



CHARTER COLLECTIEVE RECHTEN EN PLICHTEN

NIDO VZW



INHOUDSTABEL

ALGEMEEN	5
IDENTIFICATIEGEGEVENS	5
ADMINISTRATIEVE ZETEL	5
RAVI	5
FLORI	5
YORA	6
VEVI	6
MAILADRESSEN	6
ONS AANBOD	6
HISTORIEK	6
AANBOD	7
RAVI	7
FLORI	8
YORA	9
VEVI	10
ONS KWALITEITSBELEID	10
ONZE MISSIE	10
ONZE WAARDEN	10
ONS HANDELINGSKADER	11
ONZE PROFESSIONELE NORM	12
GESCHREVEN REFERENTIEKADERS EN STAPPENPLANNEN	14
ONZE ORGANISATIESTRUCTUUR	15
HET ORGANIGRAM	15
TOELICHTING VAN HET ORGANIGRAM	15
HET KENBAAR MAKEN VAN DE PERSONEELSVERANDERINGEN	15
ONZE MIDDELEN EN FINANCIËN	16
PERSONEEL	16
FINANCIËN	16
LEESWIJZER BIJ HET BEGRIJPEN VAN DE PROCEDURES	17
DE CLIËNT	17
DE VERTEGENWOORDIGER	17
DE BELANGRIJK BETROKKEN DERDE	17
HET OPSTELLEN, UITVOEREN, EVALUEREN EN BIJSTUREN VAN DE INDIVIDUELE DIENSTVERLENING ..	17
JAARPLANNING	17
INDIVIDUELE DIENSTVERLENING BINNEN RAVI	18
INDIVIDUELE DIENSTVERLENING YORA/VEVI	19
INDIVIDUELE DIENSTVERLENING FLORI	21



KORTDURENDE ONDERSTEUNING	23
HET BEËINDIGEN VAN DE ONDERSTEUNING	24
TOEPASSINGSGEBIED.....	24
DE VERANTWOORDELIJKEN VOOR HET BEËINDIGEN VAN DE ONDERSTEUNING	24
HET BEËINDIGEN VAN DE ONDERSTEUNING.....	24
BETWISTING VAN DE BEËINDIGING.....	26
VERBREKINGSVERGOEDING	27
INFORMEREN VAN DE CLIËNTEN/HUN VERTEGENWOORDIGER/BELANGRIJK BETROKKEN DERDEN EN PERSONEEL	27
ADMINISTRATIEVE AFHANDELING	27
HET ORGANISEREN VAN HET COLLECTIEF OVERLEG MET DE CLIËNTEN.....	28
COLLECTIEF OVERLEGORGaan MET VERTEGENWOORDIGERS/BELANGRIJK BETROKKEN DERDEN ..	28
COLLECTIEF OVERLEG MET DE RAVI CLIËNTEN.....	30
COLLECTIEF OVERLEG MET DE YORA CLIËNTEN	30
COLLECTIEF OVERLEG MET DE VEVI CLIËNTEN	31
COLLECTIEF OVERLEG MET DE FLORI CLIËNTEN	32
HET AFHANDELEN VAN SUGGESTIES, OPMERKINGEN EN KLACHTEN VAN DE CLIËNTEN/VERTEGENWOORDIGERS/BELANGRIJK BETROKKEN DERDEN	32
INLEIDING	32
DE MONDELINGE KLACHTENBEHANDELING	33
DE SCHRIFTELIJKE KLACHTENBEHANDELING	34
HET VOORKOMEN, DETECTEREN VAN EN AANGEPAST REAGEREN OP (SEKSUEEL) GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG TEN AANZIEN VAN CLIËNTEN, PERSONEEL & DERDEN.....	37
TOEPASSINGSGEBIED.....	37
DEFINITIE	37
VISIE.....	38
ACTIES OM (SEKSUEEL) GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG T.A.V. CLIËNTEN, PERSONEEL & DERDEN TE VOORKOMEN	38
AANGEPAST REAGEREN OP (SEKSUEEL) GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG T.A.V. CLIËNTEN, PERSONEEL & DERDEN	40
BIJKOMENDE ACTIES VOOR HET VOORKOMEN, DETECTEREN EN AANGEPAST REAGEREN OP (SEKSUEEL) GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG T.A.V. PERSONEEL	43
DE VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN (VBM)	44
INLEIDING	44
DEFINITIE	44
DOELEINDEN VAN EEN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGEL.....	46
UITGANGSPUNTEN VAN HET ONS BELEID ROND VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN.....	47
INSTRUMENTEN OM VBM'EN TE BESPREKEN EN EVALUEREN	49
PROCEDURES.....	50
PTV-TECHNIEKEN.....	51



HET TOETSEN VAN DE TEVREDENHEID BIJ DE CLIËNTEN/HUN VERTEGENWOORDIGER/BELANGRIJK BETROKKEN DERDEN	51
PERMANENT OOG HEBBEN VOOR DE TEVREDENHEID	51
PERIODIEKE EVALUATIE VAN DE TEVREDENHEID BIJ DE CLIËNTEN/HUN VERTEGENWOORDIGER/BELANGRIJK BETROKKEN DERDEN	52
RECHTEN EN PLICHTEN VAN DE CLIËNTEN	53
HET VERSTREKKEN VAN INFORMATIE	53
DOSSIER EN INZAGERECHT	53
AANWEZIGHEDEN	53
AFWEZIGHEDEN FLORI	54
AFWEZIGHEDEN YORA EN VEVI	54
BEZOEK IN VEVI	54
BEZOEK IN YORA	54
DE NIDO VZW-FACTUREN	55
PERSOONLIJKE BEZITTINGEN	56
VERZEKERINGEN	56
VERKLARING OP EER MET BETREKKING TOT DE WETTELIJKE SUBROGATIE	57
WIJZIGINGEN AAN HET CHARTER COLLECTIEVE RECHTEN EN PLICHTEN	58
BIJLAGE I: HUISHOUDELIJK REGLEMENT VAN DE COLLECTIEVE OVERLEGORGANEN BINNEN NIDO VZW	59
SAMENSTELLING VAN HET COLLECTIEF OVERLEGORGAAN:	59
WERKING VAN HET OFFICIEEL CO:	60
INFORMATIE- EN ADVIESRECHT:	61
HOORRECHT EN ANTWOORDPLICHT	61
INITIATIEFRECHT	61
KLACHTENBEHANDELING M.B.T. HET CO VAN NIDO VZW	62
ACTUALISERING VAN HET HUISHOUDELIJK REGLEMENT:	62
BIJLAGE II: SAMENSTELLING VAN DE INTERNE KLACHTENCOMMISSIE VAN NIDO VZW	64
VERTEGENWOORDIGER VAN DE INRICHTENDE MACHT:	64
VERTEGENWOORDIGER AANGESTELD DOOR DE GEBRUIKERSRAAD:	64
ONAFHANKELIJKE DERDE BIJ BETWISTING VROEGTIJDIGE BEËINDIGING:	64



ALGEMEEN

Het Charter Collectieve Rechten en Plichten van Nido vzw hoort bij de Individuele Dienstverleningsovereenkomst. Samen vormen ze één geheel.

IDENTIFICATIEGEGEVENS

Naam: NIDO vzw

Aard van de rechtsvorm: vzw

Nido vzw is erkend door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) als:

- Multifunctioneel centrum
- Vergunde zorgaanbieder
- Dienst voor rechtstreeks toegankelijke hulp

Nido vzw werkt volgens de regels van het kwaliteitsdecreet (BVR van 4 februari 2011). In dit document vind je de rechten en plichten die gelden voor alle cliënten. Het bevat de afspraken die binnen Nido voor iedereen van toepassing zijn. Elke cliënt krijgt dit document bij de start van de begeleiding.

ADMINISTRATIEVE ZETEL

Adres: Verdunstraat 521/2, 1130 Brussel (Haren)

Telefoon: 02 245 56 12

E-mail: info@nidovzw.be

RAVI

Verblijf en schoolaanvullende dagopvang voor minderjarigen (van 5 tot 21 jaar) met een licht tot matig verstandelijke beperking en/of gedrags- en emotionele stoornissen.

Adres: Ninoofsesteenweg 335, 1070 Brussel (Anderlecht)

Telefoon: 0468 31 29 15

FLORI

Dagopvang voor kinderen met een ernstige meervoudige beperking (EMB).

Adres: Groenstraat 25, 1831 Machelen

Telefoon: 0476 70 22 04

Nido vzw

Verdunstraat 521/2 - 1130 Brussel
02 245 56 12



YORA

Dagbesteding voor volwassenen met een verstandelijke beperking.

Adres: Verdunstraat 521/2, 1130 Brussel (Haren)

Telefoon: 02 245 56 12

VEVI

Woonondersteuning voor volwassenen met een verstandelijke beperking.

Adres: Beemdgrachtstraat 4, 1130 Brussel (Haren)

Telefoon: 02 242 77 05

MAILADRESSEN

Directeur: mieke.craeymeersch@nidovzw.be

Ortho-agoog: nele.vanlindt@nidozw.be

Ortho-agoog: tessa.weyns@nidovzw.be

Ortho-agoog: gilles.droogmans@nidovzw.be

Sociaal Medewerker: geraldine.andre@nidovzw.be

Financieel Medewerker: geert.vangucht@nidovzw.be

Secretariaat: secretariaat@nidovzw.be

Kwaliteitscoördinator: jeroen.weckhuysen@nidovzw.be

De volgende bijlagen maken deel uit van de collectieve rechten en plichten.

- Het Huishoudelijk reglement en de samenstelling van de Collectieve Overlegorganen van Nido vzw
- De samenstelling van de klachtencommissie

ONS AANBOD

HISTORIEK

In de jaren 80 was er een nijpend tekort aan opvang voor kinderen en jongeren uit het Nederlandstalig Buitengewoon Onderwijs. Uit deze nood werd in 1986 De Ark te Laken geboren, een internaat gevoelig voor hun specifieke noden. Deze kinderen en jongeren groeiden op waardoor de nood ontstond aan woon- en dagondersteuning voor volwassenen in Brussel.

In 1993 openden in Haren een dagcentrum en een woonvoorziening voor volwassenen. In 2015 veranderde de organisatie mee met de nieuwe regelgeving.

Het internaat werd een multifunctioneel centrum (MFC) voor kinderen en jongeren. Ook de ondersteuning voor volwassenen werd vernieuwd en kreeg een flexibel aanbod. Daarnaast startten



we met rechtstreeks toegankelijke hulp, zodat mensen ook zonder uitgebreide aanvraag ondersteuning konden krijgen.

In 2016 werd de werking voor volwassenen erkend als een vergunde zorgaanbieder.

In 2025 kreeg de organisatie een nieuwe naam: Nido vzw. De naam Nido, wat "nest" betekent in het Catalaans, staat voor een warme plek waar mensen zich welkom, veilig en ondersteund voelen. Ook de verschillende werkingen kregen een eigen naam: Ravi, Flori, Yora en Vevi.

AANBOD

Hieronder beschrijven wij de doelgroep, het aanbod en de opnamevoorwaarden binnen de verschillende afdelingen van Nido vzw. Bij elke opname wordt bekeken welke de bijkomende criteria zijn bij een vrijgekomen plaats, zodat de kwaliteit van het zorgaanbod kan gegarandeerd worden.

Mogelijke bijkomende criteria zijn: leeftijd, zelfredzaamheid, mobiliteit, verzorgingsbehoeften, open of gesloten leefgroep, gedrag, bijkomende beperkingen of ziekten, de infrastructuur, de personeelsomkadering, de draagkracht van de leefgroep, ...

Het opnameteam kan beslissen om een kandidaat-cliënt niet op te nemen als Nido niet de juiste ondersteuning kan bieden.

Voor een definitieve opname is er eerst een proefperiode. Zo kan de cliënt en/of zijn of haar vertegenwoordiger kennismaken met de ondersteuning van Nido. Tegelijk kan Nido nagaan of de ondersteuning aansluit bij de zorgvraag. Deze proefperiode geldt niet voor opnames in Ravi.

Samen met de cliënt en/of zijn of haar vertegenwoordiger bekijken we welke ondersteuning nodig is/welke zorgvragen er zijn. We schrijven dit op in een handelingsplan (zie verder). De afspraken over de ondersteuning staan in de Individuele Dienstverleningsovereenkomst (IDO). Dit document hoort daarbij.

RAVI

Verblijf en schoolaanvullende dagopvang voor minderjarigen (van 5 tot 21 jaar) met een licht tot matig verstandelijke beperking en/of gedrags- en emotionele stoornis.

Omschrijving doelgroep en opnamevoorwaarden

Leeftijd: 5 tot 21 jaar.

Voor wie: Een A-document is steeds vereist. Daarnaast vragen we, indien van toepassing, ook relevante verslagen op van bijvoorbeeld het Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB), een Onthaal-, Oriëntatie- en Observatiecentrum (OOOC), een Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG), een kinderpsychiater of andere betrokken diensten.



Financieringsmogelijkheden: De cliënt beschikt over een A-document dat toegang geeft tot niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp. Is dit document nog niet beschikbaar, dan kan de ondersteuning in sommige gevallen tijdelijk opgestart worden via Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (RTH).

Woonplaats: Vlaanderen of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Andere opnamevoorwaarden: Voltijds naar school gaan is een voorwaarde voor verblijf bij Ravi.

Aanbod: Ravi biedt schoolaanvullende dagopvang en verblijf aan kinderen en jongeren van 5 tot 21 jaar met een complexe ondersteuningsvraag. Het gaat om kinderen en jongeren met een licht tot matig verstandelijke beperking en/of ernstige gedrags- en emotionele moeilijkheden.

We bieden ondersteuning op maat, afgestemd op de noden van elk kind en jongere. Daarbij stimuleren we zoveel mogelijk zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

Binnen onze werking staan duidelijkheid, voorspelbaarheid, structuur, veiligheid en verbinding centraal. Zo creëren we een omgeving waarin kinderen en jongeren zich goed kunnen ontwikkelen. Hun welzijn en toekomstperspectief vormen altijd het uitgangspunt.

We werken nauw samen met de mensen en diensten rond het kind of de jongere, zoals het gezin, de school, pleegzorg, vrijetijdsactiviteiten en, indien nodig, externe partners zoals psychologen of het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). Ook de gezinscontext ondersteunen we waar mogelijk.

FLORI

Dagopvang voor kinderen met een ernstige meervoudige beperking (EMB) Mieke.

Sinds 2024 is de erkenning van het MFC uitgebreid met 10 plaatsen schoolvervangende dagopvang voor kinderen met een ernstige meervoudige beperking. De nieuwe werking is voorlopig ondergebracht in een leegstaande vleugel van de vergunde zorgaanbieder De Klink in Diegem. De bedoeling is om in de komende jaren een gepaste locatie te zoeken voor deze werking binnen het Brusselse Gewest.

Omschrijving doelgroep en opnamevoorwaarden

Leeftijd: Basisschoolleeftijd: 2 tot 13 jaar (instroomleeftijd 2-8 jaar).

Voor wie: Kinderen met een ernstig meervoudige beperking. Zij hebben een ernstige of diepe verstandelijke beperking, gecombineerd met een motorische beperking. Sommige kinderen hebben daarnaast ook een auditieve en/of visuele beperking.

Financieringsmogelijkheden: De cliënt beschikt over een A-document dat toegang geeft tot niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp. Is dit document nog niet beschikbaar, dan kan de



ondersteuning in sommige gevallen tijdelijk opgestart worden via Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (RTH).

Woonplaats: Vlaanderen of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Andere opnamevoorwaarden: Flori kan plaats voorzien voor tien gelijktijdig aanwezige kinderen.

Aanbod:

- Dagopvang en zorg op maat voor kinderen met EMB.
- Kinesithérapie en logopedie.
- Onderwijs op maat, in samenwerking met de onderwijsinstelling.
- Persoonlijke begeleiding met aandacht voor communicatie, zintuiglijke stimulatie en levenskwaliteit.

YORA

Dagbesteding voor volwassenen.

Omschrijving doelgroep en opnamevoorwaarden

Leeftijd: + 18 jaar

Voor wie: Voor volwassenen met een lichte tot ernstige verstandelijke beperking.

Financieringsmogelijkheden: Persoonsvolgend Budget (PVB)/Persoonlijk Assistentiebudget (PAB)/Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (RTH)/eigen middelen.

Woonplaats: Vlaanderen of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Andere opnamevoorwaarden: Onze voorziening kan niet de nodige ondersteuning en omkadering bieden voor mensen met een ernstige psychiatrische problematiek, ernstige motorische beperkingen of ernstige gedrags- en emotionele stoornissen.

Aanbod: De cliënten van Yora krijgen ondersteuning op weekdagen, tussen 8.00 en 17.00 uur. Ze kunnen voltijds of deeltijds deelnemen aan de dagondersteuning.

Elke dag verwelkomen we ongeveer 40 cliënten. In totaal komen zo'n 60 cliënten wekelijks naar Yora.

We bieden een gevarieerd aanbod aan groepsactiviteiten, zowel binnen als buiten de voorziening. Daarbij stemmen we de activiteiten af op de mogelijkheden en interesses van de cliënten.



Clënten kunnen elke middag genieten van een warme maaltijd. Samen bekijken we ook welke vervoersmogelijkheden het best aansluiten bij hun situatie, zoals ons eigen busvervoer of het openbaar vervoer.

VEVI

Wonen voor volwassenen.

Omschrijving doelgroep en opnamevoorwaarden

Leeftijd: +18 jaar

Voor wie: Voor volwassenen met een lichte tot ernstige verstandelijke beperking.

Financieringsmogelijkheden: Persoonsvolgend Budget (PVB)/Persoonlijk Assistentiebudget (PAB)/Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (RTH)/eigen middelen.

Woonplaats: Vlaanderen of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Andere opnamevoorwaarden: Onze voorziening kan niet de nodige ondersteuning en omkadering bieden voor mensen met een ernstige psychiatrische problematiek, ernstige motorische beperkingen of ernstige gedrags- en emotionele stoornissen.

Aanbod: In het Huis in Haren verblijven volwassen personen die nood hebben aan permanente ondersteuning. Wij bieden meer zelfstandige vormen van wonen aan in Villa Verdun (4 plaatsen), Laken (6) en in de Middelweg (4). Zij krijgen ondersteuning op maat. Het ontwikkelen van de zelfredzaamheid staat centraal.

ONS KWALITEITSBELEID

ONZE MISSIE

Nido vzw bouwt aan een samenleving waarin iedereen een volwaardige plaats heeft. Ons handelen drijft op zorg voor mens en zijn context, de buurt, de samenleving en onze planeet. We zetten op een laagdrempelige en professionele manier in op individuele zorgvragen en op brede zorg- en welzijnsnoden in de regio Brussel en omstreken.

ONZE WAARDEN

Iedereen is uniek. Iedereen is verschillend en gelijkwaardig. Bij ons is iedereen welkom met zijn eigen verhaal. We gaan bewust om met verschillen in noden en mogelijkheden. Onze aanpak is erop gericht om iedereen kansen te geven.



We werken actief aan de realisatie van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en in het bijzonder het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de Rechten van Personen met een Handicap.

Iedereen hoort erbij, heeft recht op een eigen plek en een betekenis. Elke dag zetten we ons in voor een samenleving waar iedereen de kans krijgt om deel te nemen, zich in te zetten en zich te ontplooien. We geven iedereen tijd en ruimte om te zijn en te groeien.

Samen ontdekken we nieuwe mogelijkheden, genieten we van kleine en grote momenten, en koesteren we het verlangen om elke dag ten volle te leven. Op moeilijke momenten dragen we elkaar. We delen ook plezier en lichte momenten. We kijken met mildheid naar onszelf en naar de ander.

We zijn er voor elkaar. We creëren ruimte om elkaar te ontmoeten. We nemen de tijd om te luisteren en beschikbaar te zijn voor elkaar. Ons handelen en onze communicatie staan voor verbinding, vertrouwen en transparantie. We leren met en van elkaar.

Elke mens heeft het recht om het eigen leven mee vorm te geven en om beslissingen te nemen. De stem van elke persoon doet ertoe. We vertrekken vanuit de kracht van elke persoon, die essentieel is voor persoonlijke groei en welzijn. Iedereen heeft recht op ruimte, rust en steun om te groeien en te leren.

ONS HANDELINGSKADER

We zijn zelf ons belangrijkste werkinstrument. Daarom vinden we zelfkennis en zelfreflectie belangrijk. Zo kunnen we kwaliteitsvolle zorg bieden en professioneel samenwerken.

We zetten onze talenten en kwaliteiten bewust in. Tegelijk gaan we zorgzaam en verantwoordelijk om met onze eigen grenzen, noden en kwetsbaarheden.

Om kwaliteitsvolle zorg te bieden, zoeken we steeds naar een goed evenwicht. We maken bewuste keuzes en houden rekening met verschillende noden en mogelijkheden. Daarbij zoeken we een balans:

- Tussen duidelijke afspraken en de flexibiliteit om in te spelen op nieuwe noden en kansen;
- Tussen ambitie om doelen te bereiken en de ruimte om mild te zijn en los te laten wanneer dat nodig is.

Samenwerken is essentieel om onze missie waar te maken. We hebben oog voor ieders ervaring en gebruiken de principes van verbindend communiceren om met elkaar in overleg te gaan, van mening te verschillen en samen vooruit te geraken.

Als organisatie blijven we ons ontwikkelen. We leren uit ervaring en laten ons inspireren door wetenschappelijke inzichten.



We werken in een Brusselse context, waar meertaligheid, diversiteit en armoede zowel kansen als uitdagingen bieden. We hebben respect voor ieders taal, cultuur en achtergrond. Samen met ons netwerk en de buurt zetten we ons in voor een inclusieve samenleving waarin iedereen kan deelnemen.

ONZE PROFESSIONELE NORM

Wij geloven dat zelfsturing en eigenaarschap een belangrijke basis vormen voor kwaliteitsvolle zorg en voor een sterke samenwerking. Om dat elke dag in de praktijk te brengen, maken we gebruik van een gedeeld kader dat we de professionele norm noemen. Die bundelt onze missie en visie, en de belangrijkste afspraken en richtlijnen voor onze werking.

De professionele norm is onze leidraad, die dient als basis om de kwaliteit van zorg en het professioneel functioneren, zowel binnen teams als individueel, richting te geven en te bespreken. Voor de hele organisatie worden dezelfde samenwerkingsafspraken en principes vanuit de visie gehanteerd. Daarnaast zijn er gedeelde referentiekaders, procedures, regels en afspraken, zowel op niveau van de hele organisatie (zoals het arbeidsreglement) als op niveau van iedere werking (afgestemd op de werking zelf). Elk team en elke werking heeft wel een eigen specifieke missie.



De professionele norm die gebruikt wordt voor de hele organisatie ziet er als volgt uit:

Samenwerkingsafspraken

We spreken elkaar aan op het professioneel handelen.

Conflicten worden aangepakt en opgelost.



We vragen en bieden hulp waar nodig.

Overleg kent duidelijke doelen en heldere besluiten.



Missie

Nido vzw bouwt aan een samenleving waarin iedereen een volwaardige plaats heeft.

Ons handelen drijft op zorg voor mensen en hun context, de buurt, de samenleving en onze planeet. We zetten op een laagdrempelige en professionele manier in op individuele zorgvragen en op brede zorg- en welzijnsnoden in de regio Brussel en omstreken.



Regels en procedures

We kennen de afspraken die gelden voor ons team en passen ze toe.



We merken op welke effecten de afspraken en regels hebben in de praktijk en bespreken dit indien nodig.

We gaan bewust om met de inzet van middelen.

Visie



Eigen leiderschap: We nemen verantwoordelijkheid over wat we doen en wat het effect daarvan is.

Uniciteit: We zien en waarderen wat elke persoon uniek maakt.

Verbinding: We brengen mensen samen en versterken relaties.

Ervarings- en krachtgericht: We vertrekken vanuit wat mensen al kunnen en creëren kansen om ieders talenten te versterken.

Vertrouwen: We geven vertrouwen en handelen betrouwbaar.

Participatie: We betrekken mensen actief bij beslissingen die hen raken.

Gelijkwaardigheid: We ontmoeten elkaar vanuit respect en nieuwsgierigheid.

Kritische reflectie: We nemen tijd om kritisch te kijken naar onszelf en ons werk.

Inclusie- en buurtgericht: We werken midden in de buurt en samen met de buurt.

Zorgzaamheid: We handelen met aandacht en mildheid, ook in moeilijke momenten.

MISSIE PER WERKING/TEAM

Flori

Met ons multidisciplinair team creëren we een warme en stimulerende omgeving waar het kind zich veilig kan ontwikkelen en groeien.

We spelen in op de individuele noden van elk kind, in nauwe afstemming met de context.

Yora

We ondersteunen cliënten in hun vermogen om te groeien en grenzen te verleggen. We stemmen ons handelen af op het sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau van elke cliënt.

Samen met de cliënten en hun netwerk zoeken we naar zinvolle daginvulling. Op die manier bouwen we aan verbindende ervaringen.

Nido vzw

Verdunstraat 521/2 - 1130 Brussel
02 245 56 12



Ravi

We creëren een veilige en responsieve omgeving waarbinnen de kinderen en jongeren zich kunnen ontplooien en groeien. Hierbij zetten we in op het bieden van structuur en op verbinding.

We stemmen ons handelen af op de individuele noden en doelen van de kinderen en jongeren. We streven naar samenwerking met de contexten rond de kinderen en jongeren.

Vevi

We bieden woonzorg op maat. We ondersteunen elke bewoner bij de acht domeinen van kwaliteit van leven. We stemmen ons handelen af op het sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau van elke bewoner.

We streven ernaar dat elke bewoner zich thuis voelt.

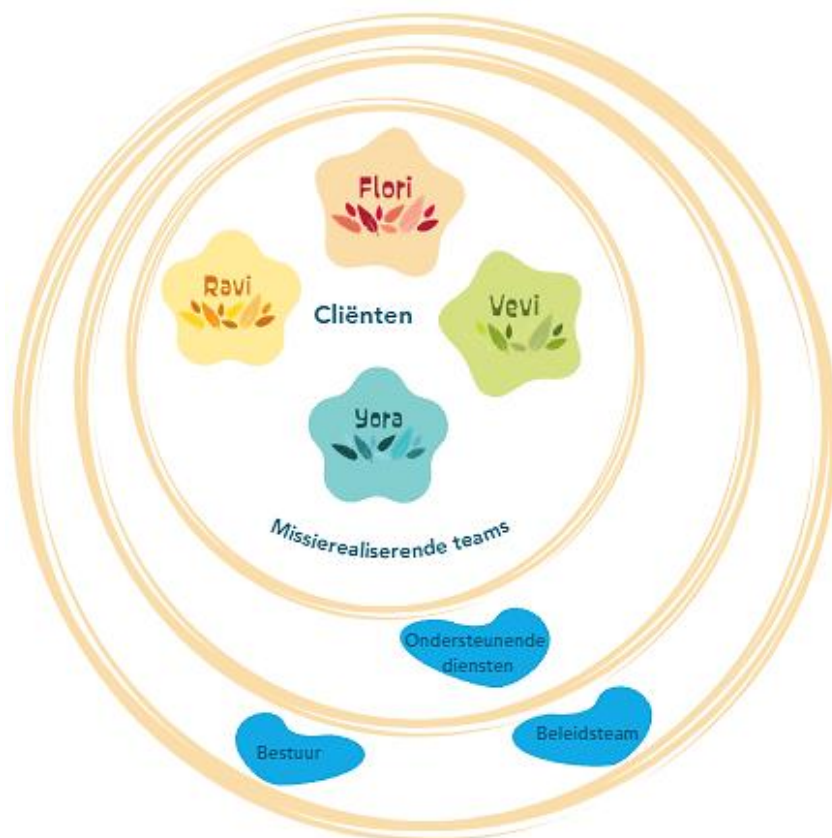
GESCHREVEN REFERENTIEKADERS EN STAPPENPLANNEN

Alle geschreven referentiekaders alsook de procedures en visieteksten opgenomen in het Kwaliteitshandboek van Nido vzw kunnen opgevraagd worden bij de kwaliteitscoördinator via jeroen.weckhuysen@nidovzw.be



ONZE ORGANISATIESTRUCTUUR

HET ORGANIGRAM



TOELICHTING VAN HET ORGANIGRAM

De cliënten staan centraal en worden omringd door de missie-realiserende teams. Zij kunnen voor administratieve en logistieke taken beroep doen op de ondersteunde diensten. Het beleidsteam schept de randvoorwaarden die elke medewerker en elk team ondersteunen bij het werken in lijn met de professionele norm en draagt de eindverantwoordelijkheid van kwaliteit van zorg en professioneel handelen in de organisatie. Het bestuur heeft de eindverantwoordelijkheid over Nido vzw.

HET KENBAAR MAKEN VAN DE PERSONEELSVERANDERINGEN

Bij personeelsveranderingen zorgen de teams van de betrokken afdeling ervoor dat de cliënten geïnformeerd worden. Het beleidsteam informeert ook het netwerk van de cliënten.



Deze veranderingen worden ook besproken tijdens de overlegmomenten van de betrokken afdeling.

ONZE MIDDELEN EN FINANCIËN

PERSONEEL

Nido vzw is een voorziening die ongeveer 50 werknemers (ongeveer 40 voltijdse equivalenten) in dienst heeft. Er zijn verschillende financieringsbronnen.

Structureel

Het overgrote deel van het personeel wordt gesubsidieerd door het **Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)**. Het jaarlijkse afrekeningsdossier is een combinatie van de erkenning als Multifunctioneel Centrum, Vergunde Zorgaanbieder en dienst voor Rechtstreeks Toegankelijke Hulp. De meeste personeelsleden werken als opvoeder of begeleider in een van de vier afdelingen, de anderen behoren tot het logistiek en administratief personeel.

De middelen van het **Sectoraal Fonds Sociale Maribel 319.01** staan de voorziening toe om vier voltijdse equivalenten op jaarbasis te financieren, vooral of uitsluitend logistiek personeel.

De middelen van het **Vlaams Intersectoraal Akkoord** (de forfaits zware beroepen, bijkomend conventioneel verlof, management, vorming en kwaliteitsverbetering) staan de voorziening toe globaal gezien een halve werknemer op jaarbasis te financieren.

Andere middelen kunnen komen van persoonlijke assistentiebudgetten, knelpunt dossiers, tijdelijke projecten, uitwisselingen van punten enz.

FINANCIËN

De aan de algemene werking van Nido vzw gerelateerde financiële middelen zijn:

- Financiering door het VAPH,
- Middelen van het Sectoraal Fonds Sociale Maribel 319.01,
- Middelen van het Vlaams Intersectoraal Akkoord,
- Persoonlijke bijdragen van de cliënten (inclusief kinderbijslag of groeipakket),
- Woon- en leefkosten van de cliënten,
- Recuperaties (op de cliënten, op de verzekering...),
- Giften en mecenaat,
- Projectgebonden subsidies van diverse overheden,
- Opbrengsten van activiteiten en ateliers,
- Financiële opbrengsten,
- Uitzonderlijke opbrengsten.



Aan specifieke projecten kunnen specifieke bronnen verbonden zijn, zoals investeringssubsidies voor een bouwproject.

Alle financiële middelen worden vermeld in de boekhouding.

LEESWIJZER BIJ HET BEGRIJPEN VAN DE PROCEDURES

Verder in deze tekst gebruiken we een aantal officiële termen. Hieronder leggen we kort uit wat we met deze termen bedoelen.

DE CLIËNT

Dit is de persoon aan wie we zorg verlenen. In officiële teksten wordt hiervoor de term *gebruiker* gebruikt. Binnen Nido is de term *cliënt* echter het meest gekend. Daarom gebruiken we in deze tekst verder de term *cliënt*.

DE VERTEGENWOORDIGER

Dit is de persoon die officieel spreekt, beslist en handelt namens of samen met de cliënt. Dit is nodig als de cliënt (tijdelijk) hulp nodig heeft bij het maken van keuzes of het regelen van administratie. Heel vaak wordt deze rol opgenomen door de ouders, maar ook een wettelijk bewindvoerder of een officieel aangesteld vertrouwenspersoon kan aangeduid worden om deze rol te spelen.

DE BELANGRIJK BETROKKEN DERDE

Dit zijn de mensen die geen officieel bepaalde rol opnemen, maar wel belangrijk zijn in het dagelijks leven van de cliënt. Zij nemen geen formele beslissingen, maar hun stem, hulp en betrokkenheid zijn onmisbaar. Het kan gaan om ouders als die niet optreden als vertegenwoordiger. Of het gaat om broers of zussen, grootouders, goede vrienden, helpende burens of de vaste mantelzorgers.

HET OPSTELLEN, UITVOEREN, EVALUEREN EN BIJSTUREN VAN DE INDIVIDUELE DIENSTVERLENING

JAARPLANNING

Bij aanvang van elk schooljaar (Ravi en Flori) of jaar (andere afdelingen) stelt de ortho-agoog een jaarplanning op. Een jaarplanning bevat de data waarop het handelingsplan (HP) van de cliënt besproken wordt op het team. Binnen Ravi en Flori wordt erop toegezien dat het HP van elke cliënt jaarlijks wordt geëvalueerd, binnen de andere afdeling gebeurt dat minimum driejaarlijks. De jaarplanning wordt opgenomen in de 'teamverslagen'.



Wanneer er een nieuwe cliënt opgenomen wordt, herwerkt de ortho-agoog de jaarplanning.

INDIVIDUELE DIENSTVERLENING BINNEN RAVI

De Individuele Dienstverleningsovereenkomst

De Individuele Dienstverleningsovereenkomst (IDO) is een overeenkomst tussen de cliënt/hun vertegenwoordiger/de belangrijk betrokken derde(n) en Nido vzw. De IDO geeft een overzicht van de ondersteuning die door Nido vzw wordt geboden bij de persoonsvolgende financiering, de frequentie ervan en de kostprijs. De IDO wordt opgemaakt door de financieel medewerker. De IDO wordt steeds voor de opstart van de zorgverlening opgesteld en ondertekend door de verschillende partijen. Bij wijziging van de ondersteuningsvorm en/of frequentie wordt de IDO zo snel mogelijk besproken met de cliënt/hun vertegenwoordiger/de belangrijk betrokken derde(n) en ondertekend.

Het Handelingsplan

Het Handelingsplan (HP) wordt vormgegeven volgens een vaste procedure. Hierbij wordt er maximaal ingezet op betrokkenheid van zowel de cliënt als hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n).

De ortho-goog maakt een planning op, waarbij er wordt getracht alle handelingsplannen jaarlijks te hernieuwen tussen september-maart. Deze planning wordt met het team vastgelegd en daarna start de procedure voor elke cliënt op vast afgesproken momenten. De procedure omvat volgende stappen:

- De Individueel Begeleider (IB) neemt contact op met de vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n). Hierbij wordt er uitleg gegeven over wat een HP inhoudt, wordt de planning besproken, wordt beeldvorming besproken en wordt er gevraagd naar hun wensen rond mogelijk doelen.
- De IB heeft een gesprek met het kind/jongere zelf. Hierbij wordt er uitleg gegeven over wat een HP inhoudt, wordt de planning besproken, wordt beeldvorming besproken en wordt er gevraagd naar hun wensen rond mogelijk doelen. Afhankelijk van de noden van de cliënt kunnen dit ook verschillende kleinere gesprekjes zijn.
- De IB maakt een voorbereiding voor de beeldvorming en de HP-doelen op ZOL. De beeldvorming wordt onderverdeeld in de domeinen van Kwaliteit van Leven. De doelen worden verder verduidelijkt in concrete subdoelen. De IB maakt gebruik van de info van de cliënt, hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) en zijn/haar eigen observaties in de leefgroep.
- De IB en ortho-agoog hebben een gezamenlijk overleg om de beeldvorming en de doelen op ZOL samen verder af te werken.
- De beeldvorming en doelen worden op een teamvergadering voorgesteld aan alle collega's. Alle begeleiders kunnen op dit moment nog aanvullingen of aanpassingen voorstellen, op basis van hun eigen observaties in de leefgroep.
- Er volgt een gesprek tussen IB, kind/jongere zelf, hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n), en eventueel ortho-agoog, waarbij de doelen voor volgend jaar samen worden besproken en ondertekend door alle partijen.



- De doelen komen regelmatig aan bod op de teamvergaderingen zodat de vooruitgang en eventuele bijstellingen besproken kunnen worden.
- De cyclus herhaalt zich opnieuw na maximaal 12 maanden.

INDIVIDUELE DIENSTVERLENING YORA/VEVI

Bij een nieuwe cliënt stelt de ortho-agoog een eerste beeldvorming op a.d.h.v. het intake document. Dit gebeurt in samenspraak met de sociaal medewerker en het netwerk. Naast de personalia en de contactgegevens bevat de intake volgende informatie:

- Een beschrijving van het functioneren,
- Problematiek en de aanpak ervan,
- Aandachtspunten en afspraken,
- De medicatie,
- ...

De nieuwe cliënt wordt door de ortho-agoog voorgesteld op een pedagogisch team, waarbij de proefweek, het logeren op proef, wordt vastgelegd. Yora spreekt af aan welke ateliers de cliënt deelneemt gedurende de proefweek. Tijdens het pedagogische team volgend op de proefweek bespreekt het team tezamen met de ortho-agoog en de sociaal medewerker de al dan niet structurele inschrijving binnen Yora. Bij weigering van de cliënt koppelt de sociaal medewerker terug naar het netwerk.

Weigering wordt zoveel mogelijk vermeden door een gedetailleerde intake. Voornaamste redenen voor weigering zijn: ernstige gedragsproblemen, onaangepaste infrastructuur. Bij goedkeuring maakt het team tezamen met de ortho-agoog afspraken over de verdere aanpak en duidt het een aandachtsbegeleider (AB) aan. Na de opstart van de ondersteuning houdt de AB de beeldvorming up to date.

De Individuele Dienstverleningsovereenkomst

De Individuele Dienstverleningsovereenkomst (IDO) is een overeenkomst tussen de cliënt/hun vertegenwoordiger/de belangrijk betrokken derde(n) en Nido vzw. De IDO geeft een overzicht van de ondersteuning die door Nido vzw wordt geboden bij de persoonsvolgende financiering, de frequentie ervan en de kostprijs. De IDO wordt opgemaakt door de financieel medewerker. De IDO wordt steeds voor de opstart van de zorgverlening opgesteld en ondertekend door de verschillende partijen. Bij wijziging van de ondersteuningsvorm en/of frequentie wordt de IDO zo snel mogelijk besproken met de cliënt/hun vertegenwoordiger/de belangrijk betrokken derde(n) en ondertekend.

Het Handelingsplan

Voor het opmaken van een HP worden er voor iedere cliënt een vast aantal stappen doorlopen: voorbereiding - opstellen - uitvoering - evaluatie - bijsturing.

Het HP is opgebouwd vanuit de acht domeinen van Kwaliteit van Leven, beschreven door Schalock, en de concentrische cirkels.



Voorbereiding van het opstellen van het HP.

Alvorens tot een ondersteuningsvoorstel te kunnen komen is een goede beeldvorming noodzakelijk. Ten laatste drie maanden na de aanvang van de ondersteuning heeft de AB de initiële (intake) beeldvorming bijgewerkt op zorgonline. De AB kan voor het opstellen ervan gebruik maken van verschillende informatiebronnen:

- Gesprekken met cliënt/ hun vertegenwoordiger/betrokken derde(n).
- Observaties: elke (nieuwe) cliënt wordt door de opvoeders/begeleiders geobserveerd om de zorgnoden in te schatten. De observaties worden beschreven in het dagboek.
- Teambespreking: indien de AB dit wenst kan er samen met het team nagedacht worden over de beeldvorming en vraagverheldering van de cliënt.
- Ondersteuning door de ortho-agoog voor het invullen van de beeldvorming, voor het gesprek met het cliënt(systeem), a.d.h.v. methodieken en richtvragen.
- Literatuur.
- ...

Opstellen van het HP

Wanneer er een duidelijke beeldvorming en vraagverheldering is, maakt de AB een ondersteuningsvoorstel op, waarbij de AB, doelstellingen, alsook de acties en middelen om daartoe te geraken, formuleert. Hierbij kan hij gebruikmaken van verschillende informatiebronnen:

- Gesprekken met cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n).
- Teambespreking: indien de AO/AB dit wenst kan er samen met het team nagedacht worden over doelen, acties en/of begeleidingshouding.
- Ondersteuning door de ortho-agoog a.d.h.v. methodieken en richtvragen.
- Literatuur.
- ...

Ten laatste drie maanden na de aanvang van de ondersteuning bereidt de AB een eerste voorstel van doelstellingen, acties en hulpmiddelen, voor van de betreffende cliënt.

De ortho-agoog agendeert de bespreking van de doelstellingen op de pedagogische teamvergadering. Feedback vanuit het team wordt mee opgenomen door de ortho-agoog in het HP.

Vervolgens bespreekt de AB de ondersteuning die men zal bieden met de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n).

Wanneer de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) aanpassingen wensen, bespreekt de AB dit op het pedagogische team, waar beslist wordt of de ondersteuning moet gewijzigd worden.

De AB en de ortho-agoog zorgen voor de definitieve versie van het HP ten laatste vier maanden na de opstart van de ondersteuning. De vertegenwoordiger(s)/belangrijk betrokken derde(n) worden



uitgenodigd voor een gesprek en ondertekening van het HP. De ortho-agoog voegt deze ondertekende versie toe in het persoonlijke dossier van de cliënt.

Voor de cliënten van Yora die ook een AB hebben bij onze werking van Vevi (dit gaat om een 17-tal cliënten), is het de taak van beide AB's om informatie uit te wisselen over hun functioneren en samen overleg te organiseren bij het formuleren van doelstellingen. Daarbij is het gewenst dat beider AB's aanwezig zijn bij de 3-jaarlijkse bespreking van het HP met het netwerk.

Uitvoeren en opvolgen van het HP.

De uitvoering en de opvolging is de verantwoordelijkheid van alle teamleden, in het bijzonder van de AB, die de acties en hulpmiddelen procesmatig evalueert, ism met de ortho-agoog. Alle teamleden noteren ook belangrijke observaties of informatie over de cliënten in hun dagboek.

Minstens éénmaal per maand heeft de AB een individueel contact met zijn aandachtsccliënt. De AB van de woonondersteuning gaat op uitstap. In het dagcentrum creëren we individuele momentjes: een gesprekje, samen een gezelschapsspel, een wandeling. De vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) kunnen bij de AB terecht met opmerkingen, suggesties of vragen. De vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) krijgen informatie over hun kind/familielid van deze AO/AB.

Evalueren en bijsturen van het HP.

Het HP wordt op verschillende manieren geëvalueerd.

- Vaststellingen door het team worden genoteerd in het dagboek van de cliënt.
- Minstens viermaal per jaar wordt de cliënt volgens de jaarplanning besproken op een pedagogisch team van Yora. Bij het team van Vevi, is dit minimaal tweemaandelijks. Dan wordt bekeken of de doelen bereikt zijn, of de gekozen acties doeltreffend blijken en of de begeleidingshouding aangepast is aan de vraag van de cliënt. Ter voorbereiding, bij het team Yora, plant de ortho-agoog minimaal driemaandelijks een overlegmoment in met de AB voor de opvolging van de ondernomen acties.
- Eénmaal per jaar worden volgens de planning de belangrijke wijzigingen van de beeldvorming op een pedagogisch team besproken. Dit wordt voorbereid door de AB ism de ortho-agoog. Dit geldt voor Vevi, alsook voor Yora.

Bij de meerderjarigen wordt het HP om de drie jaar goedgekeurd en ondertekend door de vertegenwoordiger. Bij belangrijke wijzigingen, wordt het nieuwe ondertekende HP toegevoegd aan de IDO. Indien deze wijzigingen een impact hebben op de dienstverlening vermeld in de IDO, wordt ook de IDO aangepast en ondertekend.

INDIVIDUELE DIENSTVERLENING FLORI

De sociaal medewerker ontvangt de aanmelding van een nieuwe cliënt en bundelt alle relevante informatie. Dit omvat onder meer maar niet uitsluitend: een beschrijving van het functioneren, huidige ondersteuning, aandachtspunten en afspraken, en medicatie.



- Een beschrijving van het functioneren.
- Problematiek en de aanpak ervan.
- Aandachtspunten en afspraken.
- De medicatie.
- ...

Tijdens een teamoverleg wordt de cliënt voorgesteld. Het team beslist samen om de cliënt en diens ouders, vertegenwoordigers of belangrijk betrokken derde uit te nodigen voor een kennismakingsgesprek. Vervolgens wordt er een kennismakingsgesprek gepland waarbij de ortho-agoog en sociaal werker aansluiten. Tijdens het kennismakingsgesprek lichten we de doelgroep en werking van Flori toe en toetsen we de verwachtingen en mogelijkheden af. Na het kennismakingsgesprek wordt er aan de ouders, vertegenwoordigers of belangrijk betrokken derde gevraagd of zij een vervolgesprek willen inplannen. Op dit gesprek sluiten minstens de ortho-agoog en sociaal werker aan, maar kunnen ook andere relevante disciplines aansluiten indien daartoe concrete vragen of aanwijzingen zijn, zoals een verpleegkundige in geval van een ernstige medische belasting. Tijdens het gesprek verzamelen we contact- en administratieve gegevens, gegevens over de beeldvorming van de cliënt en staan we stil bij enkele afspraken.

De Individuele Dienstverleningsovereenkomst

De Individuele Dienstverleningsovereenkomst (IDO) is een overeenkomst tussen de cliënt/hun vertegenwoordiger/de belangrijk betrokken derde(n) en Nido vzw. De IDO geeft een overzicht van de ondersteuning die door Nido vzw wordt geboden bij de persoonsvolgende financiering, de frequentie ervan en de kostprijs. De IDO wordt opgemaakt door de financieel medewerker. De IDO wordt steeds voor de opstart van de zorgverlening opgesteld en ondertekend door de verschillende partijen. Bij wijziging van de ondersteuningsvorm en/of frequentie wordt de IDO zo snel mogelijk besproken met de cliënt/hun vertegenwoordiger/de belangrijk betrokken derde(n) en ondertekend.

Het Handelingsplan

Handelingsplanning gebeurt in een cyclus die een aantal stappen bevat, gaande van voorbereiding en opstellen, naar uitvoering, en evaluatie en bijsturing. In onze werking wordt het Programma Perspectief gebruikt als leidraad. Programma Perspectief is ontwikkeld vanuit de visie dat ontwikkeling en eigen regie mogelijk is voor onze groep kinderen en volwassenen - hoe klein die ontwikkeling ook mag lijken of zijn. Meer informatie vindt u hier: <https://www.programmaperspectief.nl>.

De handelingsplanning vertrekt vanuit het persoonsbeeld. Dit is een voorlopige weergave van hoe de mensen rond het kind hem of haar kennen. Bij het opmaken van de beeldvorming wordt er gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen die bij voorkeur gecombineerd worden.

- Gesprekken met de ouder(s), vertegenwoordigers of belangrijk betrokken derden.
- Observaties door de IB en ortho-agoog. Eventueel wordt er een observatie verricht aan de hand van een observatie-instrument om zo specifieke informatie te verzamelen over een specifiek domein.



- Teambespreking: de beeldvorming wordt besproken met het team. Informatie vanuit de verschillende disciplines wordt naast elkaar gelegd.
- Eerdere verslaggeving uit het cliëntdossier of literatuur.
- ...

Programma Perspectief biedt een uitgebreide vragenlijst die als leidraad kan dienen.

Het persoonsbeeld gebruiken we als basis om doelstellingen te formuleren. We formuleren een langetermijndoel (het perspectief) en een of meerdere hoofddoelen. Deze streven we bij Flori allemaal samen na: we beogen dezelfde doelen. Wel zal iedere medewerker andere werkdoelen formuleren. Deze werkdoelen worden geregistreerd en opgevolgd, en zullen als gespreksstof dienen voor het persoonsbeeld in het volgende handelingsplan. Er wordt gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen:

- Gesprekken met de ouder(s), vertegenwoordigers of belangrijke derden.
- Teambespreking: de beeldvorming en daaruit volgende doelstellingen worden besproken met het team. Doelstellingen van de verschillende disciplines worden naast elkaar gelegd.
- Eerdere verslaggeving uit het cliëntdossier of literatuur.
- Doelstellingen vanuit onderwijs....

Bij de aanvang van de ondersteuning maakt de ortho-agoog een planning op om tot een handelingsplan te komen. Het team streeft ernaar om binnen vier maanden een finaal en ondertekend handelingsplan te bereiken dat de geboden ondersteuning maximaal informeert.

Er wordt aan ieder kind een individueel begeleider (IB) toegewezen. De IB bereidt het persoonsbeeld voor en volgt waar mogelijk de gesprekken met bijvoorbeeld ouders, onderwijzer of andere mee. De vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) kunnen bij de IB terecht met opmerkingen, suggesties of vragen.

Het IHP informeert de dagelijkse werking van alle medewerkers van Flori, ook de therapeuten. De vertaling van hoofddoelen naar concrete werkdoelen waar iedere medewerker afzonderlijk mee aan de slag gaat, waarborgt een continue implementatie. De uitvoering van het IHP middels het werken aan de werkdoelen is de verantwoordelijkheid van alle teamleden.

Het IHP wordt jaarlijks geëvalueerd. Bij belangrijke wijzigingen wordt een nieuw ondertekend IHP opgesteld en toegevoegd aan de IDO. Als deze wijzigingen een impact hebben op de dienstverlening vermeld in de IDO, wordt ook de IDO aangepast en ondertekend. Tussentijds worden tijdens een teamvergadering, volgens de planning opgesteld door de ortho-agoog, de beeldvorming en de werkdoelen/hoofddoelen grondig onder de loep genomen met minstens een terugkoppeling, evaluatie en reflectie op de werkdoelen.

KORTDURENDE ONDERSTEUNING

Voor de cliënten van RTH en van Vevi die gebruik maken van een kortdurend verblijf, dagopvang, woonondersteuning of begeleiding wordt een lichtere vorm van de procedure gehanteerd.



Deze lichtere vorm bestaat uit de introductie van de nieuwe cliënt a.d.h.v. de infofiche.

Het kan zijn dat er een HP moet opgesteld worden. Dan wordt de procedure integraal toegepast. De noodzaak aan een HP wordt besproken op het team.

HET BEËINDIGEN VAN DE ONDERSTEUNING

TOEPASSINGSGEBIED

De procedure is van toepassing voor alle cliënten in de volwassenenwerking met een persoonsvolgend budget en de cliënten uit de jongerenwerking die niet onder toezicht van de jeugdrechter staan.

Voor de cliënten die gebruik maken van de rechtstreekse toegankelijke hulpverlening (RTH) wordt de wijze van beëindigen afgesproken met de sociaal medewerker/ortho-agoog Ravi en Flori en met de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n).

Voor de cliënten onder toezicht van de jeugdrechter gebeurt de beëindiging in samenspraak met de ortho-agoog Ravi en de consulent/jeugdrechter van de cliënt.

DE VERANTWOORDELIJEN VOOR HET BEËINDIGEN VAN DE ONDERSTEUNING

De sociaal medewerker is verantwoordelijk voor de opvolging van het beëindigen van de ondersteuning in de volwassenenwerking. De ortho-agoog volgt het beëindigen van de ondersteuning op binnen Ravi en Flori.

Wanneer een cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) in verband met het beëindigen van de ondersteuning contact opneemt met een personeelslid wordt hij naar hen doorverwezen.

HET BEËINDIGEN VAN DE ONDERSTEUNING

Bij het beëindigen van de ondersteuning worden de opzegtermijnen in de Individuele Dienstverleningsovereenkomst (IDO) gerespecteerd. Tijdens de proefperiode bedraagt de opzegtermijn maximum één maand.

Na de proefperiode bedraagt de opzegtermijn bij opzegging maximum drie maanden, tenzij in onderling akkoord een andere termijn wordt overeengekomen.

De sociaal medewerker/ortho-agoog Ravi en Flori maakt na het gesprek met de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) een 'verslag vraag tot beëindiging door de cliënt'. Het verslag wordt gemaild naar de leden van het opnameteam. (ortho-agoog, sociaal medewerker en de directeur).



De sociaal medewerker/ortho-agoog Ravi en Flori agendeert en bespreekt de vraag tot beëindigen op het overleg opnameteam.

Na het overleg stelt de sociaal medewerker/ortho-agoog Ravi en Flori een 'verklaring tot beëindiging' op waarin de datum van aanvraag tot beëindiging en de datum van ontslag staan. De directeur ondertekent de verklaring tot beëindiging. De sociaal medewerker/ortho-agoog Ravi en Flori verstuurt de verklaring tot beëindiging naar de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n).

Indien de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) wenst geholpen te worden bij het zoeken naar continuïteit van de hulpverlening of bij een doorverwijzing, ondersteunt de sociaal medewerker hen.

Voor cliënten die ondersteuning vragen bij de doorverwijzing maakt de ortho-agoog een update van de beeldvorming en/of het IHP.

Beëindigen van de ondersteuning door Nido vzw

Nido vzw kan de ondersteuning alleen beëindigen in de volgende situaties:

- Wegens overmacht;
- Als de cliënt niet meer aan de bijzondere opnamevoorwaarden, vermeld in de collectieve rechten en plichten, voldoet;
- Als de lichamelijke of geestelijke toestand van de cliënt in die mate is gewijzigd dat het zorgaanbod van de voorziening niet meer kan beantwoorden aan de behoeften en zorgvragen van de cliënt;
- Als de cliënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger de verplichtingen, vermeld in de Individuele Dienstverleningsovereenkomst, of de Collectieve Rechten en Plichten niet nakomt;
- Als de cliënt of zijn vertegenwoordiger bedrieglijke gegevens heeft verstrekt over de verklaring op erewoord;
- Als de cliënt of zijn vertegenwoordiger geen overeenkomst sluit met het Agentschap, als hij een vergoeding voor hulp van derden of ondersteuning door een voorziening heeft ontvangen, om die vergoeding voor de ondersteuning aan te wenden, of de verplichtingen van die overeenkomst niet nakomt;
- Als de proefperiode niet gunstig doorlopen wordt.

Nido vzw moet schriftelijk motiveren waarom de ondersteuning wordt beëindigd. Dat kan alleen in één van de bovenstaande situaties.

Dit gebeurt pas na een proces van onderhandelen met de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derden en het zoeken naar oplossingen. Indien één van de bovenstaande situaties zich voordoet, bespreekt het opnameteam de vraag tot beëindiging op het overleg opnameteam. Als de lichamelijke of geestelijke toestand van de cliënt in die mate is gewijzigd dat de ondersteuning niet meer kan geboden worden, kan dit gestaafd worden door het advies van de behandelende arts.



Als het opnameteam beslist dat de beëindiging mag gestart worden, nodigt de sociaal medewerker/ortho-agoog Ravi of Flori de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) uit voor een gesprek.

Tijdens het gesprek wordt de reden van de beëindiging uitgelegd en worden de doorverwijsmogelijkheden besproken. Bij cliënten van niet-RTH wordt bekeken of de procedures van hoogdrempelige individuele bijstand, van intensieve bemiddeling of van de bemiddeling conform het decreet integrale jeugdhulp een mogelijke oplossing kunnen bieden.

Na het overleg stelt de sociaal medewerker/ortho-agoog Ravi of Flori een 'verklaring tot beëindiging door Nido vzw' op waarin de datum en de reden van ontslag staan. De directeur ondertekent de verklaring tot beëindiging. De sociaal medewerker/ortho-agoog Ravi of Flori verstuurt de verklaring tot beëindiging naar de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n). In deze verklaring wordt de mogelijkheid tot betwisting van dit voornemen vermeld (zie hieronder).

Voor cliënten die ondersteuning vragen bij de doorverwijzing maakt de ortho-agoog van de betrokken afdeling een 'doorverwijzingsverslag' op.

Als het opnameteam beslist dat de vraag tot beëindiging (dan gaat het over een vraag die specifiek van het team/de begeleiding komt) niet gegrond is, dan zoekt het team samen met de directeur en het opnameteam naar een manier om de ondersteuning verder te zetten.

Beëindiging wegens overlijden

Bij overlijden gaat de beëindiging in op de datum van overlijden. Er wordt geen opzegvergoeding aangerekend. Bij ziekte kan een palliatieve fase het overlijden voorafgaan. In dit geval neemt de ortho-agoog van de betrokken afdeling contact op met de familie om deze specifieke zorgfase te ondersteunen. In deze fase kan er overeengekomen worden om het verblijf in Nido vzw te beëindigen om de cliënt te verzorgen in de thuisomgeving.

BETWISTING VAN DE BEËINDIGING

Wanneer de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) niet akkoord gaat met de beëindiging van de ondersteuning, kunnen zij een betwisting binnen de dertig dagen schriftelijk richten aan de interne klachtencommissie van Nido vzw. De klachten voor de interne klachtencommissie worden verstuurd naar:

Nido vzw
T.a.v. de interne klachtencommissie
Verdunstraat 521/2
1130 Brussel
Andre.dewallef@skynet.be

De interne klachtencommissie bestaat uit:

- Vertegenwoordigers van de inrichtende macht,



- Vertegenwoordigers aangesteld door de Collectieve Overlegorganen,
- Uitgebreid met een onafhankelijke derde in het geval van betwisting van de beëindiging van de dienstverlening:
 - Laurence Degreef
 - 0479 55 52 91
 - Laurence.degreef@wzc.annuntiaten.be

De leden van de interne klachtencommissie horen alle betrokkenen en trachten deze te verzoenen.

De indiener van de klacht kan zich laten bijstaan door een derde.

De interne klachtencommissie deelt binnen de dertig dagen de 'beslissing van de interne klachtencommissie' schriftelijk mee aan de indiener en aan de directeur.

Indien de leden het niet eens zijn, worden de verschillende standpunten meegedeeld. Het resultaat van de bemiddeling wordt opgenomen in de Individuele Dienstverleningsovereenkomst (IDO).

Gedurende de bemiddelingsprocedure wordt de opzegtermijn opgeschort.

VERBREKINGSVERGOEDING

Als bij beëindiging van de ondersteuning één van de partijen (Nido vzw, de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n)) de opzegtermijn niet respecteert, dan is die aan de andere partij een verbrekingsvergoeding verschuldigd. Het bedrag is gelijk aan de vergoeding voor ondersteuning tijdens de opzegtermijn, met een maximum van een vergoeding voor 1 maand zorg en ondersteuning tijdens de proefperiode en van drie maanden zorg en ondersteuning, na de proefperiode.

INFORMEREN VAN DE CLIËNTEN/HUN VERTEGENWOORDIGER/BELANGRIJK BETROKKEN DERDEN EN PERSONEEL

De cliënten/hun vertegenwoordigers/belangrijk betrokken derde(n) worden op de hoogte gebracht van het vertrek van een cliënt via de collectieve overlegorganen.

De sociaal medewerker/ortho-agoog MFC brengt het betrokken team en de financieel medewerker op de hoogte van de datum van de beëindiging.

ADMINISTRATIEVE AFHANDELING

De medewerker cliëntadministratie beëindigt de begeleidingsovereenkomst van een cliënt in de Geïntegreerde Registratietool van het VAPH. Betreft het een cliënt uit de volwassenwerking, dan bepalen de medewerker cliëntregistratie, de sociaal medewerker en de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) in overleg het aantal zorg gebonden personeelspunten tot de beëindiging van de Individuele Dienstverleningsovereenkomst. De medewerker cliëntregistratie stelt een addendum bij de Individuele Dienstverleningsovereenkomst



op, dat door een vertegenwoordiger van de voorziening en de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) ondertekend wordt.

De medewerker cliëntregistratie beëindigt de Individuele Dienstverleningsovereenkomst in de Geïntegreerde Registratietool van het VAPH.

HET ORGANISEREN VAN HET COLLECTIEF OVERLEG MET DE CLIËNTEN

COLLECTIEF OVERLEGORGAAN MET VERTEGENWOORDIGERS/BELANGRIJK BETROKKEN DERDEN

In de verschillende afdelingen van Nido vzw wordt een Collectief Overlegorgaan (ook wel Gebruikersraad) ingericht. De werking van deze overlegorganen wordt beschreven in het "Huishoudelijk Reglement van de Collectieve Overlegorganen binnen Nido vzw" dat als bijlage wordt toegevoegd aan dit charter. In dit Huishoudelijk Reglement wordt vermeld met welke regelmaat het Collectief Overlegorgaan samenkomt en op welke manier cliënten of hun vertegenwoordiger zich tot het Collectief Overlegorgaan kunnen richten om punten te agenderen.

Binnen Yora en Vevi bestaat één gezamenlijk Collectief Overlegorgaan. Binnen Ravi en Flori leveren we inspanningen om een officieel Collectief Overlegorgaan in te richten. Als we er niet in slagen voldoende kandidaten te vinden om een officieel Collectief Overlegorgaan samen te stellen, worden met de geïnteresseerden afspraken gemaakt over hoe zij de inspraak willen organiseren.

Bevoegdheden van het Collectief Overlegorgaan

Het CO heeft recht op inspraak, adviesverlening, informatie en er is hoorrecht en antwoordplicht.

Over elk onderwerp waarover het CO een standpunt wenst mee te delen aan de directie van Nido vzw, heeft zij recht gehoord te worden en antwoorden te vragen. Vragen kunnen rechtstreeks of via het verslag aan de directie gesteld worden.

Aan de antwoordplicht kan zowel mondeling als schriftelijk voldaan worden. Een 'eerste' antwoord wordt geformuleerd binnen de 14 dagen na de vraagstelling.

De voorzitter en/of secretaris ontvangen het antwoord en zijn dan verantwoordelijk om het op het CO te brengen. Eventueel kan mondelinge toelichting gevraagd worden op het CO zelf.

Tussen Nido vzw en het CO wordt voorafgaand overleg georganiseerd inzake:

- Wijzigingen aan de collectieve rechten en plichten.
- Belangrijke wijzigingen in de algemene woon- en leefsituatie.
- Wijzigingen aan de Individuele Dienstverleningsovereenkomst (IDO), incl. de bepaling van de woon- en leefkosten.



- Wijzigingen in het concept (doelgroep, werking, veranderingen in de visie of missie van Nido vzw, ...).
- Opstellen van de klachtenprocedure.

Nido vzw verbindt er zich toe advies te vragen inzake aangelegenheden die de verhouding voorziening-zorgvragers aanbelangen. Op die manier wil zij de ervaringsdeskundigheid van de cliënten, familie en wettelijke vertegenwoordigers benutten en valoriseren in het beleid en de werking.

Indien aan het CO advies gevraagd wordt, maar nadien dit advies niet gevolgd wordt, zal de directie van Nido vzw, schriftelijk of tijdens een volgende bijeenkomst, deze beslissing toelichten.

Nido vzw verbindt er zich ook toe resultaten van audits van de inspectie toe te lichten in het CO.

Verder kunnen ook volgende algemene items aan bod komen:

- Het zorgaanbod.
- Het opnamebeleid.
- Inzet van de middelen (personeel en investeringen).
- Organisatiestructuur.
- De dagdagelijkse woon- en leefsituatie.
- Structuur van de handelingsplannen.
- Evoluties in de organisatie van de zorg.
- Masterplan.
- Beleidsplan.
- Klachten die behandeld worden in de klachtencommissie.
- Besprekingen in het Bestuursorgaan en de Algemene Vergadering (met uitsluiting van confidentiële informatie).
- Jaarverslag en jaarrekeningen.
- Resultaten interne tevredenheidsonderzoeken.
- ...

Samenstelling van de Collectieve Overlegorganen

De verkiezingsprocedure, termijnen en functies binnen het CO staan beschreven in het Huishoudelijk Reglement. De samenstelling van de verschillende Collectieve Overlegorganen wordt als bijlage aan het Huishoudelijk Reglement opgenomen.

Werking van het CO

De werking van het CO wordt beschreven in het Huishoudelijk Reglement van het CO in bijlage.

Klachten over de werking van de Collectieve Overlegorganen

Indien een cliënt/hun vertegenwoordiger of belangrijk betrokken derde vindt dat het huishoudelijk reglement van de Collectieve Overlegorganen wordt overtreden, kan hij een schriftelijke klacht indienen bij de leidend ambtenaar van het VAPH.



De klachten voor het VAPH worden verstuurd naar:

VAPH
T.a.v. het klachtenteam
Koning Albert II-laan 15 bus 320
1210 Brussel
klachten@vaph.be
02 249 35 00

COLLECTIEF OVERLEG MET DE RAVI CLIËNTEN

Wat betreft collectief overleg, wordt er bij Ravi gebruik gemaakt van kringgesprekken om zaken collectief te bespreken met de cliënten.

Maar meestal wordt geopteerd om de mening en inbreng van de cliënten individueel te bespreken. Door de specifieke ondersteuningsnoden van de cliënten zijn collectieve gesprekken niet steeds de meest aangewezen methode om zaken te bespreken.

- De IB zorgt ervoor dat er regelmatig gesprekken plaatsvinden met zijn/haar IB-cliënt. Het verslag hiervan komt in het dagboek van de cliënt in ZOL. Tijdens deze gesprekken kan de cliënt zijn inbreng geven en zaken bespreken.
- Kringgesprekken worden georganiseerd bij concrete aanleidingen, waarbij de begeleiders en ortho-agoog een collectief gesprek als de meest aangewezen methode zien. Hierbij treedt een begeleider op als moderator en plaatst de begeleider achteraf een verslag op ZOL.

COLLECTIEF OVERLEG MET DE YORA CLIËNTEN

Deelnemers en frequentie

Er is een dagelijks overlegmoment van 9u00 tot 10u00. Alle cliënten, verdeeld per voormiddag-atelier, nemen eraan deel in groepjes van ca. 8 deelnemers.

Maandelijks vindt een cliëntenraad plaats van 13u30-15u. Deelname hieraan is een vrije keuze. De groep bestaat meestal uit ca. 12 cliënten.

Voorbereiding

De voorbereiding van het dagelijks overlegmoment: Elke begeleider heeft een map met daarin de weekstructuur (met ondersteuning van picto's, smog) en de vaste agenda (zie infra). Extra nieuwtjes worden besproken op de wekelijkse begeleidersvergadering alvorens deze voor te leggen aan de cliënten.

De voorbereiding van de cliëntenraad: de cliënten en de begeleiding stellen de agenda op. De begeleider die voorzitter was van de cliëntenraad, koppelt daarna terug op het wekelijkse pedagogische teamoverleg.



Agenda

Vaste agendapunten zijn: het dagverloop, de keuzes van de namiddag-ateliers, de aanwezigheidslijst, het menu, de middagtaken, nieuwtjes in het dagcentrum, variapunten.

Moderator

De gesprekken worden gefaciliteerd door een begeleider of een stagiair. Cliënten worden actief betrokken.

Verslag

De moderator noteert de afspraken, opmerkingen en vult de aanwezigheidslijst in. Hij noteert per cliënt aan welk atelier hij deelneemt in de namiddag. De voormiddagateliers liggen vast voor een periode van 1 jaar.

Elke cliënt wordt ondersteund om na het overleg zijn foto te hangen bij het atelier waar hij aan deelneemt op het pictobord in de leefruimte.

Bespreking met het team

De voorbereiding en wijzigingen van afspraken worden met regelmaat besproken op een teamvergadering. Dit ter follow-up.

COLLECTIEF OVERLEG MET DE VEVI CLIËNTEN

Deelnemers

Alle cliënten van Vevi nemen deel aan de bewonersvergadering: ca. 10 deelnemers in Huis Haren, 4 deelnemers in de Villa en 3 bewoners van de Middelweg. Dit is tezamen met een begeleider.

Frequentie

Wekelijks vindt er een bewonersvergadering plaats, behalve voor de Middelweg. Daar is dit maandelijks. De vergaderingen van Huis Haren, de Villa en de Middelweg, zijn gescheiden van elkaar.

Voorbereiding

In het logboek van Huis Haren, Villa, Middelweg, kunnen begeleiders agendapunten van cliënten noteren.

Daarnaast wordt er tijdens de teamvergaderingen nagegaan of de teamleden agendapunten hebben voor de volgende bewonersvergadering. Agendapunten worden genoteerd in het 'verslag bewonersvergadering' (voor de Villa) en in het logboek (voor Huis Haren, Middelweg).



Agenda

Vaste agendapunten zijn: het overlopen van de weekstructuur, het kiezen van de weekendmenu, de verdeling van een aantal taken en het maken van afspraken.

Moderator

Een begeleider of een stagiair modereert de cliëntenvergadering.

Verslag

De begeleider of een stagiair maakt het verslag van de bewonersvergadering.

Als er slechts één begeleider aanwezig is, maakt de moderator ook het verslag.

Bespreking met de teamleden

De begeleider neemt punten die met de teamleden besproken moeten worden op in de eerstvolgende teamvergadering van Vevi.

Follow-up van de agendapunten

Afspraken die tijdens een bewonersvergadering worden gemaakt, worden door de begeleiders in het logboek ingevuld.

COLLECTIEF OVERLEG MET DE FLORI CLIËNTEN

Door de specifieke ontwikkelings- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten in Flori is het moeilijk om daar collectieve inspraakmomenten te organiseren. In plaats daarvan wordt op individueel niveau in interactie gegaan met de cliënt en hun netwerk en wordt ingezet op collectieve inspraak via een Collectief Overlegorgaan.

HET AFHANDELEN VAN SUGGESTIES, OPMERKINGEN EN KLACHTEN VAN DE CLIËNTEN/VERTEGENWOORDIGERS/BELANGRIJK BETROKKEN DERDEN

INLEIDING

De klachtenprocedure beschrijft hoe de Suggesties, Opmerkingen en Klachten (SOK) van de cliënten/hun vertegenwoordigers/belangrijk betrokken derden worden ontvangen, onderzocht en afgehandeld. Zij kunnen via de klachtenprocedure hun ontevredenheid en ongenoegens uiten, maar tevens voorstellen tot verbetering formuleren.



Het doel van de procedure is het efficiënt en effectief afhandelen van een SOK. Het zorgt voor betrokkenheid en participatie van cliënten/hun vertegenwoordigers/belangrijk betrokken derde(n).

SOK's kunnen een leermoment zijn om de werking bij te sturen.

Een klacht is een uiting van ontevredenheid over de werking van Nido vzw, die door een cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derden wordt gegeven, met de verwachting dit te verhelpen.

Bij een suggestie of opmerking is er niet noodzakelijk een gevoel van ontevredenheid aanwezig. Toch behandelen we binnen de klachtenprocedure de suggesties/opmerkingen, die ons oproepen om de bestaande werking te evalueren en/of te verbeteren.

DE MONDELINGE KLACHTENBEHANDELING

Formulering van de SOK

Cliënten/hun vertegenwoordigers/belangrijk betrokken derde(n) kunnen hun SOK meedelen aan elk personeelslid. Mondelinge SOK's worden telefonisch of in een gesprek met een medewerker gemeld. Mails of schriftelijke berichten worden als mondelinge klacht behandeld, indien zij niet aan de directeur gericht zijn.

Van ieder personeelslid wordt verwacht dat die de SOK van de indiener ernstig neemt. Elk personeelslid heeft de verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat elke ontvangen SOK op het 'formulier SOK' wordt geregistreerd. Er zijn twee mogelijkheden:

- Hij noteert dit zelf op het formulier SOK van zijn afdeling.
- Hij brengt het personeelslid dat verantwoordelijk is voor de materie waarop de SOK betrekking heeft, op de hoogte van de ontvangen SOK, die dit registreert op het formulier SOK.

In vergelijking met klachten zullen suggesties en opmerkingen minder formeel worden geuit. Daarom filteren we wat moet behandeld worden binnen de procedure. Criteria hierbij zijn:

- Onderliggend vermoeden van ontevredenheid,
- De mogelijkheid van een verbetering van de individuele of algemene dienstverlening.

Behandeling van de SOK

Stap 1: Onmiddellijke behandeling van de SOK

In eerste instantie zal het personeelslid die de SOK ontvangt, proberen deze af te handelen. Indien de indiener van de SOK tevreden is met de oplossing kan de SOK worden afgesloten.

Als dit niet het geval is, meldt men de indiener dat de SOK zal worden besproken op het team of met het betrokken personeelslid, verantwoordelijk voor de materie.



Stap 2: Indien er nog geen oplossing is of de indiener niet tevreden is met de behandeling.

In de **afdelingen** agendeert men de SOK op de eerstvolgende teamvergadering. Men zoekt samen naar een passende oplossing en indien nodig stelt men een corrigerende maatregel op. De bespreking en de voorgestelde oplossing wordt opgenomen in het 'teamverslag'. Eveneens wordt er afgesproken hoe er wordt teruggekoppeld en wie dit zal doen. Dit wordt geregistreerd op het formulier SOK.

SOK's over de **administratie/sociale dienst/busrondes** worden door de medewerker die verantwoordelijk is voor de materie waarop de SOK betrekking heeft, besproken met de indiener. Samen zoekt men naar een oplossing. De bespreking wordt bondig opgenomen op het formulier SOK.

SOK's over de **directeur** worden in eerste instantie met de directeur besproken. Samen zoekt men naar een oplossing. De bespreking wordt bondig opgenomen op het formulier SOK.

De SOK's worden ten laatste afgehandeld en schriftelijk gecommuniceerd binnen de dertig dagen na het indienen ervan.

DE SCHRIFTELIJKE KLACHTENBEHANDELING

Schriftelijke klacht gericht aan de directeur

Indien de behandeling van de mondelinge SOK geen voldoening biedt aan de indiener of indien men onmiddellijk een schriftelijke klacht wil indienen, schrijft men een brief of mailt men naar de directeur.

Klachten kunnen steeds ingetrokken worden.

Klachten gericht aan de directeur worden verstuurd naar:

Nido vzw
T.a.v. de directeur
Verdunstraat 521/2
1130 Brussel
mieke.craeymeersch@nidovzw.be

De directeur noteert de klacht in het 'klachtenregister'.

De directeur is eindverantwoordelijke voor de verdere afhandeling van de klacht.

Hij neemt binnen de week contact op met de indiener en nodigt hem uit voor een gesprek. Hij hoort alle betrokkenen.

Na de gesprekken maakt de directeur een 'verslag bespreking schriftelijke klacht'.



Ten laatste binnen de dertig dagen na het indienen van de klacht, brengt hij de indiener en de betrokkenen schriftelijk op de hoogte van het gevolg dat aan de klacht zal worden gegeven. Indien de klacht gegrond bevonden wordt, geeft hij schriftelijk antwoord binnen de 30 dagen.

Schriftelijke klachten over de directeur worden gericht aan de voorzitter van de Bestuursraad.

Nido vzw
T.a.v. de voorzitter
Verdunstraat 521/2
1130 Brussel
piet.coenen214@gmail.com

De voorzitter agendeert de klacht op de eerstvolgende Bestuursraad. Zij bespreken en behandelen de klacht. De bespreking wordt opgenomen in het 'verslag van de Bestuursraad'. De klacht wordt genoteerd in het klachtenregister.

Ten laatste binnen de dertig dagen na het indienen van de klacht, brengt de voorzitter de indiener en de betrokkenen schriftelijk op de hoogte van het gevolg dat aan de klacht zal worden gegeven. Net als hierboven beschreven geeft de voorzitter een antwoord binnen de 30 dagen als de klacht gegrond bevonden wordt.

Schriftelijke klacht gericht aan de interne klachtencommissie

Is de indiener van de klacht nog niet tevreden, dan kan hij zich schriftelijk wenden tot de interne klachtencommissie.

De klachten voor de interne klachtencommissie worden verstuurd naar:

Nido vzw
T.a.v. de interne klachtencommissie
Verdunstraat 521/2
1130 Brussel
andre.dewallef@skynet.be

De interne klachtencommissie bestaat uit:

- Vertegenwoordigers van de inrichtende macht.
- Vertegenwoordigers aangesteld door de collectieve overlegorganen.

De samenstelling van de interne klachtencommissie wordt in bijlage toegevoegd aan dit charter.

De leden van de interne klachtencommissie horen alle betrokkenen en trachten deze te verzoenen.

Indien de klacht betrekking heeft op het beëindigen van de hulpverlening, wordt de klachtencommissie uitgebreid met een onafhankelijke derde.



De indiener van de klacht kan zich laten bijstaan door een derde.

De interne klachtencommissie deelt binnen de dertig dagen de 'beslissing van de interne klachtencommissie' schriftelijk mee aan de indiener en aan de directeur.

Als de leden het niet eens zijn, worden de verschillende standpunten meegedeeld.

Schriftelijke klacht gericht aan het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)

Indien de indiener van de klacht nog niet tevreden is, of indien een cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) vindt dat het Huishoudelijk Reglement van de Collectieve Overlegorganen wordt overtreden, kan hij een schriftelijke klacht indienen bij de leidend ambtenaar van het VAPH.

De Collectieve Overlegorganen kunnen klachten over hetzelfde onderwerp van meer dan één cliënt rechtstreeks indienen bij de leidend ambtenaar.

De klachten voor het VAPH worden verstuurd naar:

VAPH
T.a.v. het klachtenteam
Koning Albert II-laan 15 bus 320
1210 Brussel
klachten@vaph.be
02 249 35 00

Klachten met betrekking tot de beëindiging van de dienstverlening

Wanneer de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) niet akkoord gaat met de beëindiging van de ondersteuning, kunnen zij een betwisting binnen de dertig dagen schriftelijk richten aan de interne klachtencommissie van Nido vzw. De klachten voor de interne klachtencommissie worden verstuurd naar:

Nido vzw
T.a.v. de interne klachtencommissie
Verdunstraat 521/2
1130 Brussel
andre.dewallef@skynet.be

De interne klachtencommissie bestaat in dat geval uit:

- Vertegenwoordigers van de inrichtende macht,
- Vertegenwoordigers aangesteld door de Collectieve Overlegorganen,
- Uitgebreid met een onafhankelijke derde:
 - Laurence Degreef



- o 0479 55 52 91
- o Laurence.degrees@wzc.annuntiaten.be

De leden van de interne klachtencommissie horen alle betrokkenen en trachten deze te verzoenen.

De indiener van de klacht kan zich laten bijstaan door een derde.

De interne klachtencommissie deelt binnen de dertig dagen de 'beslissing van de interne klachtencommissie' schriftelijk mee aan de indiener en aan de directeur.

Indien de leden het niet eens zijn, worden de verschillende standpunten meegedeeld. Het resultaat van de bemiddeling wordt opgenomen in de Individuele Dienstverleningsovereenkomst (IDO).

Gedurende de bemiddelingsprocedure wordt de opzegtermijn opgeschort.

HET VOORKOMEN, DETECTEREN VAN EN AANGEPAST REAGEREN OP (SEKSUEEL) GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG TEN AANZIEN VAN CLIËNTEN, PERSONEEL & DERDEN

TOEPASSINGSGEBIED

Deze procedure beschrijft de aanpak van (Seksueel) Grensoverschrijdend Gedrag ((S)GOG) dat uitgaat van of gericht is naar cliënten/personeel/derden in Nido. De richtlijnen dienen opgevolgd, nageleefd en gekend te zijn door alle betrokkenen.

DEFINITIE

(Seksueel) Grensoverschrijdend Gedrag ((S)GOG) is volgens het besluit van de Vlaamse Regering "gedrag of interacties waarbij de fysieke, psychische, seksuele of economische integriteit van een persoon ernstig geschonden wordt. Het gaat daarbij om situaties waarin het gedrag duidelijk buiten de grenzen van de aanvaardbare omgang valt, en waarbij de betrokkene schade ondervindt of ernstig risico loopt".

(S)GOG kan zowel actief zijn (iemand iets aandoen) als passief (iemand de nodige aandacht en ondersteuning onttrekken). Het kan opzettelijk zijn met als doel iemand te kwetsen, boos te maken of uit te buiten. Het kunnen onopzettelijke handelingen zijn die ervaren worden als negatief, ongewenst, gedwongen of die ernstige gevolgen hebben voor het slachtoffer. Het kan zich richten tot de andere of op zichzelf.



VISIE

Nido vzw neemt de nodige maatregelen om de integriteit van cliënten/ personeel/derden te waarborgen. Wij hechten belang aan het creëren van een veilig klimaat voor iedereen die in één van de afdelingen van Nido vzw komt. Dit is enkel mogelijk als cliënten/personeel/derden permanent waakzaam zijn voor (S)GOG en inspanningen leveren om het te voorkomen.

Wij nemen het risico op (S)GOG ernstig. In de dagelijkse werking is er aandacht voor preventieve maatregelen, het hanteren van grenzen en het signaleren van onveilige en onrustwekkende gebeurtenissen.

- Wij staan voor een open communicatie met alle betrokkenen vertrekkend vanuit een houding van vertrouwen en inleving.
- Wij zijn van mening dat elk gedrag betekenisvol is, een functie draagt en van daaruit de nodige aandacht verdient.
- We houden rekening met de achtergrond en de hulpverleningscontext van de cliënt.
- Vorming en opleiding van cliënten en personeel/derden hebben als doel hun bewustzijn rond (S)GOG te vergroten, het te voorkomen, er gepast op te reageren en het degelijk op te volgen.
- Nido vzw streeft naar een herstelbeleid, waarbij de opvang, nazorg en het herstel van cliënten en personeel/derden, vaste waarden zijn.

ACTIES OM (SEKSUEEL) GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG T.A.V. CLIËNTEN, PERSONEEL & DERDEN TE VOORKOMEN

Op verschillende manieren proberen we te voorkomen dat cliënten/personeel/derden slachtoffer of dader worden van (S)GOG.

Dagelijkse follow-up en plan van aanpak

Begeleiders/opvoeders noteren regelmatig hun observaties, vragen, bevindingen m.b.t. de cliënten in het dagboek. De ortho-agoog en medewerkers van de respectievelijke afdeling lezen dit dagboek regelmatig na. Zo weten zij welk gedrag zij van nabij moeten opvolgen.

Gedrag/observaties die extra aandacht/zorg behoeven worden besproken op teamvergaderingen. Indien nodig kan een plan van aanpak worden uitgewerkt met bijvoorbeeld:

- Afspraken voor de cliënt of de groep
- Gerichte gesprekken met de cliënt/hun netwerk/anderen
- Extra info die wordt ingewonnen
- Het wisselen van kamers of atelier
- ...

Het Handelingsplan

Via het Handelingsplan van de cliënt wordt gewerkt aan het ondersteunen van zijn kwaliteit van leven over de verschillende levensdomeinen. Indien nodig worden werkpunten ingelast voor het



verhogen van de weerbaarheid, het verbeteren van sociale vaardigheden, het verbeteren van zelfbeheersing, de relationele en seksuele ontwikkeling, enz.

Alle begeleiders/opvoeders zijn verantwoordelijk voor de follow-up en implementatie van deze ondersteuning.

Stimuleren van open communicatie

Cliënten/hun vertegenwoordigers/belangrijk betrokken derde(n) worden aangemoedigd om over hun vragen, wensen en ervaringen te spreken. Elke begeleider/opvoeder is alert voor vragen van cliënten/hun vertegenwoordigers/belangrijk betrokken derden. De begeleiders/opvoeders proberen ook non-verbale signalen van cliënten op te vangen om een gesprek op te starten.

Vragen van cliënten/hun vertegenwoordigers/belangrijk betrokken derde(n) worden in een open sfeer beantwoord en meegenomen naar de teamvergadering, indien nodig.

Medewerkers gebruiken begrijpelijk taal en ondersteuningsmiddelen op maat (zoals picto's) om het gesprek aan te gaan. Indien nodig kunnen zij gebruik maken van educatief materiaal dat werd ontwikkeld door experts om het gesprek te vergemakkelijken. De verschillende teamleden en de ortho-agoog zorgen dat deze ondersteuningsmiddelen en educatieve materialen regelmatig worden aangevuld.

Aanbieden van vormingen

Voor de cliënten:

In de verschillende afdelingen kunnen vormingen rond relaties en seksualiteit of rond omgaan met stress en conflicten georganiseerd worden. Er wordt ingespeeld op vragen en noden die de begeleiders/opvoeders ontvangen van de cliënten/hun vertegenwoordigers/belangrijk betrokken derde(n).

Voor het personeel:

Personeelsleden kunnen een aanvraag indienen bij de ortho of directeur om zich bij te scholen op vlak van (S)GOG. Verworven expertise van personeelsleden worden in team gedeeld of wordt in een interne vorming aangeboden.

De organisatie nodigt daarnaast externe experts uit om vormingen op teamniveau te organiseren rond de thema's geweldloze communicatie, conflictbeheersing, seksualiteit en intimiteitszorg.

Op casusniveau wordt beroep gedaan op externe experts om de juiste begeleiding van een cliënt en hun context te bepalen.

Informeren en sensibiliseren van de cliënten

Tijdens de individuele contacten of groepsmomenten wordt regelmatig stilgestaan bij agressie en Grensoverschrijdend Gedrag. Dat kan gebeuren naar aanleiding van een specifiek incident of



eerder kaderen in bijvoorbeeld een projectweek. De inhoud van de gesprekken of activiteiten varieert van preventie tot wat een cliënt kan doen als die slachtoffer of getuige is van (S)GOG.

De begeleiders/opvoeders zorgen ervoor dat de communicatie afgestemd wordt op maat van de cliënten.

DETECTEREN VAN (EEN VERMOEDEN VAN) GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG T.A.V. CLIËNTEN, PERSONEEL & DERDEN

Ook al ondernemen we acties om (S)GOG te voorkomen, het kan niet altijd vermeden worden. Elke medewerker is alert voor gebeurtenissen die kunnen wijzen op (S)GOG en is verplicht dit te melden. Cliënten en derden die getuige zijn van (S)GOG worden gevraagd om dit onmiddellijk te melden aan één van de medewerkers. Het team doet wat mogelijk is om dit gedrag onmiddellijk te stoppen volgens de richtlijnen van de organisatie.

Het (vermoeden van) (S)GOG wordt binnen de 24 uur via het juiste kanaal geregistreerd (zie hieronder) door een medewerker.

Als het (S)GOG uitgaat van personeel/derden worden de directeur en de kwaliteitscoördinator op de hoogte gebracht.

Als het (S)GOG uitgaat van de directeur wordt de voorzitter van de Bestuursraad op de hoogte gebracht.

De hieronder beschreven procedure wordt gevolgd bij zowel feitelijk vastgesteld als een vermoeden van (S)GOG. In het geval van een vermoeden dat nog niet feitelijk is vastgesteld, doen de teamleden of beleidsmedewerkers parallel met ondergenoemde stappen de nodige inspanningen om dit vermoeden feitelijk te onderbouwen of weerleggen. De opvolging wordt bijgestuurd op basis van het resultaat van deze oefening.

AANGEPAST REAGEREN OP (SEKSUEEL) GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG T.A.V. CLIËNTEN, PERSONEEL & DERDEN

Inschatten van de melding

De ernst wordt ingeschat met een afwegingskader

De inschatting van de ernst van het (S)GOG gebeurt op basis van een afwegingskader dat Nido vzw ontwikkelde volgens het Grenswijs model.

Dit kader schaaft de ernst in op 9 terreinen:

- Fysieke impact (letsel, ziekte, overlijden).
- Psychische/emotionele impact.
- Materiële impact (schade aan objecten).
- Organisatorische impact (impact op de werking van de afdeling/organisatie).



- Toestemming (de mate waarin de verschillende partijen hun akkoord (kunnen) geven voor het gedrag).
- Gelijkwaardigheid (of verschillen in leeftijd, status, aantal, fysieke kracht, macht het geven van deze toestemming bemoeilijken).
- Vrijwilligheid (of dwang, misleiding, druk, geheimhouding het geven van de toestemming beïnvloeden).
- Het functioneringsniveau (of het gedrag in overeenstemming is met het ontwikkelingsniveau van de betrokkenen; of alle betrokkenen bij volle besef, competent en bekwaam zijn om acceptabel gedrag te stellen).
- Context (of het gedrag acceptabel is binnen de context en de privacy respecteert).

De ernst wordt in vier gradaties ingeschat:

- Code groen: Misschien werd het gedrag door één van de betrokkenen (incl. getuigen) op een bepaald moment als onaangenaam of risicovol gevoeld. Maar een grondige inschaling op de 9 terreinen levert op dat het niet problematisch is voor de verschillende betrokken partijen.
- Code geel: De medewerkers schatten in dat op één of meer van de terreinen problematisch gedrag werd gesteld. Dit gedrag kan wel eenvoudig en snel door de betrokkenen en begeleider(s) geremedieerd worden. Als het over seksueel GOG gaat, is het onduidelijk of er wederzijds toestemming is, maar is er geen duidelijke afwijzing en/of er zijn geen machtsverschillen, druk of bedreiging in het geding.
- Code rood: Er is vaak hulp van buiten de standaardwerking (collega's die een andere groep begeleiden, medewerkers van het beleidsteam) of externe hulp (een arts) nodig om het incident op te lossen en de nodige zorg te verlenen. Deze extra ondersteuning of zorg kan wel snel (binnen de dag) worden afgebouwd. Het normaal functioneren (na de toediening van de eerste zorgen) van de betrokkenen is moeilijk, maar niet onmogelijk. Als het over SGOG gaat, is er wel duidelijk sprake van afwijzing en/of ongelijkwaardigheid, bedreigingen of dwang, gebrek aan privacy of handelingen die niet passen bij de ontwikkelingsleeftijd en/of context.
- Code zwart: Hier is langdurige negatieve impact op fysiek/emotioneel en/of materieel niveau. Vaak is externe hulp (van hulpdiensten) en langdurige nazorg nodig. De continuïteit van de zorg en begeleiding in de afdeling en/of organisatie komt in het gedrang. In het geval van SGOG zijn er duidelijk en/of herhaaldelijk problemen op het vlak van toestemming, gelijkwaardigheid, vrijwilligheid, functioneringsniveau en/of context.

Kans op herhaling of recidive kan als extra verzwarende factor gebruikt worden om een bepaald (S)GOG één code hoger in te schalen. Er wordt dan wel duidelijk vermeld dat de kans op recidive hier als verzwarende factor in rekening is genomen.

De inschatting gebeurt in twee fasen

- Een eerste inschatting gebeurt door de medewerker die getuige/slachtoffer/(pleger) is van het (S)GOG en/of door de medewerker die door cliënten/personeel/derden melding kreeg van het (S)GOG. Als deze medewerker het incident inschat als groen, volstaat het dat de medewerker de nodige nazorg toedient aan de betrokkenen en het incident in hun dagboeken opschrijft; als de medewerker inschat dat het gedrag een andere code moet krijgen, dient hij ook weer de nodige nazorg toe, maar vult daarnaast zo snel en volledig mogelijk een elektronisch



registratieformulier in. Dit formulier is toegankelijk voor de begeleiders, de maatschappelijk werker en de ortho-agoog van de afdeling, de kwaliteitscoördinator en de directeur. Zij kunnen zo het incident mee opvolgen en extra nazorg voorstellen.

Als de medewerker die het incident registreert, inschat dat het om een incident code zwart zou kunnen gaan, brengt die ook meteen een medewerker van het beleidsteam op de hoogte. Deze kunnen dan de medewerker en het betrokken team bijstaan in het bepalen en organiseren van de nodige nazorg/opvolging aan het slachtoffer, de dader en andere betrokkenen.

Zij stellen samen een actieplan op om het netwerk van de betrokkenen op de hoogte te stellen. In het registratieformulier wordt opgevolgd welke stappen uit dit actieplan al gezet werden en door wie.

Als de beleidsmedewerker het incident ook inschat als een zwart incident, wordt dit incident meteen (binnen 1 werkdag) doorgegeven aan het VAPH zodat zij kunnen beslissen het incident mee op te volgen.

- Elke registratie wordt vervolgens besproken op het eerstvolgende teamoverleg van de betrokken afdeling. Het team zal:
 - Het gedrag van de verschillende betrokkenen precies omschrijven.
 - Bij vermoeden nagaan of het al dan niet gegrond is.
 - De oorzaken of motieven proberen verhelderen.
 - De gevolgen proberen inschatten.
 - De reeds geleverde opvolging en nazorg evalueren.
 - Een stappenplan voor de verdere nazorg en opvolging bepalen.

Het team bepaalt en argumenteert daarnaast welke definitieve inschaling zij geeft aan het incident. Als zij het incident:

- Rood coderen wordt het incident binnen de 30 dagen na de eerste registratie elektronisch gemeld aan VAPH. De vertegenwoordigers van de betrokken cliënten worden, voor zover dat nog niet gebeurde, op de hoogte gesteld. Bij die melding wordt de anonimiteit van de andere betrokkenen wel gerespecteerd.
- Zwart coderen wordt, als dat nog niet is gebeurd, binnen de werkdag het VAPH elektronisch op de hoogte gesteld van het incident. De vertegenwoordigers van de betrokken cliënten worden, voor zover dat nog niet gebeurde, op de hoogte gesteld.

De bespreking van de registraties wordt opgenomen in het 'teamverslag' en in het dagboek van de betrokkenen.

De directeur informeert de voorzitter van de Bestuursraad over de meldingen aan het VAPH.



Ondersteuning en nazorg

De afspraken in verband met opvang, begeleiding en nazorg, worden opgevolgd door het team en de ortho van de betrokken afdeling, en door de directie of de bestuursraad als het (S)GOG werd gesteld door een medewerker of een derde.

Indien nodig kunnen externe diensten ingeschakeld worden. Naargelang de situatie kan er ondersteuning ingeschakeld worden voor het netwerk van de dader/slachtoffer of het team. Alle stappen worden genomen in overleg met het team, de directie of de Bestuursraad.

Als er herstel is bij zowel slachtoffer, getuigen als dader en als de situatie is uitgeklaard en opgelost, wordt de melding afgesloten.

(S)GOG gesteld door personeel/derde wordt besproken met de Bestuursraad

Bij (S)GOG gepleegd door een personeelslid/derde die in opdracht van Nido vzw handelt, wordt meteen de directeur of de voorzitter (als het gedrag gesteld werd door de directeur) op de hoogte gebracht. Als die het incident inschatten als codes rood of zwart wordt het incident zo vlug mogelijk besproken met de voorzitter van de Bestuursraad. Op dit overleg bespreekt men welke stappen er gezet moeten worden en wie deze stappen zet.

Hoofdstuk "8.2 Dringende Reden" van het Arbeidsreglement bepaalt dat fysiek geweld en zedenfeiten redenen zijn om de professionele samenwerking onmiddellijk en definitief stop te zetten. Hoofdstukken 7.3 en 7.4 van het Arbeidsreglement beschrijven de procedures en mogelijkheden tot beroep voor een opgelegde sanctie.

BIJKOMENDE ACTIES VOOR HET VOORKOMEN, DETECTEREN EN AANGEPAST REAGEREN OP (SEKSUEEL) GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG T.A.V. PERSONEEL

Voorkomen van (Seksueel) Grensoverschrijdend Gedrag t.a.v. personeel

Onder hoofding 9.3 van het arbeidsreglement wordt de beginselverklaring in verband met geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag vermeld.

"De werkgever, de werknemers en alle andere personen die in contact komen met de werknemers bij de uitvoering van hun werk, zijn ertoe gehouden zich te onthouden van iedere daad van geweld, pesterijen of van ongewenst seksueel gedrag op het werk. Pesterijen, geweld of ongewenst seksueel gedrag maken integraal onderdeel uit van de psychosociale risico's. Daartoe moeten de werknemers vooral, overeenkomstig hun opleiding en de door de werkgever gegeven instructies op positieve wijze bijdragen tot het preventiebeleid dat wordt tot stand gebracht in het kader van de preventie van psychosociale risico's".

Onder preventiemaatregelen staat:

"De werkgever richt de arbeidsplaatsen zodanig in dat psychosociale risico's optimaal worden voorkomen. Ook bij de organisatie van het werk wordt hier de nodige aandacht aan besteed. De



werkgever houdt in het bijzonder rekening met situaties die aanleiding kunnen geven tot stress of burn-out veroorzaakt door het werk of tot schade aan de gezondheid, die voortvloeit uit psychosociale risico's verbonden aan het werk of uit geweld, pesterijen of ongewenst seksueel gedrag op het werk. De werkgever neemt passende preventiemaatregelen, en de werknemers worden behoorlijk voorgelicht en opgeleid in het kader van de preventie van psychosociale risico's, waarvan de bestrijding van geweld, pesterijen of van ongewenst seksueel gedrag op het werk, integraal onderdeel van uitmaken. De leden van het toezichthoudend personeel zijn verplicht om met de hen gegeven bevoegdheden en het gezag eigen aan hun functie het principe vermeld in rubriek beginselverklaring daadwerkelijk te doen naleven.”.

Detecteren van (Seksueel) Grensoverschrijdend Gedrag t.a.v. personeel

Alle vormen van (S)GOG t.a.v. personeel worden geregistreerd op het elektronisch registratieformulier (S)GOG. Op die manier wordt er een analyse gemaakt van mogelijks wederkerend gedrag.

Aangepast reageren op (Seksueel) Grensoverschrijdend Gedrag t.a.v. personeel

In eerste instantie zal de zorg voor het slachtoffer en de aanpak naar de dader gebeuren door de teamleden of collega's.

Het slachtoffer van (S)GOG of een getuige (van een vermoeden) van (S)GOG kan hulp en raadgevingen bekomen bij de preventieadviseur psychosociale aspecten. Hij of zij kan zich ook richten tot de vertrouwenspersoon. Bovendien kan hij of zij aan de vertrouwenspersoon vragen om het incident op te laten nemen in het "Register Feiten van Derden".

Het slachtoffer kan daarnaast de bijkomende interventies vragen die worden beschreven onder het hoofdstuk "Personen en instanties tot wie men zich kan wenden in geval van geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk" van het Arbeidsreglement.

DE VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN (VBM)

INLEIDING

In Nido vzw beogen we dat cliënten zelf hun leven richting en inhoud kunnen geven. Om de kwaliteit van leven van de cliënten te kunnen waarborgen, is het daarnaast soms nodig om te begrenzen. Regels en afspraken zijn één manier om het gedrag van onze cliënten te begrenzen. Maar soms moet daarnaast ook gebruik worden gemaakt van "Vrijheidsbeperkende Maatregelen (VBM)". De Vrijheidsbeperkende Maatregelen hebben altijd als doel de cliënt te ondersteunen. Ze vertrekken vanuit een positieve houding tegenover de cliënt. Het is nooit een strafmaatregel. Er wordt zorgvuldig afgewogen of de maatregel zinvol is en of er geen alternatieven zijn.

DEFINITIE

Met Vrijheidsbeperkende Maatregelen bedoelen wij "alle maatregelen die een beperking van de keuzevrijheid of de bewegingsvrijheid of contact met de buitenwereld van de gebruiker inhouden".



Voorbeelden van Vrijheidsbeperkende Maatregelen zijn:

- Een voordeur of toegangspoort die op slot is waardoor de cliënten het gebouw of domein niet zelfstandig kunnen verlaten.
- Slotjes op kasten of koelkasten waardoor cliënten zich niet zelfstandig toegang kunnen verschaffen tot de inhoud.
- Hekjes, poortjes of markeringen die de bewegingsruimte van een cliënt binnen een grotere aanééngesloten ruimte beperken.
- Beperkingen van toegang tot een telefoon, tablet of bepaalde applicaties daarop waardoor het contact van de cliënt met de buitenwereld beperkt wordt.
- Camerabewaking die de privacy van de cliënt beperkt.
- Harnassen en tuigjes die de bewegingsruimte van de cliënt beperken.
- Gedrag regulerende medicatie die de handelingsautonomie beperken.

Vrijheidsbeperkende Maatregelen worden vaak gegroepeerd in grotere categorieën. Hieronder worden deze opgelijst met de definitie die in het Besluit van de Vlaamse Regering is opgenomen.

Afzondering: "Het verblijf van een persoon in een daartoe speciaal voorziene individuele afzonderingskamer, hetzij in een ander lokaal voor één persoon, welke de persoon niet zelfstandig kan verlaten". Deze maatregel wordt niet toegepast in Nido vzw.

Time-out: "Het verblijf van een persoon in een daartoe speciaal voorziene time-out ruimte, hetzij in een ander lokaal voor één persoon (bijvoorbeeld de eigen kamer), maar dewelke de persoon zelfstandig kan verlaten". Deze maatregel verschilt dus van afzondering doordat de cliënt de maatregel op elk moment zelfstandig kan beëindigen.

Compartmentering: "Maatregelen waarbij een persoon wordt afgeschermd binnen een specifiek, afgebakend deel van een grotere ruimte. De cliënt kan deze ruimte niet op eigen initiatief verlaten." Het verschil met afzondering is dat de client niet in een afzonderlijke ruimte wordt gezet, maar in een grotere aanééngesloten ruimte beperkt wordt in hun bewegingsruimte.

Fixatie: "Elke handeling of elk gebruik van materiaal of medicatie die de bewegingsvrijheid van een persoon beperkt, verhindert of belemmert, waarbij de persoon niet zelfstandig zijn bewegingsvrijheid kan herwinnen". Er zijn 3 vormen van fixatie:

- Fysieke interventie: "fixatie door middel van een interventie waarbij de zorggebruiker door één of meerdere zorgverleners/begeleiders op een fysieke wijze vastgehouden of geïmmobiliseerd wordt of waarbij de zorggebruiker op een fysiek gecontroleerde wijze verplaatst wordt of zich laat verplaatsen. "
- Mechanische fixatie: "fixatie door middel van het aanwenden van mechanische hulpmiddelen bevestigd aan of in de directe omgeving van de persoon, welke niet zelfstandig door de zorggebruiker kan verwijderd worden. "
- Medicamenteuze fixatie: "fixatie door middel van het acuut en chronisch gebruik van medicatie."



DOELEINDEN VAN EEN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGEL

Vrijheidsbeperkende Maatregelen kunnen worden ingezet met 3 doeleinden:

- Om kansen te bevorderen.

Dit zijn beperkingen op de keuze-of bewegingsvrijheid van de cliënt om paradoxaal genoeg deze vrijheid te verhogen.

- bv. een rolstoel bij cliënten die nog zelfstandig kunnen stappen. Deze maatregel kan bij deze cliënten ingezet worden om grotere afstanden te kunnen afleggen dan mogelijk zijn zonder het inzetten van deze maatregel.

- Om een gevaar te voorkomen of om te de-escaleren.

Dit zijn maatregelen die ingezet worden op een moment dat een situatie nog beheersbaar is en het nog mogelijk is om instemming te zoeken/in communicatie te gaan met de cliënt (of hun vertegenwoordiger) om uit te leggen waarom een maatregel wordt genomen.

- Bv. een poort of deur sluiten om dwaal-of vluchtgedrag te beperken.
- Het gebruik van telefoon of computer beperken om de mentale rust van de cliënt te waarborgen.
- Verzwaringsskussens, bedsponden, harnassen, ... gebruiken als valpreventie.
- Een cliënt verzoeken om gedrag regulerende medicatie te nemen om te voorkomen dat hun gedrag verder ontspoot.

- Om in te grijpen bij acuut en ernstig gevaar.

In dit geval is de cliënt niet langer in staat om hun gedrag zelfstandig terug te brengen tot veilig of acceptabel gedrag. In zulke gevallen kan het nodig zijn dat de begeleiders handelingen stellen zonder de instemming van de cliënt of hun vertegenwoordiger.

Onze dagelijkse begeleiding is erop gericht dit soort situaties tot een minimum te beperken. Deze interventies worden sterk gereguleerd en de inzet ervan wordt zo snel mogelijk daarna met de cliënt, hun vertegenwoordiger en het team geëvalueerd.

- Een cliënt die in holding (een vorm van fixatie) wordt genomen om tot rust te komen als die gedrag stelt dat gevaarlijk is voor zichzelf of hun omgeving.
- Een cliënt die voor een time-out naar hun kamer wordt gestuurd zodat die terug rustig kan worden na het stellen van agressief of gevaarlijk gedrag.



UITGANGSPUNTEN VAN HET ONS BELEID ROND VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

Vrijheidsbeperkende Maatregelen worden weloverwogen ingezet

We streven ernaar om de inzet van Vrijheidsbeperkende Maatregelen tot een minimum te beperken. In functie daarvan:

- Zetten we in op preventie. We trachten in onze begeleiding de zelfregulatie van de cliënt optimaal te ondersteunen.
- Bevragen en benoemen wij in welke situaties het moeilijk is voor de cliënt om hun gedrag te reguleren.
 - We beschrijven deze situaties zo goed en volledig mogelijk
 - en proberen eerst interventies te benoemen die de vrijheid van de cliënt niet beperken.
- Eerst worden deze niet-vrijheidsbeperkende interventies gekozen.
- Als dit niet toepasbaar is of volstaat, wordt een VBM gekozen, maar daarbij kiezen we steeds het minst ingrijpende alternatief.
 - Bijvoorbeeld als het nodig is dat de bewegingsvrijheid van de cliënt wordt beperkt om zelfstandig/veilig te kunnen eten, dan wordt eerst overwogen of een verzwarkussen kan volstaan alvorens een speciale stoel of harnas te gebruiken.
- De VBM wordt ook proportioneel ingezet. Dat wil zeggen dat als het risico klein is, vermeden wordt om een ingrijpende VBM in te zetten.

Communicatie met de cliënt en hun context staat voorop

Voorafgaand, tijdens en na het inzetten van een Vrijheidsbeperkende Maatregel wordt zoveel mogelijk in gesprek gegaan met de cliënt en hun vertegenwoordigers en/of belangrijk betrokken derden. Dat houdt in:

Voor VBM'en die worden ingezet om kansen te bevorderen of om een gevaar te voorkomen of de-escaleren:

- Dat deze op voorhand worden besproken met de cliënt en hun vertegenwoordigers.
 - Bij het opstellen van een Handelingsplan voor nieuwe cliënten wordt met de cliënt en/of hun context gekeken of er situaties bestaan waarin naast niet-vrijheidsbeperkende ook vrijheidsbeperkende interventies mogen worden overwogen. Deze situaties en opties worden zo concreet mogelijk beschreven en opgenomen in een VBM-plan. Dit plan wordt ondertekend door de cliënt en/of hun vertegenwoordiger.
 - Bij cliënten die al een VBM-plan hebben, wordt jaarlijks overlopen welke interventies in welke situaties overwogen kunnen worden. Er wordt altijd naar gestreefd om deze maatregelen af te bouwen, pas in tweede instantie de lijst te bewaren en pas als het niet anders kan aan te vullen. Dit plan wordt jaarlijks ter bespreking en ondertekening voorgelegd aan de cliënt en/of hun vertegenwoordiger.
- Dat bij het toepassen van deze maatregelen altijd de instemming van de cliënt wordt gezocht.



- Bij maatregelen die heel regelmatig worden ingezet (bijvoorbeeld een speciale stoel om te eten) volstaat het om als dat de eerste keer gebeurt aan de cliënt te proberen uitleggen waarom dit gebeurt en hoe dat zal verlopen.
- Bij maatregelen die minder regelmatig worden ingezet (bijvoorbeeld een time-out om te voorkomen dat een situatie escaleert), is het wel belangrijk dat de begeleider uitlegt aan de cliënt waarom die een Vrijheidsbeperkende Maatregel wil inzetten. De begeleider probeert bovendien de instemming van de cliënt daarvoor te krijgen.
- Tijdens het inzetten van een VBM wordt erop toegezien dat de begeleiders en de cliënt constant met elkaar in contact kunnen treden. Als dat nodig is worden belletjes, parlofoons en/of camerabewaking ingezet om het auditief en visueel contact te bewaren.
- Bij VBM'en die slechts sporadisch worden ingezet, wordt geprobeerd om in te schatten hoe de cliënt deze maatregel heeft beleefd. Als hun vertegenwoordiger bij het opstellen van het VBM-plan heeft aangegeven dat die in deze gevallen op de hoogte wil worden gebracht, wordt dat ook gedaan. Relevante info uit deze nabespreking wordt gebruikt om het VBM-plan te vervolledigen.

Voor VBM'en die worden ingezet om in te grijpen bij acuut en ernstig gevaar:

- In deze gevallen is er meestal niet de tijd en de mogelijkheid om in gesprek te gaan met de cliënt en/of hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derden om instemming te krijgen voor het inzetten van de maatregel. In deze gevallen hebben ingrepen die al opgenomen zijn in het VBM-plan van de cliënt de voorkeur.
- Als dat niet het mogelijk is, kan een nieuwe ingreep toegepast worden op voorwaarde dat de begeleider duidelijk uitlegt welke ingreep dat is, hoe die zal verlopen en waarom die wordt ingezet.
- Bij het toepassen van deze maatregel worden de instructies nauwgezet opgevolgd. Er wordt ook een elektronisch registratieformulier ingevuld dat nauwgezet opvolgt hoe het gedrag van de cliënt evolueert voorafgaand, tijdens en na het inzetten van de maatregel.
- Tijdens het inzetten van een VBM wordt erop toegezien dat de begeleiders en de cliënt constant met elkaar in contact kunnen treden. Als dat nodig is worden belletjes, parlofoons en/of camerabewaking ingezet om het auditief en visueel contact te bewaren.
- Achteraf wordt als dat kan, met de cliënt in gesprek gegaan over hoe die de maatregel heeft beleefd. Er wordt sowieso met hun vertegenwoordiger gecommuniceerd over de maatregel. Informatie over dit gesprek wordt opgenomen in bovengenoemde registratie.

De inzet van Vrijheidsbeperkende Maatregelen wordt regelmatig geëvalueerd.

Het VBM-plan wordt minimum jaarlijks geëvalueerd.

- Het team en de ortho-agoog van de afdeling bespreken minimum jaarlijks het VBM-plan van elke cliënt.
- De effectiviteit van de maatregelen wordt daarbij kritisch bekeken. Steeds wordt er overwogen of een minder invasieve maatregel kan worden ingezet.
- Nadien wordt het (eventueel aangepast) VBM-plan ter bespreking en ondertekening voorgelegd aan de cliënt en/of hun vertegenwoordiger.



De registratie van een VBM die werd ingezet bij acuut en ernstig gevaar wordt besproken op het eerstkomende teamoverleg.

- Een begeleider die een VBM inzet bij ernstig en acuut gevaar moet dat zo snel mogelijk registreren in een elektronisch formulier dat is opgenomen in het dossier van de cliënt. Dit registratieformulier kan gelezen worden door alle begeleiders en de ortho-agoog van de desbetreffende afdeling.
- Op het eerstvolgende teamoverleg wordt de inzet van deze VBM besproken. Er wordt nagegaan
 - Of deze maatregel is ingezet volgens de daarvoor geldende procedure.
 - Of deze maatregel effectief is geweest om het gevaar af te wenden.
 - Of er andere minder invasieve maatregelen ingezet hadden kunnen worden.
- Het team bekijkt of het nodig is om het VBM-plan van de cliënt aan te passen met de lessen die werden getrokken tijdens deze analyse. Er kan besloten worden tot extra vorming of opleiding voor de begeleiders/het team of om andere preventieve maatregelen te treffen.

Afzondering en fixatie worden niet gelijktijdig ingezet

In Nido vzw worden afzondering en fixatie nooit tegelijkertijd ingezet.

INSTRUMENTEN OM VBM'EN TE BESPREKEN EN EVALUEREN

Het VBM-plan

Bij het opstellen van het VBM-plan van de cliënt worden de volgende stappen doorlopen:

Analyse van de situaties waarin een VBM wordt ingezet:

- **Gedrag:** Welk gedrag observeren we?
- **Antecedenten:** Wat gaat er aan het gedrag vooraf?
- **Gevolgen:** Wat volgt er op het gedrag?
- **Hypothesevorming** m.b.t. de oorzaak van het gedrag. Welke behoeften liggen aan de basis van het gestelde gedrag?
- Welk **doel** stellen we voorop?

Mogelijkheden zoeken:

- Welke (andere) maatregelen kunnen we toepassen om het vooropgestelde doel te bereiken?
- De verschillende mogelijkheden worden opgesteld.

Effecten inschatten:

- Welk effecten hebben de verschillende maatregelen?
- Beogen de maatregelen het vooropgestelde doel?
- Welke maatregel is het minst ingrijpend?
- De inschatting kan o.a. gebeuren a.d.h.v. de VBM-score (Vilans - 80 alternatieven voor meer vrijheid in de zorg)



- Welke maatregel werkt het meest preventief?
- Staan de maatregelen in redelijke verhouding met het vooropgestelde doel?

Keuze van een geschikte maatregel

- Voor de keuze van de juiste maatregel en de correcte toepassing ervan, kan eventueel ook het advies van een arts worden ingewonnen.

Het VBM-plan wordt jaarlijks ter bespreking en ondertekening voorgelegd aan de cliënt en/of hun vertegenwoordiger. Dit ondertekend exemplaar wordt als bijlage toegevoegd aan het Handelingsplan van de cliënt.

De VBM-registratie

De VBM-registratie die wordt ingevuld door een begeleider die een VBM moet inzetten bij acuut en ernstig gevaar beschrijft nauwgezet:

- Het gedrag dat voorafgaat aan het incident.
- De reactie van de cliënt op het initiatief/verzoek om een VBM in te zetten.
- De evolutie van het gedrag gedurende de inzet van de VBM. Bij een afzondering of fixatie wordt die evolutie minimum om het kwartier bijgehouden; bij een time-out is dat minimum om het half uur.
- Het gedrag na de inzet van de VBM. Hier wordt gefocust op info die nodig is om de effectiviteit van de VBM te kunnen inschatten.
- Info uit het nagesprek met de cliënt en/of hun vertegenwoordiger. Ook hier staat de info die belangrijk is om in te schatten of deze maatregel de juiste was en onder welke voorwaarden die herhaald kan worden, centraal.

PROCEDURES

Bij het toepassen van een VBM, wordt verwacht dat de begeleider de procedure van die maatregel goed volgt. Dat houdt bijvoorbeeld in:

- Dat tijdens de volledige inzet van de maatregel het visueel of auditief contact tussen de cliënt en de begeleiders constant bewaard blijft.
- Dat de evolutie van het gedrag bij een cliënt gedurende een time-out en (uitzonderlijke) fixatie wordt bijgehouden in het elektronisch registratieformulier in het dossier van de cliënt.
- Dat fixatie enkel mag toegepast worden als de begeleider correct is opgeleid of geïnstrueerd is hoe dit moet. Deze instructie kan het volgende inhouden:
 - Een opleiding over technieken zoals holding (een vorm van fixatie).
 - Instructie door de familie en/of artsen.
 - Instructie en/of opleiding door de constructeur van het fixatiemateriaal.

Deze richtlijnen worden samengevat in een fixatieplan per fixatiemateriaal.

- Dat het gebruik van gedrag regulerende medicatie enkel kan op instructie van een arts.



- De ortho-agoog bewaakt samen met het team dat de kennis over het correct toepassen van deze technieken voldoende aanwezig is en toegepast wordt.

PTV-TECHNIEKEN

Persoons-en Teamgerichte Veiligheidstechnieken (PTV-technieken) gebruiken direct lichamelijk contact om de bewegingsvrijheid van de cliënt te beperken of belemmeren in gevaarlijke situaties. Zij worden standaard niet ingedeeld onder de Vrijheidsbeperkende Maatregelen. Zij zijn korter van duur, hebben een eerder defensief karakter en worden zeer uitzonderlijk ingezet, vaak voorafgaand aan interventies (bijvoorbeeld een VBM) die de veiligheid van de cliënt en andere betrokkenen langer bewerkstelligen.

Enkel personeelsleden die gevormd zijn in deze technieken, mogen deze toepassen. Als deze technieken zijn ingezet, worden zij in detail beschreven in het elektronische registratieformulier van het (S)GOG-incident dat voorafgaat aan de inzet van de PTV-techniek. Bij de bespreking van dit incident wordt gekeken of deze technieken effectief zijn gebleken en of er alternatieven waren. In functie daarvan wordt er gekeken of het nodig is het team bijkomend te vormen in bijvoorbeeld PTV-technieken.

HET TOETSEN VAN DE TEVREDENHEID BIJ DE CLIËNTEN/HUN VERTEGENWOORDIGER/BELANGRIJK BETROKKEN DERDEN

PERMANENT OOG HEBBEN VOOR DE TEVREDENHEID

Bij cliënten

Via observaties en gesprekken met de cliënten krijgt het personeel zicht op hun tevredenheid.

Het permanent oog hebben voor de tevredenheid bij de cliënten gebeurt door de toepassing van procedure 4.6.5. Het afhandelen van suggesties, opmerkingen en klachten van de cliënten/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n)). Het is de taak van het personeel om cliënten te ondersteunen bij het formuleren van suggesties, opmerkingen en klachten.

In hun dagelijkse observaties zijn begeleiders/opvoeders alert voor de tevredenheid. Zij noteren dagelijks hun observaties, vragen en bevindingen m.b.t. de cliënten in het logboek van de cliënten. Notities uit het logboek vormen de basis voor de teambesprekingen.



Bij hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derden

Het permanent oog hebben voor de tevredenheid bij vertegenwoordigers/belangrijk betrokken derden gebeurt door de toepassing van procedure 4.6.5. Het afhandelen van suggesties, opmerkingen en klachten van de vertegenwoordigers/belangrijk betrokken derde(n)).

Via de communicatieschriften (Yora), de contactschriften (Ravi), de communicatiemappen (Vevi) of tijdens (in)formele en telefonische contacten krijgt het personeel zicht de op tevredenheid bij vertegenwoordigers/belangrijk betrokken derden.

PERIODIEKE EVALUATIE VAN DE TEVREDENHEID BIJ DE CLIËNTEN/HUN VERTEGENWOORDIGER/BELANGRIJK BETROKKEN DERDEN

Er wordt op drie manieren periodiek getoetst naar de tevredenheid bij de cliënten/hun vertegenwoordigers/belangrijk betrokken derde(n):

- Via de individuele dienstverleningsovereenkomst,
- Via de collectieve overlegmomenten,
- Via het tevredenheidsonderzoek onder cliënten/hun vertegenwoordigers/belangrijk betrokken derde(n).

Via de Individuele Dienstverleningsovereenkomst

De Individuele Dienstverleningsovereenkomst (IDO) is een overeenkomst tussen de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) en Nido vzw. De IDO geeft de ondersteuning weer die we bieden aan de cliënt.

De IDO wordt op maat van de cliënt opgesteld en samen met de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) overlopen.

Als de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) niet meer tevreden is over de geboden hulp, wordt er een nieuwe IDO opgesteld.

Via de Collectieve Overlegmomenten

Met de cliënten

Tijdens de collectieve overlegmomenten kunnen cliënten hun (on)tevredenheid uiten. In Yora gebeurt dit op de agenda-, picto- en koffiegroep die dagelijks doorgaat. In Ravi gebeurt dit op de maandelijkse kringgesprekken. De gesprekken gebeuren in twee groepen: de jongsten (leerlingen van het basisonderwijs) en de jongeren (leerlingen uit het secundair onderwijs). In het Vevi op de wekelijkse cliëntenvergaderingen.

Dit kan leiden tot het formuleren van suggesties, opmerkingen of klachten. Een teamlid kan beslissen om bepaalde punten die wijzen op (on)tevredenheid uit de verslagen te halen en op een teamvergadering te agenderen.



Met de vertegenwoordigers/belangrijk betrokken derden via de Collectieve Overlegorganen

Tijdens de Collectieve Overlegorganen krijgen vertegenwoordigers en belangrijk betrokken derden de kans hun (on)tevredenheid met betrekking tot de werking te uiten. De werking, samenstelling en agendering staan beschreven in het Huishoudelijk Reglement. De bespreking van een agendapunt kan leiden tot het formuleren van suggesties, opmerkingen of klachten.

Via het tevredenheidsonderzoek onder cliënten/hun vertegenwoordigers/belangrijk betrokken derden

In samenspraak met de Collectieve Overlegorganen wordt beslist hoe de tevredenheidsbevraging bij de cliënten/hun vertegenwoordigers en belangrijk betrokken derden wordt georganiseerd. Met hen wordt bekeken welke methodiek zal worden toegepast, volgens welke meerjarenplanning zal gewerkt worden en op welke manier en binnen welke termijn de resultaten van de bevraging gecommuniceerd en opgenomen worden.

RECHTEN EN PLICHTEN VAN DE CLIËNTEN

Dit charter waarborgt de cliënten de eerbiediging van hun ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, hun vrijheid en privacy, hun veiligheid en hun gezondheid, voor zover de werking van de voorziening en de integriteit van de medecliënten en personeel niet in het gedrang komen.

HET VERSTREKKEN VAN INFORMATIE

De cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) zal zo volledig, nauwkeurig en tijdig mogelijk geïnformeerd worden omtrent alle aangelegenheden in verband met zijn opvang, verblijf en begeleiding die hem rechtstreeks en persoonlijk aanbelangen.

DOSSIER EN INZAGERECHT

Hiervoor verwijzen we naar ons geschreven referentiekader het dossier van de cliënt.

AANWEZIGHEDEN

Binnen Flori en Yora

Flori en Yora zijn geopend van maandag tot en met vrijdag tijdens de kantooruren. De vertegenwoordigers bespreken tijdens het aanmeldingsgesprek welke frequentie hen geschikt en haalbaar lijkt, eventueel met een opbouw doorheen de tijd. Vervolgens geven ze iedere periode (vb. iedere maand) tijdig de (halve of volledige) dagen door die de cliënten de komende periode in Flori of Yora zullen doorbrengen.



Binnen Ravi

Bij de opstart wordt de aanwezigheid in het MFC samen vastgelegd. Wijzigen gebeuren bij voorkeur in onderling overleg.

Voor kinderen onder toezicht van de jeugdrechtbank wordt de aanwezigheid en het bezoekrecht door de jeugdrechter bepaald.

Binnen Vevi

Een cliënt kan 24 uur op 24 aanwezig zijn in het Vevi.

De cliënten kunnen hun weekend in Vevi doorbrengen. Het team organiseert regelmatig ontspannende activiteiten. Cliënten die gedomicilieerd zijn in Vevi, worden gestimuleerd om, indien mogelijk, regelmatig op weekend te gaan bij belangrijke derden. Contacten met het netwerk worden bevorderd.

AFWEZIGHEDEN FLORI

Ouders melden tijdig afwijkingen aan de eerder opgemaakte planning of onvoorziene omstandigheden zoals ziekte of vertragingen. Om ieder kind maximale kansen te geven om Flori te bezoeken, vragen we de ouders om zo veel mogelijk en in de mate van het mogelijke de besproken planning te volgen. Als er frequent wordt afgeweken van de planning engageert Flori zich ertoe om met de ouders in gesprek te gaan en samen te zoeken naar een meer geschikte regeling.

AFWEZIGHEDEN YORA EN VEVI

Verlof

Cliënten kunnen altijd verlof nemen. Ze beslissen zelf voor hoe lang en wanneer (ook buiten vakantieperiode).

Ziekte

Bij ziekte verwittigt men onmiddellijk Yora (02 245 56 12) of Vevi (02 242 77 05). Indien er niemand aanwezig is, wordt het secretariaat van Nido vzw (02 245 56 12) verwittigd.

BEZOEK IN VEVI

Bezoekers worden gevraagd om op voorhand telefonisch te verwittigen. Op die manier kan het bezoek gepland worden op een moment dat het best past in het avond of weekendverloop van de cliënt.

BEZOEK IN YORA

Om te voorkomen dat de werking van het dagcentrum verstoord wordt, vragen wij een bezoek aan het dagcentrum te vermijden.



Cliënten die wegens onvoorziene omstandigheden door de ouders/wettelijke vertegenwoordigers naar het dagcentrum worden gebracht of in het dagcentrum worden opgehaald, doen dit best op de volgende momenten:

- voor 10u00, tussen 12u00 en 13u45, na 15u00.

DE NIDO VZW-FACTUREN

Grosso modo zijn er twee manieren van aanrekenen: persoonlijke bijdragen en woon- en leefkosten.

De persoonlijke bijdragen worden door het VAPH bepaald en verschillen naargelang van de leeftijd, de status, de gezinssituatie, de financieringswijze. De persoonlijke bijdragen worden door het VAPH geïndexeerd en staan vermeld op de factuur.

De woon- en leefkosten worden door Nido VZW bepaald en verschillen naargelang van de aard van de ondersteuning, de afstand (bij busvervoer), de ligging (bij woonondersteuning), ... De woon- en leefkosten worden jaarlijks in januari geïndexeerd en staan vermeld op de factuur.

Bovenop de persoonlijke bijdragen en de woon- en leefkosten kunnen er extra kosten aangerekend worden. Het kan gaan om extramurale activiteiten ter verruiming van de ervaringswereld, medicatie, vervoerskosten, consumpties, aanrekeningen door derden (kinesist, pedicure enz.), bijzondere verzorgingsmiddelen enz. Deze opsomming is niet beperkend. De persoonlijke kosten worden apart vermeld op de factuur.

In theorie ontvangen de cliënten maandelijks een factuur. De facturatie aan cliënten van Ravi loopt soms vertraging op door onduidelijkheden over het groeppakket of de kinderbijslag.

De facturen worden opgesteld rond het einde van de maand die volgt op de gefactureerde maand.

De facturen moeten in principe betaald worden binnen de dertig dagen na het eind van de maand die volgt op de gefactureerde maand.

De betaling van de facturen gebeurt met een overschrijving op een van de bankrekeningen van de voorziening of via domiciliëring. De betalingswijze staat, net als de bankrekening, vermeld op de factuur.

Wanbetaling kan leiden tot het beëindigen van de hulpverlening door Nido vzw.

Cliënten die vragen hebben over hun factuur kunnen de financieel medewerker contacteren.

Bijzondere regeling binnen Ravi

Nido vzw streeft ernaar om 2/3 van de kinderbijslag of het groeppakket van de cliënt rechtstreeks te innen.



Het is de bedoeling dat de in Ravi ingeschreven cliënten, met het oog op een vlotte en correcte facturatie, het adres en het aansluitingsnummer van het kinderbijslagfonds meedelen aan de medewerker cliëntadministratie, evenals elke wijziging van hun gezinstoestand, of dat deze informatie via de jeugdrechtbank of een andere bevoegde instantie ontvangen wordt.

Bij de maandelijkse facturatie wordt de ontvangen kinderbijslag of groeipakket in mindering gebracht.

Het is mogelijk dat de factuur in het voordeel van de cliënt is. In dat geval wordt het saldo terugbetaald, binnen de vijftien dagen na het eind van de maand waarin de factuur opgesteld is. Als er een openstaande schuld is, gebeurt de terugbetaling niet of gedeeltelijk.

PERSOONLIJKE BEZITTINGEN

Het is de cliënt toegelaten eigen voorwerpen mee te brengen. Nido vzw is niet verantwoordelijk voor verlies of beschadiging. De herstellings- of onderhoudskosten zijn ten laste van de cliënt.

VERZEKERINGEN

Nido vzw heeft de nodige verzekeringen afgesloten in het belang van de werking, het personeel en de cliënten.

De cliënt of zijn ouder/wettelijke vertegenwoordiger kan steeds op eenvoudige vraag bij de financieel medewerker inzicht krijgen in de afgesloten verzekeringspolissen.

Patrimoniumpolis Ravi

Maatschappij: KBC

Polisnr.: IQ/72.761.732

Patrimoniumpolis Yora

Maatschappij: KBC

Polisnr.: HK/70.342.275

Patrimoniumpolis Vevi

Maatschappij: KBC

Polisnr.: IQ/71.939.559

Woningpolis Villa Verdun

Maatschappij: KBC

Polisnr.: NW/72.927.204

Patrimoniumpolis Ukkel

Maatschappij: KBC

Polisnr.: IQ/72.964.358

Nido vzw

Verdunstraat 521/2 - 1130 Brussel

02 245 56 12



Verzekeringsplan Social Profit Sector

Maatschappij: KBC
Polisnr.: Z9/28.969.228

Bedrijfspolis arbeidsongevallen

Maatschappij: KBC
Polisnr.: W3/28.657.742

Polis autobus (rechtsbijstand, burgerrechtelijke aansprakelijkheid en omnium)

Maatschappij: KBC
Polisnr.: A/92.727.839 (2DLG456) en A/92.977.838 (1VLU628)

Polis auto (rechtsbijstand, burgerrechtelijke aansprakelijkheid en omnium)

Maatschappij: KBC
Polisnr.: C/109.7917.8714 (1KTE750)

Polis vrijwilligers

Maatschappij: KBC
Polisnr.: BT/28.949.057

Polis burgerrechtelijke aansprakelijkheid, ongevallen en rechtsbijstand

Maatschappij: IC Verzekeringen
Polisnr.: 5810675

Polis omnium opdrachten

Maatschappij: IC Verzekeringen
Polisnr.: 602058120

Nido vzw raadt de cliënt aan om een familiale verzekering (burgerlijke aansprakelijkheid gezin) af te sluiten.

VERKLARING OP EER MET BETREKKING TOT DE WETTELIJKE SUBROGATIE

De cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) verklaart kennis te hebben genomen van art 14 van het decreet van 7 mei 2004 (oprichting van het V.A.P.H.).

Een persoon met een handicap mag geen tussenkomst van het V.A.P.H. cumuleren met een andere vergoeding voor dezelfde beperking of schade. Het V.A.P.H. heeft het recht om bij cumul geld terug te vorderen bij de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n).



Wettelijke subrogatie betekent dat de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) toestemming geeft aan het V.A.P.H. om het geld rechtstreeks terug te vorderen van de dienst die een vergoeding uitkeert voor dezelfde beperking of schade.

De cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) hebben een informatieplicht. Ze verklaren op eer dat zij geen aanspraak kunnen maken op een andere tussenkomst dan de tussenkomst van het V.A.P.H.

Indien de cliënt/hun vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde(n) een andere vergoeding ontvangt zal hij de sociaal medewerker van Nido vzw op de hoogte brengen. Zodoende kan cumul vermeden worden.

WIJZIGINGEN AAN HET CHARTER COLLECTIEVE RECHTEN EN PLICHTEN

Het Charter Collectieve Rechten en Plichten voor Nido vzw kan gewijzigd worden. De voorgenomen wijziging wordt aan de CO'en ter advies voorgelegd.

Bij goedkeuring door de directeur en de kwaliteitscoördinator worden de wijzigingen gemeld per brief of mail aan de vertegenwoordigers en belangrijk betrokken derden van de cliënten.

De voorziening kan eenzijdige wijzigingen doorvoeren, die noodzakelijk zijn voor de goede werking van de afdeling.

In twee exemplaren opgemaakt te op / /, waarvan Nido vzw en de cliënt erkennen één exemplaar van het charter collectieve rechten en plichten, ontvangen te hebben.

De cliënt

Hun vertegenwoordiger

De directeur



BIJLAGE I: HUISHOUDELIJK REGLEMENT VAN DE COLLECTIEVE OVERLEGORGANEN BINNEN NIDO VZW

SAMENSTELLING VAN HET COLLECTIEF OVERLEGORGAAN:

Het initiatief tot samenstelling van de Collectieve Overlegorganen (binnen Nido vzw ook wel Gebruikersraad genoemd) wordt genomen door de Kwaliteitscoördinator. Er wordt gepoogd om binnen elke afdeling van Nido vzw een Collectief Overlegorgaan samen te stellen. Binnen Yora en Vevi wordt gepoogd één gezamenlijk Collectief Overlegorgaan samen te stellen.

Als er een Collectief Overlegorgaan actief is, wordt er om de vier jaar een schriftelijke oproep gedaan aan alle vertegenwoordigers & belangrijk betrokken derden van de cliënten van de Nido afdeling in kwestie om zich kandidaat te stellen voor het Collectief Overlegorgaan.

- Indien er minstens drie kandidaten zijn, worden ze uitgenodigd om van start te gaan met het Collectief Overlegorgaan. Tijdens dit eerste overleg kiezen zij een voorzitter, ondervoorzitter, secretaris, lid van de Interne Klachtencommissie en waarnemer op de Raad van Bestuur.
- Alle vertegenwoordigers & belangrijk betrokken derden ontvangen een brief met de samenstelling van het Collectief Overlegorgaan. Deze brief wordt toegevoegd als bijlage bij het Huishoudelijk Reglement.
- Indien er minder dan drie kandidaten zijn, dan wordt er een niet-officieel CO ingesteld. In dit geval wordt er na één jaar een schriftelijke oproep gericht aan alle vertegenwoordigers & belangrijk betrokken derden om zich kandidaat te stellen voor het Collectief Overlegorgaan.

Bij de opname van een nieuwe cliënt, legt de Sociaal Medewerker aan de vertegenwoordigers & belangrijk betrokken derden de werking van het Collectief Overlegorgaan uit. Indien een vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde interesse heeft om lid te worden van het Collectief Overlegorgaan, brengt de Sociaal Medewerker de Kwaliteitscoördinator op de hoogte. De Kwaliteitscoördinator geeft de contactgegevens van de vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde aan de voorzitter van het Collectief Overlegorgaan. Hij nodigt de vertegenwoordiger/belangrijk betrokken derde uit op het eerstvolgende CO. Bij aanwezigheid wordt hij gecoöpteerd lid van het CO tot op het einde van de lopende mandaatperiode.

Het mandaat van een vast lid van de CO vervalt:

- Bij afwezigheid zonder verwittiging op drie opeenvolgende vergaderingen
- Bij het verstrijken van de termijn waarvoor men gekozen is;
- Indien de persoon die men vertegenwoordigt de voorziening verlaat;
- Bij ontslag door het vast lid.

Het mandaat van een gecoöpteerd lid van de CO vervalt:

- Bij afwezigheid zonder verwittiging op drie opeenvolgende vergaderingen



- Bij het verstrijken van de termijn waarvoor men aangesteld is;
- Indien een meerderheid van de vaste leden van het CO alzo beslist;
- Bij ontslag door het gecoöpteerd lid.

WERKING VAN HET OFFICIEEL CO:

Deelnemers

De leden van het CO, de Directeur, de Kwaliteitscoördinator en de Ortho(ped)agoog en een afgevaardigd personeelslid van de afdeling van Nido.

Frequentie

Er wordt minimum driemaandelijks vergaderd, de maanden juli en augustus niet meegerekend.

Vorbereiding & Agenda

De voorzitter van het CO stelt de agenda op. Hij vraagt naar agendapunten bij de leden van het CO, de Directeur, de Kwaliteitscoördinator. Cliënten en hun vertegenwoordigers kunnen zich steeds richten tot de voorzitter om een punt op de agenda te zetten.

De Kwaliteitscoördinator vraagt de agendapunten intern op en bezorgt de voorzitter de agendapunten en de documenten ter voorbereiding van de bespreking.

De voorzitter bezorgt de leden van het CO, de Directeur en de Kwaliteitscoördinator een uitnodiging voor het eerstvolgende CO. De uitnodiging bevat de agendapunten. Eveneens stuurt hij de documenten ter voorbereiding door.

De Kwaliteitscoördinator stuurt de uitnodiging en de voorbereidende documenten intern door.

Moderator

De voorzitter van het CO is moderator.

Privacy

De leden van het CO respecteren de privacy van de cliënten en medewerkers van Nido vzw.

Verslag & Verspreiding van het verslag

De secretaris van het CO maakt het verslag.

Hij bezorgt dit verslag aan de leden van het CO, de Directeur, Orthopedagoog en de Kwaliteitscoördinator. De Kwaliteitscoördinator bezorgt op verzoek van de voorzitter van het CO een geanonimiseerde en informatieve versie van het verslag aan de teams, de vertegenwoordigers & belangrijk betrokken derden van de cliënten en leden van de Bestuursorganen van Nido vzw.



INFORMATIE- EN ADVIESRECHT:

Vertegenwoordigers & belangrijk betrokken derden. hebben recht op informatie en recht om advies te geven. Zij hebben initiatiefrecht in het uitvoeren van hun mandaat.

Informatierecht:

Het CO krijgt informatie over:

1. De opdrachtverklaring, de visie en de waarden van Nido vzw.
2. Het personeelsnieuws van de afdeling.
3. Veranderingen in de cliëntenbezetting van de afdeling.
4. De jaarrekening en het inzetten van de middelen.
5. De werking van de afdeling.
6. De planning, de resultaten en de uitwerking van de tevredenheidsonderzoeken.

Adviesrecht:

Het CO geeft advies op basis van voorafgaand overleg over:

1. Onderdelen en procedures van het kwaliteitshandboek,
2. Geschreven referentiekaders die van belang zijn voor de cliënten,
3. Wijzigingen aan de werking van de afdeling(en),
4. Wijzigingen aan het concept (doelgroep, werking, veranderingen in missie en visie,...) of aan de algemene woon- en of leefsituatie,
5. Wijzigingen aan het Charter Collectieve Rechten en Plichten,
6. Wijzigingen aan de Individuele Dienstverleningsovereenkomst (IDO) inclusief de bepaling van de woon-en leefkosten,
7. Opstellen van de klachtenprocedure,
8. Eindevaluatie van de tevredenheidsonderzoeken.

Indien aan het CO advies wordt gevraagd, maar dit advies nadien niet wordt gevolgd, zal de directie van Nido vzw schriftelijk of tijdens de volgende bijeenkomst argumenteren waarom dit zo is.

HOORRECHT EN ANTWOORDPLICHT

Het CO heeft hoorrecht over elk onderwerp, waarover men een standpunt wenst mee te delen. Nido vzw verzekert de antwoordplicht. Aan de antwoordplicht kan zowel mondeling als schriftelijk voldaan worden. Een eerste antwoord wordt geformuleerd binnen de 14 dagen na de vraagstelling

INITIATIEFRECHT

Zowel het CO als de Directie en het Beleidsteam van Nido vzw heeft het initiatiefrecht om advies te vragen of uit te brengen over aangelegenheden die de verhouding tussen Nido vzw en de cliënten/hun familie/wettelijk vertegenwoordigers aangaan.



Indien gewenst kan het CO een overleg of hoorzitting organiseren met (alle) vertegenwoordigers & belangrijk betrokken derden van cliënten over een onderwerp of thema dat valt onder hun bevoegdheden.

In toepassing van Artikel 36 van het Besluit van de Vlaamse Regering (BVR 2024), kan het CO, in naam van de cliënten, vertegenwoordigers & belangrijk betrokken derden van de cliënten, klachten die over meer dan één cliënt gaan, en die betrokkenen niet in persoonlijke naam bij de voorziening willen indienen, schriftelijk indienen bij de leidend ambtenaar van het VAPH.

De klachten voor het VAPH worden verstuurd naar:

VAPH
T.a.v. het klachtenteam
Koning Albert II-laan 15 bus 320
1210 Brussel

klachten@vaph.be
02 249 35 00

KLACHTENBEHANDELING M.B.T. HET CO VAN NIDO VZW.

Cliënten/hun vertegenwoordigers/belangrijk betrokken derden kunnen een klacht formuleren over het niet naleven van de bepalingen van het Collectief Overlegoraan van Nido vzw.

Met klachten wenden ze zich schriftelijk tot de leidend ambtenaar van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (V.A.P.H.).

De klachten voor het VAPH worden verstuurd naar:

VAPH
T.a.v. het klachtenteam
Koning Albert II-laan 15 bus 320
1210 Brussel

klachten@vaph.be
02 249 35 00

ACTUALISERING VAN HET HUISHOUDELIJK REGLEMENT:

Elk jaar wordt het huishoudelijk reglement tussen het CO en Nido vzw tijdens een CO aan de realiteit getoetst.

Opgesteld te Haren op

Voor het CO:



Voorzitter: Ariane De Raymaekers

Secretaris: Ann Seymus

Afgevaardigde voor de interne klachtencommissie: Ivan Schepers

Lid: Jos Delcon

Lid: Andy Latruwe

Lid: Simon Leclercq

Lid: Cathérine Maere

Lid: Thierry Van de Velde

Lid: Bruno Vandermeulen

Voor Nido vzw:

Directeur: Mieke Craeymeersch



BIJLAGE II: SAMENSTELLING VAN DE INTERNE KLACHTENCOMMISSIE VAN NIDO VZW

VERTEGENWOORDIGER VAN DE INRICHTENDE MACHT:

André Dewallef

andre.dewallef@skynet.be

0474 84 17 20

VERTEGENWOORDIGER AANGESTELD DOOR DE GEBRUIKERSRAAD:

Ivan Schepers

ivan.schepers@skynet.be

0472 93 94 92

ONAFHANKELIJKE DERDE BIJ BETWISTING VROEGTIJDIGE BEËINDIGING:

Laurence Degreef

Laurence.degreef@wzc.annuntiaten.be

0479 55 52 91

Nido vzw

Verdunstraat 521/2 - 1130 Brussel
02 245 56 12

