwerk van gezin (familie, vrienden) wordt overwogen. Het is de gezinstherapeut die erover waakt dat we alle mogelijke hulpbronnen mobiliseren, en de kring rond het gezin zo groot mogelijk maken.

- In functie van groeiendoel/mogelijkheden en motivatie van jongere wordt bekeken welke **individuele therapeutische werkvorm** aangewezen is: PMT, psychotherapie, speltherapie, logopedie, hippotherapie, farmacotherapie, Combinatie van deze werkvormen zijn mogelijk. De frekwentie van individuele therapie is – o.a.

afhankelijk van de werkvorm – meestal twee-wekelijks tot wekelijks. Op gezette tijden is er een terugkoppeling van individuele therapie naar ouders tijdens een gezinsgesprek, waarop individuele therapeut aansluit. Het afronden van een individuele therapeutische werkvorm/overschakelen wordt op evolutie-bespreking beslist.

Bijsturen en evalueren van het handelingsplan

Vier maanden na synthese wordt het handelingsplan samen met ouders geëvalueerd op een evolutiebespreking. Dit gebeurt minimaal door teambegeleider, gezinstherapeut, individuele begeleider en indien van toepassing individuele therapeut, samen met ouders.

Op indicatie worden ook doorverwijzer of andere teamleden uitgenodigd. Er wordt op voorhand in het evolutieverslag geïnventariseerd welke interventies konden gebeuren, met welk resultaat. Dit verslag wordt voor de evolutiebespreking onder de teamleden verspreid (één week voor evolutiebespreking). Van hieruit bekijken we welke interventies moeten volgehouden worden en welke stopgezet kunnen worden. Daarnaast worden ook andere spontane evoluties (of stagnaties) beschreven.

De eigenlijk evolutie-bespreking is opgebouwd rond volgende kernvragen:

-Hoe verloopt de samenwerking volgens Espero, volgens ouders, volgens jongere ? Wat wordt als nuttig ervaren, wat als lastig ?

- Welke interventies konden gerealiseerd worden ? Welke evolutie bracht dit rond de groeidoelen ?

-Waren er andere opvallende positieve/negatieve evoluties ? Hoe gaan we positieve evoluties ondersteunen ? Hoe gaan we om met negatieve evoluties ?

Vanuit het voorgaande wordt beslist of de samenwerking verlengd wordt, dan wel of er afgerond wordt. Bij verdere samenwerking wordt er bekeken of er ambulant dan wel residentieel verder gewerkt wordt.

Registratie	Wie	Waar	Bewaartermijn
Evolutie-verslag	Alle disciplines	Centraal dossier	10 jaar

4.6.4. Beëindigen van hulp- en dienstverlening

Doel

- het voorzien van overleg tussen de gebruiker en de voorziening over het beëindigen van de hulp- en dienstverlening (SMK 1.1.1; 1.1.2, 1.1.4, 1.1.5 en 1.1.6),
- het beëindigen van de hulp- en dienstverlening op maat van de gebruiker (SMK 1.4.1, 1.4.2, 1.4.3, 1.4.4 en 1.4.7),
- het beëindigen van de hulp- en dienstverlening vanuit in consensus aanvaarde maatschappelijke waarden (SMK 2.1, 2.2 en 2.4),
- het actief zoeken naar alternatieven en het streven naar een soepele overgang bij doorverwijzing (SMK 5.4),
- het maken van duidelijke afspraken over de wijze waarop de hulp- en dienstverlening beëindigd wordt (SMK 5.5),
- het waarborgen van een verantwoorde overdracht van relevante informatie m.b.t. de hulp- en dienstverlening in overleg met de gebruiker (SMK 5.6).

Toepassingsgebied

alle gasten

Verwante documenten en hulpmiddelen

- Reglement van interne orde

(helpdesk/standaardformulieren/gasten en gezinnen)
- Sjabloon afrondingsverslag

(helpdesk/verslagsjablonen/gasten en gezinnen)
- Document 'omgaan met informatie'

(helpdesk/standaardformulieren)
- Delen van informatie en beroepsgeheim

(helpdesk/visieteksten)

Werkwijze

Het beëindigen van een verblijf in de voorziening kan gebeuren wegens diverse redenen:

- Het bereiken van de vooropgestelde doelen
- De bereikte leeftijdsgrens van de jongere
- Ernstige en chronische acting-out, waarbij de veiligheid van de gast zelf, van andere gasten of van medewerkers in gedrang komt. We denken hierbij aan herhaaldelijk weglopen, ernstige fysieke agressie, ernstig suïcide-gevaar, seksueel grensoverschrijdend gedrag.
- Het blijvend weigeren van schoollopen of van een alternatieve dagbesteding.
- Het ernstig uiteenlopen van de verwachtingen van team, cliëntstelsel en verwijzer, waardoor er geen gezamenlijk project kan uitgebouwd worden, en er geen eensgezindheid kan groeien rond een handelingsplan.
- Vlaams Fonds geeft geen goedkeuring voor opname of verlenging

- wanbetaling

Waar mogelijk proberen we via een externe time-out of via een herstelgesprek een plotse breuk te voorkomen. De beslissing om de hulpverlening binnen Espero stop te zetten wordt normaliter genomen op een synthese- of evolutiebespreking. Bij crisis gebeurt dit bij voorkeur op de eerstvolgende teamvergadering, indien nodig op een crisisteam dat minimaal bestaat uit directie of teambegeleider en twee teamleden.

De beslissing om het verblijf te beëindigen, en de uitwerking van aansluitende hulpverlening die voor iedereen in de mate van het mogelijke ontplooiingskansen realiseert, gebeurt in de mate van het mogelijke steeds in overleg met de verschillende betrokkenen die medezeggenschap hebben. Een neerslag van dit proces is te vinden in het afrondingsverslag. Hierin worden expliciet vermeld: (1) de reden van afronden, (2) de eventuele vervolghulp, (3) de acties die Espero ondernemen heeft om de overgang naar deze vervolghulp te vergemakkelijken.

Informatieoverdracht gebeurt in overeenstemming in respect voor kinderrechten, rechten van de minderjarige in de jeugdhulp, persoonlijke levenssfeer en privacywetgeving. Vanuit het gedeeld beroepsgeheim, wordt informatie enkel gedeeld met andere diensten die een hulpverleningsrelatie hebben met het cliëntsysteem, na instemming van de ouders. Indien het afrondingsverslag later wordt opgevraagd, wordt opnieuw het schriftelijk akkoord van ouders gevraagd.

Zo spoedig mogelijk na het vertrek van de opgenomen jongere krijgt de gebruiker een eindafrekening toegestuurd. Dit moet ten laatste op het einde van het kwartaal waarin het einde van de opname valt, gebeurd zijn.

Registratie	Wie	Waar	bewaartermijn
afrondingsverslag	tambegeleider	Centraal dossier	10 jaar

4.6.5. Het organiseren van het collectief overleg

Doel

- het voorzien van overleg tussen de gebruiker en de voorziening op collectief vlak (SMK 1.1): informatierecht, adviesrecht, antwoordplicht, medezeggenschap van de gebruiker, aanwenden van de ervaringsdeskundigheid van de gebruiker, ondersteunen en versterken van de mondigheid van de gebruiker.
- het schriftelijk vastleggen van de wederzijdse rechten en plichten van de gebruiker en de voorziening op collectief vlak. (SMK 1.2.1),
- het aanbod van de voorziening en de modaliteiten ervan worden beschreven en kenbaar gemaakt aan de gebruiker en aan derden. (SMK 1.2.2),
- het nemen van maatregelen om de gebouwen, inrichting en uitrusting af te stemmen op de eigenheid van de gebruiker (SMK 1.4.6),
- het afstemmen van de communicatie op collectief vlak op de eigenheid van de gebruiker (SMK 1.4.7)

Toepassingsgebied

Alle gasten en gezinnen

Verwante documenten en hulpmiddelen.

- tevredenheidsvragenlijsten ouders, jongeren
- ideeënbus
- verslagen groepsvergadering

Werkwijze

Door de beperkte verblijfsduur (minder dan twee jaar) is de installatie van een gebruikersraad moeilijk werkbaar. We proberen deze leemte te ondervangen door via verschillende kanalen collectieve participatie te stimuleren:

- Tweewekelijks is er een **groepsvergadering**, waarin gasten voorstellen kunnen doen, rond activiteiten, aankopen en inrichting. Gasten kunnen hier ook steeds toelichting vragen bij inhoudelijke keuzes in onze werking.
- Aan het onthaal hangt een **ideeënbus** waar ouders en gasten met klachten, suggesties, ideeën... terecht kunnen. Ouders die gebruik maken van dit forum krijgen gegarandeerd een schriftelijk antwoord. Bij de opname van een kind wordt het bestaan van de ideeënbus toegelicht door de gezinbegeleidster.
- De **tevredenheidsvragenlijst** voor ouders en jongeren: minstens jaarlijks gebeurt er een schriftelijke tevredenheidsbevraging van ouders en gasten. De verwerking hiervan gebeurt door gezinstherapeut (ouders) en hoofdbegeleiders (jongere). Deze verwerking wordt mee gebruikt als input bij de opmaak van de kwaliteitsplanning, zodat er ook structureel rekening mee gehouden wordt.

registratie	Wie	Waar	bewaartermijn
Verslag groeps vergadering	Hoofdbegeleider	Leefgroep-map	5 jaar

4.6.6 Het toetsen van de tevredenheid van cliënten

Doel

- het periodiek peilen naar de tevredenheid van de gebruikers, (SMK 1.5.1.),
- het garanderen van medezeggenschap van de gebruiker inzake de hulp- en dienstverlening, (SMK 1.1.4.),
- het ondersteunen en versterken van de mondigheid van de gebruiker. (SMK 1.1.6.).
- het aanbod van de voorziening en de modaliteiten ervan worden beschreven en kenbaar gemaakt aan de gebruiker en aan derden. (SMK 1.2.2.)

Toepassingsgebied

de hulp- en dienstverlening van de gebruikers.

Verwante documenten en hulpmiddelen

- vragenlijst voor jongeren (kwaliteitshandboek/tevredenheidsbevraging)
- vragenlijst voor ouders (kwaliteitshandboek/tevredenheidsbevraging)
- verslagsjablonen synthese & evolutie (helpdesk/verslagsjablonen/gasten en gezinnen)

Werkwijze

We toetsen de tevredenheid van gebruikers jaarlijks aan de hand van twee vragenlijsten. Naast deze peilingen via vragenlijst wordt er ook op elke synthese en evolutiebespreking stil gestaan bij de samenwerkingsrelatie voorziening-gebruiker. Deze evaluatie is terug te vinden in het verslag van de bespreking.

Vragenlijst voor de jongeren

Minstens eenmaal per jaar worden de jongere bevraagd over hun tevredenheid over verschillende aspecten van de werking (o.a. activiteiten, inrichting, privacy, informatie,...). Deze bevraging gebeurt door een persoon, niet gebonden aan de leefgroepwerking. De bevraging vindt plaats in de periode november-december.

De hoofdbegeleider verzamelt en verwerkt de ingevulde vragenlijsten, en koppelt de resultaten terug naar het ganse team. In deze bespreking worden één tot drie verbeterpunten geformuleerd, en gesignaleerd aan de kwaliteitscoördinator.

Vragenlijst voor ouders

Ouders worden bij afloop van opname bevraagd over verschillende aspecten van de werking (bereikbaarheid, transparantie, deskundigheid, netheid,).

De kwaliteitscoördinator verzamelt en verwerkt de vragenlijsten, wanneer er een representatief staal antwoorden is. De bespreking van deze resultaten gebeurt op teamvergadering van de werking.

	Verwerking	bewaartermijn
vragenlijst jongeren	Hoofdbegeleider	3 jaar
vragenlijst ouders	Sociale dienst	3 jaar

Synthese en evolutie	Teambegeleider	10 jaar
----------------------	----------------	---------

4.6.7 Het afhandelen van klachten van gebruikers

Doel

- het geven van een antwoord binnen overeengekomen termijnen op de door de gebruiker gestelde vragen (SMK 1.1.3.),
- het ondersteunen en versterken van de mondigheid van de gebruiker (SMK 1.1.6.),
- het kenbaar maken van deze procedure aan de gebruikers (SMK 1.5.2.),
- de basis leggen voor corrigerende en preventieve maatregelen (SMK 3.4.),
- het garanderen van medezeggenschap inzake de dienst- en hulpverlening (SMK 1.4.1),
- het gebruiken van de ervaringen en inzichten van de gebruiker inzake de dienst- en hulpverlening (SMK 1.1.5).
- het aanbod van de voorziening en de modaliteiten ervan worden beschreven en kenbaar gemaakt aan de gebruiker en aan derden. (SMK 1.2.2.)

Toepassingsgebied

Alle klachten van gebruikers m.b.t. de hulp- en dienstverlening.

Verwante documenten en hulpmiddelen

- Reglement van orde (Helpdesk/standaardformulieren/gasten en gezinnen)
- Klachtenregister (Kwaliteitshandboek/klachtenregister)
- Klachten- en opmerkingenformulier (Helpdesk/standaardformulieren/gasten en gezinnen)
- Ideeënbus.

Werkwijze

Klachten of opmerkingen omtrent de dienstverlening en opvang, behandeling of begeleiding van de minderjarige kunnen door de vertegenwoordigers van de minderjarige of door de minderjarige zelf op verschillende manieren gemeld worden:

- Mondeling aan de medewerkers van de administratie of aan directie, aan de begeleiders, hoofdbegeleider, teambegeleidster, gezinbegeleidster
- Schriftelijk via brief tav directeur, via de ideeënbus of via email op adres klachten@obc-espero.be
- Tijdens het collectief overleg

Indien een klacht tot een corrigerende of preventieve maatregel leidt, wordt dit opgevolgd overeenkomstig procedure 4.6.8. Ook medewerkers kunnen via de klachtenprocedure tekortkomingen signaleren over de eigen arbeidssituatie.

Mondelinge klachten

De medewerkers behandelen de klachten die de cliënten mondeling brengen door de klachten te analyseren en de cliënten naar suggesties te vragen.

1. Klacht kan onmiddellijk opgelost worden. Ook wanneer de klacht meteen mondeling kan opgelost worden, wordt toch een formulier ingevuld indien de cliënt hiermee akkoord gaat. Zo willen we voorkomen dat belangrijke informatie verloren gaat. Het formulier met de afgehandelde klacht wordt aan de kwaliteitscoördinator bezorgd, die het archiveert in het klachtenregister.

2. De klacht kan niet onmiddellijk opgelost worden, de verdere afhandeling vraagt teamoverleg. Het formulier wordt aan de hoofdbegeleider bezorgd, die de klacht agendeert op de leefgroepsteamvergadering. De klacht wordt indien relevant ook gesignaleerd op multidisciplinair team. Indien relevant nodigt de hoofdbegeleider de

teambegeleider of directie uit bij de afhandeling van de klacht. De cliënt geeft zelf aan bij het invullen van het formulier of hij een mondeling dan wel schriftelijk antwoord verwacht. Eens de klacht afgehandeld is, wordt het formulier aan de kwaliteitscoördinator bezorgd, die het archiveert in het klachtenregister.

3. De klacht kan niet onmiddellijk opgelost worden, omdat de thematiek duidelijk leefgroepoverstijgend is (vb. klachten over gebouw, facturatie,). Het formulier wordt dan aan de directie bezorgd, die verantwoordelijk is voor de verdere opvolging. De cliënt geeft zelf aan bij het invullen van het formulier of hij een mondeling dan wel schriftelijk antwoord verwacht. Eens de klacht afgehandeld is, wordt het formulier aan de kwaliteitscoördinator bezorgd, die het archiveert in het klachtenregister.

Wanneer cliënt niet tevreden is over de afhandeling van zijn klacht, kan hij de klachtencommissie inschakelen. Voor mondelinge klachten geldt een afhandelingstermijn van 30 dagen.

Schriftelijke klachten

Schriftelijke klachten worden beantwoord door de directeur. Een schriftelijke klacht krijgt steeds binnen de 30 werkdagen een schriftelijk antwoord. Eens de klacht afgehandeld is, wordt het formulier aan de kwaliteitscoördinator bezorgd.

Wanneer cliënt niet tevreden is over de afhandeling van zijn klacht, kan hij de klachtencommissie inschakelen. Dit wordt steeds vermeldt in het schriftelijk antwoord.

Klachten gesignaleerd tijdens het collectief overleg.

Deze klachten worden door begeleiders of hoofdbegeleiders geregistreerd en behandeld overeenkomstig de procedure mondelinge klachten.

Commissie:

Indien voorgaande afhandeling geen bevredigende oplossing biedt, dan kan men zich binnen de dertig dagen per brief wenden tot de Voorzitter van de Raad van Bestuur en een onderhoud vragen. De Voorzitter zal de klacht laten onderzoeken door een commissie die als volgt is samengesteld:

- één vertegenwoordiger aan te duiden door de inrichtende macht,
 - één vertegenwoordiger van ouders. Deze wordt door ouders gezamenlijk aangeduid wanneer er een klachtencommissie wordt samengesteld.
 1. bij meerdere kandidaten wordt de kandidaat met de meeste stemmen weerhouden
 2. ook wanneer er één kandidaat is, dient deze een meerderheid van de stemmen te behalen
 3. bij afwezigheid van kandidaten worden ouders bevraagd over wie zij zelf liefst dit mandaat zien opnemen, en wordt deze persoon aangesproken.

Deze commissie hoort de partijen en deelt binnen de dertig dagen haar oordeel aangaande de klacht mee aan de indiener en aan het centrum.

Indien de leden van de klachtencommissie het niet eens raken worden beide standpunten medegedeeld. Indien de klacht gegrond werd bevonden deelt de directeur binnen de dertig dagen na de mededeling van de klachtencommissie aan de indiener schriftelijk mee welk gevolg hieraan gegeven wordt.

Schenkt de beoordeling van de klacht door deze commissie nog steeds geen voldoening, dan kan men zich binnen een termijn van dertig dagen na de beslissing van de commissie schriftelijk wenden tot de leidend ambtenaar van het Vlaams Fonds.

De directie maakt deze procedure bekend via het Kwaliteitshandboek en het reglement van orde.

registratie	Waar	bewaartermijn
Klachtenformulier	Klachtenregister	2 jaar
Bespreking klacht op team	Verslag teamvergadering	2 jaar

4.6.8. Het implementeren van corrigerende en preventieve maatregelen

Doel

- het verbeteren van de doeltreffendheid van de hulp- en dienstverlening (SMK 3.4),
- het vrijwaren van de veiligheid en de gezondheid van de gebruiker (SMK 2.4).
- het aanbod van de voorziening en de modaliteiten ervan worden beschreven en kenbaar gemaakt aan de gebruiker en aan derden. (SMK 1.2.2.)

Toepassingsgebied

alle elementen van de hulp- en dienstverlening, de processen en het kwaliteitssysteem

Verwante documenten en hulpmiddelen

- klachtenformulier
(helpdesk/standaardformulieren/gasten en gezinnen)
- verslagen stuurgroep
(verslagen/stuurgroep)
- verslagen externe audits
(kwaliteitshandboek/documenten 20xx)
- verslagen interne audits
(kwaliteitshandboek/documenten20xx)
- overzicht klachten
(kwaliteitshandboek/klachtenregister)
- overzicht corrigerende preventieve maatregelen
(kwaliteitshandboek/CPM)

Werkwijze

Het implementeren van corrigerende en preventieve maatregelen ten gevolge van klachten

Klachten worden geregistreerd in het elektronisch klachtenregister op de server, door de kwaliteitscoördinator, die de genomen corrigerende of preventieve maatregelen ten laatste na 6 maanden op hun uitvoering en doeltreffendheid evalueert.

Het implementeren van corrigerende en preventieve maatregelen ten gevolge van tevredenheidsbevraging:

Via vragenlijsten wordt de tevredenheid van de gebruikers getoetst. De resultaten worden verwerkt door hoofdbegeleider (gasten) en gezinstherapeut (ouders) en besproken op de teamvergadering van elke werking. De maatregelen die hieruit voorkomen worden aan de kwaliteitscoördinator gesignaleerd, en opgenomen in het overzicht van corrigerende en

preventieve maatregelen. Ten laatste na 6 maanden worden de nieuwe maatregelen op hun uitvoering en doeltreffendheid geëvalueerd door de kwaliteitscoördinator.

Het implementeren van corrigerende en preventieve maatregelen vanuit de risicoanalyse en globaal veiligheidsplan.

De verantwoordelijke veiligheid neemt het initiatief om een risicoanalyse uit te voeren naar de veiligheid van de medewerkers en de kinderen binnen de voorziening, en zal zelfs actiepunten formuleren. Deze worden door de kwaliteitscoördinator opgenomen in het overzicht 'corrigerende en preventieve maatregelen' op de server. Na 6 maanden worden de nieuwe maatregelen op hun uitvoering en doeltreffendheid geëvalueerd door de kwaliteitscoördinator.

Het implementeren van corrigerende en preventieve maatregelen vanuit interne audits.

De directeur zet de verslagen van de externe en interne audits op de agenda van de stuurgroep. De stuurgroep bespreekt deze verslagen en stelt preventieve en corrigerende maatregelen voor. De kwaliteitscoördinator registreert deze maatregelen in het overzicht 'corrigerende en preventieve maatregelen'. Na 6 maanden worden de nieuwe maatregelen op hun uitvoering en hun doeltreffendheid geëvalueerd door de kwaliteitscoördinator.

Registratie	wie	indexering	bewaartermijn
verslagen stuurgroep	Directeur	op datum	5 jaar
verslagen veiligheid	preventieadviseur	op datum	5 jaar

4.6.9. Het selecteren en aanwerven van personeel

Doel

- het verbeteren van de doeltreffendheid van de hulp- en dienstverlening (SMK 3.5).

Toepassingsgebied

alle nieuwe medewerkers die worden aangeworven.

Verwante documenten en hulpmiddelen

- functiekaarten (helpdesk/werken in Espero)
- schriftelijke proeven

Werkwijze

Selecties

De **directeur** neemt de beslissing tot selecteren en aanwerven van personeel binnen de grenzen van de subsidieerbaarheid en het beleid terzake van de Raad van Bestuur. Bij een vacature voor directeur, neemt de Raad van Bestuur de rol van de directeur in onderstaande procedure over. Vanaf licenciaatsfuncties kan de raad van bestuur zelf een advies uitbrengen.

Bij een vrije sollicitatie: krijgt de kandidaat schriftelijk bericht of er een vacature is, of hij in wervingsreserve wordt opgenomen en voor welke functie.

Bij gerichte sollicitatie:

- **Bekendmaking:** gebeurt via website (www.vdab.be, www.11.be, www.kifkif.be, www.minderhedenforum.be), lokale of nationale krant, jobkanaal. Alle vacatures voor onbepaalde duur worden steeds zowel intern als extern bekend gemaakt. In de bekendmaking is steeds opgenomen dat wie voor een bepaalde datum geen bericht ontvangt niet weerhouden werd, en om feedback kan vragen. Niet-weerhouden kandidaten worden niet door Espero zelf ingelicht.
- De aard van de vacature bepaalt wie in het selectieteam zetelt. Het selectieteam bepaalt welke competenties en andere criteria doorslaggevend zullen zijn in de aanwerving (vb. al dan niet ervaring, ..).
- Het selectieteam duidt uit de vrije en de gerichte sollicitaties de kandidaten aan die een uitnodiging voor een schriftelijke proef zullen ontvangen. Een lid van het selectieteam contacteert de kandidaten en nodigt hen uit. Interne kandidaten worden steeds uitgenodigd voor een sollicitatie-gesprek.
- **Selectie:** elke selectie bestaat in een eerste ronde uit een schriftelijke proef en een interview, meestal ook met rollenspel. De schriftelijke proef bestaat uit kennisvragen en/of casuïstiek. De proeft peilt naar de kennis, de ervaring, de attitudes en de vaardigheid in schriftelijke rapportage van de kandidaat. Het selectieteam leest en beoordeelt de schriftelijke proeven. De duur van het interview wisselt, maar bedraagt gemiddeld een driekwart uur. Aanwezig zijn de kandidaat en de leden van het selectieteam. De inhoud van het interview omvat: voorstelling kandidaat aan de hand

van curriculum vitae, voorstelling van de voorziening, stand van zaken en verloop van de sollicitatieprocedure, een dialoog waarin het selectieteam peilt naar de motivatie en verwachtingen, de kennis en de kunde, de attitudes, de communicatieve vaardigheden, de betekenisverlening van de kandidaat, antwoord geeft op vragen van de kandidaat.

Het selectieteam maakt een rangorde op van de kandidaten. Aan de hoogst gerangschikte kandidaat wordt door de directeur gevraagd of hij/zij aanvaardt. Andere kandidaten worden verwittigd en ontvangen een motivatie.

Introductie van nieuwe medewerkers

De functie bepaalt wie de nieuwe medewerker zal introduceren op de werkvloer (zie tabel). De administratie verzorgt de administratieve formaliteiten. Het introductieprogramma omvat:

- een introductiegesprek waarin functiekaart, arbeidsreglement, werking en opbouw proeftijd overlopen worden
- een introductie in informatica (mail, uurregistratie)
- een introductie in veiligheid (EHBO, agressie-technieken, brand)

Elke medewerker ontvangt een uitgebreide onthaalmap.

Functie	schrift.	selectieteam	introductie
Begeleider	X	Directeur, hoofdbegeleider <i>Mogelijk advies van teambegeleider</i>	Hoofdbegeleider
Hoofdbegeleider	X	Directeur, teambegeleider, <i>Mogelijk advies: collega- hoofdbegeleider</i>	Teambegeleider & directeur, collega-hoofdbegeleider
Psycholoog- Teambegeleider	X	Directeur, kinderpsychiater of RVB	Directeur
Gezinstherapeut	X	Directeur, teambegeleider <i>Mogelijk advies: collega- gezinstherapeut</i>	Teambegeleider & directeur, collega-gezinstherapeut
Paramedicus	X	Directeur, teambegeleider of kinderpsychiater	Teambegeleider
Psychiater	X	Directeur, RVB	Directeur
Administratie	X	Directeur	Directeur
Logistiek		Directeur, logistiek verantwoordelijke	Directeur
Directeur	X	Psychiater, RVB personeelscomi	Voorzitter

		té	
--	--	----	--

4.6.10 Het vormen, trainen en opleiden van het personeel

Doel

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">•het verbeteren van de doeltreffendheid van de hulp- en dienstverlening (SMK 3.5),•het actualiseren van de kennis inzake ontwikkelingen in de hulp- en dienstverlening (SMK 3.3). |
|--|

Toepassingsgebied

alle medewerkers

Verwante documenten en hulpmiddelen

- leidraad functioneringsgesprek (helpdesk/werkinstrumenten)
- verslag functioneringsgesprek (helpdesk/verslagsjablonen/organisatie)
- Afspraken vorming/lange opleiding (helpdesk/werken in espero)
- evaluatie vorming (helpdesk/standaardformulieren/medewerkers)

Werkwijze

Vormingsnoden kunnen vanuit verschillende invalshoeken groeien:

- Organisatie-gestuurd: als organisatie zelf kunnen we een gemis aan know-how ervaren, en mensen actief aanspreken om zich bij te scholen op een domein
- Groepsgestuurd: er kan bij een subgroep van medewerkers een collectieve vormingsnood zijn
- Individueel: elke medewerker heeft vanuit zijn eigen interesseprofiel en jobinhoud specifieke vormingswensen.

We proberen binnen ons VTO-beleid op elk van deze vormingsnoden in te spelen. Jaarlijks wordt in het VTO-plan geïnventariseerd welke inspanningen er zullen gebeuren op elk van deze domeinen. Dit VTO-plan wordt schriftelijk verspreid, en is terug te vinden op de server in de map kwaliteitshandboek/documenten 200x-200x.

(1)Vorming van één of meer medewerkers, op vraag van Espero

Bij de opmaak van de kwaliteitsplanning gaan we na of we binnen Espero nood hebben aan specifieke know-how, en zoja, wie best geplaatst is om deze kennis binnen te brengen. We denken hierbij aan thema's als veiligheids- en preventiebeleid, EHBO, informatica, ... waar medewerkers zich spontaan minder in gaan verdiepen.

Aangezien het initiatief tot vorming uitgaat van Espero wordt deze verplicht te volgen vorming volledig ten laste genomen door Espero (totale kostprijs en de gepresteerde uren).

(2)Collectieve vorming

Minstens twee maal per jaar wordt er een thematische vorming georganiseerd voor alle medewerkers. Het thema wordt bepaald aan de hand van bevraging van medewerkersgroep. Deze bevraging gebeurt minstens twee-jaarlijks, op indicatie vaker.

De eindverantwoordelijkheid van de organisatie van collectieve vormingen ligt bij de teambegeleiders en directie. Elke vorming wordt geëvalueerd aan de hand van een standaardformulier.

(3)Individuele vorming

Ieder jaar wordt er verwacht dat elke medewerker minstens drie dagen vormingsactiviteiten volgt (rekening houdend met tewerkstellingsbreuk) . Deze vormingsactiviteiten kunnen breder zijn dan volgen van studiedagen:meedraaien in een andere setting, literatuur, experten-meeting, Jaarlijks maakt elke medewerker tijdens zijn functioneringsgesprek een planning op van deze vormingsactiviteiten. In dit gesprek proberen we individuele vormingswensen in te passen en af te toetsen aan organisatiebelangen. Deze vormingsactiviteiten tellen mee als arbeidstijd, overeenkomstig de tewerkstellingsbreuk. Elke vorming wordt geëvalueerd aan de hand van een standaardformulier.

Voor langerdurende opleidingen kan de tussenkomst van Espero nooit hoger liggen dan de helft van het inschrijvingsgeld. Ook hier geldt de regel dat vormingstijd mee telt als arbeidstijd overeenkomstig de tewerkstellingsbreuk. Verplaatsingskosten worden niet terugbetaald. Deze tussenkomst is enkel mogelijk voor medewerkers met een contract van onbepaalde duur. Er wordt rond elke opleiding een schriftelijke overeenkomst afgesloten.

4.6.11 Het ondersteunen en evalueren van medewerkers

Doel

-het verbeteren van de doeltreffendheid van de hulp- en dienstverlening (SMK 3.5),
-gestalte te geven aan een open beleidsstijl in de verhouding tussen leidinggevende en medewerker (SMK 3.5),
-het bevorderen van het persoonlijk functioneren van leidinggevende en medewerker door verbetering van de werksituatie. (SMK 3.5).

Toepassingsgebied

Alle medewerkers

Verwante documenten en hulpmiddelen

- functiekaarten

(helpdesk/werken in

espero)

- leidraad functioneringsgesprek

(helpdesk/werkinstrumenten)

- verslag evaluatiegesprek

(helpdesk/verslagsjablonen/organisatie)

- verslag functioneringsgesprek

(helpdesk/verslagsjablonen/organisatie)

Werkwijze

Evaluatiegesprek

Voor alle medewerkers vindt er tussentijds na drie maanden, en na zes maanden (afloop van de proeftijd) een evaluatie plaats aan de hand van de functieomschrijvingen. De directie kan medewerkers (bijvoorbeeld: collega opvoeders, teamleden) betrekken in deze evaluatie.

In dit gesprek wordt eerst de medewerker de kans gegeven om terug te blikken op zijn eerste werkmaanden. Daarna is er feedback vanuit de directie over sterke kanten en aandachtspunten.

De directie maakt een schriftelijk verslag van deze evaluatie die zo snel mogelijk na het gesprek aan de medewerker wordt bezorgd. Deze ondertekent voor ontvangst, en kan steeds zelf aanvullingen toevoegen.

Functioneringsgesprekken

Tijdens de verdere loopbaan heeft elke medewerkers minstens éénmaal per jaar een functioneringsgesprek met zijn direct leidinggevende (zie tabel voor “wie heeft FG met wie”). Hierin wordt stil gestaan bij het takenpakket en bij steunende en belemmerende factoren in werkomgeving. Er is bijzondere aandacht voor vormingsnoden, wat zich vertaalt in de opmaak van een persoonlijk ontwikkelingsplan. Hierbij worden steeds minstens volgende mogelijkheden overwogen: vormingsactiviteiten, stage/werkbezoek in andere voorziening, externe/interne intervisie, externe/interne supervisie, externe/interne coaching, lees/inspiratiedag,

De leidinggevende geeft ook feedback aan de medewerker over diens functioneren, en volgt eerder gemaakte afspraken en engagementen op.

De leidinggevende maakt zo spoedig mogelijk een schriftelijk verslag. De medewerker ondertekent voor ontvangst, en kan steeds zelf aanvullingen toevoegen. Het ondertekend verslag wordt aan de directie bezorgd. Afhankelijk van het gewicht van de aangebrachte aandachtspunten, kan er beslist worden om reeds sneller een volgend functioneringsgesprek te plannen.

Herevaluatie-gesprek

Indien er ook na bijkomende functioneringsgesprekken ernstige zorgen blijven rond het professioneel functioneren of de motivatie van een medewerker, zal er een herevaluatiegesprek gepland worden, met de directeur. Hierin worden aandachtspunten en verwachtingen naar bijsturing vanuit de organisatie nogmaals zeer expliciet uitgesproken. Er wordt een termijn afgesproken, waarin er een positieve evolutie merkbaar moet zijn. Indien deze positieve evolutie achterwege blijft, kan de ontslagprocedure ingezet worden.

Van het herevaluatiegesprek wordt een schriftelijk verslag gemaakt, dat binnen de 5 werkdagen aan de medewerker wordt bezorgd. Die tekent voor ontvangst, en kan eigen bedenkingen toevoegen.

Functie	Direct leidinggevende
Begeleider	Hoofdbegeleider
Hoofdbegeleider	Directeur
Psycholoog-teambegeleider	Directeur
Gezinstherapeut	Directeur
Administratie	Directeur
Logistiek personeel	Logistiek verantwoordelijke
Logistiek verantwoordelijke	Directeur
Kinderpsychiater	Directeur
Directeur	Voorzitter RVB

registratie	waar	indexering	bewaartermijn
Evaluatieverslag	personeelsdossier	op naam	loopbaan medewerker
Functioneringsverslag	personeelsdossier	op naam	10 jaar

4.6.12 Het periodiek evalueren van de ingezette middelen

Doel

- het nemen van maatregelen om de infrastructuur en de uitrusting periodiek af te stemmen op de eigenheid van de gebruiker (SMK 1.4.6),
- het verbeteren van de doelmatigheid van de hulp- en dienstverlening (SMK 4.3),
- het inzetten van de financiële middelen van de overheid op een doelmatige manier (SMK 4.4)
- het aanbod van de voorziening en de modaliteiten ervan worden beschreven en kenbaar gemaakt aan de gebruiker en aan derden. (SMK 1.2.2.).

Toepassingsgebied

alle middelen : personeel, gebouwen en inrichting, uitrusting, financiën, technieken en methoden.

Verwante documenten en hulpmiddelen

/

Werkwijze

Het evalueren van de ingezette middelen gebeurt jaarlijks door de directeur in periode november-december, en is gelinkt aan de opmaak van de begroting. Deze evaluatie wordt voorgelegd aan de raad van bestuur.

Het periodiek evalueren van personeelsinzet inzake doelmatigheid

Bij de opmaak van begroting wordt steeds bekeken hoe keuzes inzake invulling personeelskader mee ingezet kan worden om belangrijke inhoudelijke doelen waar te maken. Het merendeel van het personeelskader is vast, en dus minder makkelijk flexibel inzetbaar. Espero kiest voor een maximale invulling van hulpverlenende functies (100 %). Dit kan alleen maar door een onderbezetting op vlak van administratie en logistiek. Jaarlijks wordt deze keuze expliciet geherevalueerd.

In de evaluatie zal er vooral aandacht gaan naar de inzet van meer flexibele middelen:

- inzet ADV-middelen
- inzet pot ziekte-uren in de loop van het werkjaar
- inzet projectmatige middelen
- inzet sociale maribel

Doelmatigheid heeft niet alleen te maken met ‘wie haal je in huis’, maar ook hoe je deze personeelsinzet spreidt in de tijd: op welke momenten is er nood aan hoge bezetting, wanneer minder. De principes achter opmaak van uurroosters worden jaarlijks geëxpliciteerd, en waar nodig bijgestuurd.

Verder is er in de evaluatie van personeelsinzet ook aandacht voor ziekteverzuim, personeelszorg (nazorg), bevragen arbeidstevredenheid, snelheid van recruterend/vervangen, inspanning op vlak van inwerken nieuwe medewerkers, interne communicatie, functioneringsgesprekken, verloop van medewerkers.

Het periodiek evalueren van gebouwen en inrichting inzake doelmatigheid

In functie van de begroting, na een rondgang en rekening houdend met het advies en de wensen van de personeelsleden stelt de logistiek verantwoordelijke een jaarplan in verband met de doelmatigheid, veiligheid en inrichting van de gebouwen. Dit jaarplan is ingebed in het algemene preventie- en veiligheidsbeleid (globaal actieplan, jaaractieplan, risico-analyses). Een samenvatting van dit jaarplan wordt opgenomen in de voorbereidende nota.

Het periodiek evalueren van uitrusting inzake doelmatigheid

Deze evaluatie gebeurt tijdens team- en werkvergaderingen waar de personeelsleden in functie van de eigen budgetten of van de begroting hun wensen kenbaar kunnen maken. Jaarlijks gebeuren volgende bevragingen bij opmaak begroting (november-december):

- therapeuten: testmateriaal, psycho-educatief materiaal
- Informatica: administratief verantwoordelijke
- Logistiek: logistiek verantwoordelijke

Leefgroepen krijgen zelf een budget voor inrichting en aankopen materiaal.

Het periodiek evalueren van financiën inzake doelmatigheid

Jaarlijks jaar evalueert de directie bij de opmaak van de begroting volgende facetten van financieel beleid:

- worden eventuele reserves op een veilige maar winstgevende manier belegd ?
- werden begrotingsdoelstellingen behaald, en zijn eventuele afwijkingen te verantwoorden ?
- zijn er uitgaven waarop er bespaard kan worden ?
- gebeuren er voldoende inspanningen om terug te vorderen op gebruikers, kinderbijslagfondsen en overheid ?
- gebeuren er voldoende inspanningen op vlak van fondsenwerving ?
- verwachte liquiditeitspositie

Het periodiek evalueren van technieken en methoden inzake doelmatigheid

Jaarlijks organiseert de organisatie een collectieve planningsdag, in periode juli-augustus, waarin de gehele werking, of een deel wordt geëvalueerd.

Verder zijn er doorheen het werkjaar meer thematische evaluaties

- van diagnostisch en therapeutisch aanbod (stuurgroep)
- van methodieken in leefgroepwerking (werkingsoverleg, teamvergadering, begeleidersoverleg)

De kwaliteitscoördinator is verantwoordelijk voor het opvolgen van deze evaluaties.

registratie	Waar	Bewaartermijn
Jaarplan logistiek	Bij logistiek verantwoordelijke	10 jaar
Toelichting en evaluatie begroting	Verslagen raad van bestuur	10 jaar
Verslag planningsdag	Server/verslagen	10 jaar
Evaluatie middelen	Server/kwaliteitshandboek/documenten (werkjaar)	10jaar

4.6.13 Het beheren van documenten in kwaliteitshandboek

Doel

- Het implementeren en actualiseren van de documenten van het kwaliteitshandboek (SMK 3.7).

Toepassingsgebied

alle documenten van het kwaliteitshandboek.

Verwante documenten en hulpmiddelen

Werkwijze

Uitgave van een nieuw document

Elke medewerker kan binnen zijn bevoegdheid en verantwoordelijkheid documenten opstellen die hij via de geijkte kanalen van team of discipline-overleg voorlegt. Aangezien het kwaliteitsbeleid een organisatie-brede materie is, hebben enkel de organisatie-brede overlegorganen mandaat om nieuwe documenten uit te geven. Het gaat hier om het begeleidersoverleg, hoofdbegeleidersoverleg, gezinstherapeutenoverleg of stuurgroep. Bij de bespreking dient de procedure-eigenaar steeds betrokken te worden.

De kwaliteitscoördinator beoordeelt de wenselijkheid van opnemen van een nieuw document, en keurt een nieuw document goed. Bij betwisting wordt het thema geagendeerd op een stuurgroep.

Wijzigen van een goedgekeurd document

Het wijzigen van een document doorloopt dezelfde weg als bij de uitgave van een document: enkel organisatie-brede overlegorganen kunnen wijzigingen voorstellen, de procedure-eigenaar dient betrokken te zijn, de kwaliteitscoördinator beoordeelt en keurt goed. De kwaliteitscoördinator vervangt het gewijzigde document en zorgt ervoor dat de vervallen kopieën uit de omloop verdwijnen.

opstellen/bespreken	Ieder organisatie-breed overlegorgaan: gezinstherapeutenoverleg, hoofdbegeleidersoverleg, begeleidersoverleg, stuurgroep
Beoordelen	Kwaliteitscoördinator
goedkeuren	Kwaliteitscoördinator, bij betwisting: stuurgroep
implementeren	Kwaliteitscoördinator

4.6.14 Het plannen en implementeren van kwaliteitsaudits.

Doel

- Bepalen of de activiteiten op het gebied van kwaliteit en de daarmee samenhangende resultaten (=de realiteit) overeenstemmen met de geplande maatregelen (=de documenten van het kwaliteitshandboek en de regelgeving) (SMK 3.7),
- Bepalen of deze maatregelen op een doeltreffende wijze zijn geïmplementeerd en geschikt zijn voor het bereiken van de doelstellingen (SMK 3.7).

Toepassingsgebied

alle elementen van het kwaliteitshandboek.

Verwante documenten en hulpmiddelen

- Database corrigerende en preventieve maatregelen (kwaliteitshandboek/corrigerende maatregelen)

Werkwijze

Het opstellen van het auditplan

Via een thematische vierjarencyclus zorgen we dat om de vier jaar elke procedure in elke werking geauditeerd wordt

“directe zorg”-procedures	Intake, Opstellen van het hulp en dienstverleningsplan Het uitvoeren, evalueren en bijsturen van het dienstverleningsplan Het beëindigen van het hulp- en dienstverleningsplan
“organisatie”-procedures	Het selecteren en aanwerven van personeel Het vormen, trainen en opleiden van personeel Het ondersteunen en evalueren van personeel
“collectieve zorg”	Het organiseren van collectief overleg Het toetsen van de tevredenheid van cliënten Het afhandelen van klachten Het opvolgen van corrigerende en preventieve maatregelen Het detecteren van misbruik en geweld
“kwaliteitszorg”-procedures	Periodieke evalueren van de ingezette middelen Het beheren van de documenten in het KWHB Het plannen en implementeren van kwaliteitsaudit Het beoordelen van het kwaliteitshandboek door de directie

Voor de samenstelling van de auditcommissie wordt beroep gedaan op collega's uit andere observatie- en behandelcentra.

Het voorbereiden van de audit

- Omgevingsanalyse: zijn er nieuwe verplichtingen ? Zijn er nieuwe wetenschappelijke inzichten ?
- De procedures vanuit het kwaliteitsboek worden nagelezen,
- De vorige auditrapporten en afwijkingsrapporten worden bekeken,
- Vanuit deze gegevens worden specifieke vragen en aandachtspunten opgesteld,

Het uitvoeren en rapporteren van de audit

- De auditors bespreken de observaties en afwijkingen met de geauditeerden en maken een auditrapport op.
- Onder voorzitterschap van de kwaliteitscoördinator wordt door de auditcommissie corrigerende maatregelen voorgesteld
- Via de geëigende kanalen worden de corrigerende maatregelen uitgevoerd.

De opvolging van de corrigerende maatregelen

- de opvolging gebeurt door de kwaliteitscoördinator, conform het systeem zoals beschreven in implementatie van corrigerende en preventieve maatregelen.

Registratie	Waar	indexering	bewaartermijn
auditrapport	Kwaliteitscoördinator	op datum	12 jaar

4.6.15 Het beoordelen van het kwaliteitshandboek door de directie

Doel

- het formeel evalueren van de status en de doeltreffendheid van het kwaliteitshandboek ten opzichte van het kwaliteitsbeleid, de kwaliteitsplanning en de regelgeving (SMK3)

Toepassingsgebied

alle elementen van het kwaliteitshandboek.

Verwante documenten en hulpmiddelen

Werkwijze

De directeur beoordeelt schriftelijk op het einde van het werkjaar

- de resultaten op vlak van integrale kwaliteitszorg: wat zijn de belangrijke verwezelijkingen ? Welke resultaten/doelen werden niet gehaald ? Volgende vragen worden steeds behandeld:
 - welke inspanningen waren er missie en waarden levendig en actueel te houden ?
 - welke realisaties waren er op vlak van uitbouw geschreven referentiekader ?
 - opmaak en uitvoering kwaliteitsplanning
 - welke wijzigingen werden er doorgevoerd in het kwaliteitssysteem?
 - welke bijstellingen gebeurden er aan procedures ? Per procedure is er een korte evaluatie van belangrijke wijzigingen.
- Welke waren belangrijke evoluties in de organisatie/in wetgeving/in brede samenleving ? In hoeverre slaagt onze kwaliteitszorgssysteem om hier op in te spelen ?

Vanuit deze beoordeling stelt de directeur aandachtspunten op vlak van deze diverse facetten van integrale kwaliteitszorg.

Deze schriftelijke evaluatie wordt voorgelegd aan de stuurgroep.

		indexering	bewaartermijn
Schriftelijke beoordeling kwaliteitshandboek	Verslag stuurgroep	op datum	10 jaar

4.6.16 Het detecteren van en gepast reageren op misbruik en geweld ten aanzien van gebruikers

Doel

- het respecteren van de eigenheid van de gebruiker en het nemen van maatregelen om de integriteit van de gebruiker te waarborgen en het nemen van bijzondere maatregelen tegen misbruik en geweld ten aanzien van gebruikers (SMK 1.3.1.),
- het ondersteunen en versterken van de mondigheid van de gebruiker (SMK 1.1.6)
- de voorziening neemt maatregelen om de integriteit van de gebruiker te waarborgen (SMK 1.3.1)
- de voorziening neemt maatregelen om haar gebouwen, inrichting en uitrusting af te stemmen op de eigenheid van de gebruiker (SMK 1.4.6)
- de voorziening neemt de nodige maatregelen om de veiligheid en de gezondheid van de gebruiker te vrijwaren (SMK 2.4)
- de voorziening zoekt actief naar medewerking met derden indien ze niet zelf kan voorzien in bepaalde behoeften van de gebruiker (SMK 5.3)

Toepassingsgebied

Alle hulp- en dienstverlening aan de gebruikers

Definitie van misbruik

Misbruik is elke handeling, of het nalaten van een handeling, die resulteert in een significante inbreuk op de rechten, de lichamelijke of psychische integriteit, de waardigheid of het welbevinden van een persoon met een handicap.

Verwante documenten en hulpmiddelen

- Arbeidsreglement
- leidraad misbruik en geweld

Werkwijze

*In de werkwijze onderscheiden wij drie vormen van **preventie**:*

- primaire preventie heeft tot doel te voorkomen dat personen met een handicap misbruikt worden,*
- secundaire preventie heeft tot doel ervoor te zorgen dat eventueel misbruik erkend en gestopt wordt en dat de hulpverlening op gang wordt gebracht,*
- tertiaire preventie beoogt de negatieve gevolgen van situaties van misbruik op lange termijn te beperken.*

(1) Primaire preventie:

- van misbruik door andere bewoners:
 - Alle gasten hebben een eigen individuele kamer, die ze zelf van binnen kunnen afsluiten
 - Binnen de adolescentengroep is er een duidelijke fysieke scheiding tussen jongens en meisjes in slaapgelegenheden. Er is voor deze leeftijdsgroep ook duidelijk gescheiden sanitair.

-Binnen de lagere schoolgroep laat de infrastructuur een duidelijke scheiding in slaap- en douche-ruimtes niet toe. Douche gebeurt daarom steeds gescheiden (jongens/meisjes) en onder toezicht.

-Seksualiteitsbeleving is een vast item in de observatie-periode.

- PC met internet staat in leefruimte, zodat er informeel toezicht mogelijk is.

•van misbruik door medewerkers

-Binnen de selectieprocedures waakt OBC Espero erover dat we enkel medewerkers selecteert met kwalificaties uit erkende opleidingen,

-Alle nieuwe medewerkers dienen een bewijs van goed gedrag en zeden model 2 voor te leggen.

(2) Secundaire preventie

Het arbeidsreglement voorziet in een duidelijke meldingsplicht voor alle medewerkers, zowel voor misbruik en geweld door bewoners als door medewerkers. Niet melden van incidenten is een professionele fout. De crisispermanent moet zo snel als mogelijk verwittigd worden.

Wanneer er een duidelijk vermoeden is van misbruik of geweld, wordt binnen 24 uur een overleg georganiseerd.

•Bij misbruik en geweld door andere bewoner: tussen directie, kinderpsychiater, teambegeleider, gezinsbegeleider en vertegenwoordiger leefgroep.

•Bij misbruik en geweld door medewerker: directie, lid van RVB, teambegeleider, hoofdbegeleider. Afhankelijk van de situatie is de betrokkenen persoon zelf aanwezig. Indien noodzakelijk voor een serene afhandeling worden de diensten van de betrokken persoon tijdelijk geschrapt. Hierbij zal steeds de nodige schriftelijke duiding gebeuren naar ouders, gasten, collega's, zodat dit niet als een vermoeden van schuld kan gezien worden, maar als een constructief meewerken aan een serene oplossing. Indien noodzakelijk voor de serene afhandeling worden ook voor slachtoffer/dader tijdelijk andere oplossingen gezocht (familie, externe time-out).

Deze groep dient aan de hand van de leidraad (zie helpdesk/reageren op misbruik en geweld) schriftelijk een plan van aanpak te formuleren. Hierin houdt men rekening met volgende basisprincipes:

- de reactie op misbruik mag geen herhaling zijn van beleven van machteloosheid, gebrek aan respect. We kiezen voor maximaal overleg met betrokkenen, voor respect van dienst tempo
- er is een duidelijk verschil tussen een juridisch kader en hulpverlening. ons uitgangspunt is zorg.
- In crisisituaties is het belangrijk dat er een figuur aangeduid wordt die de regie behoudt.
- Er is oog voor communicatie van alle stappen naar team, en waar nodig naar ouders/andere jongeren/buitenwereld
- afhankelijk van de ernst van de feiten wordt de inspectie op de hoogte gebracht.

Volgende thema's dienen aan bod te komen:

- **Veiligheid & zorg** (Welke maatregelen zijn er nodig om veiligheid van slachtoffer te garanderen ? Hoe kunnen we erkenning tonen voor de pijn, kwaadheid, verdriet, van het slachtoffer? Wat kunnen ons blijvende

pedagogische en hulpverlenende taak zijn naar dader ? Bij beschuldiging ten aanzien van medewerker: is verder verblijf van de jongere nog mogelijk ?

- **Communicatie** (wie/wat naar ouders, personeel, andere gasten, derden – wie voert woord naar media en welke communicatie wel/niet),
- **Stappen buiten hulpverlening** (klacht indienen ja/nee),
- **Samenwerking andere diensten** (VK –parket – slachtofferhulp)

(3) Tertiaire preventie

Binnen de vier weken wordt het handelingsplan aangepast, na teamoverleg, en worden indien nodig specifieke extra interventies voorzien.

Het team bekijkt welke maatregelen misbruik op langere termijn kunnen beperken en voorkomen.