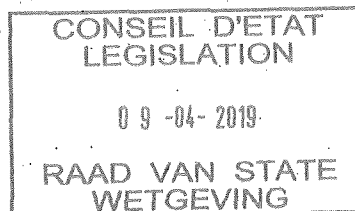




**Vlaamse
Regering**



Besluit 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 kindermishandeling 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

DE VLAAMSE REGERING,

Gelet op het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, artikel 6 en 14;

Gelet op het decreet van 30 april 2004 tot oprichting van het Intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Kind en Gezin, artikel 8, §1, eerste lid, gewijzigd bij het decreet van 29 juni 2012, artikel 8/1, ingevoegd bij het decreet van 12 juli 2013, en artikel 12;

Gelet op het decreet van 29 november 2013 houdende de organisatie van preventieve gezinsondersteuning, artikel 8, derde lid;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 9 november 2012 inzake erkenning en subsidiëring van de centra voor kindermishandeling en gezinsondersteuning;

Gelet op 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;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 17 november 2017 betreffende de erkenning en subsidiëring van de vertrouwenscentra kindermishandeling en de partnerorganisatie;

Gelet op het ministerieel besluit van 10 juni 2002 betreffende de kwaliteitszorg in de centra voor kindermishandeling en gezinsondersteuning;

Gelet op het ministerieel besluit van 10 juni 2002 betreffende de kwaliteitszorg in de vertrouwenscentra kindermishandeling;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 11 februari 2019;

Gelet op advies xxxxx/x van de Raad van State, gegeven op ..., met toepassing van artikel 84, §1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op voorstel van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

Na beraadslaging,

BESLUIT:

Hoofdstuk 1. Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 9 november 2012 inzake erkenning en subsidiëring van de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning

Artikel 1. Aan artikel 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 9 november 2012 inzake erkenning en subsidiëring van de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 30 januari 2015, worden een punt 11° tot en met 13° toegevoegd, die luiden als volgt:

11° decreet van 17 oktober 2003: het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen;

12° outputgebieden: de resultaatgerichte aandachtsgebieden die betrekking hebben op de verschillende aspecten van de organisatievoering, met name de gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten;

13° kernprocessen: de basisprocessen en -procedures volgens welke een organisatie haar hulpverlening vormgeeft, en die bestaan uit:

- a) het onthaal van de gebruiker;
- b) de doelstelling en het handelingsplan;
- c) de afsluiting en de nazorg;
- d) het pedagogische profiel;
- e) het gebruikersdossier."

Art. 2. Aan hoofdstuk 3 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018, wordt een afdeling 4, die bestaat uit artikel 26/1 tot en met 26/5, toegevoegd, die luidt als volgt:

"Afdeling 4. Kwaliteitsbeleid

Art. 26/1. De voorziening heeft een kwaliteitsbeleid als vermeld in artikel 4 en 5, §1, van het decreet van 17 oktober 2003, dat al de volgende elementen bevat:

- 1° de missie van de voorziening;
- 2° de visie van de voorziening;
- 3° de waarden;
- 4° de te creëren maatschappelijke meerwaarde, alsook de strategische doelstellingen om die meerwaarde te realiseren;
- 5° de omschrijving van al de volgende aandachtsgebieden:
 - a) kwaliteitszorg;
 - b) inputgebieden:
 - 1) leiderschap;
 - 2) personeelsbeleid;
 - 3) beleid en strategie;
 - 4) middelen en partnerschappen;
 - c) kernprocessen;
 - d) outputgebieden:
 - 1) gebruikersresultaten;
 - 2) medewerkersresultaten;
 - 3) samenlevingsresultaten.

In het eerste lid, 5°, b), wordt verstaan onder Inputgebieden: de organisatorisch gerichte aandachtsgebieden die betrekking hebben op de activiteiten

die het mogelijk maken dat de organisatie bepaalde resultaten behaalt op het vlak van leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, en middelen en partnerschappen.

Art. 26/2. Met toepassing van artikel 6, §2, van het decreet van 17 oktober 2003 heeft de voorziening in haar kwaliteitsbeleid aandacht voor de volgende aspecten:

- 1° gelijke kansen op het gebied van toegankelijkheid, diversiteit en non-discriminatie;
- 2° goed bestuur, in het bijzonder wat betreft de diversiteit in samenstelling, de deskundigheid, de opdrachten en de verantwoordelijkheden van de bestuursorganen.

Art. 26/3. De voorziening beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem als vermeld in artikel 4 en 5, §2, van het decreet van 17 oktober 2003, dat minimaal de organisatorische structuur, de bevoegdheden, de verantwoordelijkheden en de processen en procedures in het bijzonder van de aandachtsgebieden, vermeld in artikel 26/1, eerste lid, 5°, van dit besluit, bevat.

Art. 26/4. Met toepassing van artikel 4 en 5, §3, van het decreet van 17 oktober 2003 evalueert de voorziening systematisch zelf haar werking en minimaal de aandachtsgebieden kwaliteitszorg, kernprocessen en outputgebieden, vermeld in artikel 26/1, eerste lid, 5°, van dit besluit, op basis van het schema dat opgenomen is in de bijlage die bij dit besluit is gevoegd.

Op basis van de zelfevaluatie, vermeld in het eerste lid, formuleert de voorziening verbeteracties die betrekking kunnen hebben op alle elementen van het kwaliteitsbeleid, vermeld in artikel 26/1.

Art. 26/5. De voorziening beschikt over een borgend kwaliteitshandboek als vermeld in artikel 5, §4, en artikel 6 van het decreet van 17 oktober 2003, dat al de volgende elementen bevat:

- 1° het kwaliteitsbeleid, vermeld in artikel 26/1 van dit besluit;
- 2° het kwaliteitsmanagementsysteem, vermeld in artikel 26/3 van dit besluit;
- 3° de zelfevaluatie en de verbeteracties, vermeld in artikel 26/4 van dit besluit.

Het kwaliteitshandboek, vermeld in het eerste lid, is gebruiksvriendelijk en toegankelijk en wordt door alle geledingen van de voorziening gedragen.”.

Art. 3. Aan hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 21 december 2018, wordt een bijlage toegevoegd, die bij dit besluit is gevoegd.

Hoofdstuk 2. Wijzigingen 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

Art. 4 In 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 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° voor paragraaf 1, die paragraaf 1/1 wordt, wordt een nieuwe paragraaf 1 ingevoegd, die luidt als volgt:

“§1. Het subsidiebedrag dat een organisator kan krijgen, bestaat uit een vast en een variabel deel.”;

2° in paragraaf 1/1, eerste lid, worden tussen de woorden “herberekening van het” en het woord “subsidiebedrag” de woorden “variabel deel van het” ingevoegd;

3° in paragraaf 1/1, eerste lid, worden de woorden "dat een organisator kan krijgen" opgeheven;

4° aan paragraaf 6, die wordt vernummerd tot paragraaf 3, wordt een tweede lid toegevoegd, dat luidt als volgt:

"De minister bepaalt de hoogte van het vaste bedrag per aanbodsvorm en kan een maximumbedrag bepalen dat per aanbodsvorm wordt toegekend."

Hoofdstuk 3. Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 17 november 2017 betreffende de erkenning en subsidiëring van de vertrouwenscentra kindermishandeling en de partnerorganisatie

Art. 5. Artikel 27 van het besluit van de Vlaamse Regering van 17 november 2017 betreffende de erkenning en subsidiëring van de vertrouwenscentra kindermishandeling en de partnerorganisatie wordt vervangen door wat volgt:

"Art. 27. Het vertrouwenscentrum kindermishandeling en de partnerorganisatie, erkend conform dit besluit, ontvangen binnen de perken van de begrotingskredieten jaarlijks een algemene werkingssubsidie ter ondersteuning van de personeels- en werkingskosten.

Het agentschap kent voor de duur van de erkenning een subsidie toe als vermeld in het eerste lid."

Art. 6. In artikel 31 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 3 wordt de zinsnede "50.000,00 euro (vijftigduizend euro)" vervangen door de zinsnede "79.000 euro (negenenzeventigduizend euro)";

2° er wordt een paragraaf 3/1 ingevoegd, die luidt als volgt:

"§3/1. De jaarlijkse subsidie voor de partnerorganisatie bedraagt 100.000 euro (honderdduizend euro).";

3° in paragraaf 4 wordt de zin "De subsidies, vermeld in dit artikel, zijn uitgedrukt tegen 100% van de spilindex die van toepassing is op 1 januari 2017." vervangen door de zin "De subsidies, vermeld in dit artikel, zijn gekoppeld aan de spilindex die van toepassing is op 1 januari 2017, met uitzondering van de subsidie vermeld in paragraaf 3/1 van dit artikel, die gekoppeld is aan de spilindex die van toepassing is op 1 januari 2019."

