

KWALITEITSHANDBOEK van De Witte Mol



Inhoudsopgave

0.	Deel 0: voorwoord en inhoudstafel.....	5
	VOORWOORD	5
1.	Deel 1: structuur van het kwaliteitshandboek	7
1.1.	BESTEMD VOOR	7
1.2.	DOEL	7
1.3.	VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN	7
1.4.	WERKWIJZE	7
1.4.1.	ALGEMEEN.....	7
1.4.2.	VERSPREIDING EN GEBRUIK VAN HET KWALITEITSHANDBOEK	7
1.4.3.	VERKLARING VAN DE KOPTEKST.....	8
1.5.	RAPPORTAGE EN TERUGKOPPELING	8
2.	Deel 2: beschrijving van het aanbod	10
2.1.	BESTEMD VOOR	10
2.2.	DOEL	10
2.3.	VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN	10
2.4.	WERKWIJZE	10
2.4.1.	VOORSTELLING VAN DE VOORZIENING.....	10
2.4.2.	WAT WIL DE WITTE MOL BIEDEN EN AAN WIE?	12
2.4.3.	KENBAAR MAKEN VAN HET AANBOD.....	12
2.5.	RAPPORTAGE EN TERUGKOPPELING	12
3.	Deel 3 : missie, visie, waarden, doelstellingen en geschreven referentiekader	14
3.1.	BESTEMD VOOR	14
3.2.	DOEL	14
3.3.	VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN	14
3.4.	WERKWIJZE	14
3.4.1.	MISSIE/VISIE	14
3.4.2.	LEIDENDE PRINCIPES, WAARDEN EN NORMEN:	16
3.4.3.	DOELSTELLINGEN.....	17
3.4.4.	STRATEGIE	17

3.4.5.	GESCHREVEN REFERENTIEKADER:.....	18
3.5.	RAPPORTAGE EN TERUGKOPPELING.....	18
4.	Deel 4. Kwaliteitssysteem.....	20
4.1.	Organisatiestructuur	20
4.1.1.	BESTEMD VOOR	20
4.1.2.	DOEL	20
4.1.3.	VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN	20
4.1.4.	WERKWIJZE	21
4.1.5.	RAPPORTAGE EN TERUGKOPPELING.....	21
4.2.	Het overzicht en de werking van de interne overlegorganen.....	22
4.3.	De deelname aan externe overlegorganen.....	23
4.4.	Het inzetten van middelen	24
4.5.	Het beheren van documenten van het kwaliteitshandboek.....	29
4.6	De gebruikers gerichte processen.	31
4.6.1.	De intake	31
4.6.2.	Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan (HP)	34
4.6.2.	Het beëindigen van de ondersteuning.	40
4.6.3.	Het organiseren van het collectief overleg met de gebruikers	41
4.6.4.	De afhandeling van klachten van gebruikers.	44
4.6.5.	Het voorkomen, detecteren van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag door en ten aanzien van gebruikers.	47
4.6.6.	De tijdelijke afzonderingsmaatregelen en vrijheidsbeperkende maatregelen	60
4.7.	De organisatiegerichte processen.	65
4.7.1.	Aanwerving, selectie, introductie en onthaal	65
4.7.2.	Het vormen trainen en opleiding van personeel.....	69
4.7.3.	Het ondersteunen en evalueren van het personeel	72
5.1.	Zelfevaluatie	77

0. Deel 0: voorwoord en inhoudstafel

Dienstencentrum De Witte Mol	Deel 0 Voorwoord en Inhoudstafel	Versie 2.3
KHB	Goedgekeurd : beleidsteam dd. 16 november 2023	Geldig vanaf: 16/11/2023

PROCEDUREVERANTWOORDELIJKE: kwaliteitscoördinator

VOORWOORD

In De Witte Mol hechten we een groot belang aan een hoge levenskwaliteit voor de personen met een beperking die van onze diensten gebruik maken. Een kwalitatief hoogstaande zorg is één van de middelen die ons hiertoe ten dienste staan.

Het woord kwaliteit kan in verschillende betekenissen gehanteerd worden. Wij maken het onderscheid tussen basis kwaliteit en optimale kwaliteit.

De basis kwaliteit is de kwaliteit die we garanderen. Dit is de kwaliteit waarvan we stellen dat die steeds aanwezig moet zijn. Over deze basis kwaliteit hebben we het in dit kwaliteitshandboek.

Daarnaast is er de optimale kwaliteit. Dit is de kwaliteit die we nastreven maar die niet altijd voor 100% wordt gerealiseerd. Het domein van de optimale kwaliteit is het domein van de permanente kwaliteitsverbetering. Dit is de kwaliteit waar we aan werken. Deze kwaliteitswerking overstijgt het kwaliteitshandboek omdat het hier vaak gaat om individuele zaken die van de ene zorggebruiker tot de andere kunnen verschillen.

In onze visie op kwaliteit van leven stellen we: "de beste manier om een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te bereiken, is een dialoog aan te gaan met iedere zorggebruiker". Alle acties die er toe bijdragen dat de dialoog maximaal benut worden, bieden een bijdrage aan de levenskwaliteit. Dit is voor ons de essentie van de kwaliteitswerking en hierbinnen zien we ook de plaats van het kwaliteitshandboek.

DEEL 1: STRUCTUUR VAN HET KWALITEITSHANDBOEK



1. Deel 1: structuur van het kwaliteitshandboek

Dienstencentrum De Witte Mol	Deel 1 Structuur van het kwaliteitshandboek	Versie 2.4
KHB	Goedgekeurd: beleidsteam dd 16 november 2023	Geldig vanaf: 16/11/2023

PROCEDUREVERANTWOORDELIJKE: Kwaliteitscoördinator

1.1. BESTEMD VOOR

Alle personeelsleden van De Witte Mol

1.2. DOEL

Het beschrijven van de structuur van het kwaliteitshandboek

Het kenbaar maken van de missie, visie, waarden en referentiekaders aan gebruikers, personeelsleden en derden.

Het op een doeltreffende wijze implementeren en actualiseren van de elementen van het kwaliteitshandboek.

Het garanderen van een strategisch beleid en systematische zelfevaluatie ter verbetering van de kwaliteitswerking.

Het opleiden van de eigen personeelsleden en hen begeleiden in hun professioneel groeiproces.

1.3. VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN

1.4. WERKWIJZE

1.4.1. ALGEMEEN

Dit kwaliteitshandboek is het resultaat van een voortdurend overleg. De directie steunt integraal de inhoud van het kwaliteitshandboek en waakt erover dat de bepalingen ervan strikt worden nageleefd. Ten einde het kwaliteitshandboek geen dode letter te laten zijn, integreren we dit in ons Roadbook.

De directie creëert een kader waarbij de nodige middelen en personeel ter beschikking worden gesteld teneinde dit kwaliteitshandboek in praktijk te brengen en te onderhouden.

1.4.2. VERSPREIDING EN GEBRUIK VAN HET KWALITEITSHANDBOEK

Het kwaliteitshandboek wordt ter beschikking gesteld aan alle personeelsleden en gebruikers door:

- Het plaatsen van een elektronische versie op www.dewittemol.be, over ons - organisatie
- Het plaatsen van een elektronische versie op het intern netwerk van de Witte Mol N-schijf/ Mol roadbook/kwaliteitshandboek. Hier kunnen enkel personeelsleden de documenten raadplegen.
- Een uitgeprinte versie bij de kwaliteitscoördinator.

1.4.3. VERKLARING VAN DE KOPTEKST

Het kwaliteitshandboek is opgebouwd uit verschillende delen. Bovenaan elk deel staat een koptekst zoals hieronder weergegeven:

Dienstencentrum De Witte Mol	Procedure 4.6.1 De Intake	Versie 1.4
KHB	Goedgekeurd : Hoofdenvergadering 8 april 2002	Geldig vanaf 8 april 2002

PROCEDUREVERANTWOORDELIJKE: Pedagogisch ondersteuner

In het vak linksboven staat de naam van de voorziening of afdeling waarop dit gedeelte betrekking heeft.

In het vak midden boven staat de naam van dit gedeelte van het kwaliteitshandboek.

In het vak rechts boven staat de versienummer. Een grote wijziging verhoogt het versienummer voor het punt, een kleine wijziging verhoogt het versienummer na het punt

In het vak links onder staan trefwoorden om het opzoeken te vergemakkelijken.

In het vak midden onder staat wanneer en door wie dit gedeelte van het handboek in deze versie (voor het punt) is goedgekeurd. Wijzigingen die aanleiding geven tot een verhoging van de versienummer na het punt worden niet opnieuw voorgelegd, hierdoor verandert dit vak dus niet.

In het vak rechts onder staat de datum vanaf wanneer deze tekst geldt. Dit vak wordt wel aangepast bij een kleine wijziging (versienummer na het punt).

Onder de koptekst staat de verantwoordelijke voor de inhoud van dit gedeelte.

1.5. RAPPORTAGE EN TERUGKOPPELING

DEEL 2: BESCHRIJVING VAN HET AANBOD



2. Deel 2: beschrijving van het aanbod

Dienstencentrum De Witte Mol	Deel 2 Beschrijving van het aanbod van de voorziening	Versie 3.1
KHB OHB	Goedgekeurd: beleidsteam dd. 16/11/2023	Geldig vanaf: 16/11/2023

PROCEDUREVERANTWOORDELIJKE: Kwaliteitscoördinator

2.1. BESTEMD VOOR

Alle personeelsleden van De Witte Mol

2.2. DOEL

Het beschrijven van het aanbod van de voorziening en de modaliteiten ervan.
Het kenbaar maken van het aanbod aan de gebruiker en aan derden.

2.3. VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN

2.4. WERKWIJZE

2.4.1. VOORSTELLING VAN DE VOORZIENING

2.4.1.1. Doelgroep

Het dienstencentrum De Witte Mol is een door het VAPH vergunde zorgaanbieder.

Op het terrein aan de Galbergen te Mol, dat de voorziening in erfpacht heeft van de gemeente Mol, zijn er 8 leefgroepen voor mensen met een matige, ernstige of diepe mentale handicap, al dan niet met bijkomende handicaps en/of bijzondere gedragsnoden, en 3 leefgroepen voor mensen met een niet-aangeboren hersenletsel.

In het centrum van Mol opende De Witte Mol in december 2022 het project 'De Vennestraat'. Deze appartementen en studio's kunnen opvang bieden aan 19 personen en richt zich vooral op mensen met een niet-aangeboren hersenletsel, integratie en inclusie staan in deze werking voorop.

Zowel op het terrein aan de Galbergen alsook in het project Vennestraat in het centrum van Mol voorzien we dagopvang voor volwassen personen met een aangeboren of niet-aangeboren hersenletsel. Deze personen wonen thuis maar komen overdag naar De Witte Mol voor dagbesteding.

Daarnaast is De Witte Mol erkend als MFC met 9 voltijdse plaatsen (outputindicator 11) voor kinderen met een meervoudige en/of motorische handicap.

2.4.1.2. Infrastructuur

Er is één centraal gebouw, Glasvezel genaamd, waarin therapieruimten, de keuken, burelen en vergaderlokalen zijn samengebracht.

Er zijn 3 verblijfsgebouwen die telkens bestaan uit 2 leefgroepen nl. de Korrel en de Duin, de Zandloper en het Zandkasteel, het Glasraam en de Zavel.

Er is 1 gebouw dat gelegen is langs de Sluisstraat en bestaat uit 10 studio's en een gemeenschappelijke ruimte: de Zandsluis.

In 2018 kwam er een verblijfsgebouw bij, waar leefgroep Zandheuvel zijn intrede nam. Deze leefgroep bevindt zich naast de Glasvezel.

In 2022 kwam er een verblijfsgebouw bij in het centrum van Mol, De Vennestraat waar de leefgroepen De Oever en Het Ven hun intrede namen. Daarnaast vinden we in dit gebouw ook enkele burelen en therapieruimten. Op de boven- en benedenverdieping beschikt men over een ruim terras.

In 2023 kwam er een verblijfsgebouw bij op de sité van de Galbergen. Dit is een verblijfsgebouw voor 3 leefgroepen nl. De Kiezel, De Klinker en De Kassei.

De zorggebruikers van de dagopvang verblijven in één van de leefgroepen van De Witte Mol, namelijk in die leefgroep die het meest aansluit bij hun zorgbehoeften.

De kinderen van het MFC (multifunctioneel centrum) vertoeven overdag in een apart gebouw, dat begin 2008 in gebruik genomen werd. In dit gebouw bevinden zich 2 leefgroepen, Harlekijn en Merlijn, waar samen 11 kinderen in dagopvang opgevangen worden. Daarnaast vinden we ook enkele therapielokalen, burelen en een vergaderzaal in het gebouw terug.

2.4.1.3. Praktisch

Het adres van De Witte Mol is : Galbergen 21 te 2400 Mol.

Het adres van het project Vennestraat is : Vennestraat 21 te 2400 Mol

Het algemene telefoonnummer is 014/34 63 70.

Het algemene e-mailadres is 'info@mol.stijn.be'.

De Witte Mol maakt deel uit van Stijn vzw.

De naam De Witte Mol verwijst naar de gemeentenaam en naar het typische witte zand, maar vooral ook naar een gezegde in de streek: "ik zal u een witte mol cadeau doen" betekent: ik zal eens iets bijzonders voor u doen. We willen voor zorggebruikers van de voorziening iets bijzonders doen.

2.4.2. WAT WIL DE WITTE MOL BIEDEN EN AAN WIE?

De Witte Mol wil antwoord bieden op de vraag van personen met een matig tot diep meervoudige handicap of met een NAH.

De Witte Mol wil deze hulpverlening aanpassen aan de vraag van haar zorgvragers, hen helpen hoe en waar zij dit wensen. Daarom biedt De Witte Mol volgende functies aan:

- Woonopvang voor volwassenen met een matig tot diep meervoudige handicap
- Woonopvang voor volwassenen met een Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH)
- Dagopvang voor kinderen en volwassenen met een matig tot diep meervoudige handicap
- Dagopvang voor kinderen en volwassenen met een NAH
- Rechtstreeks toegankelijke hulpverlening aan personen met een (vermoeden van) handicap en dit onder de vorm van dagopvang, verblijf of ambulante /mobiele begeleiding.
- Rechtstreeks toegankelijke hulpverlening aan personen met (een vermoeden van)ASS met (rand)normale begaafdheid. Dit is een pilootproject in 2023-2024.

2.4.3. KENBAAR MAKEN VAN HET AANBOD

Het aanbod van De Witte Mol wordt als volgt kenbaar gemaakt:

- Aan toekomstige zorggebruikers: door de beleidsverantwoordelijke zorg bij de intakeprocedure
- Aan aanwezige zorggebruikers:
 - door de uitgave van De Witte Mol Contact, vier keer per jaar
 - door het opstellen van een jaarverslag (is De Witte Mol contact van Juni)
- Aan personeelsleden:
 - door de uitgaven van De Witte Mol Contact, vier keer per jaar
 - door het opstellen van een jaarverslag (is De Witte Mol contact van juni)
- Aan derden:
 - door deelname aan de Adviesraad voor Personen met een Handicap van de gemeente Mol
 - door overhandiging van de info-folder aan mensen die ons voor het eerst leren kennen
 - door de uitgave van De Witte Mol contact een driemaandelijks magazine
 - door de website www.dewitemol.be.
 - door de opendeurday die tweejaarlijks gehouden wordt door De Witte Mol

2.5. RAPPORTAGE EN TERUGKOPPELING

3. Deel 3 : missie, visie, waarden, doelstellingen en geschreven referentiekader

Dienstencentrum De Witte Mol	Deel 3 Missie, visie, waarden, doelstellingen en geschreven referentiekader	Versie 4.0.
KHB	Goedgekeurd: Beleidsteam dd. 16/11/2023	Geldig vanaf: 16 november 2023

PROCEDUREVERANTWOORDELIJKE: Kwaliteitscoördinator

3.1. BESTEMD VOOR

Alle personeelsleden van De Witte Mol

3.2. DOEL

Missie en visie kenbaar maken.

3.3. VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN

Missie/visie (N- schijf, mol roadbook, visieteksten)
 Meerjarenplanning en input zelfevaluatie (n- schijf, MOL algemeen, beleid)
 Referentiekader privacy (N- schijf, mol roadbook, visieteksten)
 Referentiekader Seksualiteit(N- schijf, mol roadbook, visieteksten)
 Referentiekader Grensoverschrijdend gedrag en vrijheidsbeperkende maatregelen(N- schijf, mol roadbook, visieteksten)
 Brochures Risicovol handelen: Pedagogisch handelen, slik- en verslikproblematiek, medisch-verzorgkundig handelen en mobiliteit. (N- schijf, STI folders- brochures, brochures nieuw)

3.4. WERKWIJZE

3.4.1. MISSIE/VISIE

DE WITTE MOL ... WAAR BIJZONDER GEWOON IS

De Witte Mol ondersteunt mensen met een beperking die een intensieve vorm van opvang en begeleiding nodig hebben. We bezitten hiervoor de nodige expertise.

Geluk staat centraal voor zowel zorggebruikers, medewerkers, het sociaal netwerk als de organisatie. De oude zegswijze “iemand een witte mol cadeau doen” betekent niet voor niets “iets bijzonders doen voor elkaar”!

Onze basishouding en basiszorg zijn hierop ten volle gericht.

Vertrouwen is het fundament van de organisatie. Iedereen kan zichzelf zijn. We waarderen elk individu. We gaan op een positieve en gelijkwaardige manier met elkaar om. Humor is hierin belangrijk.

We stellen ons kwetsbaar op en spreken open uit wat ons bezighoudt. We luisteren naar elkaar en reageren begripvol.

De zorggebruiker kan in een sfeer van veiligheid en geborgenheid rekenen op liefdevolle verzorging, lekkere maaltijden, activiteiten op maat en een goede nachtrust. Dit creëert dagelijks een heerlijk thuisgevoel.

Om deze kwalitatief goede zorg te bieden bezitten onze medewerkers de nodige dosis engagement en passie. Ze staan op een onvoorwaardelijke wijze in relatie tot de zorggebruiker.

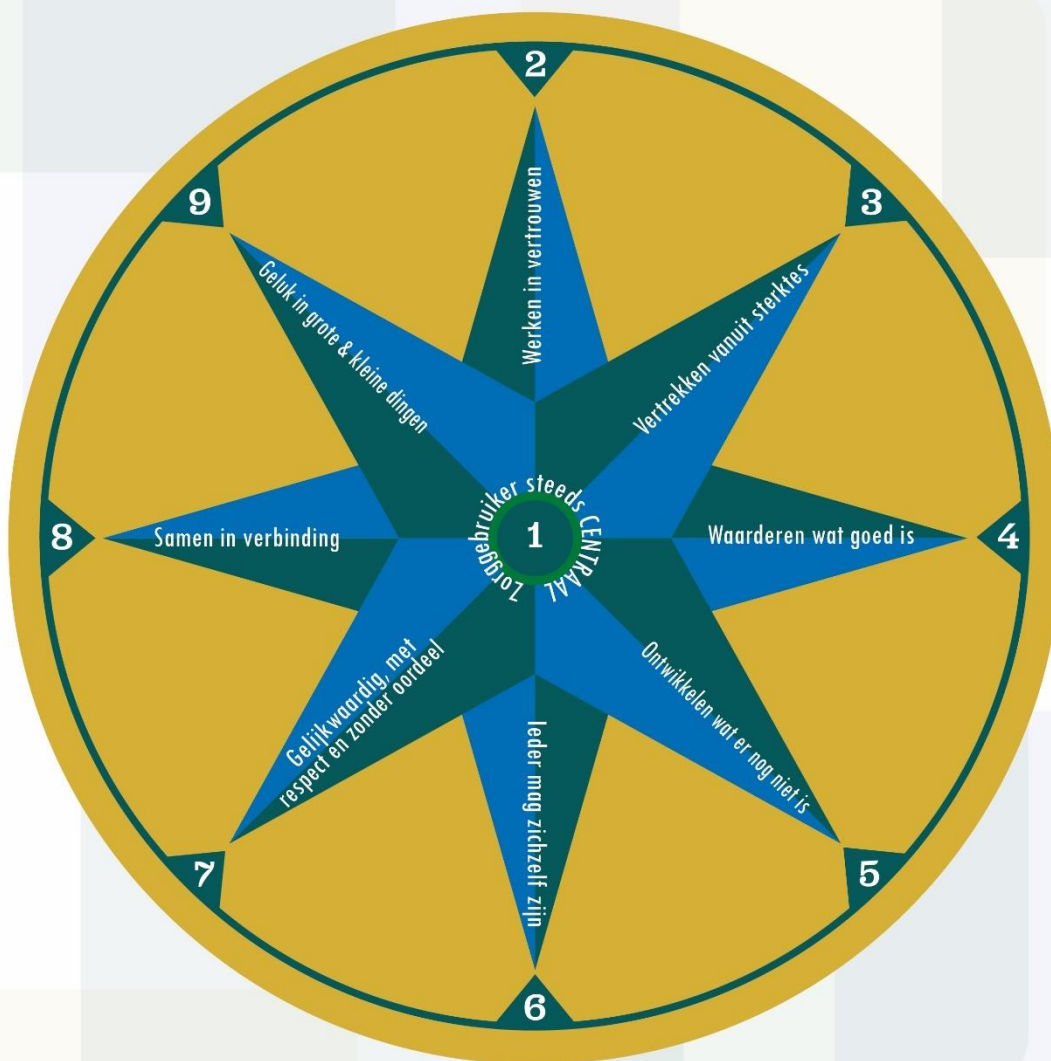
Alle zorggebruikers en medewerkers hebben talenten en worden gestimuleerd tot groei. Samen zoeken we naar doelen om na te streven. We stellen ons flexibel op bij veranderende noden. Hierbij vertrekken we steeds vanuit mogelijkheden, hanteren een open blik en proberen uit. Daarbij maken we ook tijd voor kleine dingen.

Dit alles doen we in verbondenheid met elkaar en met vrijwilligers en organisaties uit onze ruimere omgeving. We treden actief naar buiten en werken samen binnen het netwerk van Stijn vzw.

3.4.2. LEIDENDE PRINCIPES, WAARDEN EN NORMEN:

Kompas van De Witte Mol

Leidende principes



3.4.3. DOELSTELLINGEN

Op basis van de omschreven missie en visie ging de Witte Mol op zoek naar doelstellingen die elke 5 jaar hernieuwd zullen worden, onder de noemer van het meerjarenplan. De doelstellingen bieden een antwoord op de vraag: wat willen we nog beter doen om de missie/visie te kunnen realiseren?

Op basis van deze missie/visie omschreef De Witte Mol 3 grote doelstellingen waarnaar ze doorheen een proces van zelfevaluatie continue wil streven. Deze doelstellingen zijn:

3.4.3.1. Een goed personeelsbeleid voeren

Geëngageerde en deskundige medewerkers zijn de basis voor kwalitatieve zorg. Vrijwilligers zetten dit nog extra kracht bij. Elke medewerker neemt zijn verantwoordelijkheid. Respect en open communicatie zijn hierbij essentieel en dragen bij tot constructieve samenwerking. De Witte Mol draagt zorg voor haar medewerkers en ondersteunt hen in hun opdracht.

3.4.3.2. Deskundige, multidisciplinaire zorg verlenen aan de zorggebruikers

De Witte Mol zorgt voor de opvang en begeleiding van mensen met een zware handicap en wil hen een zo gelukkig mogelijk leven laten leiden. De Witte Mol streeft voortdurend naar betere zorg op maat en is een dynamische organisatie.

De Witte Mol verleent deskundige, multidisciplinaire zorg. De zorggebruiker staat hierbij centraal en wordt op een individuele en respectvolle manier benaderd. Het sociaal netwerk wordt zo veel mogelijk betrokken.

3.4.3.3. De voorziening goed beheren (beleid en strategie, middelen en partnerschappen)

De Witte Mol biedt zorg in een huiselijke omgeving. Het domein is open toegankelijk. De Witte Mol is geen eiland op zich, maar treedt actief naar buiten en werkt samen binnen de koepel Stijn vzw en met externe partners.

De Witte Mol zorg ervoor dat middelen op een verantwoorde, transparante en efficiënte manier worden in gezet. Ze garandeert een opvolging en verbetering van bestaande systemen en processen doorheen een gedegen vorm van zelfevaluatie.

3.4.4. STRATEGIE

Om deze 3 doelstellingen na te streven, zocht de Witte Mol op basis van de missie/visie oefening naar zaken die verbeterd kunnen worden. Deze oefening leverde zowel op teamniveau als op niveau van de totale voorziening een aantal verbeterpunten op.

Voor De Witte Mol als geheel werd een meerjarenplanning opgemaakt, waarin per doelstelling/domein van de werking de nodige acties en projecten beschreven worden.

Het geheel vormt, samen met jaarlijks verzamelde input, de basis voor een gedegen strategische groei en een gefundeerde manier van zelfevaluatie.

Voor een meer uitgebreide beschrijving van dit proces van strategisch opvolgen, plannen en groeien verwijzen we graag naar deel 5 “zelfevaluatie”.

3.4.5. GESCHREVEN REFERENTIEKADER:

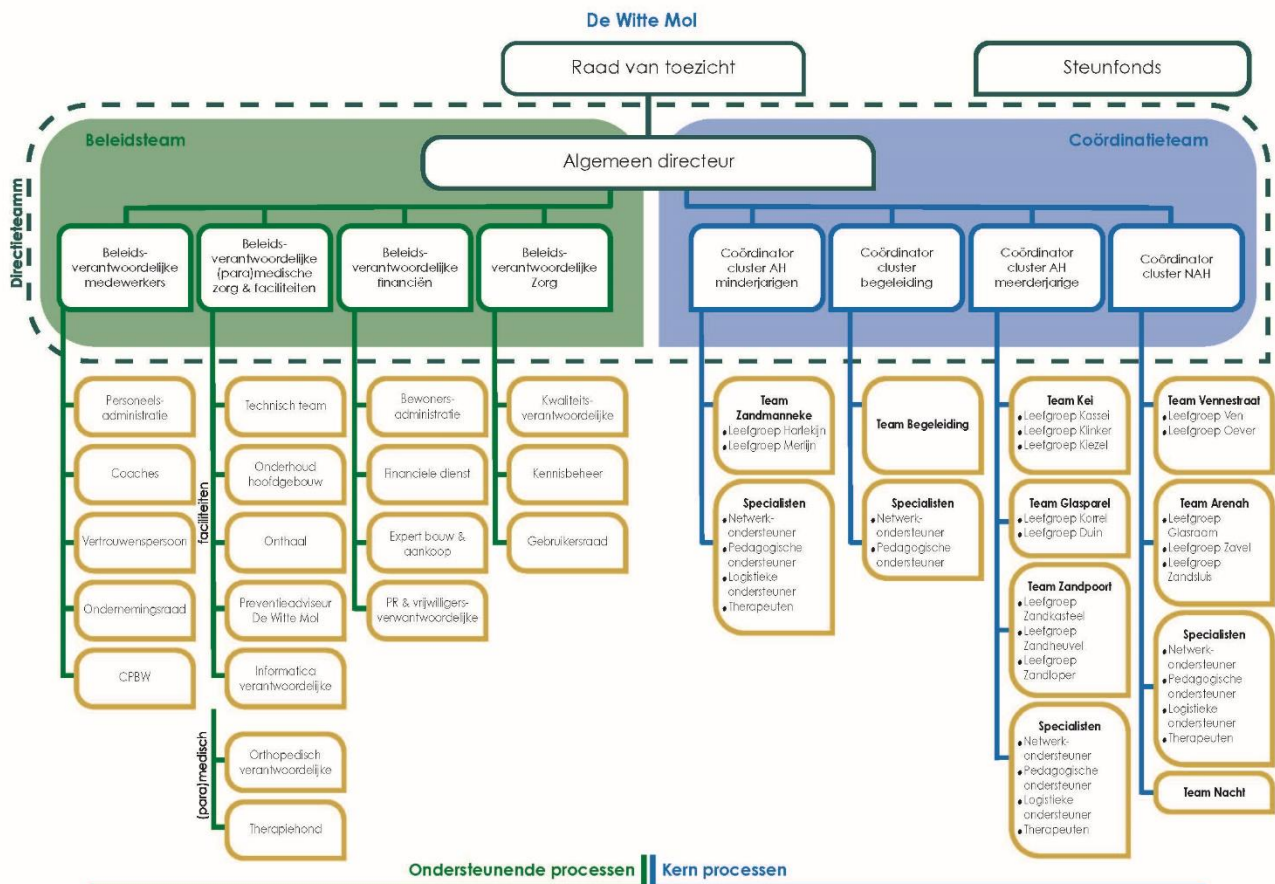
Voor de werking zijn volgende referentiekaders momenteel beschikbaar (N schijf/ roadbook/visieteksten) :

- Privacy
- Seksualiteit
- Grensoverschrijdend gedrag en vrijheidsbeperkende maatregelen
- Sociale media
- Risicovol handelen: pedagogisch handelen, slik- en verslikproblematiek, medisch-verzorgkundig handelen en mobiliteit. Terug te vinden op Nschijf/ STI Folders- brochures/ brochures (nieuw logo)

3.5. RAPPORTAGE EN TERUGKOPPELING

DEEL 4: KWALITEITSSYSTEEM





4.1.4. WERKWIJZE

Functieprofielen. Voor elke functie die binnen De Witte Mol bestaat, wordt een functieprofiel uitgeschreven. Elk functieprofiel biedt zicht op:

- Het functiedoel
- De plaats binnen de organisatie
- De kwalificatievereisten
- De verwachte resultaten
- De kerncompetenties, die verwacht worden van iedere medewerker van Stijn vzw.

4.1.5. RAPPORTAGE EN TERUGKOPPELING

4.2. Het overzicht en de werking van de interne overlegorganen

Dienstencentrum De Witte Mol	Deel 4.2 Het overzicht en de werking van de interne overlegorganen	Versie 8.0
KHB	Goedgekeurd: Directiecomité 2/02/2022	Geldig vanaf: 2/02/2022

Dit deel zijn we momenteel aan het herwerken. Ik heb het oude weggedaan omdat dit niet overeenstemde met onze nieuwe werking

4.4. Het inzetten van middelen

Dienstencentrum De Witte Mol	Deel 4.4 Het inzetten van de middelen	Versie 6.0
KHB	Goedgekeurd: Directiecomité dd. 24 januari 2019	Geldig vanaf: 24 januari 2019

PROCEDUREVERANTWOORDELIJKE: Kwaliteitscoördinator

4.4.1. BESTEMD VOOR

Alle personeelsleden van De Witte Mol

4.4.2. DOEL

Het afstemmen van de gebouwen, inrichting en uitrusting aan de eigenheid van de gebruiker
Het vrijwaren van de veiligheid en de gezondheid van de gebruiker
Het aanpassen van de hulp-en dienstverlening aan de wijzigende behoefte van de gebruiker

4.4.3. VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN

4.4.4. WERKWIJZE

A. FINANCIËLE MIDDELEN

Dienstencentrum De Witte Mol is vergund door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). De financiering wordt bepaald door de geldende wetgeving en reglementering.

Wat?

Dienstencentrum De Witte Mol beschikt over de volgende financiële middelen :

1. De wettelijk voorziene bijdrage van de overheid (VAPH). Deze bestaat uit:

Voor MFC:

- Subsidies voor personeelskosten op basis van vastgelegde personeelsnormen, loon- en weddeschalen en kwalificatievereisten.
- Forfaitaire bedragen voor verblijfskosten, kosten "betrekken van gebouwen", kosten van afschrijvingen op meubilair, medisch en niet-medisch materiaal
- Forfaitaire vergoeding voor het organiseren van vervoer

Voor volwassenenzorg (PVF):

- Middelen uit vouchers, cash-budgetten en eigen middelen die hiervoor in het kader van de persoonsvolgende financiering (PVF) aangewend kunnen worden.
- Organisatiegebonden middelen, berekend op de totaliteit aan ingezette vouchers. De gebruikte formule werd wettelijk bepaald; deze middelen worden zowel voor organisatiegebonden personeelskosten als voor organisatiegebonden werkingskosten aangewend.

Maandelijks worden voorschotten uitgekeerd. Jaarlijks wordt er een dagprijsdossier ingediend op basis waarvan er een afrekening gebeurt.

2. De wettelijk voorziene eigen bijdrage van de gebruikers (enkel voor MFC)
3. De inkomsten vanuit de doorrekening van woon-en leefkosten (enkel voor PVF)

4. Subsidies van de plaatselijke overheden (gemeentes, OCMW's);
5. Giften, schenkingen en legaten van particulieren en organisaties
6. Extra bijdragen van de gebruikers voor individuele kosten, zijnde zowel personeelskosten als werkingskosten.
7. Bijkomende subsidies voor personeelskosten vanuit het sectoraal fonds Sociale Maribel en VAPH (werkgeversforfait)
8. Leningen bij financiële instellingen
9. Kaskredieten bij vzw Steunfonds De Witte Mol

Deze middelen worden ingezet voor de dagelijkse werking van het dienstencentrum (personeelskosten en werkingskosten), voor het dragen van investeringen en voor het aflossen van leningen.

Opvolging

Jaarlijks wordt de werkingsbegroting ter goedkeuring voorgelegd aan de Raad van Bestuur, De Raad van Toezicht en de Algemene vergadering. Driemaandelijks gebeurt er een opvolging van kosten en inkomsten d.m.v. een analyse van het financieel resultaat. Maandelijks gebeurt een opvolging van de liquiditeit door de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht. Een overzicht van de financiële middelen wordt weergegeven in het financieel jaarverslag en besproken in het kader van de zelfevaluatie (deel 5).

B. PERSONEELSMIDDELEN

Dienstencentrum De Witte Mol is vergund door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). De personeelsomkadering wordt bepaald door de geldende wetgeving en reglementering.

Wat?

Dienstencentrum De Witte Mol beschikt over de volgende personeelsmiddelen:

1. Het ter beschikking gestelde personeelskader door het VAPH. Het maximum kader is beschreven in de wetgeving. Het subsidieerbaar kader is bepaald via brieven van het Vlaams Agentschap van bij de opstart van de voorziening en bij elke uitbreiding sinds de start. (enkel voor MFC)
2. De personeelspunten (zorggebonden en organisatiegebonden), bepaald op basis van de ingezette vouchers bij de vergunde zorgaanbieder.
3. De geldelijke middelen uit cashbudgetten en eigen middelen waarmee personeelskosten betaald mogen worden.
4. Het ter beschikking gestelde personeelskader van het sociale Maribelfonds. Ook dit kader en de voorwaarden zijn vastgelegd via brieven van het sociale Maribelfonds aan de voorziening.
5. De ter beschikking gestelde herverdeling in het kader van het IPS (instrument personeelsverdeling Stijn). De opgebouwde solidariteit werd op 1/1/2017 bevroren – jaarlijks zal 5% minder (t.o.v. dit bevroren bedrag) uitgewisseld worden.

Deze personeelsmiddelen worden ingezet in de leefgroepen, in de bewonersgerichte diensten en in de ondersteunende diensten.

Opvolging

Driemaandelijks wordt de personeelsbenutting opgevolgd door de directie. Deze wordt ook jaarlijks bekeken in het kader van de zelfevaluatie (deel 5) en de Raad van Toezicht. Voor de concrete getallen verwijzen we naar het jaarverslag.

C. MATERIELE VASTE ACTIVA

Dienstencentrum De Witte Mol beschikt over de volgende gebouwen:

1. Vier verblijfsgebouwen voor telkens 2 leefgroepen. Elke leefgroep bestaat uit twee leefruimtes, acht slaapkamers, een badkamer met toiletten, een keuken en een berging/afzondering. Daarnaast is er per twee leefgroepen een gemeenschappelijk gedeelte met wasplaats, berging, inkom, fietsenberging, personeelstoilet en technische kelder.
2. Een verblijfsgebouw - De Zandsluis - bestaande uit een geheel van 10 studio's en een gemeenschappelijke ruimte. Elke studio beschikt over een slaapkamer, badkamer/toilet, leefruimte en berging. Het gemeenschappelijk gedeelte bestaat uit een leefruimte, een logeerkamer, toiletten en een berging.
3. Een gebouw voor bewonersgerichte en ondersteunende diensten - De Glasvezel. In dit gebouw bevinden zich de keuken, vergaderlokaal, burelen, activiteitenruimtes voor semi-industrieel werk, muziektherapie, trivloer, snoezelen, creatieve activiteiten, en een ontmoetingsruimte/cafetaria.
4. Een verblijfsgebouw, Het Zandmanneke, voor de 2 leefgroepen van het semi-internaat. In dit gebouw zijn ook een aantal therapieruimtes, bureaus en een vergaderzaal aanwezig.
5. Een werk- en herstelplaats voor de technische dienst

De gebouwen worden in de mate van het mogelijke ingericht en aangepast naargelang de zorgvraag van de bewoners die er verblijven/werken.

D. UITRUSTING

De doelgroep van dienstencentrum De Witte Mol bestaat grotendeels uit personen met een ernstig tot diep mentale of meervoudige handicap en personen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Doorgaans is hun mobiliteit beperkt tot zeer beperkt.

Uit het hieronder beschrevene kan opgemaakt worden dat de zorggebruiker beschikt over een aangepaste fysieke omgeving en aangepaste uitrustingen voor specifieke hulp- en dienstverlening.

Wat?

Alle locaties zijn toegankelijk voor rolstoelgebruikers. De ingangen van de Glasvezel, de Zandsluis en Het Zandmanneke zijn voorzien van automatische deuren. Ook de tweewoonsten zijn uitgerust met een automatische deuropener.

Alle gebouwen zijn aangesloten op een branddetectiesysteem.

Alle verblijfsgebouwen zijn aangesloten op het "zusteroproepsysteem" en op het videobewakingssysteem.

Alle gebouwen zijn aangesloten op een telefooncentrale en op het computernetwerk.

Dienstencentrum De Witte Mol beschikt verder over o.a.:

- aangepaste minibussen en auto
- aangepaste toiletten
- tilhulpmiddelen
- in hoogte verstelbare baden, douchebrancard en douchestoelen
- ligparken
- waterbedden
- aangepaste bedden waarvan sommige in hoogte verstelbaar, onrusthekkens
- snoezelruimten
- tandems, duofietsen, rolstoelfietsen en fietspad
- een AKKA-plaat
- aangepaste muziekinstrumenten
- anti-decubitus-materiaal
- medische materialen (bv. aspiratietoestel, saturatiemeter, ...)
- EHBO-materiaal
- rolstoelweegschaal
- diverse schoonmaakmachines
- computers en informaticamateriaal

Opvolging

De uitrusting wordt jaarlijks vernieuwd en/of uitgebreid ter gelegenheid van de investeringsbegroting.

E. TECHNIEKEN EN METHODEN

Binnen dienstencentrum De Witte Mol wordt een zinvolle dagbesteding geboden aan de gebruikers van het MFC. Volwassen zorggebruikers kunnen zowel dag- als woonondersteuning inkopen met hun persoonsvolgend budget. De concrete uitwerking van 'zinvolle dagondersteuning' en 'aangepaste woonondersteuning' is individueel bepaald en wordt vastgelegd binnen de zorgplanning (zie procedure 4.6.2. "het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van de individuele dienstverleningsovereenkomst (HANDELINGSPLAN)").

Verschillende technieken en methoden dienen hierbij als achtergrond voor het uitwerken van een HANDELINGSPLAN en het leggen van accenten in het begeleiden van de zorggebruikers. Uit kennis en vorming rond deze technieken en methoden wordt een manier van werken gedestilleerd die zo nauw mogelijk aansluit bij de noden, wensen en vragen van de gebruikers.

Wat?

Volgende technieken en methoden worden als achtergrond gebruikt:

- Voor de beeldvorming, vraagverduidelijking: hooi op je vork, levensboek, methodiek Carla Vlaskamp, schaal Guy Vanden Boer, consensusprotocol ernstig probleemgedrag, schaal Leen Van Ermen, slikvideo's, ...
- Voor de veiligheid: EHBO, tiltechnieken, verplaatsingsprotocollen, hygiëne-richtlijnen, HACCP, voedingsfiches, MRSArichtlijnen, ...

- Voor de activiteiten: creatieve therapie, sensopathische activiteiten, training naar zelfstandigheid (ADL), sport, klankgeoriënteerd zingen, muziektherapie, ergotherapie, danstherapie, expertisesteekkaarten, hippotherapie, SMOG, “ervaar het maar”, BIM, ...
- Voor de omgang met zorggebruikers en familie: neuropsychologie, gedragstherapie, systeemtheorie, communicatietheorie, territoriumtheorie, genetica, de schriften van Heykoop en Bosch, ...
- Voor het werken in teamverband: coaching, zelfsturende teams, vergadertechnieken, MBTI, feedback-regels, functiekaarten, evaluatieformulieren, intervisie, ...

Opvolging

Jaarlijks worden de gebruikte technieken en methoden op hun bruikbaarheid getoetst. Zie hiervoor deel 5 “zelfevaluatie”.

4.4.5. RAPPORTAGE EN TERUGKOPPELING

4.5. Het beheren van documenten van het kwaliteitshandboek.

Dienstencentrum De Witte Mol	Procedure 4.5 Het beheren van de documenten van het kwaliteitshandboek	Versie 2.2
KHB	Goedgekeurd: Directiecomité dd. 3 maart 2014	Geldig vanaf: 27 oktober 2021

PROCEDUREVERANTWOORDELIJKE: Kwaliteitscoördinator

4.5.1. **BESTEMD VOOR**

Alle personeelsleden van De Witte Mol

4.5.2. **DOEL**

Het implementeren en actualiseren van de documenten van het kwaliteitshandboek

4.5.3. **VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN**

4.5.4. **WERKWIJZE**

4.5.4.1. *Toepassingsgebied*

Alle documenten van het kwaliteitshandboek van De Witte Mol

4.5.4.2. *Werkwijze*

Wat ?	Wie ?	Hoe ?
Het opstellen van documenten	Procedureverantwoordelijke	De procedureverantwoordelijke maakt een ontwerp van document, dat vervolgens aan het beleidsteam wordt voorgelegd ter goedkeuring.
Het beheren van de documenten en het aanbrengen van kleine wijzigingen (teksttoilet)	Kwaliteitscoördinator	Bij elke kleine wijziging wordt het versienummer na het punt verhoogd en de datum na "geldig vanaf" aangepast. De vorige versie wordt niet bewaard.
Grote wijzigingen aanbrengen aan documenten (dit zijn wijzigingen die de procedure grondig beïnvloeden) na: - een interne audit - een externe audit - beoordeling door de beleidsteam - opmerkingen vanuit de praktijk	Procedureverantwoordelijke	De procedureverantwoordelijke doet voorstellen tot wijzigingen aan de procedures indien hij/zij dit nodig acht of indien dit nodig is volgens procedure "zelfevaluatie" (deel 5). Hij/zij vraagt goedkeuring aan het beleidsteam en informeert de kwaliteitscoördinator, die vervolgens via de geëigende

		<p>kanalen alle betrokkenen op de hoogte brengt.</p> <p>Bij elke grote wijziging wordt het versienummer voor het punt verhoogd en het nummer na het punt terug op nul gezet. De datum na “goedgekeurd” wordt aangepast. De vorige versie wordt bewaard.</p>
Het ter beschikking stellen van het kwaliteitshandboek	Kwaliteitscoördinator	De meest recente versie van elk document staat op een aparte directory op het computernetwerk en op de website www.stijn.be . Er is ook 1 uitgeprinte versie beschikbaar bij de kwaliteitscoördinator ter inzage van alle geïnteresseerden.

4.5.5 RAPPORTAGE EN TERUGKOPPELING

Registratie	Wie	Indexering	Bewaartermijn
beoordeling en goedkeuring op documenten van kwaliteitshandboek	Procedure-verantwoordelijke	Documentnummer	tot voorlaatste versie
goedkeuring van grote wijzigingen in het beleidsteam	Directeur	Chronologisch	minstens 2 jaar

4.6 De gebruikers gerichte processen.

4.6.1. De intake

Dienstencentrum De Witte Mol	Deel 4.6.1 De intake	Versie 3.1
KHB RB	Goedgekeurd door het Beleidsteam op 25/07/2024	Geldig vanaf: 25/07/2024

PROCEDUREVERANTWOORDELIJKE: Beleidsverantwoordelijke zorg

1 BESTEMD VOOR

Alle afdelingen van De Witte Mol

2 DOEL

Het voorzien van overleg tussen de zorggebruiker en/ of het netwerk van de zorggebruiker en de voorziening over de hulp- en dienstverlening.

Het in overleg opstellen en het schriftelijk vastleggen van de individuele dienstverleningsovereenkomst (IDO) en door betrokken partijen ondertekend.

Het doorverwijzen van de kandidaat-gebruiker indien de voorziening niet kan voorzien in de aangewezen hulp- en dienstverlening.

Het actief zoeken naar samenwerking met derden indien de voorziening zelf niet kan voorzien in bepaalde behoeften van de gebruiker.

3 VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN

OpStap-tool

Informatieboek zorggebruikers

Onthaalbrochure zorggebruikers

IDO

4 WERKWIJZE

Aanmelding

Wat?	Wie?	Hoe?
Noteren van elke opnamevraag: hulpvraag en personalia	Beleidsverantwoordelijke Zorg + NO	OpStap-tool
Informatie geven over De Witte Mol, Stijn VZW en de wachtlijst	Beleidsverantwoordelijke Zorg + No	Mondeling
Indien het aanbod niet (volledig) voldoet, doorverwijzen naar andere instanties	Beleidsverantwoordelijke Zorg	Noteren in OpStap-tool

Intake

Wat?	Wie?	Hoe?
Als er een open plaats is, de plaats openstellen.	Beleidsverantwoordelijke Zorg	Website De Witte Mol

		Melden bij leden OpStap en Tazorg
De weerhouden kandidaten verder verkennen.	Leefgroepbegeleiding/PPO of NO of mogelijke andere betrokkenen afhankelijk van de kandidaat.	Situatie per situatie wordt bekeken wie verder verkent.
Een keuze maken welke zorggebruiker er opgenomen wordt en opnamedatum bepalen.	Beleidsverantwoordelijke Zorg NO, PPO, iemand van de leefgroep, CRA Arts. Eventueel kunnen er ad-hoc anderen bij gevraagd worden.	Opname MDO
Inlichten van zorggebruiker en/of netwerk	Beleidsverantwoordelijke Zorg of NO	Mondeling
Ondertekenen van offerte	Beleidsverantwoordelijke Zorg of NO	Offerte van toepassing IDO
Doorgeven van een opnamedatum aan de zorggebruiker of diens netwerk.	NO in samenspraak met de leefgroep	Mondeling
Waar wenselijk kan er een halve dag worden meegewerkt in de huidige voorziening of thuis om de zorggebruiker te leren kennen en informatie in te winnen.	Personeelslid van de betrokken leefgroep	informatieboek
Vervolledigen van dossier: informatie PVB, vonnis wettelijke vertegenwoordiging, personalia, administratieve gegevens en vroegere verslagen.	NO	informatieboek en andere documenten
Overhandigen en overlopen van onthaalbrochure. Het IDO + bijlagen overlopen en ondertekenen.	NO + wettelijke vertegenwoordiger	Mondeling
Onthaal van de nieuwe zorggebruiker	Afhankelijk van de cluster kan dit de NO/PPO, leefgroepbegeleiding... zijn.	

5 RAPPORTAGE EN TERUGKOPPELING

Registratie	Wie	Indexering	Bewaartermijn
informatieboek	NO	Op de computer	Min. 5 jaar na het einde van de opname

IDO + bijlagen	NO	Dossier	Min. 5 jaar na het einde van de opname
Dossier	NO	Dossier	Min. 5 jaar na het einde van de opname

[Zorgdossier NAH](#)
[Informatieboek NAH](#)
[Informatieboek AH](#)

4.6.2.4. WERKWIJZE

De nieuwe werkwijze zoals hier beschreven wordt geïmplementeerd over een periode van drie jaar, te starten vanaf 1 september 2022. Voor de voorgaande werkwijze verwijzen we naar de voorgaande versies van de procedure.

4.6.2.4.1. HANDELINGSPLAN BIJ OPNAME

Wat	Wie	Hoe
HP bij opname	De ZG en/of zijn wettelijk vertegenwoordiger, netwerkondersteuner (NO), PPO	<p>Het HP bij opname wordt ingevuld door de NO en PPO op basis van de gegevens verkregen uit de intake.</p> <p>De nodige info wordt door de NO doorgegeven aan begeleiding, specialisten en het nachtteam.</p> <p>Ondertekening van dit document gebeurt door de ZG zelf indien deze meerderjarig is en geen bewindvoering over persoon heeft. In alle andere gevallen ondertekent de wettelijk vertegenwoordiger.</p>

4.6.2.4.2. VOORBEREIDING ZORGOVERLEG (ZO)

Wat	Wie	Hoe
Planning	PPO	<p>De PPO plant tijdig een ZO.</p> <p>Het 1^{ste} ZO vindt plaats rond 6 maanden na opname.</p> <p>Het 2^{de} ZO wordt afhankelijk van de noodzaak ofwel 1 jaar, ofwel 2 jaar na het 1^{ste} ZO gepland.</p> <p>Vanaf dan wordt elke ZG minstens één keer om de 3 jaar besproken.</p> <p>Bij minderjarigen wordt er minstens om de 2 jaar een ZO gepland.</p>
Uitnodiging betrokken partijen	NO en PPO	Minimaal één maand voor het zorgoverleg worden de betrokken partijen uitgenodigd voor het ZO (de ZG, de wettelijke vertegenwoordiger en/of het betrokken netwerk, specialisten en begeleiding).
Standaardbericht	PPO	Er wordt een standaardbericht gestuurd naar alle betrokkenen van DWM, die in de directe zorg staan van de ZG, met een herinnering aan hun opdracht voor het ZO.
Bevraging ZG, wettelijke vertegenwoordiger en/of netwerk.	PPO, ABE & NO	<p>De ABE en/of PPO bereiden indien mogelijk het ZO samen met de ZG voor.</p> <p>De NO contacteert de wettelijke vertegenwoordiger en/of het betrokken netwerk om het ZO voor te bereiden. Indien mogelijk wordt er een huisbezoek gepland.</p> <p>De PPO bezorgt de tevredenheidsvragenlijst aan de ZG, het betrokken netwerk en de ABE.</p>
Up to date maken van het zorgdossier	ABE, specialisten (PPO, NO, MO, therapeuten), nachtteam	<p>Iedereen vult de rubrieken en items aan waarvoor men verantwoordelijk is.</p> <p>Zie "Handleiding ZO & zorgdossier".</p>

Evalueren van de zorgvragen uit het vorige HP	Iedere betrokkene die sinds het vorige zorgoverleg aan de zorgvragen heeft gewerkt.	Iedere betrokkene maakt een evaluatie van de zorgvragen, dit ten laatste 4 weken voor het zorgoverleg. Zie "Handleiding ZO & zorgdossier".
Toevoegen van besprekingspunten	ABE, NO & iedere betrokken discipline	Iedere discipline geeft ten laatste 4 weken voor het zorgoverleg besprekingspunten door aan de ABE. De ABE en PPO verzamelen de besprekingspunten van de ZG. De NO verzamelt de besprekingspunten van het netwerk.
Agenda opstellen	ABE en PPO	Voor het zorgoverleg wordt de agenda door ABE en PPO voorbereid. Het zorgdossier wordt overlopen.

4.6.2.4.3. BESPREKING ZORGOVERLEG

Wat	Wie	Hoe
Zorgoverleg	ZG indien mogelijk. Netwerk/wettelijke vertegenwoordiger, ABE, 1 extra begeleiding, alle betrokken specialisten. PPO leidt de bespreking.	De agenda dient als leidraad voor deze vergadering.

4.6.2.4.4. VERSLAGGEVING

Wat	Wie	Hoe
HP	PPO	Het formulier 'Stramien HP' dient hier als sjabloon. Een HP omvat een verslag van: - de korte voorstelling - de besprekingspunten - zorgvragen met een doel & actieplan - de top 5 - het verantwoord handelen - het COM
Overlopen van het HP	ABE	Op de leefgroepvergadering wordt het HP overlopen voor de ganse begeleiding.
Verspreiden van het HP	PPO & NO	Ten laatste drie maanden na het ZO ontvangen alle betrokkenen het verslag van het HP (zie zorgdossier/ sociaal/ afspraken/ verslag). De NO zorgt dat directie, de wettelijke vertegenwoordiger en/of de ZG dit document ondertekent.

Verspreiden gegevens zorgdossier	NO	Indien de zorggebruiker of netwerk/ wettelijke vertegenwoordiger gegevens uit het zorgdossier wenst, worden deze bezorgd door NO.
----------------------------------	----	---

4.6.2.4.5. UITVOEREN EN BIJSTUREN VAN HET HANDELINGSPLAN

Wat	Wie	Hoe
Uitvoeren van het HP	Begeleiding, specialisten, nachtteam.	Dit wordt per zorgvraag apart bepaald. Registraties zijn te vinden in o.a. logboek, aparte scoreformulieren, leefgroepverslagen, MDO. ABE waakt over het geheel en heeft een belangrijke signaalfunctie. PPO coördineert.
Tussentijdse evaluatie en bijsturing	ABE, specialisten, nachtteam.	De inhoud van het HP wordt permanent opgevolgd doordat de ABE het HP regelmatig kritisch bekijkt en de nodige bijstellingen doet aan het team. Het HP wordt jaarlijks geëvalueerd via het formulier "stramien evaluatie HP". De ABE is hiervoor verantwoordelijk en krijgt hierbij ondersteuning van de PPO. De zorggebruiker en/of wettelijk vertegenwoordiger en/of het betrokken netwerk ontvangen de evaluatie. Bij de minderjarigen wordt dit document ondertekend door de wettelijke vertegenwoordiger.
Het aanbrengen van wijzigingen	Alle betrokkenen	Een wijziging aan het HP wordt steeds op een multidisciplinair overleg besproken. De aanpassingen worden gemaakt door de PPO. Er wordt nagegaan of er bezwaren zijn. De wettelijke vertegenwoordiger en/of de ZG wordt hiervan op de hoogte gebracht. Dit gebeurt aan de hand van het formulier 'stramien evaluatie HP'.
Zorgoverleg	Alle betrokkenen	Minstens om de drie jaar wordt deze procedure opnieuw doorlopen. Het bestaande HP wordt geëvalueerd tijdens de voorbereiding. Nieuwe besprekingspunten en zorgnaden leiden tot een nieuw HP.

4.6.2.5. RAPPORTAGE EN TERUGKOPPELING

Registratie	Wie	Indexering	Bewaartermijn
HP als onderdeel van het IDO	NO	Per zorggebruiker	Permanent
Evaluatie HP	PPO	per zorggebruiker	Tot beëindiging van de hulpverlening

4.6.2. Het beëindigen van de ondersteuning.

Dienstencentrum De Witte Mol	Deel 4.6.3 Het beëindigen van de ondersteuning	Versie 3.3
KHB RB	Goedgekeurd: Beleidsteam op 25/07/2024	Geldig vanaf: 25/07/2024

PROCEDUREVERANTWOORDELIJKE: Beleidsverantwoordelijke zorg

4.6.3.1. BESTEMD VOOR

Zorggebruikers van De Witte Mol en hun vertegenwoordigers.
Alle personeelsleden van De Witte Mol

4.6.3.2. DOEL

Het voorzien van overleg tussen de zorggebruiker en de voorziening over het beëindigen van de individuele dienstverlening.
Het actief zoeken naar alternatieven en het streven naar een soepele overgang bij doorverwijzing.
Het maken van duidelijke afspraken over de wijze waarop de hulp- en dienstverlening beëindigd wordt.
Het waarborgen van een verantwoorde overdracht van relevante informatie m.b.t. de hulp- en dienstverlening in overleg met de zorggebruiker en/of zijn wettelijke vertegenwoordiging.

4.6.3.3. VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN

Leidraad "Praktische handleiding overlijden"
IDO

4.6.3.4. WERKWIJZE

Bij een palliatieve situatie of overlijden volgen wij de leidraad “ praktische handleiding overlijden”

Bij stopzetting van het IDO verwijzen wij naar de procedure die opgenomen is in het IDO.
De procedure van de beëindigen van de hulp- en dienstverlening is integraal terug te vinden in de individuele dienstverleningsovereenkomst (IDO) onder COL B5

4.6.2.4. RAPPORTAGE EN TERUGKOPPELING

Registratie	wie	Indexering	Bewaartermijn
Document bij beëindiging van de hulp en dienstverlening.	Netwerkondersteuner.	Archief	Min. 30 jaar
Documenten voor archief	netwerkondersteuner	archief	Min. 30 jaar

4.6.3. Het organiseren van het collectief overleg met de gebruikers

Dienstencentrum De Witte Mol	Deel 4.6.4 Het organiseren van het collectief overleg met de gebruikers	Versie 4.0
KHB	Goedgekeurd: Directiecomité 2/2/2022	Geldig vanaf: 2/2/2022

PROCEDUREVERANTWOORDELIJKE: Expert zorg

4.6.4.1. BESTEMD VOOR

Alle personeelsleden van De Witte Mol

4.6.4.2. DOEL

Het voorzien van overleg tussen de gebruiker en de voorziening op collectief vlak.
Het schriftelijk vastleggen van de wederzijdse rechten en plichten van de gebruiker op collectief vlak.
Het afstemmen van de gebouwen, inrichting en uitrusting op de eigenheid van de gebruiker.
Het afstemmen van de communicatie op collectief vlak op de eigenheid van de gebruiker.
Het voorzien van overleg over de procedure voor het afhandelen van klachten van gebruikers.

4.6.4.3. VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN

Verslagen gebruikersraad
Verslagen Raad van Toezicht

4.6.4.4. WERKWIJZE

4.6.4.4.1. . Gebruikersraad

Wat ?	Wie ?	Hoe ?
Organiseren van verkiezingen voor lidmaatschap Gebruikersraad	Gebruikersraad met ondersteuning van de netwerkondersteuners	Er wordt een oproep gedaan aan de zorggebruikers en/of hun wettelijke vertegenwoordigers om zich kandidaat te stellen. Indien er niet meer kandidaten zijn dan het aantal zorggebruikers binnen de voorziening, is iedereen die zich kandidaat stelt verkozen. Dit gebeurt om de 4 jaar en wordt

		geregistreerd in het verslag van de Gebruikersraad.
Organiseren van verkiezingen voor voorzitter, ondervoorzitter en secretaris	Gebruikersraad met ondersteuning van de netwerkondersteuners en expert zorg	Er wordt een oproep gedaan voor kandidaten onder de leden van de gebruikersraad. Vervolgens wordt er een geheime stemming gehouden tijdens een vergadering van de Gebruikersraad. Dit gebeurt om de 4 jaar en wordt geregistreerd in het verslag van de Gebruikersraad.
Goedgekeuren van het huishoudelijk reglement van de gebruikersraad	De gebruikersraad en de directie	Wijzigingen aan het huishoudelijk reglement worden besproken en goedgekeurd en ondertekend (wanneer dit nodig of wenselijk is). In dit huishoudelijk reglement zijn de wederzijdse rechten en plichten van de gebruikers op collectief vlak vastgelegd.
Opstellen van de agenda van de gebruikersraad	Voorzitter, ondervoorzitter, secretaris, expert zorg	Er wordt afgesproken welke info er verschaft zal worden en welke onderwerpen aan bod zullen komen. De voorziening geeft minstens informatie over de inzet van de financiële middelen (jaarlijks) en over wijzigingen van het Charter en aan de klachtenprocedure.
Vergaderen	Leden Gebruikersraad, afvaardiging directie, waarnemer Raad van Toezicht	Minstens 3 keer per jaar. Er wordt een verslag van gemaakt door de secretaris, en verspreid aan de leden.

4.6.4.4.1. Waarnemer in Raad van Toezicht

Wat ?	Wie ?	Hoe ?
-------	-------	-------

4.6.4. De afhandeling van klachten van gebruikers.

Dienstencentrum De Witte Mol	Deel 4.6.5: De afhandeling van klachten van gebruikers	Versie 3.4
Klachtenprocedure KHB RB	Goedgekeurd : Beleidsteam op 25 juli 2024	Geldig vanaf: 25/07/2024

PROCEDUREVERANTWOORDELIJKE: Beleidsverantwoordelijke zorg

4.6.5.1. BESTEMD VOOR

Zorggebruikers van De Witte Mol en hun vertegenwoordigers.
Alle medewerkers van De Witte Mol.

4.6.5.2. DOEL

Het geven van een antwoord binnen overeengekomen termijnen op de door de gebruiker gestelde vragen
Het garanderen van medezeggenschap van de gebruiker
Het aanwenden van de ervaringsdeskundigheid van de gebruiker
Het ondersteunen en versterken van de mondigheid van de gebruiker
Het peilen naar de behoeften aan hulp- en dienstverlening
Het afstemmen van de communicatie op de eigenheid van de gebruiker
Het organiseren van overleg met de gebruiker over de wijze waarop klachten afgehandeld worden
Het kenbaar maken aan de gebruiker dat hij zich tot het VAPH kan wenden indien deze procedure geen voldoening geeft.
De basis leggen voor corrigerende en preventieve maatregelen

4.6.5.3. VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN

Individuele dienstverleningsovereenkomst (IDO)
Klachtenregister
Briefwisseling n.a.v. klachten
Registratie ontevredenheid in logboek

4.6.5.4. WERKWIJZE

Het afhandelen van ontevredenheden

Wat?	Wie?	Hoe?
De zorggebruiker en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger formuleert een ontevredenheid aan een medewerker van De Witte Mol.	Medewerker	De medewerker noteert de ontevredenheid in het logboek. Is het een ontevredenheid binnen de leefgroep dan doet de leefgroep medewerker het nodige. Indien men er als leefgroep niet uit raakt of als er

		een andere dienst bij betrokken is dan gaat de netwerkondersteuner de ontevredenheid verder opvolgen.
De zorggebruiker en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger formuleert een ontevredenheid.	Netwerkondersteuner	De ontevredenheid wordt geregistreerd in het logboek. De netwerkondersteuner zoekt naar een oplossing in overleg met de betrokken partijen. Binnen de 30 dagen geven we een antwoord op de ontevredenheid. De netwerkondersteuner volgt de ontevredenheid op tot ze afgesloten kan worden. Indien nodig wordt er een voorstel gedaan aan het beleidsteam tot het nemen van structurele maatregelen.
Als de ontevredenheid niet opgelost raakt.	Netwerkondersteuner	Gaat de zorggebruiker en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger doorverwijzen naar de klachtenprocedure.
Verzamelen en bespreken van de ontevredenheden	Netwerkondersteuner	Minstens twee keer per bespreken de netwerkondersteuners de ontevredenheden met de leefgroep en jaarlijks wordt een totaal rapport opgemaakt. Indien nodig worden er voorstellen gedaan van acties of verbeterpunten. Dit rapport wordt op de 2 daagse van het directieteam besproken.
Rapportage aan gebruikers	Netwerkondersteuners	Jaarlijks wordt de gebruikersraad (collectief overlegorgaan) ingelicht over <ul style="list-style-type: none"> - de verschillende soorten van ontevredenheden, hun aantallen en mogelijke maatregelen

De klachtenprocedure is integraal terug te vinden in de individuele dienstverleningsovereenkomst (IDO), onder COL B7.

4.6.5.5 RAPPORTAGE EN TERUGKOPPELING

Registratie	Wie	Indexering	Bewaartermijn
Klachtenregister	Beleidsteam	Chronologisch	Min. 5 jaar
Briefwisseling	Beleidsteam	Per zorggebruiker	Min. 3 jaar
Verslag tweedaagse beleidsteam.	Beleidsteam	Chronologisch	Min. 2 jaar
Nota - beleidsteam	Beleidsteam	Chronologisch	Min. 2 jaar

4.6.5. Het voorkomen, detecteren van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag door en ten aanzien van gebruikers.

Dienstencentrum De Witte Mol	Deel 4.6.6: Het voorkomen, detecteren van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag door en ten aanzien van gebruikers	Versie 4.1
KHB RB	Goedgekeurd : Beleidsteam 26/07/2024	Geldig vanaf: 26/07/2024

PROCEDUREVERANTWOORDELIJKE: Beleidsverantwoordelijke zorg

1 BESTEMD VOOR

Alle personeelsleden van de Witte Mol

2 DOEL

Duidelijkheid bieden met betrekking tot de definitie van grensoverschrijdend gedrag (GOG)

Preventieve maatregelen nemen ter voorkoming van GOG t.a.v. de zorggebruikers

Detectie van GOG faciliteren.

Duidelijkheid bieden omtrent de te nemen stappen in geval van een vermoeden of een feitelijke vaststelling van GOG.

Een afwegingskader bieden m.b.t. melding GOG aan het VAPH.

Corrigerende en preventieve maatregelen t.a.v. de dienstverlening opstelling, deze uitvoeren en evalueren.

Oog hebben voor discreet handelen en communicatie m.b.t. de preventie en het voorkomen van GOG.

3 VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN

- Referentiekader grensoverschrijdend gedrag (N-schijf – ROADBOOK – VISIETEKSTEN) + crisisontwikkelingsmodel in bijlage
- Visietekst seksualiteit de Witte Mol 2018 (N-schijf – ROADBOOK – VISIETEKSTEN)
- Onthaalbrochure personeelsleden/stagiaire (N-schijf – ROADBOOK – OVERIGE FORMULIEREN)
- Onthaalbrochure vrijwilligers (N-schijf – ROADBOOK- ONTHAAL)
- Checklist personeel (N-schijf – ROADBOOK- ONTHAAL)
- Onthaalbrochure zorggebruiker/familie
- Registratieformulier GOG De Witte Mol (N-SCHIJF – ROADBOOK – OVERIGE FORMULIEREN)
- Aanverwante procedures:
Tijdelijke afzonderingsmaatregelen (zie KHB 4.6.7) (N-schijf – ROADBOOK – KWALITEITSHANDBOEK)

Opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan (zie KHB 4.6.2) ((N-schijf – ROADBOOK – KWALITEITSHANDBOEK)

4. BEGRIPPENKADER

- a. De omzendbrief “meldpunt grensoverschrijdend gedrag – GOG” van het VAPH stelt m.b.t. het bepalen of gedrag al dan niet grensoverschrijdend is:

“Bepalen of gedrag grensoverschrijdend is, is een feitelijke ad hoc appreciatie die door de voorziening moet gedaan worden. Hiervoor kan geen sluitende juridische definitie gegeven worden. Wel kan gesteld worden dat elke gedraging van seksuele aard waarvan er een vermoeden is dat ze niet met wederzijdse toestemming gesteld werd, als grensoverschrijdend kan beschouwd worden.” ... “Voor de ad hoc appreciatie kunnen we uitgaan van de rechtsfiguur van de goede huisvader die ook in de rechtspraak gehanteerd wordt. Hoe zou een goede huisvader, geplaatst in dezelfde omstandigheden, deze feiten appreciëren? Onder goede huisvader wordt dan verstaan de professionele begeleider of verantwoordelijke van de voorziening, geplaatst in dezelfde omstandigheden.”.

- b. VZW Stijn stelt in het referentiekader (seksueel) grensoverschrijdend gedrag:

“Grensoverschrijdend gedrag is elke handeling (of het nalaten van een handeling) die resulteert in een significante inbreuk op de rechten, de lichamelijke, emotionele of psychische integriteit, de waardigheid of het welbevinden van een persoon met een beperking. Een handeling (of het nalaten van een handeling) is grensoverschrijdend omdat de persoon met een beperking dit als grensoverschrijdend beleeft, en/of omdat redelijkerwijze kan aangenomen worden dat de handeling of het nalaten van een handeling schade kan berokkenen of omdat dit handelen als onethisch wordt beoordeeld.”

- c. De Witte Mol stelt in het referentiekader (seksueel) grensoverschrijdend gedrag:

‘Grensoverschrijdend gedrag (GOG) is elk gedrag dat – bewust of onbewust – de grenzen van anderen of zichzelf overschrijdt. Het grensoverschrijdend gedrag brengt onaanvaardbare fysieke en/of psychische schade toe aan zichzelf, anderen en/of de materiële omgeving en roept gevoelens op zoals angst, pijn, verdriet, boosheid,... bij zichzelf of de ander. Wat als onaanvaardbaar wordt ervaren is afhankelijk van de waarden en normen van ieder individu, de omgeving en/of de cultuur waarin men leeft.’

- d. Aard van het GOG:

Er zijn 5 vormen van grensoverschrijdend gedrag. Deze worden eveneens gebruikt in het meldingsformulier GOG van het VAPH.

- Fysiek geweld
- Ongewenst seksueel gedrag
- Verzuim of verwaarlozing
- Psychisch geweld
- Financieel of materiaal misbruik

5 PREVENTIE VAN GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Preventie t.a.v. zorggebruiker

Nieuwe zorggebruikers

WAT	WIE	HOE
Bij een (mogelijke) nieuwe zorggebruiker gaan we na of GOG aanwezig is.	Netwerkondersteuner (NO) of PPO.	Informatie verzamelen (dossier opvragen, contact opnemen met vorige hulpverlening/netwerk, op bezoek gaan bij de mogelijke kandidaat-zorggebruiker...).
Vóór opname worden de nodige maatregelen genomen op basis van de beschikbare info.	NO of PPO.	<p>De onthaalbrochure wordt meegegeven met de zorggebruiker en/of diens netwerk. Er is aandacht voor de visie op GOG, VBM, seksualiteit bij de intake als deze onderwerpen belangrijk zijn voor de zorggebruiker en/of diens netwerk.</p> <p>Het opnameboek wordt ingevuld met de beschikbare gegevens uit de opname. Deze info wordt verspreid naar de leefgroep en alle betrokken specialisten. De PPO doet de nodige toelichting op overlegmomenten.</p> <p>De nodige preventieve maatregelen worden intern genomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedagogische info verspreiden - Oog voor een doordachte groepssamenstelling - Infrastructuur aanpassen - Medische achtergrond opvragen voor de medische dienst - Opstellen van individueel dagprogramma - Installeren van eventuele vrijheidsbeperkende maatregelen - Opstellen crisis-ontwikkelingsmodel indien dit al mogelijk is. - ... <p>De PPO coördineert het geheel.</p> <p>Indien mogelijk: inwerken in de vorige voorziening of thuissituatie wordt georganiseerd voor een goede beeldvorming. De PPO coördineert.</p>

Huidige zorggebruikers

WAT	WIE	HOE
Beeldvorming van zorggebruiker	Alle betrokkenen	<p>Dagelijkse opvolging van de zorggebruiker via het logboek door alle betrokkenen. Tijdens leefgroepvergadering, MDO, doktersronde, overleg met psychiater, overleg specialisten,... komen belangrijke thema's rond de zorggebruiker aan bod zodat men kort op de bal speelt en de zorg kan bijsturen.</p> <p>Op regelmatige basis vindt er een zorgoverleg plaats waar men het handelingsplan opmaakt of waar men dit evalueert (zie procedure 4.6.2)</p> <p>Er wordt indien nodig gebruik gemaakt van intervisiemogelijkheden, zowel binnen vzw Stijn als in samenwerking met externen, met als doel tot een betere beeldvorming te komen.</p> <p>Indien zinvol kan bijkomend diagnostisch onderzoek bijdragen aan een goede beeldvorming. De PPO neemt dit op of coördineert.</p>
Preventieve maatregelen t.a.v. de zorggebruiker	PPO, NO, medisch ondersteuner (MO), therapeuten, leefgroep, nachtdienst, technische dienst, derden.	<p>Aandacht voor en opvolging van eventueel voorkomen van GOG via het handelingsplan en zorggebruikersdossier. De nodige afspraken staan hierin en worden geëvalueerd (aanpak, VBM, medicatie, COM)</p> <p>Het bewust inzetten op een gepaste begeleidingsstijl en het opbouwen van een werkrelatie met de zorggebruiker en diens netwerk. Er is aandacht voor het herkennen van signalen en gedragingen, met oog voor het algemene welzijn op fysiek en psychologisch vlak. Hiervoor maken wij gebruik van het crisisontwikkelingsmodel.</p> <p>Het fysiek welbevinden wordt opgevolgd door de MO. Er is de mogelijkheid om</p>

		<p>preventief gedragsbeïnvloedende medicatie en/of noodmedicatie te gebruiken indien zo geadviseerd door de huisarts (eventueel in samenwerking met de psychiater).</p> <p>Er is een constante aandacht voor de nood aan informatie of vorming bij de zorggebruiker rond thema's zoals grensoverschrijdend gedrag, seksualiteit, assertiviteit, ... door het team of in samenwerking met externen (bv. Aditi, Vonx, ...).</p> <p>Zorgen voor een aangepaste infrastructuur voor de zorggebruiker.</p>
--	--	---

Preventie t.a.v. medewerkers

Aanwerving personeel

WAT	WIE	HOE
Bij de aanwerving van nieuwe personeelsleden gaat men na hoe men staat tegenover werken met zorggebruikers die mogelijks GOG stellen en wordt er gemeld dat dit voorkomt op De Witte Mol.	Coördinator	Via een sollicitatiegesprek probeert men een inschatting te maken van de basishouding van de kandidaat. Er wordt rekening gehouden met de draagkracht en wensen van de sollicitant.
Uittreksel uit het strafregister (model 2)	Personeelsdienst	Ieder nieuw personeelslid legt een attest van goed gedrag en zeden voor.
De procedures, referentiekaders en visieteksten worden kenbaar gemaakt	Personeelsmedewerker Coördinator	Via de onthaalbrochure en 'checklist nieuwe collega' wordt er gewezen op de aanwezigheid van procedures en visieteksten. De coördinator toont de nieuwe medewerker welke info er op de N-schijf te vinden is, waar ook het kwaliteitshandboek en de visieteksten te raadplegen zijn.
De concrete info over de zorggebruikers waar het nieuwe personeelslid komt te werken wordt overlopen bij de	Coördinator, PPO, leefgroepbegeleiding	Via mondelinge briefing, via het zorggebruikersdossier, via opvolging van het logboek.

inwerkperiode (zorggebruikers, mogelijk GOG, signalen van mogelijk GOG, afspraken en aanpak, COM, VBM, noden rond seksualiteit, ...).		
---	--	--

Ondersteunen en stimuleren van deskundigheid

WAT	WIE	HOE
Open dialoog tussen personeelsleden onderling en met de collega's, leidinggevende, PPO, ...	Alle betrokkenen	<p>Tijdens vergaderingen worden GOG's gesteld door de zorggebruikers steeds besproken.</p> <p>Er is oog voor het functioneren van het personeelslid en de beleving van het werken met zorggebruikers die (mogelijks) GOG stellen tijdens de dagelijkse werking, coachings en leefgroepvergaderingen.</p> <p>De PPO heeft oog voor de impact van incidenten van GOG via de opvolging van het logboek. Dit wordt zo snel mogelijk opgenomen met de betrokken personen. Er wordt de nodige ondersteuning geboden op vlak van pedagogische omgang.</p> <p>De coach kan personeelsleden psychologische ondersteuning bieden.</p>
Samenwerking met partners, intern en extern, met intervisie en/of specifieke kennisoverdracht als doel.	Coördinator, PPO	Er is aandacht voor intervisie, zowel intern binnen de Witte Mol als binnen Stijn vzw. Ook met externe partners kan er een samenwerking opgezet worden. De PPO coördineert dit.

Inzetten op vorming van medewerkers

WAT	WIE	HOE
-----	-----	-----

Vorming: Opfrisser omgaan met GOG.	Leden van de werkgroep GOG	Vormingen worden georganiseerd voor alle personeelsleden van De Witte Mol. Personeelsleden worden één keer per twee jaar ingeschreven voor deze opfrisser. Inhoudelijk wordt er ingegaan op visie, procedures, basishouding als begeleider, theoretische handvaten, praktische handvaten rond VBM en HAVAB. Er is ook aandacht voor het gebruik van het COM.
Vormingsmogelijkheden binnen vzw Stijn en extern m.b.t. agressie, seksualiteit, visie op zorg, respectvolle omgang, ...	Zie 'procedure vorming': clustervormingsverantwoordelijke + coördinator volgen de noden op. Vormingsverantwoordelijke De Witte Mol ondersteunt.	Het opvolgen van de noden aan vorming bij de personeelsleden en mee zoeken naar een gepast antwoord op deze noden.

Preventie t.a.v. stagiaires

WAT	WIE	HOE
Bij de aanvraag van nieuwe stagiaires gaat men na hoe men staat tegenover werken met zorggebruikers die mogelijks GOG stellen en wordt er gemeld dat dit voorkomt op De Witte Mol.	Verantwoordelijke stageaanvragen	Bij de verdeling van de stagiaires over de leefgroepen wordt een beeld geschetst van de doelgroep en wordt afgetoetst of de stagiaire hiertoe bereid is. Er volgt ook een kennismakingsbezoek in de leefgroep.
De procedures, referentiekaders en visieteksten worden kenbaar gemaakt	Verantwoordelijke stageaanvragen	Via de onthaalbrochure personeel wordt er gewezen op de aanwezigheid van procedures en visieteksten. Kwaliteitshandboek en visieteksten zijn steeds te raadplegen door de medewerker. Er wordt ook de nodige info gegeven over de procedures en terug te vinden visieteksten door de leefgroepmedewerkers.
De concrete info over de zorggebruikers waar de nieuwe stagiair komt te werken wordt overlopen	Stagebegeleider leefgroep, PPO	Via mondelinge briefing, via het zorggebruikersdossier, via opvolging van het logboek.

onderwijs aan huis, PAB, artsen, ...) informeren we over de aanwezigheid van procedures, referentiekaders en visieteksten		
Concrete info over de zorggebruikers waar men mee in aanraking komt en/of bijsturing van de samenwerking	Coördinator	Via mondelinge briefing en ondersteuning
Vorming rond omgaan met GOG	Coördinator	De mogelijkheid voor het volgen van vorming rond omgaan met GOG wordt gegeven.

6 DETECTIE VAN (VERMOEDEN VAN) GOG

Optimaliseren van de dagelijkse opvolging en vermijden van onderdetectie

WAT	WIE	HOE
Algemene opvolging van het welbevinden en opvolging van GOG	PPO, ABE	Via het proces handelingsplan (zie procedure 4.6.2) is er een algemene opvolging van het welbevinden, GOG, signalen, COM...
Opvolging dagelijks handelen en dagverloop	PPO, begeleiding leefgroep, therapeuten	Het logboek wordt dagelijks ingevuld en wordt opgevolgd door de verschillende betrokkenen. Het dagelijks handelen wordt in de praktijk opgevolgd. Situaties die mogelijk moeilijk zijn, worden openlijk besproken met de betrokkenen
Open communicatie en het bespreekbaar maken van GOG.	PPO, coach, begeleiding leefgroep, therapeuten, MO...	Tijdens vergadering worden moeilijke situaties en mogelijk GOG besproken in een open sfeer. Indien nodig kan verder overleg gedaan worden (MDO, therapeuten, overleg MO..). Op casusniveau kan er concreet bekeken worden welke signalen er zijn die kunnen leiden tot GOG. PPO is samen met de andere betrokkenen ervoor alert of de verdere procedure GOG in gang gezet moet worden.

Melding van een vermoeden of feitelijke vaststelling van GOG

WAT	WIE	HOE
Signaleren van een vermoeden of feitelijke vaststelling van GOG	Betrokkenen, PPO	<p>Elke betrokkene binnen de Witte Mol (medewerkers, vrijwilligers, familie, zelfstandigen, ..) heeft de plicht om melding maken van een vermoeden of een feitelijke vaststelling van GOG.</p> <p>Registratie gebeurt via het logboek onder het item GOG. Er wordt door de PPO een advies geformuleerd of er verdere stappen nodig zijn of dat de melding afgerond kan worden. Zij hanteren het afwegingskader (zie verder onder punt '7. Gepast reageren op GOG').</p> <p>Indien PPO niet beschikbaar zijn, hanteert de betrokken collega het afwegingskader en kan op basis hiervan beslissen om piket directie te contacteren.</p> <p>Indien het (vermoeden van) GOG betrekking heeft op:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een dader die geen zorggebruiker is - Seksueel grensoverschrijdend gedrag - Een inschatting van een zeer ernstig incident door de getuige/melder <p>Dient het (vermoeden van) GOG mondeling gemeld te worden aan de betrokken PPO. Deze rapporteert verder aan de beleidsverantwoordelijke zorg of directie, waarna een registratie gedaan wordt in de GIR.</p>
Melding GOG door registratie in de GIR	Beleidsverantwoordelijke zorg en Algemeen directeur hebben de rol GOG melding Registreerder in de GIR	Handleiding meldingen Grensoverschrijdend gedrag (GOG) en Ernstige gebeurtenissen (VAPH)
Onderzoek van de melding	PPO, NO, coördinator, kwaliteitscoördinator.	Er wordt informatie verzameld en de omstandigheden worden verder onderzocht op een zo objectief mogelijke

		manier. Er worden gesprekken gedaan met de (vermoedelijk) betrokkenen
Conclusie rond de melding	PPO, NO, coördinator	<p>Wanneer het vermoeden van GOG ongegrond is, wordt er een terugkoppeling gedaan naar betrokkenen en wordt de melding afgerond. Er is oog voor eerherstel en de verdere begeleiding binnen de dienstverlening.</p> <p>Indien er een feitelijke vaststelling van GOG is of het vermoeden is gegrond, zie 'gepast reageren op GOG'.</p>

7 GEPAST REAGEREN OP GOG

WAT	WIE	HOE
Bepalen van de ernst van een incident	PPO	<p>Gebruik van het afwegingskader:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Benoemt de melder het incident als ernstig? 2. Gaat het mogelijk om strafbare feiten? 3. Is de dader iemand anders dan een zorggebruiker? 4. Is er sprake van gedrag van seksuele aard waarvan er een vermoeden is dat het niet met wederzijdse toestemming gesteld werd? 5. Heeft het GOG ook betekenisvolle negatieve gevolgen voor andere personen dan het rechtstreekse slachtoffer? 6. Bestaat er een reëel risico dat het GOG, ondanks preventieve of pedagogisch corrigerende maatregelen, in de toekomst ernstige schade zal berokkenen aan andere zorggebruikers of de setting? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nooit 'ja': bespreken op vergadering binnen de cluster ➤ 1x of meer 'ja': bespreken op directiecomité en eventueel op vergadering binnen de cluster.
Bespreken vergadering binnen de cluster	PPO, coördinator, personeel leefgroep	<p>Het uitwerken van een actieplan met opvolging in verslag vergadering, (evaluatie) handelingsplan, zorgdossier.</p> <p>Ter afronding van de melding wordt er een beknopte evaluatie in registratieformulier GOG gemaakt.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - welke maatregelen worden er genomen - nieuwe afspraken die nodig zijn m.b.t. normale al dan niet pedagogische corrigerende maatregelen - Te ondernemen stappen rond communicatie, opvolging, nazorg
Bespreken directiecomité	PPO, coördinator, directie	<p>Bespreking met oog voor volgende aandachtspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Briefing van het incident (melding, onderzoek, ernst) - Afspraken m.b.t. communicatie met de betrokken partijen - Bij een vermoeden van een strafbaar feit: ondernemen van nodige juridische stappen en betrekken van de nodige externen (bv. politie, VK, ziekenhuis, jurist, slachtofferhulp, ...) - Geen vermoeden van strafbaar feit: verder intern onderzoek met expliciete aandacht voor misbruik van vertrouwen of autoriteit. Indien nodig externen inschakelen. - Opmaak actieplan met te ondernemen stappen, acties en afspraken in de dienstverleningscontext t.a.v. het slachtoffer, dader, betrokken team, ... (bv. gesprekken, coaching, vorming, medicatie, dagstructuur, ...) - Beoordeling van sanctie en consequenties. <ul style="list-style-type: none"> - Afweging melding aan het VAPH. Eindverantwoordelijke hiervoor is de directie. Melding via de Gir (vaph)), in geval van GOG t.a.v. een zorggebruiker binnen de hulpverleningscontext van de voorziening en indien er sprake is van : <ul style="list-style-type: none"> ○ Vastgesteld strafbaar feit waarvan de zorggebruiker slachtoffer is ○ Vastgesteld feit dat traumatische impact heeft op zorggebruiker die (secundair) slachtoffer is ○ Vastgesteld feit waarbij de directie het gedrag interpreteert als grensoverschrijdend en dat in de toekomst niet met pedagogische of anderszins corrigerende maatregelen kan worden voorkomen.
Conclusie en evaluatie	PPO, NO, coördinator	In het registratieformulier wordt een overzicht gegeven van de genomen en te nemen maatregelen en van de verdere afspraken.

		<p>Er wordt in vermeld hoe de verdere opvolging zal verlopen.</p> <p>Het verloop van de procedure, van melding tot afronding, wordt geëvalueerd.</p> <p>Het registratieformulier wordt afgesloten.</p>
--	--	--

8 EVALUATIE VAN DE PROCEDURE

WAT	WIE	HOE
Procedure en alle samenhangende documenten en procedures	PPO	Structureel binnen de zelfevaluatie (evaluatie KHB)
Evaluatie incidenten GOG	PPO, Leefgroep, werkgroep GOG	<p>Per kwartaal evaluatie met PPO op vergadering binnen de cluster.</p> <p>Jaarlijkse algemene evaluatie van de meldingen GOG en VBM bij directie om te komen tot mogelijke verbeterprojecten</p>

9 RAPPORTAGE EN TERUGKOPPELING

REGISTRATIE	WIE	INDEXERING	BEWAARTERMIJN
Registratieformulier grensoverschrijdend gedrag	PPO	Chronologisch	min. 5 jaar
Verslagen leefgroepvergaderingen	Leefgroep	Per leefgroep	min. 2 jaar
Zorgdossiers en handelingsplannen	PPO	Per leefgroep	Min. 5 jaar

4.6.6. De tijdelijke afzonderingsmaatregelen en vrijheidsbeperkende maatregelen

Dienstencentrum De Witte Mol	Deel 4.6.7 De tijdelijke afzonderingsmaatregelen en vrijheidsbeperkende maatregelen	Versie 4.1
KHB RB	Goedgekeurd : Directiecomité dd 4-4-2019	Geldig vanaf: 1/12/2021

PROCEDUREVERANTWOORDELIJKE: PPO – psychopedagogisch ondersteuner

4.6.7.1. BESTEMD VOOR

Alle personeelsleden van de Witte Mol

4.6.7.2. DOEL

Het op een gepaste manier uitvoeren van tijdelijke afzonderingsmaatregelen en vrijheidsbeperkende maatregelen.

4.6.7.3. VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN

Referentiekader GOG (grensoverschrijdend gedrag) + crisisontwikkelingsplan als bijlage
Referentiekader tijdelijke afzonderingsmaatregelen en vrijheidsbeperkende maatregelen
Fixatiehandleiding

N:\MOL ROADBOOK\VISIETEKSTEN\Checklist veilige afzonderingsruimte (vzw Stijn).docx

Aanverwante procedures:

- Opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het handelingsplan (zie KHB_4.6.2)
- Het voorkomen, detecteren van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag door en ten aanzien van gebruikers (zie KHB_4.6.6)

4.6.7.4. WERKWIJZE

4.6.7.4.1. Eenmalig gebruik vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM)

Wat	Wie	Hoe
Eenmalig toepassen van VBM als reactie op ongewenst gedrag	Leefgroepbegeleiders, therapeuten of ander begeleidend personeel	Naar best vermogen, op basis van gezond verstand, afhankelijk van de omstandigheden. Voor toepassing probeert betrokkene te overleggen met PPO en/of GOG-team en/of medisch ondersteuner (MO). Bij hoogdringendheid: piket directie contacteren. Indien nodig: huisarts (of dokter van wacht) contacteren om medicamenteus te kunnen ingrijpen.

		Telefoonnummers zijn terug te vinden op de telefoonlijst.
Toezicht tijdens VBM	Leefgroepbegeleiders, therapeuten of ander begeleidend personeel	Wanneer het niet gaat over een specifieke 'afzonderingsruimte' (vb. kamer, hal...): auditief toezicht. Wanneer het gaat over 'een specifieke afzonderingsruimte' of 'gebruik van fixatiemateriaal': visueel toezicht met registratie in het logboek (standaardtekst VBM). Bij afzondering wordt algemeen gesteld dat er na een maximale duur van 30 minuten toezicht moet zijn op de zorggebruiker.
Beëindigen VBM	Leefgroepbegeleiders, therapeuten of ander begeleidend personeel	Van zodra er geen sprake meer is van ongewenst gedrag en de zorggebruiker rust gevonden heeft, houdt de VBM op.
Registratie in logboek	Leefgroepbegeleiders, therapeuten of ander begeleidend personeel	In logboek (standaardtekst VBM). Bij registratie van een niet-structurele maatregel dient men een subjectieve score van impact (0 – 5) weer te geven.
Overleg tussen betrokkenen bij hoge impactscore ¹	PPO en relevante betrokkenen (bv begeleiders leefgroep, therapeuten, MO, arts, NO...), indien relevant ook de zorggebruiker zelf	Bij een impactscore van 4 of 5 neemt de betrokken PPO het incident zo snel mogelijk op met de betrokken personen. Bij lagere scores wordt de situatie besproken indien men inschat dat er meer info over nodig is (bv atypisch verloop van de toepassing van de maatregel, korte opvolging van toepassing van nieuwe VBM...)
Familie/wettelijke vertegenwoordiger wordt op hoogte gebracht ²	Leefgroepbegeleiders en/of PPO en/of NO	Familie wordt standaard bevraagd of men op de hoogte gehouden wil worden over toepassing van VBM en op welke manier. Dit wordt bevraagd bij het zorgoverleg en opgenomen in het handelingsplan. Nadien registreert de netwerkondersteuner dit in het

¹ De volgorde kan wijzigen met de volgende stap.

² De volgorde kan wijzigen met de vorige stap.

		<p>zorgdossier onder “sociaal/afspraken”.</p> <p>Overleg volgens de afspraken gemaakt tijdens het zorgoverleg. Indien de zorggebruiker echter bekwaam geacht wordt (bv NAH-doelgroep) om beslissingen te nemen over zijn eigen persoon, kan deze ook kiezen om familie of wettelijke vertegenwoordiger niet op de hoogte te brengen, maar het overleg met hem/haar te doen.</p>
<p>Evaluatie: Nagaan hoe situatie voorkomen kan worden zonder gebruik van VBM + beslissen of structurele VBM nodig is</p>	<p>PPO en relevante betrokkenen (bv begeleiders leefgroep, therapeuten, MO, arts, netwerkondersteuner) -> multidisciplinair</p>	<p>Op basis van analyse van situatie. Registratie van dit overleg in het logboek. Indien structurele maatregel nodig is, zie betreffende procedure</p>
<p>Crisis-ontwikkelingsmodel opmaken of aanpassen</p>	<p>PPO met ander begeleidend personeel</p>	<p>Indien er nog geen model is opgesteld wordt dit in orde gemaakt, indien er wel een is opgesteld bekijkt men of er aanpassingen nodig zijn.</p>

4.6.7.4.2. Structureel gebruik van vrijheidsbeperkende maatregel (VBM)

Wat	Wie	Hoe
<p>Voorstel opmaken omtrent afspraken over de VBM als reactie op ongewenst gedrag of afspraken maken over preventieve VBM.</p>	<p>PPO en relevante betrokkenen (bv begeleiders leefgroep, therapeuten, MO, arts, NO...), indien relevant ook met de zorggebruiker zelf -> multidisciplinair</p> <p>Indien nodig: GOG-team contacteren om de manier van toepassen van VBM te bespreken/verbeteren.</p>	<p>Steeds in een overleg met verschillende disciplines (bv LV, MDO, ZO...)</p> <p>Het gedrag en de effecten hiervan worden besproken. Na afweging van pro en contra kan beslist worden om een VBM af te spreken.</p> <p>Rekening houdend met de voorwaarden die gelden bij het toepassen van VBM (zie referentiekader tijdelijke afzonderingsmaatregelen en VBM).</p>
<p>Crisis-ontwikkelingsmodel opmaken indien zinvol. Dit is verplicht wanneer men gaan afzonderen in enge zin.</p>	<p>PPO met ander begeleidend personeel.</p>	<p>Indien er nog geen model is opgesteld wordt dit in orde gemaakt, indien er wel een is opgesteld bekijkt men of er aanpassingen nodig zijn.</p>

Bespreken van voorstel met familie/wettelijke vertegenwoordiger	Leefgroepbegeleiders en/of PPO en/of NO	Familie wordt standaard bevraagd of men op de hoogte gehouden wil worden over toepassing van VBM en op welke manier. Dit wordt bevraagd bij het zorgoverleg en opgenomen in het handelingsplan. Nadien registreert de NO dit in het zorgdossier onder sociaal/afspraken. Overleg volgens de afspraken gemaakt tijdens het zorgoverleg. Indien de zorggebruiker echter bekwaam geacht wordt (bv NAH-doelgroep) om beslissingen te nemen over zijn eigen persoon, kan deze ook kiezen om familie of wettelijke vertegenwoordiger niet op de hoogte te brengen, maar het overleg met hem/haar te doen.
Definitief maken van afspraken over de VBM	PPO, tenzij het gaat over gedragsmedicatie dan wordt dit door de arts gedaan.	In dialoog met de zorggebruiker (indien mogelijk en relevant), betrokken begeleiders en/of familie/wettelijke vertegenwoordiger.
Registratie van afspraken mbt VBM, met bijhorende argumentatie.	PPO, tenzij het gaat over gedragsmedicatie dan wordt dit door de medisch ondersteuner gedaan.	Registratie in zorgdossier. Fixatiehandleiding wordt opgesteld door PPO en/of orthopedisch verantwoordelijke.
Toepassen van de VBM	Leefgroepbegeleiders, therapeuten of ander begeleidend personeel	Volgens gemaakte afspraken, terug te vinden in het zorgdossier onder verantwoord handelen.
Toezicht tijdens de VBM	Leefgroepbegeleiders, therapeuten of ander begeleidend personeel	Wanneer het niet gaat over een specifieke 'afzonderingsruimte' (vb. kamer, hal...): auditief toezicht. Wanneer het gaat over een specifieke 'afzonderingsruimte': visueel toezicht met registratie in het logboek (standaardtekst VBM) volgens de afgesproken richtlijnen in het zorgdossier. Bij afzondering wordt algemeen gesteld dat er na een maximale duur van 30 minuten toezicht moet zijn op de zorggebruiker.
Beëindigen van de VBM	Leefgroepbegeleiders, therapeuten of ander begeleidend personeel	Van zodra er geen sprake meer is van ongewenst gedrag en de

4.7. De organisatiegerichte processen.

4.7.1. Aanwerving, selectie, introductie en onthaal

Dienstencentrum De Witte Mol	Deel 4.7.1 Aanwerving en selectie, Introductie en onthaal	Versie 3.3
KHB	Goedgekeurd : Directiecomité dd. 18/05/2017 Raad van Bestuur 3 april 2003	Geldig vanaf: 18/05/2017

PROCEDUREVERANTWOORDELIJKE: Personeelsmedewerker

4.7.1.1. BESTEMD VOOR

Nieuw personeel in De Witte Mol
Personeelsdienst

4.7.1.2. DOEL

Het beschrijven van de wijze waarop het personeel geselecteerd en aangeworven wordt.

4.7.1.3. VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN

Schriftelijke proef
Evaluatieformulier CV en mondelinge proef
Onthaalbrochure voor personeel
Arbeidsreglement
Checklist en invulformulieren bij indiensttreding
Introductiecursus

4.7.1.4. WERKWIJZE

a. Selectie en aanwerving van algemeen directeur, artsen en licentiaten

Wat ?	Wie ?	Hoe ?
Opmaken profiel voor de vacante betrekking	Directie van de betrokken voorziening	Ahv. functieomschrijving en specifieke vereisten voor de vacante functie
Bespreking vacature en selectieprocedure	Raad van Toezicht en Raad van Bestuur	Agendapunt Raad van Toezicht en Raad van Bestuur Selectiecommissie = minimaal 1 persoon van de Raad van Bestuur vzw Stijn en/of Raad van Toezicht van het betrokken dienstencentrum
Concrete afspraken maken rond procedure (timing, contacten extern selectiebureau, ...)	Directie betrokken voorziening of bij vacature algemeen directeur: directeur-coördinator vzw Stijn	
Bekendmaking	Personeelsdienst	Intern, advertentie, VDAB...

Eerste selectieronde: schriftelijke kandidaatstellingen	Selectiecommissie	CV en brief naast criteria leggen, vastgelegd bij het opstellen van het profiel
Tweede selectieronde: screening van de kandidaten, uitmaken of en wie er naar het externe selectiebureau doorgestuurd wordt	Selectiecommissie	Gesprekken
Niet-weerhouden kandidaten worden schriftelijk op de hoogte gebracht. Weerhouden kandidaten voor de werfreserve worden op de hoogte gebracht	Personeelsdienst	Brief of mail
Assesment (desgevallend)	Extern selectiebureau	
Bespreking resultaten en advies extern selectiebureau	Selectiecommissie	Overleg met extern bureau
Beslissing tot aanwerving	Raad van Bestuur	Op basis van advies selectiecommissie
Introductie op de werkvloer	Teamleider De personeelsadministratie	Het nieuwe personeelslid wordt opgevangen door zijn/haar teamleider. Tijdens de eerste dagen worden de zorggebruikers voorgesteld en wordt het reilen en het zeilen van de dienst uitgelegd. De nieuweling ontvangt de onthaaltbrochure, het arbeidsreglement, een checklist met praktische richtlijnen en een aantal invulformulieren

b. Selectie en aanwerving van andere personeelsleden

Wat ?	Wie ?	Hoe ?
Recrutering: bekend maken dat er een vacature is	De directiemedewerker in samenspraak met de directeur beslist of en op welke manier de vacature opengesteld wordt.	Spontane sollicitanten krijgen binnen de 14 dagen een antwoord. De vacature kan ofwel - niet bekend gemaakt worden - intern bekend gemaakt worden binnen de Witte Mol - intern bekend gemaakt worden binnen vzw Stijn - intern en extern bekend gemaakt worden

Selectie: op basis van de sollicitatiebrief en het CV worden een aantal mensen uitgenodigd voor de selectieproef	Wenselijk twee personen nl. directiemedewerker of directeur + teamleider of personeelsmedewerker. Dit wordt per vacature bepaald. Uitzonderlijk gebeurt de sollicitatie slecht door 1 persoon.	Er is een gesprek (interview) en desgevallend een praktische proef. Deze proef verschilt naargelang de job die vacant is. De uitslag van de beide samen bepaalt of de kandidaat geslaagd is of niet. Geslaagde kandidaten komen in de werfreserve terecht. De gegevens van de niet-geslaagde kandidaten worden nog 1 jaar bijgehouden. De kandidaten worden binnen de 14 dagen na de proeven op de hoogte gebracht van het resultaat.
Aanwerving	Directiemedewerker na overleg met directie (voor lange interims of vaste plaatsen) OF personeelsmedewerker (voor korte interims)	De kandidaat wordt opgebeld met een concreet aanbod. Er wordt gevraagd of hij/zij erop ingaat of niet.
Van interim naar vaste plaats	Directiemedewerker en teamleider (bij sollicitatie)	Vaste plaatsen worden intern bekend gemaakt. Afhankelijk van de vacature en de kandidaten wordt beslist of er een sollicitatiegesprek of motivatiegesprek plaats vindt.
Introductie op de werkvloer	Teamleider en collega's De personeelsadministratie	Het nieuwe personeelslid wordt opgevangen door zijn/haar teamleider en collega's. Tijdens de eerste dagen worden de zorggebruikers (desgevallend) voorgesteld, wordt het reilen en het zeilen van de leefgroep/dienst uitgelegd. De nieuweling ontvangt de onthaalbrochure, het arbeidsreglement, praktische richtlijnen bij indiensttreding en een aantal invulformulieren.
Opfrissers ("introductiecursus")	Personeelsmedewerker	Binnen het jaar na de indiensttreding wordt het nieuwe personeelslid uitgenodigd om de nodige opfrissers binnen de voorziening te volgen.

4.7.2. Het vormen trainen en opleiding van personeel

Dienstencentrum De Witte Mol	Deel 4.7.2 Het vormen, trainen en opleiding van personeel	Versie 4
KHB	Goedgekeurd : Directiecomité dd. 13/01/2022	Geldig vanaf: 13/01/2022

PROCEDUREVERANTWOORDELIJKE: medewerker team administratie

4.7.2.1. BESTEMD VOOR

Alle afdelingen van De Witte Mol

4.7.2.2. DOEL

Het actualiseren van de kennis inzake ontwikkelingen in de hulp- en dienstverlening.
Het periodiek opstellen en uitvoeren van een vormings-, trainings- en opleidingsplan voor het personeel.

4.7.2.3. VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN

Rapport bevraging opleidingsbehoeften
Rapport met overzicht van de gevolgde opleiding
Sjabloon vormingsplan
Sjabloon vervoersbon

4.7.2.4. WERKWIJZE

Wat ?	Wie?	Hoe ?
De opleidingsbehoeften in kaart brengen	Vormingsmedewerker vzw Stijn	Aan de hand van een schriftelijke bevraging van al het personeel wordt om de 5 jaar een rapport gemaakt waarin de behoeften aan vorming worden geschetst.
Een VTO-plan opmaken voor de voorziening	Vormingsmedewerker vzw Stijn en medewerker team administratie	Aan de hand van de aldus verkregen informatie, aan de hand van het overzicht van de gevolgde opleidingen van het vorige jaar, en aangevuld met een aantal topics die vanuit het beleid van de voorziening worden naar voor geschoven, wordt jaarlijks een VTO-plan opgesteld voor het volgende jaar. Hierin wordt het aanbod aan vorming beschreven dat we zelf wensen aan te bieden aan onze medewerkers.
Het organiseren/bekendmaken van het vormingsaanbod	Vormingsmedewerker vzw Stijn	Er worden brochures opgesteld van de aangeboden vorming. Dezelfde info

	Medewerker team administratie van de Witte Mol	wordt op de website van vzw Stijn geplaatst. Daarnaast wordt het externe vormingsaanbod bekendgemaakt via mail.
Een vormingsplan opmaken per dienst / leefgroep/cluster/expert	Vormingsverantwoordelijke per leefgroep/cluster Ondersteunende diensten Experten Leidinggevende	De vormingsverantwoordelijken stellen jaarlijks, tussen oktober en november, een vormingsplan op, op maat en aan de hand van een vast sjabloon. Men gaat na welke vorming er voor het team noodzakelijk is en noteert in grote lijnen wie gedurende het volgende jaar welke vorming zal vormen. Begin november starten de inschrijvingen. Dit vormingsplan wordt elk jaar eind november aan de leidinggevende bezorgd ter goedkeuring. De leidinggevende bezorgd dit aan de administratief medewerker.
Clusterbudget	Vormingsverantwoordelijke, kasboekverantwoordelijke Leidinggevende	Elke cluster beschikt over een vormingsbudget. Dit kan jaarlijks besteed worden aan interne of externe vorming. We streven naar een gelijke verdeling binnen de cluster. De kasboek/ vormingsverantwoordelijke volgt dit budget op en doet een terugkoppeling aan de leidinggevende. Dit budget wordt 4 keer per jaar mee besproken bij de bespreking van de budgetten op DC. Medewerker team administratie bezorgt hiervoor een overzicht van de kosten van gevolgde opleidingen aan de boekhouding.
Deelnemen aan opleidingen voor max. 16 uren per jaar en max. € 60 (totaal)	Medewerker, vormingsverantwoordelijke, Medewerker team administratie	Personeelslid geeft voorkeuren door, overlegt dit met collega's van de dienst/leefgroep/cluster/leidinggevende (< vormingsplan). De medewerker team administratie schrijft de collega in.
Deelnemen aan opleidingen voor meer dan 16 uren per jaar of meer dan € 60 (totaal)	Leidinggevende, vormingsverantwoordelijke, kasboekverantwoordelijke	Medewerker vraagt dit aan bij de vormingsverantwoordelijke of leidinggevende, die beslist ahv. volgende criteria: nut voor de voorziening/cluster, kostprijs, tijdsinvestering. Leidinggevende deelt beslissing mee aan medewerker,

		vormingsverantwoordelijke en administratief medewerker. Deze schrijft de medewerker in.
Afmeldingen vorming	Alle personeelsleden	Indien belet wordt dit doorgegeven aan de administratief medewerker. Minstens een week op voorhand. Onverwachte afwezigheid moet ook steeds doorgegeven worden aan de vormingsmedewerker. Als men niet tijdig afmeldt, wordt dit ook afgerekend op het budget van de cluster.
Opmaken van een overzicht van de gevolgde opleidingen	Medewerker team administratie	4 maal per jaar met vermelding van wie welke opleiding gevolgd heeft, gedurende hoeveel uren en aan welke kostprijs. Deze overzichten worden aan de clusters bezorgd en daar opgevolgd.

4.7.2.4. RAPPORTAGE EN TERUGKOPPELING

Registratie	Wie	Indexering	Bewaartermijn
Behoefteteanalyse	Vormingsmedewerker vzw Stijn	Chronologisch	Min. 5 jaar
VTO-plan	Medewerker team administratie	Chronologisch	Min. 1 jaar
Vormingsplan leefgroepen / diensten	Medewerker team administratie	Chronologisch	Min. 1 jaar
Rapport gevolgde opleidingen	Medewerker team administratie	Chronologisch	Min. 2 jaar

4.7.3. Het ondersteunen en evalueren van het personeel

Dienstencentrum De Witte Mol	Deel 4.7.3. Het ondersteunen en evalueren van het personeel	Versie 5.0
KHB	Goedgekeurd: Directiecomité 24/08/2017	Geldig vanaf 24/08/2018

PROCEDUREVERANTWOORDELIJKE: kwaliteitscoördinator

4.7.3.1. BESTEMD VOOR

Alle personeelsleden van De Witte Mol

4.7.3.2. DOEL

Het beschrijven van de wijze waarop het personeel ondersteund en geëvalueerd wordt.

4.7.3.3. VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN

Tekst over het voeren van werk- en evaluatiegesprekken

Personeels-evaluatie-instrument (per functie)

Lijsten werk –en evaluatiegesprekken.

Info met betrekking tot disfunctioneringsgesprekken.

Ontslagprocedure

4.7.3.4. WERKWIJZE

Wat?	Wie?	Hoe?
Evaluatiegesprek	<ul style="list-style-type: none"> * Teamleider (of bij afwezigheid vervangend teamleider) met een personeelslid *Takverantwoordelijke met de teamleiders van zijn tak *Directeur met takverantwoordelijken en met de directiemedewerker *Directeur-coördinator vzw Stijn met directeur. 	<p>Aan het einde van een interim of na ca. 4 maanden tewerkstelling in een nieuwe functie (tenzij de functie langere inwerktijd vergt) of om de ca. 5 jaar tewerkstelling op de huidige functie</p> <p>of op vraag van de medewerker of de leidinggevende wordt de medewerker uitgenodigd voor een evaluatiegesprek.</p> <p>Alle aspecten van het werk worden samen overlopen aan de hand van het personeelsevaluatie-instrument van de Witte Mol. Zowel positieve punten als werkpunten worden benoemd. Er wordt een schriftelijk verslag opgemaakt in 3 exemplaren:</p>

		<p>één voor de medewerker zelf, één voor de teamleider, één voor de directiemedewerker.</p> <p>Twee maal per jaar krijgt elke leidinggevende een lijst van de directiemedewerker met daarop de data waarop evaluaties moeten plaatsvinden. Nadat de evaluatie heeft plaatsgevonden plaatsen teamleider én teamlid een handtekening op deze lijst. Indien een evaluatie niet kon doorgaan op de voorziene datum, wordt er een grondige reden genoteerd op deze lijst.</p>
Werkgesprek	<p>*Elk personeelslid met zijn teamleider</p> <p>*Elke teamleider met de takverantwoordelijke</p> <p>*Elke takverantwoordelijke en de directiemedewerker met de directeur</p> <p>*De directeur met de directeurcoördinator vzw Stijn.</p>	<p>Jaarlijks heeft elke leidinggevende met elk van zijn directe medewerkers een (formeel) werkgesprek. Tijdens dit gesprek worden zowel agendapunten van de medewerker als van de leidinggevende besproken. Alles wat met het werk te maken heeft kan een agendapunt zijn. Er wordt een schriftelijk verslag van gemaakt in 2 exemplaren, één voor elke gesprekspartner. Twee maal per jaar krijgt elke leidinggevende een lijst van de directiemedewerker met daarop de data waarop werkgesprekken moeten plaatsvinden. Nadat het werkgesprek heeft plaatsgevonden plaatsen teamleider én teamlid een handtekening op deze lijst. Indien een werkgesprek niet kon doorgaan op de voorziene datum, wordt er een grondige reden genoteerd op deze lijst.</p>

Begeleiding en ondersteuning	Iedereen	Personeelsleden kunnen steeds terecht bij hun teamleider, takverantwoordelijke en/of directeur voor advies, begeleiding en ondersteuning. De directeur kan terecht bij de directeur-coördinator van vzw Stijn en bij de leden van de Raad van Toezicht.
Disfunctioneringsgesprek	Medewerker, die een evaluatie heeft met tekorten (= disfunctioneren), met zijn directe verantwoordelijke, in aanwezigheid van takverantwoordelijke, directiemedewerker of directeur en eventueel lid van syndicale delegatie indien betrokkene dit wenst.	Wanneer een personeelslid niet meer voldoende functioneert of hervalt in vroegere tekorten, wordt hij/zij uitgenodigd voor een disfunctioneringsgesprek. Er wordt dan duidelijk gezegd wat er moet veranderen, tegen wanneer, en wat de consequenties zijn als het niet gebeurt. Van deze evaluatie wordt een schriftelijk verslag gemaakt in 3 exemplaren: één voor de medewerker, één voor de teamleider, één voor de directeur.
Opvolgggesprek	Medewerker, die een evaluatie heeft met tekorten, met zijn directe verantwoordelijke.	Na het disfunctioneringsgesprek wordt de medewerker verder opgevolgd door zijn direct leidinggevende. De medewerker moet aantonen dat hij stappen in de juiste richting zet om zijn tekorten om te buigen naar (minstens) werkpunten.
Herevaluatie	Medewerker, die een evaluatie heeft met tekorten. Direct leidinggevende, directiemedewerker of directeur en een lid van de syndicale delegatie.	Na de afgesproken termijn worden de punten met tekorten terug geëvalueerd. Indien er geen verbetering is, kan over gegaan worden tot ontslag. Indien er wel verbetering is, is het OK. De medewerker zal opgevolgd worden in de geldende procedure.
Ombudsfunctie	Raad van Toezicht	Personeelsleden, die een probleem aangekaart hebben bij directie, maar daar

		onvoldoende gehoor menen te krijgen, kunnen met hun probleem iemand van de Raad van Toezicht aanspreken. Deze persoon heeft in deze een ombudsfunctie: hij of zij onderzoekt het probleem, bespreekt het met de betrokkenen en formuleert een antwoord aan de inleider.
Toetsen tevredenheid van personeel	Directie	Jaarlijks wordt de tevredenheid van het personeel bevraagd via een enquête vanuit vzw Stijn. De resultaten hiervan worden opgenomen in het Strategierapport van vzw Stijn en besproken volgens de procedure zelfevaluatie. Indien wenselijk worden er structurele maatregelen genomen.

4.7.3.5. RAPPORTAGE EN TERUGKOPPELING

Registratie	Wie	Indexering	Bewaartermijn
Verslag evaluatiegesprek	Personeelsdienst	Alfabetisch	Tot 5 jaar na ontslag
Verslag werkgesprek	Leidinggevende en medewerkers	Chronologisch	Geen
Lijsten werk- en evaluatiegesprekken	Directiemedewerker	Alfabetisch en chronologisch	Geen
Verslag disfunctioneringsgesprek	Personeelsdienst	Alfabetisch	Tot 5 jaar na ontslag
Strategierapport vzw Stijn	Directeur	Chronologisch	Min. 5 jaar

5.1. Zelfevaluatie

Dienstencentrum	KHB Deel 5:	Versie 4.2
De Witte Mol	Zelfevaluatie	
Roadbook: algemeen beleid\strategie en planning	Goedgekeurd: Coördinatieteam september 2015	Geldig vanaf september 2015

PROCEDURE VERANTWOORDELIJKE: Kwaliteitscoördinator

1 BESTEMD VOOR

Alle afdelingen van vzw Stijn

Alle personeelsleden van De Witte Mol

2 DOEL

Het beschrijven van de wijze waarop we aan zelfevaluatie doen.

3 VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN

- Balanced scorecard vzw Stijn (BSC)
- Procedures
- Meerjarenplan De Witte Mol

4 WERKWIJZE

A. De strategiekaart

vzw Stijn hanteert voor haar zelfevaluatie de methode van de strategiekaart (balanced scorecard), gebaseerd op het werk van Kaplan en Norton (o.a. beschreven in hun boek "the strategy focused organisation", Harvard business school publishing company, 2001).

Om de 5 jaar wordt door de dominante coalitie een strategiekaart opgemaakt voor de volgende periode. In die dominante coalitie worden altijd bestuurders, gebruikers en personeelsleden betrokken. Daarbij wordt gestart met het actualiseren van de missie en de visie van de organisatie. Vervolgens worden een beperkt aantal grote doelstellingen of uitdagingen geformuleerd. Deze omvatten altijd een zorggebruikersgericht deel, een personeelsgericht en een organisatiegericht deel. Daarna worden er een aantal kritische succesfactoren (of "hefbomen" of "wegwijzers") omschreven, die moeten leiden naar de doelstellingen. Een aantal kritische succesfactoren zijn zorggebruikersgericht, andere personeelsgericht, nog andere organisatiegericht. Per kritische succesfactor wordt afgesproken aan de hand van welke indicatoren we vervolgens gaan beoordelen of we vooruitgang geboekt hebben of niet. Waar mogelijk wordt er ook een norm bepaald voor de indicatoren: een getal dat uitdrukt vanaf wanneer we tevreden zijn.

Jaarlijks worden de indicatoren gemeten, waar mogelijk per dienstencentrum, en daarna verzameld en gebundeld door het coördinatiecentrum.

Vervolgens wordt er jaarlijks een strategierapport opgesteld (een balanced scorecard), waarin per hefboom, en meestal per dienstencentrum, de resultaten op de indicatoren worden neergeschreven en vergeleken met de norm en met de cijfers van vorig jaar. Dit strategierapport geeft op die manier weer op welke vlakken, en in welke dienstencentra we goed bezig zijn en waar we nog een tandje moeten bijsteken.

Dit strategierapport wordt in elk dienstencentrum besproken. Het is aan de directie van elk dienstencentrum om -waar nodig- acties op te zetten die leiden tot het verbeteren van de prestaties op de indicatoren, dus op het realiseren van de kritische succesfactoren en strategische doelstellingen.

B. De interne audits

Het coördinatiecentrum van vzw Stijn organiseert interne audits in elk dienstencentrum. Een vast personeelslid, de interne auditor, heeft de opdracht deze audits voor te bereiden, mee uit te voeren en erover te rapporteren. Bij de uitvoering van de audits is de directeur-coördinator ook aanwezig. Indien gewenst kunnen ook andere beleidsverantwoordelijken aansluiten.

We onderscheiden 3 soorten interne audits

B. 1 Risico-audits

Op initiatief van de Raad van Bestuur is er een lijst opgemaakt van grote risico's voor onze organisatie. Op basis hiervan wordt telkens één risicothema's onder de loep genomen tijdens een risico-audit in elk dienstencentrum. De bedoeling van deze audits is na te gaan waar de reële risico's

