

De Meander	<p style="text-align: center;"><b>Kwaliteitshandboek</b>  <b>1. Inleiding</b>  <b>1.3 Kwaliteitsbeleid van de voorziening:</b>  <b>Missie, visie, waarden, objectieven, strategie,</b>  <b>geschreven referentiekader</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>khb 1.3</b>  <b>kwaliteitsbeleid.</b>  <b>dockwaliteitsbeleid</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>1/2</b></p>
------------	---	---	---

Beoordeeld:	Beleidsvergadering	Geldig vanaf: 23/03/2016
Procedurehouder:	Algemeen directeur	
Goedgekeurd:	Luc Lemkens	Paraaf:

## **1. Termen en definities**

### *Beleidsopties:*

Jaarlijks worden er door het beleidsteam beleidsopties geformuleerd. Ze zitten vervat binnen het luik 'strategische beleidsvoering' in Meandernet. Elke beleidsoptie is gekoppeld aan een hoger liggende strategische doelstelling.

## **2. Missie, visie en waarden**

Binnen de opdrachtsverklaring worden de missie, visie en waarden van onze voorziening omschreven.

### **Kenbaar maken van de opdrachtsverklaring**

De missie, visie en waarden worden als volgt kenbaar gemaakt:

- alle nieuwe personeelsleden krijgen via de onthaalmap de opdrachtsverklaring overhandigd.
- de opdrachtsverklaring ligt ter inzage aan het onthaal en is raadpleegbaar via Lexicon in Meandernet.
- alle kandidaat-gebruikers krijgen (vanaf de tweede fase in de opnameprocedure) de opdrachtsverklaring
- via onze website, <http://www.demeandervzw.be/>, worden onze missie, visie en waarden permanent kenbaar gemaakt aan gebruikers en aan derden.

### **Actualiseren van de opdrachtsverklaring**

De opdrachtverklaring wordt binnen de cyclus van de opmaak van het strategisch beleidsplan om te 5 jaar heroverwogen.

## **3. Objectieven ten aanzien van de doelgroepen**

De concrete doelstellingen ten aanzien van de doelgroepen worden beschreven in: de infobrochure voor het MFC, de infobrochure voor FAM (het tehuis niet-werkenden en de dienst inclusieve ondersteuning) en de groepshandelingsplannen / krachtlijnennota's. De objectieven worden regelmatig geëvalueerd en geactualiseerd.

## **4. Strategie**

[Het strategisch beleidsplan](#) wordt om de vijf jaar opgemaakt door de directie en goedgekeurd door de Raad van Bestuur en kenbaar gemaakt aan de medewerkers en gebruikers.

De Meander	<p style="text-align: center;"><b>Kwaliteitshandboek</b>  <b>1. Inleiding</b>  <b>1.3 Kwaliteitsbeleid van de voorziening:</b>  <b>Missie, visie, waarden, objectieven, strategie,</b>  <b>geschreven referentiekader</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>khb 1.3</b>  <b>kwaliteitsbeleid.</b>  <b>dockwaliteitsbel</b>  <b>eid</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>2/2</b></p>
------------	---	--	---

De directie engageert zich om het strategisch beleidsplan minstens 1 keer per jaar te evalueren. Dit gebeurt aan de hand van de evaluatie van de jaarlijkse beleidsopties en in functie van de procedure '5.5 Het beoordelen van het kwaliteitshandboek door de directie'.

Het strategisch beleidsplan wordt concreet uitgewerkt via de jaarlijkse beleidsopties en afdelingsbeleidsplannen.

De beleidsopties wordt jaarlijks opgemaakt door het beleidsteam en kenbaar gemaakt aan de RVB, medewerkers en gebruikersraad. De beleidsopties worden jaarlijks geëvalueerd. Het beleidsteam heeft de bevoegdheid om niet-behaalde beleidsopties te beoordelen. Er wordt bepaald of de doelstelling in een volgend jaar wordt afgehandeld of niet meer van toepassing is. Het besluit is terug te vinden bij de eindevaluatie van elke doelstelling.

De doelstellingen, die uitgewerkt worden via afdelingsbeleidsplannen, worden jaarlijks geformuleerd, goedgekeurd en geëvalueerd (zie procedure 5.6 Het implementeren van corrigerende en preventieve maatregelen). De hoger leidinggevende van de dienst of leefgroep heeft de bevoegdheid om niet-behaalde afdelingsbeleidsplannen te beoordelen. Er wordt bepaald of de doelstelling in een volgend jaar wordt afgehandeld of niet meer van toepassing is. Het besluit is terug te vinden bij de eindevaluatie van elke doelstelling.

## **5. Geschreven referentiekader**

Het referentiekader zorg en het referentiekader organisatie zijn terug te vinden in de respectievelijke referentiemappen 'zorg' en 'organisatie'. De procedure 3.6 [Het voorkomen, detecteren van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers](#) is terug te vinden in het kwaliteitshandboek.

De evaluatie van referentiemap zorg gebeurt om de twee jaren en wordt uitgevoerd door de orthopedagogische dienst. De evaluatie van de map Referentiekader organisatie gebeurt jaarlijks in functie van procedure 5.5. Het beoordelen van het kwaliteitshandboek door de directie.