Hoofdstuk 4. Slotbepalingen

Art. 7. Het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen treedt in werking voor de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning.

Art. 8. De volgende regelingen worden opgeheven:

1° het ministerieel besluit van 10 juni 2002 betreffende de kwaliteitszorg in de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning;

2° het ministerieel besluit van 10 juni 2002 betreffende de kwaliteitszorg in de vertrouwenscentra kindermishandeling.

Art. 9. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2019.

Art. 10. De Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen, is belast met de uitvoering van dit besluit.

Brussel, (datum).

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN

Bijlage. Schema als vermeld in artikel 26/4, eerste lid

Groei-niveaus (0-5)	Kwaliteitszorg: organisatie en visie	Kwaliteitszorg: betrokkenheid	Kwaliteitszorg: methodieken en instrumenten	Kwaliteitszorg: verbetertraject
0	De organisatie heeft geen visie op kwaliteitszorg.	Binnen de organisatie is er geen betrokkenheid op het vlak van kwaliteitszorg.	De organisatie hanteert geen methodieken noch instrumenten voor de kwaliteitszorg.	De organisatie formuleert geen verbetertrajecten.
	De organisatie onderneemt geen acties om te komen tot een adequate kwaliteitszorg.	De organisatie onderneemt geen acties om de betrokkenheid te vergroten.		
1	Er is structureel overleg over de kwaliteitszorg van de organisatie.	De organisatie betreft de directie en de medewerkers op ad-hocbasis bij het beleid.	De organisatie hanteert alleen ad-hoc methodieken en instrumenten voor de kwaliteitszorg.	De organisatie formuleert ad-hoc verbetertrajecten.
	De organisatie heeft een basiskennis van de basisprincipes en modellen van integrale kwaliteitszorg.			
2	De organisatie heeft een of meer personeelsleden die kwaliteitszorg als eindverantwoordelijkheid in hun takenpakket hebben.	De organisatie betreft de medewerkers bij het beleid.	De organisatie beschikt over een kwaliteitshandboek waarin een kwaliteitsbeleid is opgenomen.	De organisatie ontwikkelt SMART-geformuleerde verbetertrajecten.
	De organisatie heeft een visie op integrale kwaliteitszorg.	De organisatie betreft de bestuursorganen bij het beleid.	De organisatie beschikt over een methodiek of instrument voor zelfevaluatie.	De organisatie informeert de medewerkers over de verbetertrajecten.

	Integrale kwaliteitszorg beslaat minimaal de volgende domeinen van de organisatie: leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen, kernprocessen, gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten.			
3	Kwaliteitszorg is geïntegreerd in de dagelijkse werking van alle activiteitencentra of afdelingen van de organisatie.	Alle functiegroepen participeren in de kwaliteitszorg.	Het kwaliteitshandboek is gebruiksvriendelijk en bevat alle elementen volgens artikel 5, §4, van het Kwaliteitsdecreet.	De verbetertrajecten zijn SMART gedefinieerd en als dusdanig opgesteld dat de PDCA-cyclus herkenbaar is.
	Alle elementen van kwaliteitszorg zijn op elkaar afgestemd en vormen een geheel.	De organisatie bepaalt op een doordachte wijze waar de gebruiker bij de kwaliteitszorg betrokken wordt.	Alle functiegroepen passen het kwaliteitshandboek toe.	De organisatie stelt verantwoordelijken aan voor de uitvoering en voortgang per verbetertraject.
		De organisatie bepaalt op een doordachte wijze wanneer de externe partners (verwijzers, andere hulpverleners, ...) bij de kwaliteitszorg betrokken worden.	De zelfevaluatie wordt uitgevoerd op basis van een vooraf vastgelegde en gestandaardiseerde manier, waarin de PDCA-cyclus duidelijk aanwezig is en waarin minimaal de volgende domeinen van de organisatie aan bod komen: leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen, kernprocessen, gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten.	De organisatie overloopt systematisch minimaal de volgende domeinen van een organisatie (leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen, kernprocessen, gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten) om verbetertrajecten binnen het jaar- of meerjarenplan van de organisatie te bepalen.
		De bestuursorganen participeren in de kwaliteitszorg.		De organisatie communiceert de resultaten van de verbetertrajecten aan de betrokkenen van het verbetertraject.

4	De organisatie evalueert systematisch de kwaliteitszorg en stuurt ze bij.	De organisatie evalueert systematisch de wijze waarop de externe partners en de gebruikers bij het beleid betrokken worden en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de ingezette methodiek of het instrument voor de zelfevaluatie en stuurt die methodiek of dat instrument bij.	De organisatie voert de verbetertrajecten conform de planning uit, evalueert ze en stuurt ze bij.
	De organisatie brengt minimaal de gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten samen in een synthese, die de basis vormt om prioritaire verbetertrajecten te bepalen.		De organisatie evalueert systematisch het kwaliteitshandboek en stuurt het bij.	De organisatie implementeert de resultaten van de verbetertrajecten in de werking van de organisatie en legt ze samen met andere beleidsrelevante informatie.
				De organisatie neemt de resultaten van de verbetertrajecten op in het kwaliteitshandboek.
5	De organisatie benchmarkt haar kwaliteitszorg en zelfevaluatie.	De organisatie maakt de manier waarop alle betrokkenen bij het beleid betrokken worden, actief kenbaar.	De organisatie onderneemt actief initiatieven voor kennisdeling van de gebruikte methodieken en instrumenten.	De organisatie communiceert actief over de verbetertrajecten en de resultaten ervan.
	De organisatie heeft een kwaliteitscertificaat.		De organisatie vergelijkt haar methodieken en instrumenten nationaal en internationaal.	
	De organisatie maakt haar kwaliteitszorg en zelfevaluatie actief kenbaar.		De methodieken en instrumenten zijn gecertificeerd of wetenschappelijk onderbouwd.	

	Kernprocessen: onthaal van de gebruiker	Kernprocessen: doelstellingen en ondersteuningsplan	Kernprocessen: afsluiting en nazorg	Kernprocessen: agogisch en pedagogisch profiel	Kernprocessen: gebruikersdossier
0	Er is geen procedure voor onthaal.	Er is geen procedure voor de doelstellingen en het ondersteuningsplan.	Er is geen procedure voor afsluiting en nazorg.	Er is geen agogisch en pedagogisch profiel.	Er zijn geen procedures voor het beheer en de uitwisseling van gebruikersdossiers.
1	De organisatie bepaalt ad hoc een werkwijze.	De organisatie bepaalt ad hoc een werkwijze.	De organisatie bepaalt ad hoc een werkwijze.	De medewerkers stemmen hun visie op en de uitvoering van de hulpverlening ad hoc af.	De organisatie beheert ad hoc de gebruikersdossiers.
2	Er is een procedure voor onthaal.	Er is een procedure voor de doelstellingen en het ondersteuningsplan.	Er is een procedure voor afsluiting en nazorg.	Er is een agogisch en pedagogisch profiel.	Er zijn procedures voor het beheer en de uitwisseling van gebruikersdossiers.
3	De organisatie stelt de procedure op met inspraak van de proceseigenaars.	De organisatie stelt de procedure op met inspraak van de proceseigenaars.	De organisatie stelt de procedure op met inspraak van de proceseigenaars.	De organisatie documenteert de visie op hulpverlening aan de hand van onderbouwde referentiekaders met handvatten voor de hulpverleners.	De organisatie stelt de procedures op met inspraak van de proceseigenaars.
	De procedure is geëxpliciteerd met duidelijke verantwoordelijke(n), doelstellingen, instrumenten en werkwijzen.	De procedure is geëxpliciteerd met duidelijke verantwoordelijke(n), doelstellingen en instrumenten.	De procedure is geëxpliciteerd met duidelijke verantwoordelijke(n), doelstellingen en instrumenten.	De organisatie heeft een duidelijke visie op en afspraken over de essentiële aspecten van de hulpverlening.	De procedures voor het beheer en de uitwisseling van gebruikersdossiers zijn geëxpliciteerd volgens de wettelijke bepalingen met duidelijke afspraken over het beheer en de toegankelijkheid (intern en extern) van de dossiers.

	De organisatie communiceert over de procedure.	De organisatie documenteert de procedure en communiceert erover.	De organisatie documenteert de procedure en communiceert erover.	Alle betrokkenen passen de visie en de afspraken toe.	De organisatie documenteert de procedures en communiceert erover.
	Alle medewerkers passen de procedure toe.	Alle medewerkers passen de procedure toe.	Alle medewerkers passen de procedure toe.	De gebruiker heeft inspraak en participeert in alle aspecten van zijn hulpverleningstraject.	Alle medewerkers passen de procedures toe.
				De hulpverlening maakt voor elke gebruiker samenwerkingsafspraken met het externe hulpverleningsnetwerk.	
				De hulpverlening betreft het directe sociale netwerk actief in het hulpverleningstraject van de gebruiker.	
4	De organisatie evalueert systematisch de procedure en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de procedure en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de procedure en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de visie op hulpverlening en de afspraken daarover en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de procedures en stuurt die bij.
	De gebruikers en de interne partners hebben inspraak in de evaluatie.	De gebruikers en de interne partners hebben inspraak in de evaluatie.	De gebruikers en de interne partners hebben inspraak in de evaluatie.	De gebruikers en de interne partners hebben inspraak in de evaluatie.	De gebruikers en de interne partners hebben inspraak in de evaluatie.
				De organisatie evalueert systematisch de wijze waarop de inspraak en participatie van de gebruiker vorm krijgen en stuurt die bij.	

5	De organisatie communiceert systematisch extern over de procedure.	De organisatie communiceert systematisch extern over de procedure.	De organisatie communiceert systematisch extern over de procedure.	De visie op hulpverlening krijgt vorm vanuit minimaal de gebruikers-, medewerkers- en samenlevings-resultaten.	De organisatie communiceert systematisch extern over de procedures.
	De organisatie evalueert systematisch de procedure met inspraak van de externe partners.	De organisatie evalueert systematisch de procedure met inspraak van de externe partners.	De organisatie evalueert systematisch de procedure met inspraak van de externe partners.	Een onafhankelijke externe evalueert de visie op hulpverlening, en de afspraken daarover. De organisatie communiceert over die resultaten en stuurt de visie, de afspraken en de uitvoering bij.	De organisatie evalueert systematisch de procedures met inspraak van de externe partners.
	De procedure staat model voor andere organisaties.	De procedure staat model voor andere organisaties.	De procedure staat model voor andere organisaties.	De organisatie stelt de visie op hulpverlening en de afspraken daarover als model voor andere organisaties.	De procedures staat model voor andere organisaties.

Groei-niveaus (0-5)	Gebruikersresultaten: klachtenbehandeling	Gebruikersresultaten: gebruikerstevredenheid over hulpverleningsprocessen, over hulpuitvoering, over inspraak en participatie	Gebruikersresultaten: effect van de hulpverlening
0	De organisatie heeft geen klachtenbehandeling.	De organisatie gaat de gebruikerstevredenheid niet na.	De organisatie gaat het effect van de hulpverlening voor de gebruikers niet na.
1	De organisatie bepaalt ad hoc een werkwijze voor de klachtenbehandeling.	De organisatie gaat ad hoc de gebruikerstevredenheid na.	De organisatie gaat ad hoc de effecten van de hulpverlening na.
2	De organisatie heeft een klachtenprocedure.	De organisatie hanteert een of enkele methodieken of instrumenten om de gebruikerstevredenheid na te gaan.	De organisatie hanteert een of enkele methodieken of instrumenten om het effect van de hulpverlening te meten.
3	De organisatie stelt de klachtenprocedure op met inspraak van de proceseigenaars.	De organisatie heeft een duidelijke procedure of afspraken om de gebruikerstevredenheid te meten.	De organisatie heeft SMART indicatoren geformuleerd om het effect van de hulpverlening na te gaan.
	De klachtenprocedure is geëxpliciteerd met een duidelijk stappenplan, en tijdspad, aangewezen verantwoordelijken, doelgerichtheid en terugkoppeling aan de gebruiker die de klacht heeft ingediend.	De organisatie gebruikt systematisch een methodiek die afgestemd is op de doelgroep(en) om de gebruikerstevredenheid te meten, waarbij ze minimaal de hulpverleningsprocessen, de hulpuitvoering, de inspraak en de participatie bevraagt.	De organisatie gebruikt systematisch de eigen en de sectorale gegevens uit een uniform registratiesysteem (als dat voorhanden is) om de effecten en processen van de hulpverlening in kaart te brengen.
	De organisatie communiceert over de klachtenprocedure.	De organisatie gebruikt de gegevens van de tevredenheidsmeting als input voor de beleidsvoering van de organisatie.	De organisatie participeert in wetenschappelijk onderzoek.

	Alle betrokkenen passen de klachtenprocedure toe.	De organisatie gebruikt de gegevens van de tevredenheidsmeting om de communicatie en de samenwerking met gebruikers te verbeteren.	
	De organisatie bundelt systematisch de klachten van gebruikers en bespreekt ze tijdens (beleids)overleg.		
4	De organisatie evalueert systematisch de klachtenprocedure en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de instrumenten om de gebruikerstevredenheid te meten, en stuurt ze bij.	De organisatie evalueert systematisch de gehanteerde indicatoren en instrumenten om de effecten van de hulpverlening te meten en stuurt ze bij.
	De gebruikers en medewerkers hebben inspraak in de evaluatie.	De gebruikers hebben inspraak in de evaluatie.	De organisatie gebruikt de aanbevelingen van wetenschappelijk onderzoek om de hulpverlening te optimaliseren.
	Vanuit de gegevens van de klachtenprocedure zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.	Vanuit de gegevens van de tevredenheidsmeting zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.	De organisatie gebruikt haar eigen gegevens en de sectorale gegevens uit een uniform registratiesysteem om systematisch acties op te zetten rond de inputgebieden en de kernprocessen.
	De organisatie linkt de gegevens van de klachtenprocedure aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.	De organisatie linkt de gegevens van de tevredenheidsmeting aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.	De organisatie linkt de resultaten van de effectmeting aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.

5	De organisatie communiceert systematisch extern over de klachtenprocedure.	Een onafhankelijke externe evalueert de tevredenheidsmeting. De organisatie communiceert over die resultaten en stuurt de tevredenheidsmeting bij.	De organisatie gebruikt systematisch haar eigen registratiegegevens en de registratiegegevens van de sector om te benchmarken.
	De organisatie evalueert systematisch de klachtenprocedure met inspraak van externe partners.	De tevredenheidsmeting is wetenschappelijk onderbouwd .	De organisatie gebruikt systematisch haar eigen registratiegegevens en de registratiegegevens van de sector om te benchlearnen .
	De klachtenprocedure staat model voor andere organisaties.	De organisatie stelt de tevredenheidsmeting als model voor andere organisaties.	De organisatie staat model voor andere organisaties op het vlak van het meten van de effectiviteit van de hulpverlening.
		De organisatie publiceert de resultaten van de tevredenheidsmeting.	De organisatie publiceert de resultaten van de hulpverlening, de registratiegegevens en de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek.

Groei-niveaus (0-5)	Medewerkersresultaten: personeelstevredenheid	Medewerkersresultaten: indicatoren en kengetallen (objectieve personeelsgegevens)
0	De organisatie gaat de personeelstevredenheid niet na.	De organisatie houdt geen personeelskengetallen bij.
1	De organisatie gaat ad hoc de personeelstevredenheid na.	De organisatie houdt ad hoc personeelskengetallen bij.
2	De organisatie hanteert een of meer methodieken of instrumenten om de personeelstevredenheid na te gaan.	De organisatie geeft een aanzet tot het systematisch bijhouden van een aantal personeelskengetallen.
3	De organisatie heeft een duidelijke procedure voor of duidelijke afspraken over het meten van de personeelstevredenheid.	De organisatie bepaalt de personeelskengetallen op een doordachte wijze.
	De organisatie meet systematisch de personeelstevredenheid, waarbij ze alle thema's systematisch bevraagt.	De organisatie houdt de verschillende personeelskengetallen systematisch bij en bespreekt ze systematisch op (beleids)overleg.
	De organisatie voert een duidelijk beleid om signalen en input van medewerkers op te vangen, en communiceert daarover.	
	De organisatie bundelt systematisch signalen en input van medewerkers en bespreekt ze op (beleids)overleg.	
	De organisatie gebruikt de gegevens van de tevredenheidsmeting als input voor de beleidsvoering van de organisatie.	
4	De organisatie evalueert systematisch het beleid rond de personeelstevredenheid en rond het omgaan met signalen en input van medewerkers en stuurt het bij.	De organisatie evalueert systematisch de personeelskengetallen en stuurt ze bij.
	De medewerkers hebben inspraak in de evaluatie.	Vanuit de gegevens van de personeelskengetallen zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.

	Op basis van de gegevens van de tevredenheidsmeting en de signalen en de input van medewerkers zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.	De organisatie linkt de resultaten van de personeelskengetallen aan de resultaten van de andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.
	De organisatie linkt de gegevens van de tevredenheidsmeting en de signalen en de input van medewerkers aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.	
5	Een onafhankelijke externe evalueert de tevredenheidsmeting. De organisatie communiceert over de resultaten en stuurt de tevredenheidsmeting bij.	Een onafhankelijke externe evalueert de wijze waarop de personeelskengetallen worden verzameld, en de resultaten ervan. De organisatie communiceert over de resultaten van die evaluatie en stuurt ze bij.
	De tevredenheidsmeting is wetenschappelijk onderbouwd.	De organisatie gebruikt systematisch de personeelskengetallen om te benchmarken.
	De organisatie stelt de tevredenheidsmeting als model voor andere organisaties.	De organisatie stelt de personeelskengetallen als model voor andere organisaties.

Groei-niveaus (0-5)	Samenlevingsresultaten: waardering strategische partners	Samenlevingsresultaten: maatschappelijke opdracht en maatschappelijke tendensen
0	De organisatie gaat de waardering van de strategische partners niet na.	De organisatie gaat niet na wat haar maatschappelijke opdracht is.
		De organisatie gaat de maatschappelijke tendensen die een impact hebben op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie, niet na.
1	De organisatie gaat ad hoc de waardering van de strategische partners na.	De organisatie gaat ad hoc na of haar maatschappelijke opdracht nog actueel ingevuld is.
		De organisatie speelt ad hoc in op maatschappelijke tendensen die impact hebben op het welzijn van de gebruiker en op de werking van de organisatie.
2	De organisatie neemt initiatief om de waardering van de strategische partners na te gaan.	De organisatie neemt initiatief om haar maatschappelijke opdracht te actualiseren.
		De organisatie neemt initiatief om in te spelen op de maatschappelijke tendensen en de impact ervan op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie.
3	De organisatie verzamelt en analyseert systematisch gegevens over de waardering.	De organisatie actualiseert systematisch haar maatschappelijke opdracht en houdt systematisch rekening met maatschappelijke tendensen en de impact ervan op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie.
	De organisatie communiceert over de analyse van de waarderingsgegevens aan de strategische partners.	De organisatie communiceert aan de overheid en andere betrokkenen over maatschappelijke tendensen die impact hebben op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie.
4	Vanuit de analyse van de gegevens over de waardering zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.	Vanuit de actualisatie van de maatschappelijke opdracht, rekening houdend met maatschappelijke tendensen en de impact op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie, zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.

	De organisatie linkt de waarderingsgegevens aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.	De organisatie linkt de actualisatie van de maatschappelijke opdracht, rekening houdend met maatschappelijke tendensen en de impact ervan op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie, aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.
		De organisatie stelt de werking van de bestuursorganen af op de realisatie van haar maatschappelijke opdracht.
5	De organisatie neemt initiatief en zet samen met strategische partners acties op om de waardering en de samenwerking te verbeteren.	De organisatie neemt acties om, samen met andere betrokkenen, vanuit haar maatschappelijke opdracht, proactief en constructief maatschappelijke tendensen te beïnvloeden.
	De samenwerkingsacties staan model voor andere organisaties.	De organisatie staat model voor andere organisaties op het vlak van de implementatie van maatschappelijke tendensen en nieuwe evoluties in haar eigen werking.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van (datum) tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 9 november 2012 inzake erkenning en subsidiëring van de centra voor kinderzorg 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.

Brussel, xxx.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN