

NOTA AAN DE LEDEN VAN DE VLAAMSE REGERING

Betreft: Ontwerpbesluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 9 november 2012 inzake erkenning en subsidiëring van de centra voor kinderopvang en gezinsondersteuning, het besluit van de Vlaamse Regering van 28 maart 2014 tot uitvoering van het decreet van 29 november 2013 houdende de organisatie van preventieve gezinsondersteuning en het besluit van de Vlaamse Regering van 17 november 2017 betreffende de erkenning en subsidiëring van de vertrouwenscentra kindermishandeling en de partnerorganisatie

Principiële goedkeuring

Bijlagen:

- het ontwerpbesluit met bijbehorende bijlage;
- het advies van de Inspectie van Financiën van 11 februari 2019;
- het begrotingsakkoord d.d. 27 maart 2019.

1. INHOUDELIJK

1.1 Situering en context

Het voorliggende ontwerpbesluit regelt de volgende 3 zaken:

- De inwerkingtreding van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen voor de centra voor kinderopvang en gezinsondersteuning, en de invoering van een aantal uitvoeringsbepalingen op dit decreet wat betreft het kwaliteitsbeleid, het kwaliteitsmanagementsysteem, zelfevaluatie en het kwaliteitshandboek voor de sector van de centra voor kinderopvang en gezinsondersteuning;
- Een aanpassing van de subsidie voor het vertrouwenscentrum kindermishandeling dat de elektronische toegang via de chat verzekert en van de partnerorganisatie, zoals bepaalt in het besluit van de Vlaamse Regering van 17 november 2017 betreffende de erkenning en subsidiëring van de vertrouwenscentra kindermishandeling en de partnerorganisatie;
- Een wijziging van de subsidiebepaling met betrekking tot de aanbodsvormen in het kader van de preventieve gezinsondersteuning, zoals bepaalt in het besluit van de

Vlaamse Regering van 28 maart 2014 tot uitvoering van het decreet van 29 november 2013 houdende de organisatie van preventieve gezinsondersteuning. Hieronder wordt verder ingegaan op deze wijzigingen en invoegingen.

1) De inwerkingtreding en uitvoering van het kwaliteitsdecreet voor de CKG's

a) De krachtlijnen van het geharmoniseerde kwaliteitsdecreet

Sinds 17 oktober 2003 vervangt het geharmoniseerde kwaliteitsdecreet van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen het decreet van 29 april 1997 inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen en het decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen. De kwaliteitsdecreten van 1997 hebben van het streven naar kwaliteit een formele erkenningsnorm gemaakt. De erkenningsvoorwaarden werden aangevuld met minimale kwaliteitseisen, waarbij het voeren van een kwaliteitsbeleid aan de hand van een kwaliteitssysteem centraal staat.

Het geharmoniseerde kwaliteitsdecreet gaat nog een stap verder en responsabiliseert organisaties om de kwaliteit van de zorg voortdurend te bewaken en te optimaliseren. Aan de hand van een zelfevaluatiesysteem onderzoekt de organisatie zelf de kwaliteit van de zorg en voert ze op basis hiervan concrete verbetertrajecten uit. Het geharmoniseerde decreet legt de nadruk op de kwantitatieve aantoonbaarheid van de resultaten. Voor de welzijnsvoorzieningen is de expliciete aandacht voor gegevensverzameling, registratie en het werken met thema's een nieuw element.

Het geharmoniseerde decreet hanteert een aantal uitgangspunten:

- de organisatie maakt geen onderscheid op basis van leeftijd, geslacht, ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, ras, geaardheid of vermogenstoestand (art. 3, §1);
- de overheid, de gebruikers en de organisatie zijn samen verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg (art. 3, §3);
- centraal staat de zorg voor de gebruiker, maar deze zorg mag niet ten koste gaan van het welzijn van het personeel of de financiële gezondheid van de organisatie. Werken aan kwaliteit is in ieders belang en zoekt naar een evenwicht waar alle betrokkenen beter van worden (art. 5, §1).

De decreetgever verwacht van elke organisatie dat zij een kwaliteitsbeleid voert dat de eigen intenties met betrekking tot kwaliteit en de wegen hier naartoe omvat. Het kwaliteitsbeleid moet formeel door het management van de organisatie in een geschreven verklaring zijn uitgedrukt. Het heeft minimaal betrekking op de missie, visie, doelstellingen en de strategie van de voorziening met betrekking tot kwaliteit. Kwaliteitsbeleid is organisatiebeleid en wordt door het management geautoriseerd; het management moet erover waken dat het kwaliteitsbeleid wordt vertaald, geïmplementeerd en uitgevoerd op alle niveaus van de organisatie. Alle medewerkers en alle personeelsgroepen moeten bij de uitvoering van het kwaliteitsbeleid betrokken worden. Bij het tot stand komen van een kwaliteitsbeleid is de inbreng van alle medewerkers immers nodig om de slaagkansen ervan veilig te stellen. Het kwaliteitsbeleid van een organisatie moet streven naar voordelen voor de gebruikers van de organisatie, maar ook voor de personeelsleden van de organisatie en voor de samenleving in haar geheel.

Voor het uitvoeren van het kwaliteitsbeleid stelt het geharmoniseerde decreet dat een kwaliteitsmanagementsysteem en een zelfevaluatie nodig zijn. Het kwaliteitsmanagementsysteem verzekert de vaststelling en de uitwerking van het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsdoelstellingen en waakt er over dat de vastgestelde kwaliteitsdoelstellingen effectief worden bereikt. Het kwaliteitsmanagementsysteem wordt opgezet voor en aangepast aan de specifieke aard van de organisatie. De nadruk wordt gelegd op procedures en processen. Een permanente controle en beheersing van procedures en processen is belangrijk. De overheid zal in geen geval instrumenten opleggen aan de organisaties. Het is de verantwoordelijkheid van de organisatie om zelf te bepalen op welke wijze het kwaliteitsbeleid in uitvoering wordt gebracht. De overheid wil wel weten of de organisatie aan de hand van gemeten resultaten de eigen kwaliteit kent en werkt aan verbetering.

De zelfevaluatie geeft een beschrijving van het huidige kwaliteitsniveau. Onder andere aan de hand van metingen, houdt de organisatie de vinger aan de pols en spoort ze zwakke punten op. De zwakke punten bieden een basis voor kwaliteitsverbetering geformuleerd in kwaliteitsdoelstellingen. De zelfevaluatie geeft ook de maatregelen op, die de organisatie neemt en voorziet te treffen om haar kwaliteitsdoelstellingen te verwezenlijken, evenals de termijnen waarbinnen de organisatie de doelstellingen wil bereiken. Ten slotte toont de organisatie zelf aan of de doelstellingen al dan niet bereikt zijn en of er sprake is van borging of nieuwe acties.

Op deze manier kunnen we spreken van een geconditioneerde zelfevaluatie. Dit is een evaluatie die de organisatie zelf uitvoert, maar waarbij de overheid mee kan bepalen welke elementen belangrijk zijn om op te nemen. De overheid verwacht wat betreft deze aspecten van zorg vanwege de organisatie een jaarlijkse kwaliteitsplanning met resultaten en actieplannen. Voor de overheid zijn niet alleen de resultaten van belang, maar ook de acties en de verbeterprocessen die de organisaties opzetten. De bijkomende sectorale regels waaraan de kwaliteitshandboeken moeten voldoen, kunnen alleen in overleg met de betrokken sectoren worden opgesteld.

b) Uitgangspunten voor het traject van de CKG's

De CKG's startten in 2017, samen met Kind en Gezin, een traject voor het ontwikkelen van dit Ministerieel Besluit bij het geharmoniseerd kwaliteitsdecreet. Het uitvoeringsbesluit concretiseert de minimale verwachtingen voor de CKG's en ligt in de lijn van de verschillende evoluties in de sector die bepalen hoe we als sector naar kwaliteit kijken.

Er werd geopteerd ons te baseren op het kwaliteitskader uitgewerkt in het uitvoeringsbesluit van Jongerenwelzijn. We streven ernaar om organisaties effectief te laten groeien tot sociale en maatschappelijk verantwoordelijke ondernemers. We willen hen hiervoor de juiste instrumenten en kaders aanbieden.

i. Kwaliteitsbeleid

Inzake kwaliteitszorg zal de organisatie als sociale ondernemer zelf aan de slag gaan met indicatoren en meetfactoren en krijgt het resultaat en het proces ernaartoe een grotere focus vanuit de overheid. Dit impliceert voor de organisatie meer verantwoordelijkheid voor het uitbouwen van hun werking.

Ook voor wat betreft de kwaliteitszorg zal in de visie duidelijk omschreven moeten worden hoe alle organisatorische en resultaatgerichte domeinen in de organisatie geïntegreerd zijn. De keuze voor een dergelijke benadering is te verklaren vanuit het uitgangspunt dat een organisatie het beste geplaatst is om de eigen werkzaamheden in alle aspecten te bepalen en te beheersen binnen de contouren van de regelgeving en in dialoog met strategische partners. Daarbij evalueert zij de eigen resultaten (output/outcome) en onderneemt ze acties op het gebied van de input om de resultaten te verbeteren. De overheid laat de vaak al te strikte en strakke regulering van bepaalde aspecten van een organisatie gedeeltelijk los en benadert de organisatie meer vanuit de resultaten en de wijze waarop deze tot stand komen.

Volgens artikel 6, §2 van het geharmoniseerde kwaliteitsdecreet kan de Vlaamse Regering per sector een lijst opstellen van aspecten van zorg die een bijzondere maatschappelijke waarde hebben en die de organisaties minimaal moeten opnemen in hun zelfevaluatie. In dit uitvoeringsbesluit wordt de nadruk gelegd op de kwaliteitsthema's kwaliteitszorg, kernprocessen en de resultaten van de gebruiker, de medewerkers en de samenleving. Als inspirator voor de uitwerking van deze thema's werd na een doorlichting van verschillende modellen, het managementsmodel EFQM1 als het meest integrale en toepasbare model voor de sector naar voren geschoven. Dit model werd als vertrekpunt genomen en aangepast aan de essentie en realiteit van de sector. EFQM staat voor European Foundation for Quality Management en is opgericht door 14 Europese private ondernemingen. Intussen is het uitgegroeid tot een referentiemodel dat wereldwijd wordt gebruikt door de private en de publieke sector. Het primaire doel van EFQM is organisaties in staat stellen een evaluatie te maken van alle domeinen van de organisatie door de leden van de organisatie zelf. Het is een samenhangende, systematische evaluatie die regelmatig georganiseerd wordt rond

¹ Voor verdere info verwijzen we naar www.efqm.org

welomschreven thema's die het geheel van de organisatie omvatten. Het betreft zowel organisatorische aandachtsgebieden, als resultaatgerichte aandachtsgebieden. De organisatorische aandachtsgebieden omvatten leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen en kernprocessen.

- Leiderschap: de manier waarop de leiding van de organisatie de richting van de organisatie bepaalt en deze vertaalt naar de dagelijkse werkelijkheid;
- Personeelsbeleid: het sociale beleid ten aanzien van de in de organisatie tewerkgestelde personen, zowel hulp- en dienstverleners, als administratieve, ondersteunende en stafmedewerkers;
- Beleid en strategie: beleid slaat op het besturen van een organisatie vanuit algemene opties en principes. Beleid expliciteert de keuze van doelstellingen die de organisatie implementeert en op haar resultaten evalueert. Onder strategie verstaan we de planmatige en doelgerichte inzet van personele en materiële middelen om de toekomstvisie en de beleidsbeslissingen van de organisatie te realiseren. We schenken hierbij met toepassing van artikel 6, §2, van het geharmoniseerde kwaliteitsdecreet bijzondere aandacht voor de bestuursorganen (Raad van Bestuur, Algemene Vergadering, dagelijks bestuur) van de organisatie, in het bijzonder wat de diversiteit in samenstelling, de deskundigheid, de opdrachten en de verantwoordelijkheden van de bestuursorganen betreft. We verwijzen ter inspiratie onder meer naar de aanbevelingen voor het besturen van social profit-organisaties, samengesteld door de Koning Boudewijnstichting². Binnen ditzelfde artikel heeft de organisatie ook aandacht in haar kwaliteitsbeleid voor gelijke kansen, op het gebied van toegankelijkheid, diversiteit en non-discriminatie.
- Middelen en partnerschappen: alle aspecten van de inzet van middelen (met uitzondering van het personeel) voor de ondersteuning van de kernprocessen van de organisatie. Het betreft infrastructuur, financiering, informatie en netwerkvorming.
- Kernprocessen: de kritische processen binnen de organisatie. Dit zijn de processen die de organisatie in staat stellen om haar missie te realiseren.

De resultaatgebieden omvatten de resultaten met betrekking tot de gebruiker, het personeel, de samenleving en de eindresultaten van de organisatie. EFQM gaat ervan uit dat innovatie en leren een bijdrage kunnen leveren aan de organisatiegerichte factoren die het behalen van goede resultaten mogelijk maken.

Kwaliteit wordt benaderd als een dynamisch en evolutief gegeven. Dit komt tot uiting enerzijds in de groeivolumes die aan de verschillende kwaliteitsthema's worden gekoppeld en anderzijds in het cyclische karakter van uitvoering-evaluatie-bijsturing aanwezig in de groeivolumes. In het uitvoeringsbesluit wordt als tweede inspirator de kwaliteitscirkel van W.E. Deming gehanteerd, bestaande uit 4 kwadranten: plannen-uitvoeren-controleren-bijstellen (plan-do-check-act, PDCA-cyclus). Plannen betekent dat de organisatie kijkt naar de huidige werkzaamheden en een plan voor verbetering van deze werkzaamheden ontwerpt. Voor elke verbetering worden doelstellingen vastgesteld. Vervolgens worden de geplande verbeteringen uitgevoerd. Controleren betekent dat de organisatie het resultaat van de verbetering meet, vergelijkt met de oorspronkelijke situatie en toetst aan de vastgestelde doelstellingen. Daarna volgt de fase van bijstelling, waarbij de organisatie de werkzaamheden bijstuurt of borgt op basis van de geleerde lessen uit de controlefase. Dit leidt tot een nieuwe evaluatie en zo wordt de cirkel opnieuw doorlopen voor de verschillende verbetertrajecten.

De contouren van het uitvoeringsbesluit kunnen worden samengevat in onderstaand schema. Elke organisatie vertrekt vanuit een duidelijke missie, visie, doelstellingen en waarden. De missie geeft de bestaansredenen van de organisatie weer. De visie omvat de richtinggevende strategische lijnen voor de komende jaren. In deze visie zijn alle organisatorische en resultaatgerichte domeinen van de organisatie geïntegreerd. Het geheel geeft weer hoe de organisatie haar werking bepaalt, met welk doel en welke resultaten hierbij verwacht worden. Vervolgens bepaalt de organisatie, zoals aangegeven in artikel 5 van het geharmoniseerde kwaliteitsdecreet, op welke manier de missie, visie, doelstellingen, waarden en strategieën om haar doelstellingen en maatschappelijke meerwaarde te verwezenlijken worden verwerkt in het kwaliteitsbeleid en concretiseert ze de kwaliteitsdoelstellingen. De specifieke uitwerking van het kwaliteitsbeleid is vervat in het kwaliteitsmanagementsysteem. Voor het toepassen van de

² De aanbevelingen zijn consulteerbaar op: <http://www.socialgovernanceacademy.be/sites/default/files/Aanbevelingen%20SPO's.pdf>.

2 PLAN	Gestructureerde aanzet Een gestructureerde aanzet wordt gegeven tot de ontwikkeling van procedures. De beheersinstrumenten zijn bijgevolg <u>in ontwikkeling</u> , maar zijn nog niet volledig in de werking geïmplementeerd (passief).
3 DO	Gedefinieerd (= niveau 2 +...) Procedures zijn aanwezig. Zij zijn <u>gestandaardiseerd, gedocumenteerd, gecommuniceerd naar de betrokkenen</u> en worden <u>toegepast</u> (actief).
4 CHECK & ACT	Beheerst systeem (= niveau 3 + ...) De procedures worden intern <u>systematisch geëvalueerd en bijgestuurd</u> . Er kan gesproken worden over een 'levend' adequaat en doeltreffend kwaliteitsmanagementsysteem. De PDCA-cirkel is rond.
5	Geoptimaliseerd (= niveau 4 + ...) De procedures worden voortdurend geoptimaliseerd via <u>benchmarking</u> en het behalen van <u>kwaliteitscertificaten of externe evaluaties</u> . De resultaten op één of meerdere kwaliteitsthema's zijn een voorbeeld voor andere organisaties en worden als dusdanig extern gecommuniceerd.

Op groeiv niveau 0 is er zo goed als niets aanwezig voor de uitwerking van het subthema. Dit wil zeggen dat de organisatie hiervoor nog geen visie, acties of procedures heeft ontwikkeld. Wanneer zich een specifieke, eerder toevallige situatie voordoet in de organisatie en de organisatie in functie hiervan een actie of een procedure bepaalt, dan spreken we van groeiv niveau 1. De aanpak is ad hoc, dus louter vanuit de specifieke situatie of toevalligheid, niet vanuit een doordrongen bewustzijn of vanuit een gestructureerd, intentioneel beleid. Op groeiv niveau 2 wordt een eerste aanzet gegeven om tot een structureel beleid te komen voor het subthema. Er is een basis aanwezig in de organisatie, maar eerder op een passieve manier. Dit groeiv niveau komt overeen met de fase van plannen volgens de PDCA-cyclus. Om groeiv niveau 3 te behalen gaat de organisatie over van een passieve naar een actieve houding. De acties en procedures zijn niet alleen aanwezig, maar worden ook consequent toegepast. Ze zijn gedocumenteerd (duidelijk terug te vinden in de organisatie) en onderbouwd (er is grondig over nagedacht en er zijn argumenten voor de keuzes die de organisatie maakt). Bovendien is er een communicatiebeleid, waarbij de organisatie de acties en procedures op een heldere wijze vertaalt in de dagelijkse werking van alle betrokken personeelsleden. Dit groeiv niveau is de fase van uitvoering volgens de PDCA-cyclus. In groeiv niveau 4 gebeurt de evaluatie van de procedures en acties. Deze evaluatie is systematisch, dit betekent dat de organisatie op voorhand een frequentie bepaalt voor de evaluatie. Voor sommige subthema's kan dit jaarlijks zijn, voor andere subthema's is een langere tijdspanne wenselijk. Dit is afhankelijk van de prioritering van de organisatie, al dan niet in samenspraak met koepels of overheid. De organisatie bepaalt zelf op een verantwoorde manier de termijnen van de evaluatie per subthema. Afhankelijk van het subthema worden in de omschrijvingen aangegeven welke partners minimaal betrokken worden bij deze evaluatie. Op basis van de resultaten van de evaluatie stuurt de organisatie de inputgebieden (de organisatorische aspecten) bij. Bovendien wordt steeds de link gelegd met andere kwaliteitsthema's, zodat de kwaliteitszorg een integraal geheel blijft. In dit groeiv niveau is de PDCA-cyclus rond. De evaluatie leidt tot bijsturing. Deze effecten van de bijsturing moeten opnieuw geëvalueerd worden, wat op zich tot nieuwe bijsturingen of andere acties kan leiden. Groeiv niveau 4 stemt overeen met de evaluatie- en bijsturingsfase volgens de PDCA-cyclus. Het laatste groeiv niveau, groeiv niveau 5, onderscheidt zich van de andere groeiv niveaus doordat de organisatie overgaat tot benchmarking en benchlearning. De organisatie maakt de resultaten met betrekking tot het subthema actief bekend buiten de organisatie. Andere organisaties maken gebruik van deze resultaten om hun eigen processen te optimaliseren, waardoor de organisatie een modelfunctie krijgt. Daarnaast worden in dit groeiv niveau ook

externe partners betrokken bij de evaluatie van de acties en procedures. Opnieuw bepaalt de organisatie zelf de definitie van 'systematisch' op een verantwoorde manier, afhankelijk van de gestelde prioriteiten.

Door het uitvoeren van een zelfevaluatie, bepaalt de organisatie voor de verschillende subthema's op welk groeiniveau ze zich momenteel bevindt. De organisatie gebruikt daarvoor duidelijk aantoonbare indicatoren. Door een systeem van groeiniveaus te hanteren, krijgt de organisatie zicht op welke domeinen er groeipotentieel is. Dit biedt handvatten voor het vastleggen van prioriteren van verbetertrajecten. Het uitvoeringsbesluit wil een instrument aanbieden om organisaties te stimuleren bewust met kwaliteitsverbetering bezig te zijn. Daarbij is het de intentie van het uitvoeringsbesluit om de organisatie als lerende instantie te benaderen met een duidelijke focus op het groeipotentieel. Een organisatie en de kwaliteit ervan zijn evolutief, dit betekent dat het voortdurend in ontwikkeling is, waarbij inspanningen moeten geleverd worden om een bepaald kwaliteitsniveau te behouden of om het kwaliteitsniveau te verhogen. Een onderbouwde aanpak en prioritering van verbetertrajecten zullen nodig zijn om de belasting van de organisatie en het personeel in het kwaliteitsproces te bewaken.

iii. Bespreking van de thema's

Kwaliteitszorg

Het metathema kwaliteitszorg handelt over de wijze waarop de organisatie vorm geeft aan het kwaliteitsbeleid. Het is een overkoepelend thema dat de aanpak van de andere kwaliteitsthema's en het kwaliteitsbeleid in zijn geheel omvat. Hierbij is ook een beleid inbegrepen dat zorgt voor de afstemming van communicatie ten aanzien van de verschillende ontvangergroepen (gebruikers, gedifferentieerd naar leeftijd, ouders, professionele partners, personeel, maatschappij, ...). Het thema is onderverdeeld in vier subthema's, namelijk 'organisatie en visie', 'betrokkenheid', 'methodiek en instrumenten' en 'verbetertraject'. Een eerste subthema 'organisatie en visie' betreft enerzijds de wijze waarop kwaliteitszorg georganiseerd wordt en anderzijds de visie van de organisatie op kwaliteitszorg en de mate waarin alle domeinen van een organisatie geïntegreerd zijn in deze visie. Met de basisprincipes benoemd bij groeiniveau 1 wordt bedoeld dat de organisatie minimaal een basiskennis heeft van het managementmodel EFQM en van de PDCA-cyclus.

In het tweede subthema 'betrokkenheid' wordt nagegaan hoe en in welke mate er betrokkenheid en participatie is van de verschillende medewerkers van de organisatie. Zoals eerder aangehaald heeft een goed kwaliteitsbeleid pas slaagkansen, wanneer het doorleefd is door alle leden van de organisatie. Volgens artikel 5, §1 van het geharmoniseerde kwaliteitsdecreet wordt eveneens verwacht dat het kwaliteitsbeleid steunt op deelname van alle medewerkers en streeft naar de voordelen voor de gebruikers, de medewerkers, de voorziening en de samenleving. Bovendien kunnen ook externe partners een belangrijke bijdrage leveren voor de kwaliteitszorg van de organisatie.

Voor het voeren van een kwaliteitsbeleid zijn methodieken en instrumenten nodig.

'Methodieken en instrumenten' vormt het derde subthema binnen het thema kwaliteitszorg. Een belangrijk en decretaal verplicht instrument is het kwaliteitshandboek (Art.5, §4 van het geharmoniseerde kwaliteitsdecreet). Net zoals kwaliteitszorg in z'n geheel, moet het kwaliteitshandboek gekenmerkt worden door een dynamiek met voortdurende bijsturing en actualisatie en door gebruiksvriendelijkheid om de gedragenheid en toepasbaarheid van het instrument door het personeel te garanderen. Daarnaast gaat dit over de methodieken en instrumenten die gehanteerd worden binnen de organisatie om op een planmatige en gestandaardiseerde wijze aan zelfevaluatie te doen (Art.5, §3 van het geharmoniseerde kwaliteitsdecreet).

Het laatste subthema 'verbetertraject' gaat over de wijze waarop de organisatie acties onderneemt die er op gericht zijn de processen van de organisatie structureel te verbeteren. Er worden enkele duidelijke verwachtingen geformuleerd in het uitvoeringsbesluit. Zo moeten de acties specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch en tijdgebonden (SMART) zijn en moeten ze gebaseerd zijn op de eerder beschreven PDCA-cyclus.

Kernprocessen

Het kwaliteitsthema kernprocessen betreft de kritische of primaire processen van de organisatie. Dit zijn de processen die de organisatie in staat stellen om haar missie en

kerntaken te realiseren. Ze zijn dus essentieel voor het bereiken van de gestelde doelen. de CKG's zijn vijf subthema's bepaald: 'onthaal van de gebruiker', 'doelstellingen en ondersteuningsplan', 'afsluiting en nazorg', 'agogisch en pedagogisch profiel' en 'gebruikersdossier'.

Voor de subthema's 'onthaal van de gebruiker', 'doelstellingen en ondersteuningsplan', 'afsluiting en nazorg' en 'gebruikersdossier', wordt gepeild naar de wijze waarop de procedure tot stand komt en toegepast, gecommuniceerd en geëvalueerd wordt. Met de wettelijke bepalingen inzake het dossierbeheer wordt verwezen naar artikel 17° van het erkennings- en subsidiëringsbesluit en naar artikelen 20, 21, 22 en 23 van het decreet betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp.

Het subthema 'agogisch en pedagogisch profiel' gaat over de visie op de hulpverlening en over afspraken omtrent essentiële aspecten van de hulpverlening. Deze essentiële aspecten van de hulpverlening (groeniveau 3) kunnen onder andere zijn: het betrekken van de context, een systeem van belonen en straffen, maatschappelijke participatie, algemene afspraken en regels voor de gebruiker, veiligheid van de gebruiker, hygiëne en medische zorgen, gezonde voeding, gezonde relationele en seksuele ontwikkeling, verslavingsproblematiek en onderwijs in het hulpverleningstraject van de gebruiker. Belangrijk is dat het agogisch pedagogisch profiel aansluit bij het algemene beleid (missie en visie) van de organisatie.

Voor wat het gebruikersdossier betreft, beperken de groeniveaus zich tot de procedures inzake het beheer en de uitwisseling. Op 25 mei 2018 is de Algemene Verordening Gegevensdeling van kracht. Deze nieuwe privacywetgeving is gebaseerd op de bestaande wetgeving, maar brengt op enkele vlakken een verbetering of uitdieping mee.

Gebruikersresultaten

Het kwaliteitsthema gebruikersresultaten gaat over de effecten van de inputgebieden en de processen op de gebruikers van de organisatie. De gebruikersresultaten zijn opgesplitst in drie subthema's: 'klachtenbehandeling', 'gebruikerstevredenheid over de hulpverleningsprocessen, hulpuitvoering, inspraak en participatie' en 'effect van de hulpverlening'.

Het subthema 'klachtenbehandeling' gaat over de wijze waarop een klachtenprocedure tot stand komt, toegepast, gecommuniceerd en geëvalueerd wordt.

In het subthema 'gebruikerstevredenheid' wordt nagegaan hoe de organisatie de tevredenheid van de gebruiker over de hulpverlenersprocessen, de hulpuitvoering en over inspraak en participatie meet en op welke manier de resultaten binnen de organisatie gebruikt worden. Met 'onafhankelijk externe' (groeniveau 5) wordt een persoon of organisatie bedoeld die niet rechtstreeks betrokken is bij de organisatie, maar die vanuit een consultfunctie de tevredenheidsmeting evalueert en mogelijks adviezen formuleert. Het betreft hier niet Zorginspectie. Wel kan het gaan om een externe dienst met de nodige expertise of meer laagdrempelig over bijvoorbeeld de directie of kwaliteitscoördinator van een andere organisatie, academici, steunpunt,...

Het derde subthema 'effect van de hulpverlening' gaat over de wijze waarop de organisatie zicht tracht te krijgen op de effecten van de hulpverleningsprocessen en hulpuitvoering op de gebruikers. Het betreft de inzet van methodieken en instrumenten, het gebruik van indicatoren, registratie en wetenschappelijk onderzoek. Met wetenschappelijk onderzoek wordt elke ondersteuning door academici bedoeld. Dit kan gaan over zowel onderzoek geïnitieerd door een externe partner (overheid, regionale partners,...), als over onderzoek door de organisatie zelf opgestart met ondersteuning van academici (bv. thesisonderzoek, leerstoel,...).

Medewerkersresultaten

Het kwaliteitsthema medewerkersresultaten gaat aan de hand van subjectieve (tevredenheid) en objectieve (kengetallen) criteria na in welke mate de medewerkers tevreden zijn binnen de organisatie. Het kwaliteitsthema is onderverdeeld in twee subthema's: 'personeelstevredenheid' en 'indicatoren en kengetallen'.

In het subthema 'personeelstevredenheid' wordt onderzocht hoe de organisatie de tevredenheid van de medewerkers binnen de organisatie meet en op welke manier de resultaten binnen de organisatie gebruikt worden.

In het tweede subthema 'indicatoren en kengetallen' wordt verwacht dat de organisatie objectieve personeelsgegevens bijhoudt om de tevredenheid van de medewerkers te

onderzoeken en de resultaten hiervan gebruikt voor de beleidsvoering. Onder personeelskengetallen vallen volgende voorbeelden: absentieïsme, ziekteverzuim, personeelsverloop, arbeidsongevallen, gemiddelde leeftijd, aantal overuren,... Met onafhankelijk externe (groei-niveau 5) wordt een persoon of organisatie bedoeld die niet rechtstreeks betrokken is op de organisatie, maar die vanuit een consultfunctie de tevredenheidsmeting of/ en de personeelskengetallen evalueert en mogelijk adviezen formuleert. Het betreft hier niet Zorginspectie. Wel kan het gaan om een externe dienst met de nodige expertise of meer laagdrempelig over bijvoorbeeld de directie of kwaliteitscoördinator van een andere organisatie, academici, een steunpunt,...

Samenlevingsresultaten

In het kwaliteitsthema samenlevingsresultaten wordt gepolst naar de impact van de organisatie op maatschappelijke ontwikkelingen en de relevantie van de hulpverlening volgens de maatschappelijke noden. Het kwaliteitsthema wordt vertaald in de twee subthema's 'waardering strategische partners' en 'maatschappelijke opdracht en maatschappelijke tendensen'.

Het subthema 'waardering strategische partners' betreft de mate waarin de organisatie initiatieven neemt om zicht te krijgen op de beoordeling van de organisatie door de partners waarmee de organisatie een langdurige samenwerking heeft. Voorbeelden van strategische partners zijn verwijzende instanties, andere hulpverlenende organisatie binnen en buiten de sector, scholen, overheid, koepels,...en wat de organisatie doet met deze gegevens (communicatie en beleidsvoering).

Het tweede subthema 'maatschappelijke opdracht en maatschappelijke tendensen' is tweeledig. Met maatschappelijke opdracht wordt bedoeld dat de missie van de organisatie ruimer gaat dan de hulpverlening van de gebruiker, maar ook betrekking heeft op een bredere maatschappelijke behoefte. Met maatschappelijke tendensen wordt verwezen naar maatschappelijke veranderingen. Voorbeelden hiervan zijn de toename van het aantal nieuw samengestelde gezinnen, interculturalisering, de evolutie van en het streven naar meer sociaal ondernemerschap, vermaatschappelijking van de zorg, vernieuwde regelgeving, enzovoort. Ook getraceerde behoeften binnen de eigen organisatie, bijvoorbeeld door verschuivingen in de wachtlijsten en dergelijke, vallen onder dit subthema. Er wordt onderzocht of de organisatie oog heeft voor deze maatschappelijke veranderingen en indien nodig de eigen missie en werkzaamheden (maatschappelijke opdracht) hier op afstemt. Bovendien heeft de organisatie een signaalfunctie ten aanzien van de overheid en andere betrokkenen.

Verwachtingen en implementatie

In een eerste fase geven de resultaten van de zelfevaluatie van de organisaties de overheid en de sector een globaal zicht op het huidige kwaliteitsniveau van de sector. Hierbij zullen de sterktes van de organisaties en mogelijk ook de pijnpunten of hiaten duidelijk worden. De resultaten van de eerste metingen zullen besproken worden met de sector. We zullen samen bekijken hoe goede praktijken in de sector verspreid kunnen worden en kunnen bijdragen aan de beeldvorming en de maatschappelijke en politieke verantwoording van de sector. Bovendien zal worden gezocht naar methodieken en instrumenten om de sector in zijn geheel of organisaties specifiek te ondersteunen om het kwaliteitsniveau op bepaalde subthema's te verhogen.

In deze eerste fase worden geen streefcijfers vastgelegd. Als sector moeten we wel de ambitie hebben om op termijn te streven naar in consensus vastgelegde minimale kwaliteitsniveaus. Daarbij kunnen, in overleg met de sector, jaarlijks thema's benadrukt worden, zoals beschreven in het geharmoniseerde kwaliteitsdecreet (Art. 6,§3). Daarnaast wordt zoals beschreven in artikel 8 van het geharmoniseerde kwaliteitsdecreet eenmaal per legislatuur het Vlaams Parlement geïnformeerd over de kwaliteit van de zorg verstrekt door de organisaties. De zelfevaluaties bieden de organisaties tevens de mogelijkheid om zich te positioneren ten opzichte van andere, gelijkaardige organisaties. Deze benchmarking moet ertoe leiden dat organisaties op basis van onderbouwde dialoog en reflectie komen tot het al dan niet gezamenlijk opstellen van verbeteracties (benchlearning). Ook hier staat het leren als organisatie en het gebruik maken van elkaars expertise en ervaringen centraal.

2) Subsidie chat VK en partnerorganisatie

Een van de opdrachten van de vertrouwenscentra kindermishandeling is het verzekeren van elektronische toegang van de door hen aangeboden hulp- en dienstverlening via de chat nupraatikerover.be.

Om een extra toegangsmoment per week voor de chat te kunnen organiseren, wordt de huidige subsidie van 50.000 euro, vermeerderd met 29.000 euro.

Daarnaast wordt ook de jaarlijkse facultatieve algemene werkingssubsidie aan de partnerorganisatie ter ondersteuning van personeels- en werkingskosten structureel ingeschreven in het besluit van de Vlaamse Regering van 17 november 2017 betreffende de erkenning en subsidiëring van de vertrouwenscentra kindermishandeling en de partnerorganisatie.

3) Subsidiebepaling aanbodsvormen preventieve gezinsondersteuning

Artikel 61 van het besluit van de Vlaamse Regering van 28 maart 2014 tot uitvoering van het decreet van 29 november 2013 houdende de organisatie van preventieve gezinsondersteuning bepaalt de regels met betrekking tot de berekening en herberekening van de subsidie die een organisator van een aanbodsvorm in de preventieve gezinsondersteuning kan krijgen.

Dit artikel wordt aangepast naar aanleiding van de opmerking van de Raad van State in het advies 62.547/1 van 27 december 2017. De Raad wees erop dat er in artikel 61, §6 geen rechtsgrond kan gevonden worden om de minister een vast bedrag en een maximumbedrag te bepalen. Met deze aanpassing wordt deze delegatie verduidelijkt.

1.2 Artikelsgewijze toelichting

Artikel van voorliggend ontwerpbesluit	Rechtsgrond
Art. 1	Art. 6 van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen
Art. 2	Art. 6 van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen
Art. 3	Art. 6 van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen
Art. 4	Art. 8, derde lid van het decreet van 29 november 2013 houdende de organisatie van preventieve gezinsondersteuning
Art. 5	Art. 8, §1, eerste lid, 8/1 en 12 van het decreet van 30 april 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Kind en Gezin
Art. 6	Art. 8, §1, eerste lid, 8/1 en 12 van het decreet van 30 april 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Kind en Gezin
Art. 7	Art. 14 van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen

Artikel 1.

Dit artikel voert een aantal definities in het besluit van de Vlaamse Regering van 9 november 2012 inzake de erkenning en subsidiëring van de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning in, met betrekking tot de ingevoerde kwaliteitsbepalingen.

Artikel 2.

Dit artikel voert een aantal kwaliteitsbepalingen in voor de centra voor kinderopvang en gezinsondersteuning. Deze bepalingen werden hierboven reeds uitvoerig besproken, aldus voor de artikelsgewijze bespreking kan daar naar verwezen worden.

Artikel 3.

Er wordt een bijlage toegevoegd aan het besluit van de Vlaamse Regering van 9 november 2012 inzake de erkenning en subsidiëring van de centra voor kinderopvang en gezinsondersteuning. De bijlage bij dit besluit omvat de schema's op basis waarvan de centra voor kinderopvang en gezinsondersteuning hun zelfevaluatie dienen op te maken.

Artikel 4.

De subsidie aan een organisator van een aanbodsvorm preventieve gezinsondersteuning bestaat uit een vast en een variabel deel.

Het vaste bedrag is het minimale basisbedrag om de werking van de aanbodsvorm mogelijk te maken.

Daarbovenop wordt een variabel deel berekend, rekening houdend met het aantal minderjarigen, het aandeel kansarmoede in het werkingsgebied en de evolutie van de gemiddelde geldelijke anciënniteit.

Daarnaast wordt de delegatie aan de minister verduidelijkt:

- de minister kan de hoogte van het vaste bedrag bepalen, dat nodig is om een minimale werking van de aanbodsvorm mogelijk te maken.
- de minister kan een maximumbedrag bepalen per aanbodsvorm om binnen de perken van de begrotingskredieten tot een voldoende geografische spreiding te komen van het preventieve gezinsondersteunend aanbod.

Artikel 5.

Naast de vertrouwenscentra kindermishandeling, krijgt ook de partnerorganisatie jaarlijks een algemene werkingssubsidie.

Artikel 6.

De subsidie voor het vertrouwenscentrum dat de elektronische toegang via de chat verzekert wordt verhoogd met 29.000 euro, opdat zij een extra toegangsmoment per week kunnen organiseren.

Daarnaast wordt de jaarlijkse werkingssubsidie van de partnerorganisatie vastgesteld op 100.000 euro.

Artikel 7.

Overeenkomstig artikel 14 van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen bepaalt de Vlaamse Regering per sector de datum waarop dit decreet in werking treedt.

De inwerkingtreding van het decreet gebeurt voor de centra voor kinderopvang en gezinsondersteuning door dit artikel.

Artikel 8.

Deze bepaling heft de voorgaande uitvoeringsbesluiten rond kwaliteit op, voor zowel de centra voor kinderopvang en gezinsondersteuning, als voor de vertrouwenscentra kindermishandeling.

Voor beide sectoren bepaalde de Vlaamse Regering dat het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen in werking treedt.

Artikel 9.

Dit artikel bepaalt de inwerkingtreding van dit besluit. Het besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2019.

Artikel 10.

Dit artikel behoeft geen nadere toelichting.

2. WEERSLAG VAN HET VOORSTEL OP DE BEGROTING VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

2.1 Financiële weerslag van het voorstel

Voor wat betreft de invoering van de kwaliteitsbepalingen voor de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning heeft het voorliggend ontwerpbesluit geen budgettaire gevolgen voor het budget PGO.

De jaarlijkse aanvullende subsidie voor het vertrouwenscentrum kindermishandeling dat de elektronische toegang via de chat verzekert, wordt opgetrokken met 29 duizend euro. Bij BO2019 werd er hiervoor 79 duizend euro toegevoegd aan de dotatie van Kind en Gezin. Dit bedrag zit vervat in het bedrag van 2.426 duizend euro die bij BO2019 werd toegekend voor preventieve gezinsondersteuning.

De jaarlijkse algemene werkingssubsidie van de partnerorganisatie van 100 duizend euro werd bij BO2019 toegevoegd aan de dotatie van Kind en Gezin. Dit bedrag zit vervat in het bedrag van 2.426 duizend euro die bij BO2019 werd toegekend voor preventieve gezinsondersteuning.

2.2 Inspectie van Financiën

Het advies van de Inspectie van Financiën met referentienummer JVE/AVP/19/0084 werd verleend op 11 februari 2019.

2.3 Begrotingsakkoord

Het begrotingsakkoord werd verleend op 27 maart 2019.

3. WEERSLAG VAN HET VOORSTEL OP DE LOKALE BESTUREN

- 1 personeel: het voorstel heeft geen weerslag op gebied van personeelsinzet;
- 2 werkingsuitgaven: het voorstel heeft geen weerslag op de lopende uitgaven van de lokale besturen;
- 3 investeringen en schulden: het voorstel heeft geen investeringen als gevolg;
- 4 ontvangsten: het voorstel heeft geen bijkomende ontvangsten als gevolg;
- 5 conclusie: het voorstel heeft geen weerslag op de lokale besturen.

4. WEERSLAG VAN HET VOORSTEL OP HET PERSONEELSBESTAND EN DE PERSONEELSBUDGETTEN

Het voorstel van beslissing heeft geen weerslag op het personeelsbestand en op het personeelsbudget, zodat het akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de bestuurszaken, niet vereist is.

5. KWALITEIT VAN DE REGELGEVING

5.1 Wetgevingstechnisch en taalkundig advies

Het bijgaande ontwerpbesluit van de Vlaamse Regering werd aangepast aan het wetgevingstechnisch en taalkundig advies nr. 2019/78 van 15 februari 2019.

5.2 RIA

De motivering werd doorheen voorliggende nota opgenomen.

6. VOORSTEL VAN BESLISSING

De Vlaamse Regering beslist:

- 1° haar principiële goedkeuring te hechten aan het bijgaande ontwerpbesluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 9 november 2012 inzake erkenning en subsidiëring van de centra voor kindercare en gezinsondersteuning, het besluit van de Vlaamse Regering van 28 maart 2014 tot uitvoering van het decreet van 29 november 2013 houdende de organisatie van preventieve gezinsondersteuning en het besluit van de Vlaamse Regering van 17 november 2017 betreffende de erkenning en subsidiëring van de vertrouwenscentra kindermishandeling en de partnerorganisatie;
- 2° de Vlaamse minister, bevoegd voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, te gelasten over voornoemd ontwerpbesluit van de Vlaamse Regering, het advies in te winnen van de Raad van State, met verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van 30 dagen, met toepassing van artikel 84, §1, eerste lid, 2°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State.

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN