



## **Onthaal-, Oriëntatie-, en Observatiecentrum**

*Pastorijstraat 1A - 8890 Slypskapelle*

*Tel.: 056 54 03 40 - Fax: 056 54 03 49*

*e-mail: [deluwte@fracarita.org](mailto:deluwte@fracarita.org)*

## **Kwaliteitsverslag 2018**



# Inhoudstafel

|       |                                                                 |    |
|-------|-----------------------------------------------------------------|----|
| 1     | Introductie .....                                               | 4  |
| 2     | 2018 in Facts and Figures .....                                 | 5  |
| 2.1   | Bezettingsdagen in 2018 .....                                   | 5  |
| 2.2   | De werkvorm .....                                               | 7  |
| 2.3   | Profiel van de jongeren .....                                   | 8  |
| 2.4   | De contactpersoon-aanmelder .....                               | 10 |
| 2.5   | De begeleidingsduur .....                                       | 12 |
| 2.5.1 | Langere begeleidingen .....                                     | 12 |
| 2.5.2 | Vroegtijdig afbreken .....                                      | 12 |
| 2.5.3 | Voor- en nazorg .....                                           | 12 |
| 2.6   | Zinvolle tijdsbesteding? .....                                  | 12 |
| 2.7   | Time out .....                                                  | 12 |
| 2.8   | Forta Kuné .....                                                | 13 |
| 2.9   | Andere externe expertise .....                                  | 13 |
| 2.10  | Onze adviezen in 2018 .....                                     | 13 |
| 3     | Vernieuwde aandacht voor kwaliteitsbeleid in OOC De Luwte ..... | 14 |
| 3.1.1 | Kwaliteitszorg .....                                            | 14 |
| 3.1.2 | Organisatie en visie .....                                      | 15 |
| 3.1.3 | Betrokkenheid .....                                             | 16 |
| 3.1.4 | Methodieken en instrumenten .....                               | 17 |
| 3.1.5 | Verbetertrajecten .....                                         | 18 |
| 3.2   | Kernprocessen .....                                             | 19 |
| 3.2.1 | Onthaal .....                                                   | 19 |
| 3.2.2 | Doelstellingen en handelingsplan .....                          | 20 |
| 3.2.3 | Afsluiting en nazorg .....                                      | 20 |
| 3.2.4 | Pedagogisch profiel .....                                       | 21 |
| 3.2.5 | Gebruikersdossier .....                                         | 23 |
| 3.3   | Gebruikersresultaten .....                                      | 24 |
| 3.3.1 | Klachtenbehandeling .....                                       | 24 |
| 3.3.2 | Gebruikerstevredenheid .....                                    | 25 |
| 3.3.3 | Effect van de hulpverlening .....                               | 26 |
| 3.4   | Medewerkersresultaten .....                                     | 27 |

|       |                                                                                               |    |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.4.1 | Personeelstevredenheid.....                                                                   | 27 |
| 3.4.2 | Vorming.....                                                                                  | 28 |
| 3.4.3 | Indicatoren en kengetallen.....                                                               | 29 |
| 3.5   | Samenlevingsresultaten.....                                                                   | 30 |
| 3.5.1 | Waardering strategische partners.....                                                         | 30 |
| 3.5.2 | Maatschappelijke opdracht en maatschappelijke tendensen .....                                 | 30 |
| 3.6   | Kwaliteitsplanning.....                                                                       | 32 |
| 4     | Beleidsplan OOC De Luwte 2019 .....                                                           | 33 |
| 4.1   | Algemeen beleid – onze organisatie en haar plaats in het bredere sociaal werk landschap ..... | 33 |
| 4.2   | Pedagogisch beleid – leefgroepsbeleid en mobiele begeleiding .....                            | 34 |
| 4.3   | Pedagogisch beleid –handelingsgerichte diagnostiek .....                                      | 35 |
| 4.4   | Personeelsbeleid – teambuilding en tevredenheid .....                                         | 36 |
| 4.5   | Vorming.....                                                                                  | 37 |
| 4.6   | Pastoraal – Ethisch beleid .....                                                              | 37 |
| 4.7   | Administratief financieel logistiek beleid.....                                               | 38 |
| 4.8   | ICT Beleid en nieuwe media.....                                                               | 38 |
| 4.9   | Externe relaties .....                                                                        | 39 |
| 4.10  | Kwaliteit - kwaliteitsmeting en -bewaking.....                                                | 39 |

# 1 Introductie

De Luwte is 10 jaar jong. Er is veel veranderd in de jeugdhulp in de voorbije tien jaar. We werden geïntegreerd, integraal, intersectoraal, ... al maakt dat op de werkvloer niet zoveel verschil. We ontvangen jongeren en gezinnen die in de knoop zitten. Terwijl ze die proberen te ontwarren, lijken ze hem steeds vaster te trekken. Samen met hen en de verwijzer proberen we het juiste eindje te vinden om de spanning te lossen en wat nieuwe ruimte te creëren. Dat is niet veranderd.

Er is ook veel veranderd onze samenleving de voorbije 10 jaar. Een doorgeslagen vrije markt veroorzaakte een globale financiële crisis die de zwaksten in de samenleving het hardste raakte. Steeds meer mensen komen in een situatie zonder perspectief en dat maakt opvoeden en opgroeien niet gemakkelijker. We werden doorheen de voorbije jaren in toenemende mate geconfronteerd met jongeren zonder perspectief, netwerk, school of andere hulpbronnen. Er valt niet veel te oriënteren in een uitzichtloze situatie, waarin jongeren niet leven, maar overleven. Deze jongeren hebben doorgaans ook weinig of niets te verliezen. Er is weinig fundament om op te bouwen. Dat heeft ons werk wel veranderd. Onze leefgroep verandert te vaak in een overleefgroep, waarbij opvoeders het gevoel hebben hun dienst te overleven, maar nog weinig bakens te verzetten. En toch, we hebben respect voor onze jongeren en we krijgen ook vaak respect en dankbaarheid terug, al komt dat soms pas later. Een aantal succesverhalen en veel humor helpen ons om dipjes te overwinnen, graag te komen werken en ons werk vol overgave te blijven doen.

Een ander gevolg van het veranderende kader waarin we werken is de zich doorzettende paradox van de voorbije jaren: steeds meer bezettingsdagen, steeds minder jongeren. We realiseerden het een van de hoogste bezettingscijfers van de voorbije tien jaar, maar hadden opnieuw minder jongeren in huis: 28. Dat is het laagste cijfer van de voorbije tien jaar.

Waar we tien of zelfs vijf jaar terug hoofdzakelijk konden inzetten op de kern van ons werk, relatief kortdurende, krachtige oriëntaties, zien we nu dat we steeds meer langdurende begeleidingen op zetten. Als dat gaat over complexe vraagstukken die nu eenmaal veel tijd vergen om ze enigszins vatbaar te maken voor interventie, dan is dat op zich te verantwoorden. Het draagt ook bij aan onze werkvreugde. Zoals bij dat meisje van 14 dat weigerde nog naar school te gaan omwille van diverse factoren in haar eigen geschiedenis en die van haar context. Na maandenlang wroeten in de levensgeschiedenis van de betrokkenen, het bespreekbaar maken van hun onderlinge verhoudingen, het zoeken naar methodieken om het meisje een stem te geven, ... hadden we een doorbraak. Na 8 maanden ging het meisje op internaat. Nog wat nazorg kon een kleine terugval opvangen. Het lopende schooljaar wordt intussen tot een goed einde gebracht. Dat is een ander verhaal dan een jongen van 15 die hier 8 maanden verblijft in een wachtkamer, met niets of niemand die zich om hem bekommert en enkel wachtend op 'een prior'. We blijven ook in dergelijke casussen zoeken naar aanknopingspunten of manieren om die te creëren, maar dat kan zeer deprimerend zijn, vooral omdat dergelijke gekwetste jongeren zich op termijn zeer vaak tegen ons keren. Als we dan toch niets voor hen kunnen doen, moeten we ook hun ongebreidelde vrijheid (die in feite vaak 'leegte' is) niet verder inperken.

Een dergelijke begeleiding vergt nabijheid en een zo geïndividualiseerd mogelijk traject. Dat is enkel haalbaar met een hecht team dat bovendien ondersteund wordt door heel wat geëngageerde stagiairs. In 2018 konden we opnieuw beroep doen op vijf stagiairs. Ook voor hen past hier een woord van dank.

2018 is ook het jaar waarin Signs of Safety helemaal doorbrak als richtinggevend paradigma in de jeugdhulp. Dat lijkt soms haaks te staan op het protocol Handelingsgerichte Diagnostiek dat onze werking inspireert. Waar onze insteek zeer open blijft en gericht is op optimale ontwikkeling (creëren van kansen) en leefwereldgericht werken, lijkt SOS te vertrekken vanuit extern bepaalde doelen en eerder gericht op defensieve doelen (beperken van risico's). We zijn ervan overtuigd dat die twee benaderingen met elkaar te matchen zijn en dat ook SOS idealiter vertrekt vanuit de leefwereld van onze jongeren en hun context en vanuit positieve doelen. We zijn er ons echter zeer van bewust dat een te beperkte ('gemakkelijke' en 'objectieve') invulling van het veiligheidsdenken goede hulpverlening kan inperken tot het correct volgen van de juiste procedures.

## 2 2018 in Facts and Figures

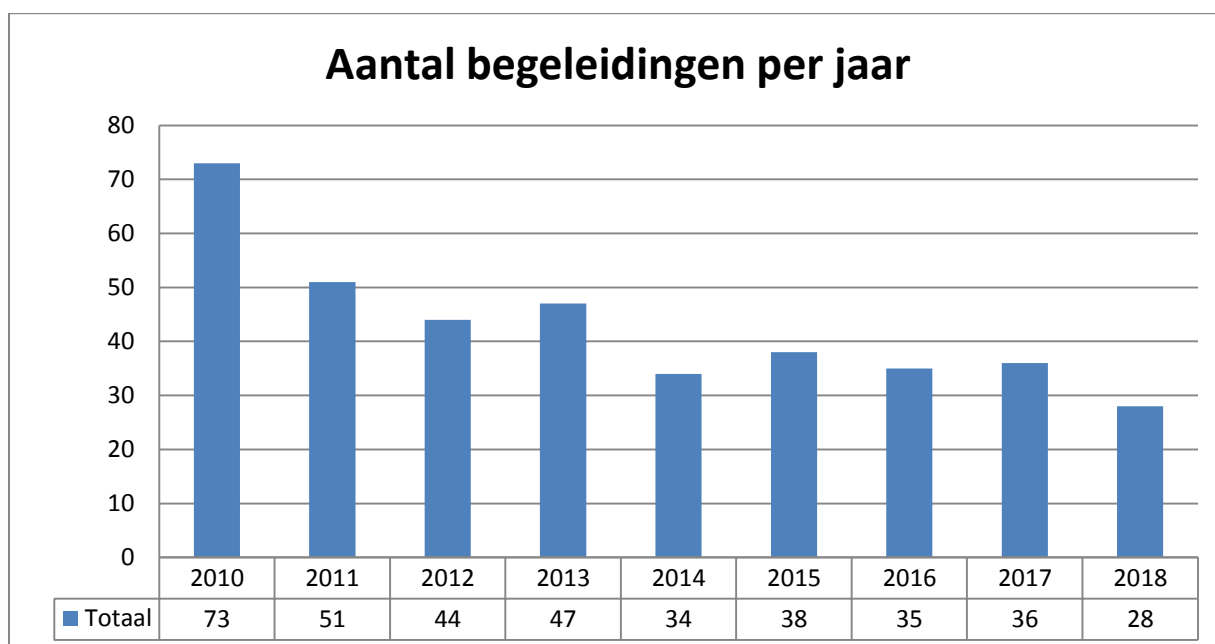
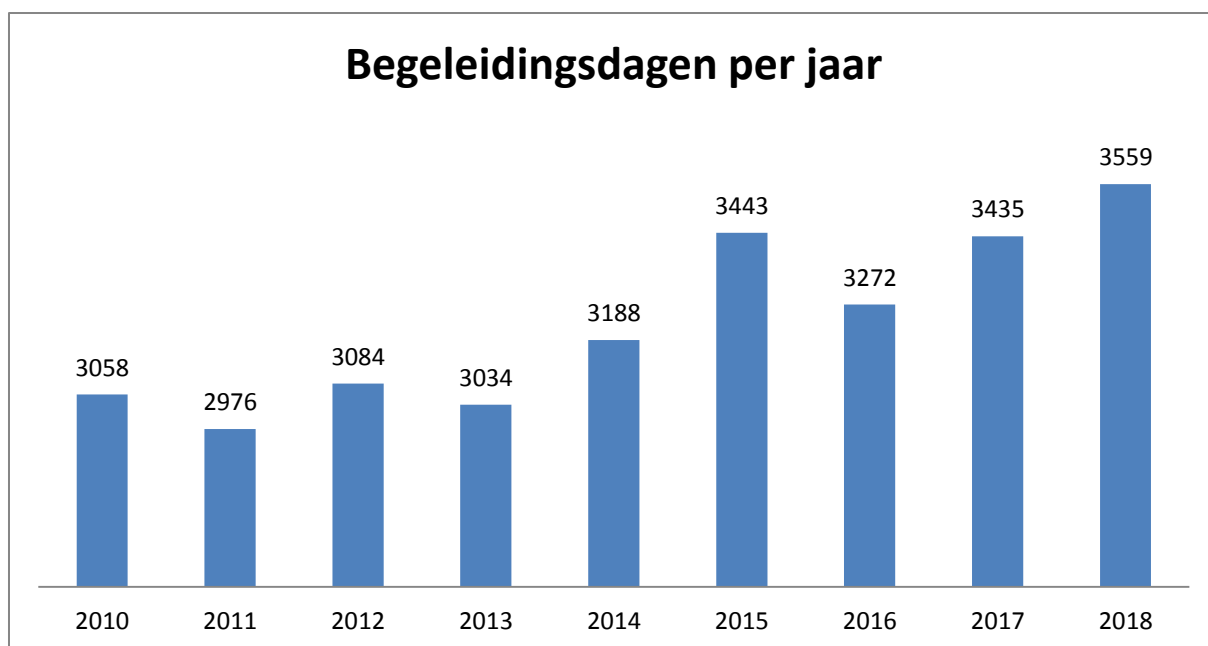
### 2.1 Bezettingsdagen in 2018

|                                                    |  |
|----------------------------------------------------|--|
| Resultaat Bezettingsgraad: 01/01/2018 - 31/12/2018 |  |
|                                                    |  |

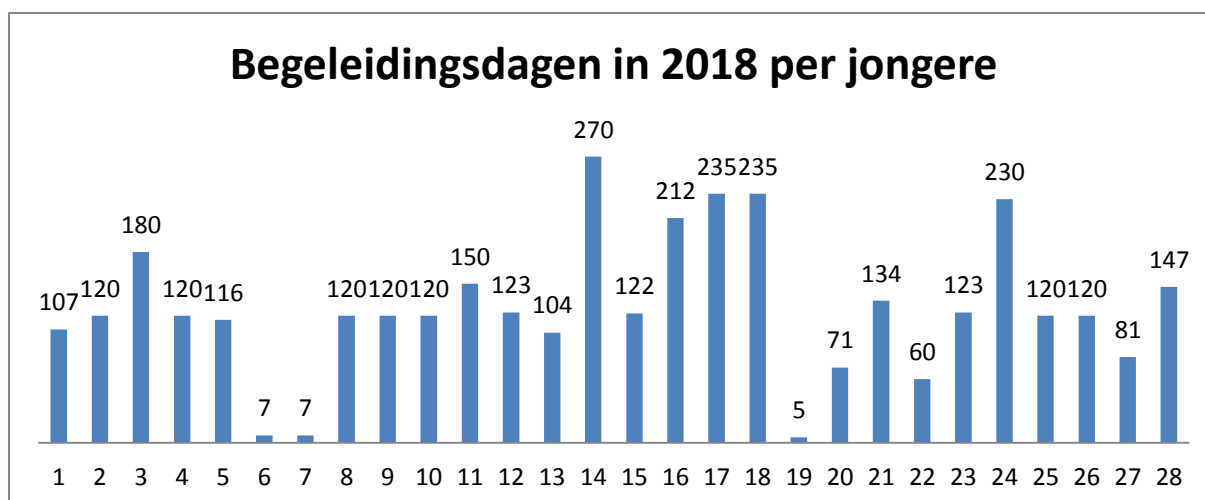
| Naam                                                     | Bezettingsgraad |
|----------------------------------------------------------|-----------------|
| Diagnostiek in het kader van de bijzondere jeugdbijstand | 84,5%           |
| Verblijf                                                 | 80,8%           |
| <b>Gewogen gemiddelde</b>                                | <b>82,9%</b>    |

We realiseren een lagere bezettingsgraad dan de voorbije jaren (in 2017 nog 87%), ondanks onze langblijvers. Dat heeft te maken met een paar heel moeilijke periodes, waarin een aantal jongeren zwaar wogen op de werking van de leefgroep. Als we verder willen werken met jongeren die zeer uitdagend gedrag stellen en de verwerping opzoeken, dan vergt dat vaak een periode dat we intensief kunnen werken met een lagere bezetting.

Het lagere cijfer uit zich niet in het aantal begeleidingsdagen, dat hoger is dan ooit. Dat komt dan weer door de manier van tellen. In BinC wordt de effectieve bezetting geteld tussen 1 januari en 31 december. In onze eigen statistieken worden enkel de 'uitstromers' in rekening gebracht. In 2018 stroomden er drie jongeren uit in januari, die reeds langer dan een half jaar bij ons waren. Die werden dus niet in rekening gebracht in 2017, maar ten volle in 2018. Vandaar het wat vertekende beeld.

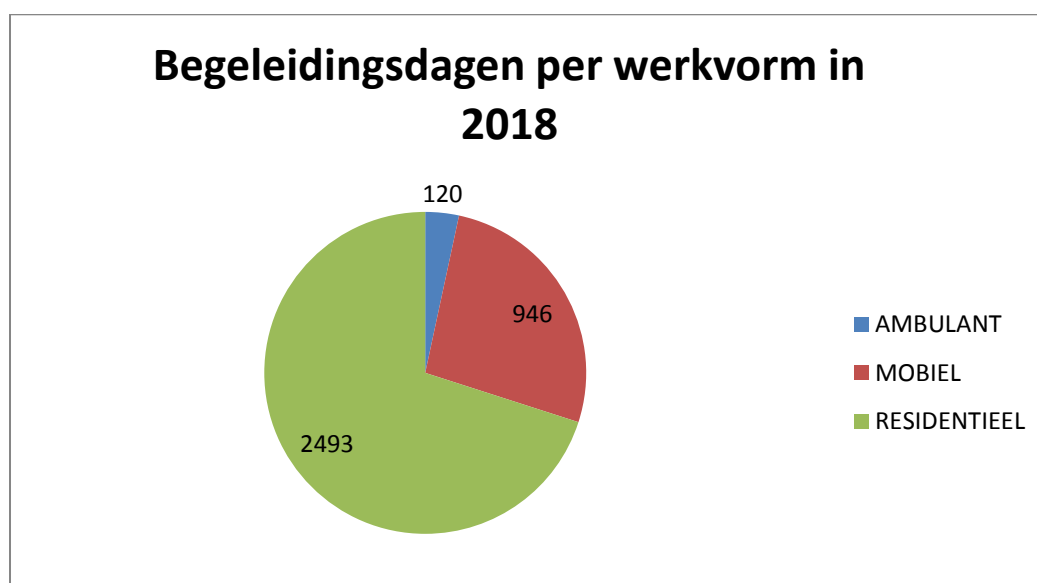


De dalende trend zet zich nu wel extreem door. Zoals we zullen zien, hadden we enorm veel langblijvers. Bij sommigen was dat te motiveren vanuit oriënterende doelstellingen, anderen zaten in de OOC-wachtkamer. 2019 ziet er op dit ogenblik iets 'beter' uit.



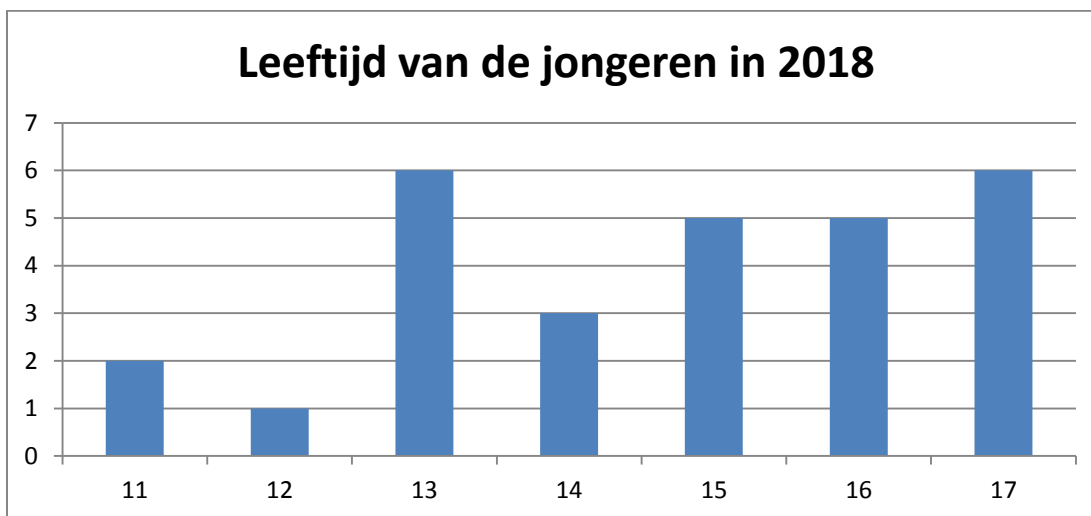
Deze grafiek geeft goed weer hoeveel jongeren de kaap van 120 dagen overschrijden. Dat zijn er maar liefst 12 van de 28, met nog eens 7 jongeren die 120 dagen halen (daarbij ook heel wat mobiele begeleidingsdagen).

## 2.2 De werkvorm

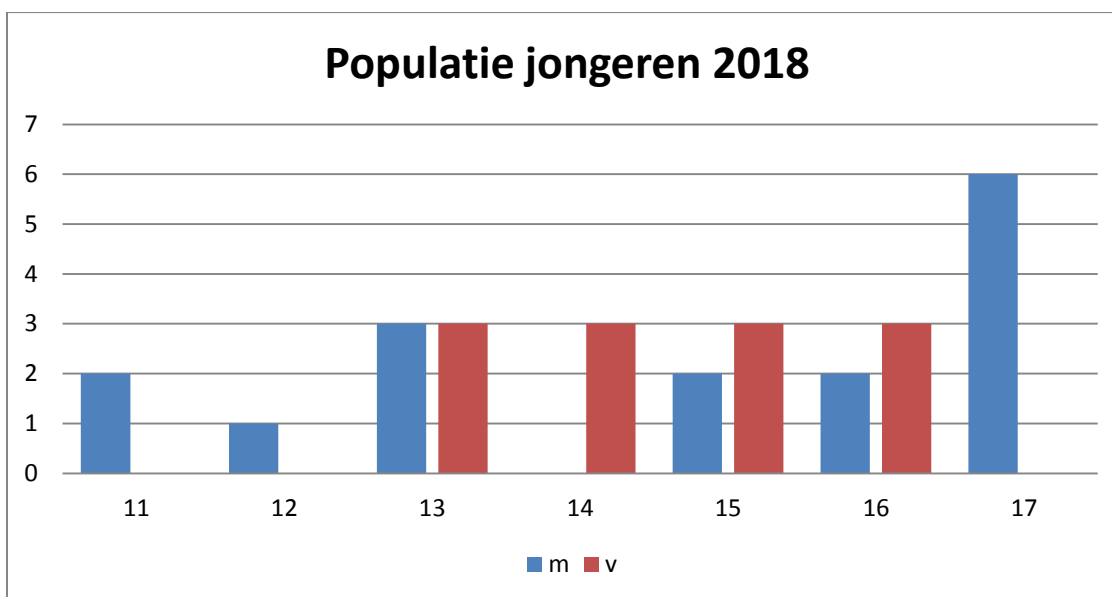


Het aantal ambulante begeleidingen (jongeren zijn hier overdag, maar slapen thuis) blijft beperkt, maar dat heeft vooral te maken met de relatief moeilijke bereikbaarheid. Het aantal mobiele begeleidingsdagen is afgenomen. We hadden wel 8 mobiele dossiers op 28. Dat is een behoorlijk aantal, te vergelijken met de voorbije jaren. Een mobiele begeleiding liep dus gemiddeld gezien veel korter dan een residentiële traject. We moeten er bij zeggen dat we ook in onze residentiële begeleidingen zo vlot mogelijk proberen schakelen tussen residentiële en mobiele of ambulante periodes.

## 2.3 Profiel van de jongeren



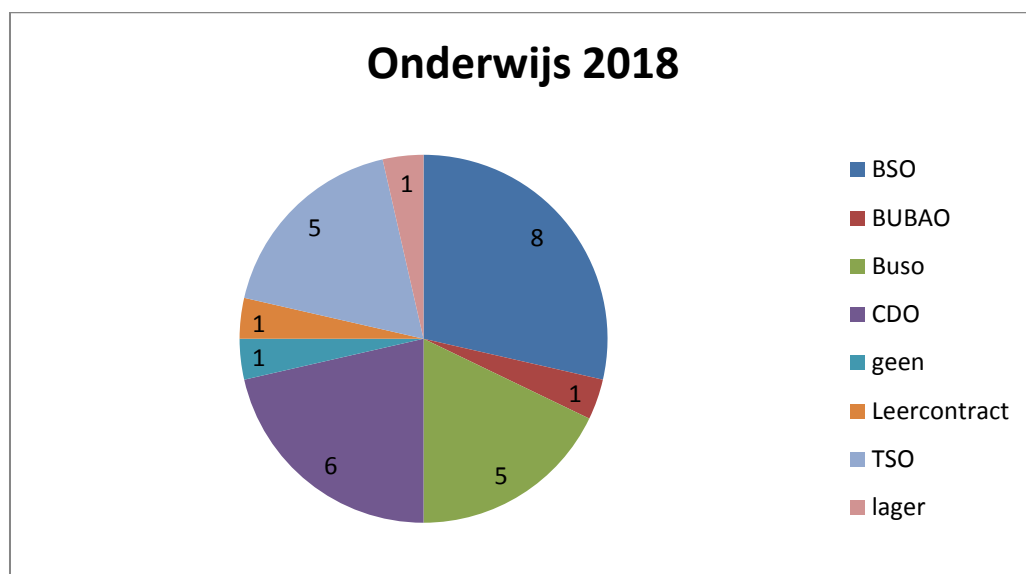
Ook in 2018 hadden we meer jongens dan meisjes (16 versus 12). De verhouding was enkel omgekeerd in 2015, al liggen de cijfers dicht bij elkaar dan in het begin.



| Leeftijd          | m         | v         | Eindtotaal |
|-------------------|-----------|-----------|------------|
| 11                | 2         |           | 2          |
| 12                | 1         |           | 1          |
| 13                | 3         | 3         | 6          |
| 14                |           | 3         | 3          |
| 15                | 2         | 3         | 5          |
| 16                | 2         | 3         | 5          |
| 17                | 6         |           | 6          |
| <b>Eindtotaal</b> | <b>16</b> | <b>12</b> | <b>28</b>  |



De gemiddelde leeftijd schommelt zoals altijd ergens rond de 15 jaar (14, 6 voor 2018). Opvallend was dat we dit jaar hoger scoorden bij de uitersten, vooral bij de jongens (6 jongens van 17 jaar en 9 gasten van 13 of minder, met zelfs 2 jongens van 11 jaar).



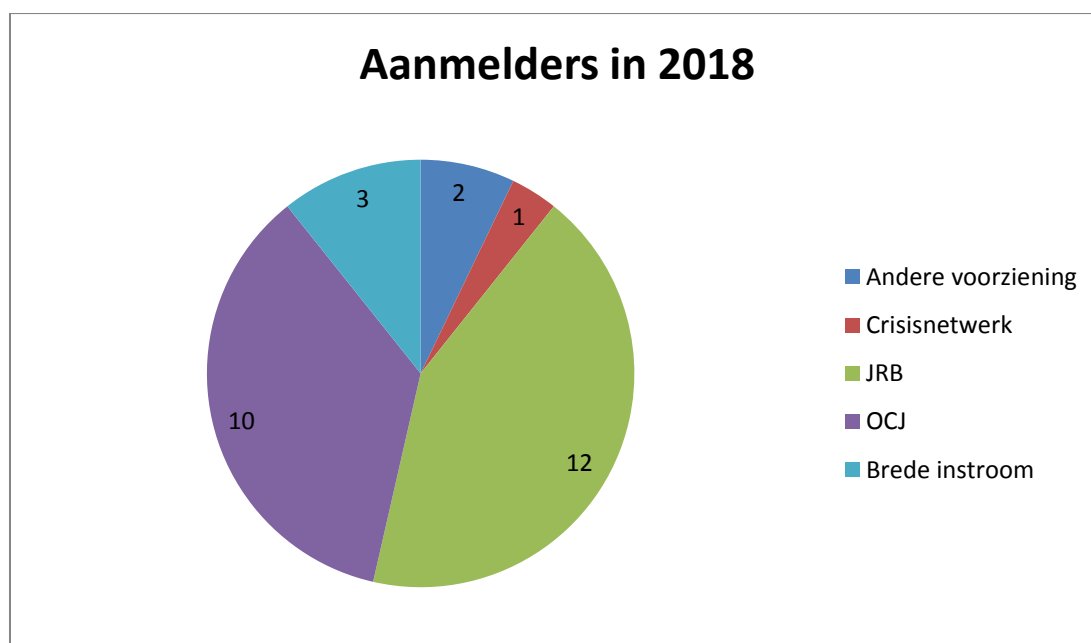
De taart toont een iets te rooskleurig beeld. Dit zijn de richtingen waarin onze jongeren ingeschreven waren. Een aantal jongeren gingen de facto niet meer naar school of waren voorlopig niet welkom op school. Voor een aantal onder hen was schoollopen ook niet aan de orde. Eerst moesten we hun situatie zien te stabiliseren. Bij vier jongeren was hardnekkig spijbelen het aanmeldingsprobleem. Drie van hen namen met onze ondersteuning de draad terug op (ook al kostte ons dat in één geval acht maanden volgehouden inspanning). Voor een jongen die bijna 18 werd, leek het gewoon zinloos om nog in te zetten op schoollopen (de jongen ging al meer dan twee jaar niet meer regelmatig naar school).

|               | Onderwijsvorm |
|---------------|---------------|
| BSO           | 8             |
| BUBAO         | 1             |
| Buso          | 5             |
| CDO           | 2             |
| geen          | 6             |
| Leercontract  | 1             |
| TSO           | 4             |
| lager         | 1             |
| <b>Totaal</b> | <b>28</b>     |

Diversiteit uit zich niet enkel in leeftijd en schoolniveau, maar ook in etnisch-culturele origine. Op dat vlak mogen we wel zeggen dat 2018 iets minder divers was dan de voorbije jaren (12 in 2017, 10 in 2016).

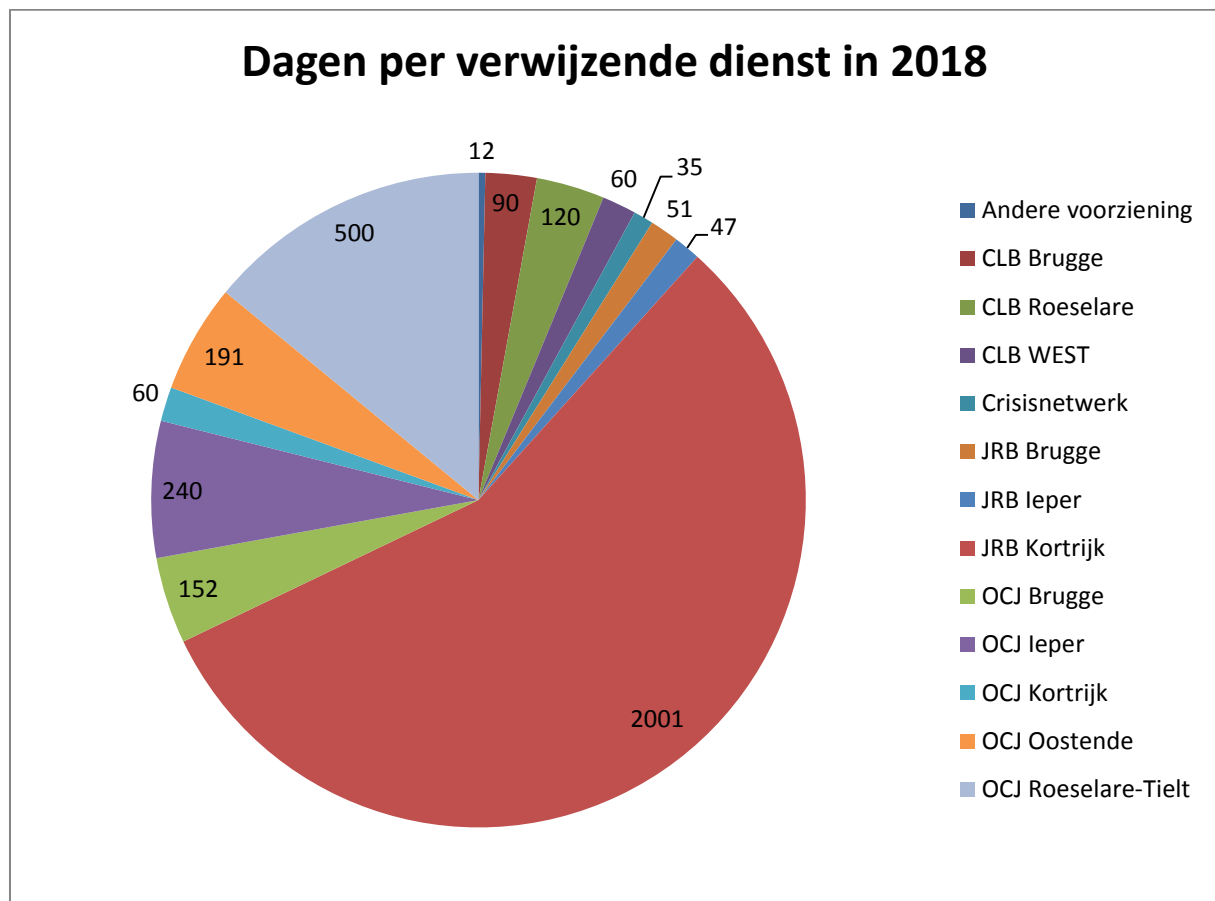
|               | Origine   |
|---------------|-----------|
| Belgisch      | 24        |
| Congo         | 1         |
| Polen         | 1         |
| Tunesië       | 1         |
| Marokko       | 1         |
| <b>Totaal</b> | <b>28</b> |

## 2.4 De contactpersoon-aanmelder



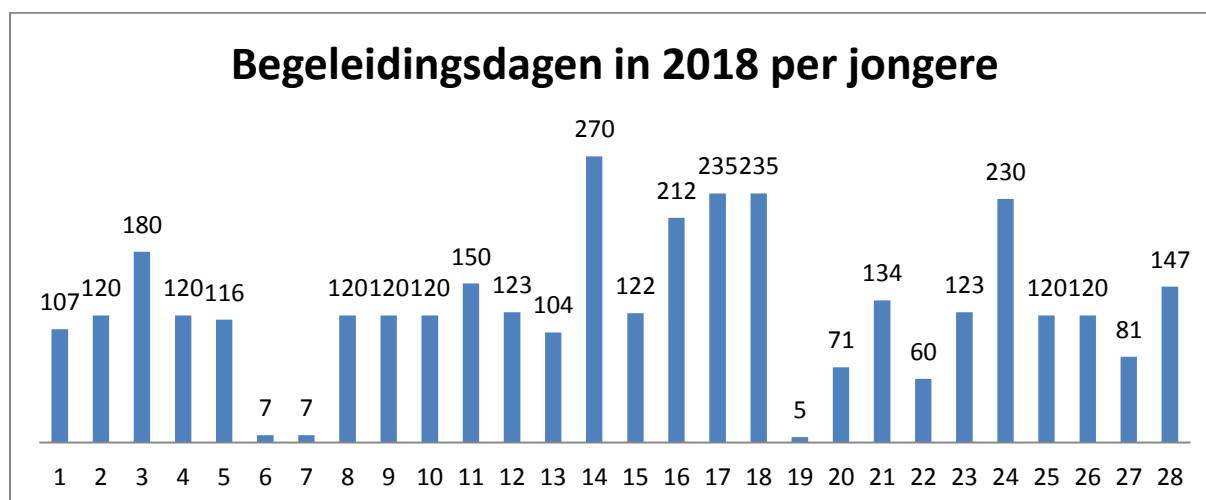
De Jeugdrechtbank van Kortrijk is opnieuw goed voor het grootste deel van onze aanmeldingen. Ze zijn altijd onze grootste toeleider geweest, maar nu nemen ze wel zeer een zeer groot aandeel op van onze begeleidingen (12 op 28). Opvallend in dit overzicht is wel de vaststelling dat zij de enige jeugdrechtbank zijn die naar ons verwezen in 2018. Geen aanmeldingen uit Brugge, Veurne of Ieper. De OCJ's zijn veel beter gespreid over de provincie, maar komen samen met 10 aanmeldingen nog niet aan het aantal aanmeldingen vanuit de rechtbank. Twee dossiers gingen over naar JRB (eentje vanuit CLB en eentje vanuit OCJ), in dit geval dan wel Ieper en Brugge.

|                     | VERWIJZENDE INSTANTIE |
|---------------------|-----------------------|
| Andere voorziening  | 2                     |
| CLB Brugge          | 1                     |
| CLB Roeselare       | 1                     |
| Crisisnetwerk       | 1                     |
| JRB Kortrijk        | 12                    |
| OCJ Brugge          | 2                     |
| OCJ Ieper           | 2                     |
| OCJ Kortrijk        | 1                     |
| OCJ Oostende        | 2                     |
| OCJ Roeselare-Tielt | 3                     |
| JRB Ieper           | 1                     |
| <b>Eindtotaal</b>   | <b>28</b>             |



Deze taart toont het grote overwicht van JRB Kortrijk in ons aanbod. Van alle begeleidingsdagen gingen er 56% naar Kortrijk.

## 2.5 De begeleidingsduur



### 2.5.1 Langere begeleidingen

12 van de 28 begeleiding liepen hoger op dan vier maanden. Zes daarvan gingen naar 200 dagen of hoger. Dat is flink meer dan 6 maanden. In één geval kozen we er – in overleg met de verwijzer – voor om de begeleiding zelf overheen de vier maanden te tillen, omdat we voelden dat we een aantal verworven stappen moesten verankeren vooraleer vervolghulp kon overnemen. De klassieke oriëntatieduur van 60 dagen komt bij ons nog zelden voor. Ze is op 1 vinger te tellen.

### 2.5.2 Vroegtijdig afbreken

We proberen te vermijden dat we begeleidingen moeten stopzetten. Veelal gaat het om gasten die extreem grensoverschrijdend gedrag stellen (vooral agressie en druggebruik in de voorziening zijn moeilijk te dragen omdat ze andere jongeren in gevaar brengen). In 2018 hadden we drie jongens waarmee het zeer moeilijk werkbaar was. Toch bleven ze meerdere maanden bij ons. Uiteindelijk vonden we voor alle drie een min of meer aanvaardbare oplossing in hun context in afwachting van verdere hulp.

### 2.5.3 Voor- en nazorg

We zetten hier de tendens van de voorbije jaren voort en proberen zo goed mogelijk in te spelen op vragen naar nazorg van gezinnen waarbij nog geen vervolghulp gestart is. Ook bij jongeren die op onze wachtlijst staan, maar waarvan ouders aangeven dat het niet meer lukt of dat er geen motivatie is, proberen we outreachend van betekenis te zijn.

## 2.6 Zinnige tijdsbesteding?

Bij onze jongere gasten hadden we 1 KSA-lid en 2 jongens die bij een club voetbalden. Wij slaagden er verder niet in om een van onze andere jongeren toe te leiden naar een zinnige, gestructureerde tijdsbesteding.

## 2.7 Time out

Bij grensoverschrijdend gedrag in de leefgroep of permanent wegllopen kan een time-out enig soelaas bieden. Vijf jongeren brachten een paar dagen door in Teejo (omwille van wegllopen,

aanhoudend spijbelen, agressie of drugs binnen brengen). Nog eens vijf jongeren brachten elders een time-out door (een jongen bij familie na extreme agressie, een jongen op de PAAZ te Roeselare eveneens na agressie, een andere jongen in de Korbeel en nog een jongen in de GI te Ruiselede, één meisje ging op Time-Out naar de GI te Beernem).

## 2.8 Forta Kuné

In 2017 hadden we ons samenwerkingsverband verruimd met Lejo en Amon. Zo breidden we ons samenwerkingsverband ook uit overheen de grenzen van de bijzondere jeugdzorg. Ook het aantal Forta Kuné initiatieven werd uitgebreid. Het gaat niet enkel om de kampen (aan zee of in de Ardennen), maar ook om avontuurlijke (of iets minder avontuurlijke) tochten met kano of tandem. Eerder al werd er ook een aanbod van ateliers ontwikkeld (hout, outdoor koken en smeden). Het aantal kampen verdubbelde ook om in te spelen op een stijgende vraag. Gezien ons lage aantal begeleidingen (én het soms hopeloos zoeken naar figuren waarmee verbindend kan gewerkt worden) hebben we zelf slechts 1 gezin meegestuurd met een Forta Kuné kamp, maar we blijven wel investeren in deze samenwerking. Soms zetten we ook zelf wel een ervaringsgerichte activiteit waarbij we een beroep kunnen doen op de inspiratie of het materiaal van Forta Kuné. Het is een opvallende vaststelling dat er steeds meer vragen komen vanuit de brede instroom. Een tendens die toont dat de naambekendheid van het project groter wordt. In 2018 wonnen we met dit project ook de **publieksprijs** op de Dag van de Jeugdhulp.

## 2.9 Andere externe expertise

We deden in 2018 weinig beroep op externe partners, naast Time-Out mogelijkheden en Forta Kuné. We werkten verder met onze vaste huisartsenpraktijk en tandarts in Dadizele en met de apotheek te Moorslede. We vernamen ook dat onze vaste kinder- en jeugdpsychiater dr. Vandeputte (**AZ Delta**) andere engagementen zou aangaan (bij de nieuw opgestarte werking Twoape in Pittem, Roeselare en Ieper). Dat betekent dat we op zoek moeten naar een nieuwe kinder- en jeugdpsychiater. Het nieuwe programma 'Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren die in de jeugdhulp verblijven' kan hier misschien redding brengen. Wordt vervolgd in 2019, onder leiding van **Wingg** en ACT.

We werkten tot slot ook twee maal intensief samen met vzw **OTA** (voor een Tunesisch gezin en een Marokkaans gezin) en hadden een casus overleg met vzw **VICTOR** (rond ASS) en **Therapeutisch Zorgpunt N** (voor ondersteuning diagnostiek ASS-ADHD).

## 2.10 Onze adviezen in 2018

Voor de drie jongeren die enkel in time-out of onthaal bij ons verbleven, formuleerden we geen advies. Bij de andere jongeren is het opvallend hoe vaak we CBAW adviseerden (8). Dit kon in twee gevallen van bij ons worden opgestart, met enige wachttijd (in Bethanie en in de Witte Berken). Ook de adviezen voor residentieel verblijf (6 + 1) konden deels worden ingevuld, met de nodige wachttijd (MPI de Pottelberg, Bethanie, de Korf (2) en Onze Kinderen). De andere jongeren gingen naar familie of terug naar huis (in twee gevallen met contextbegeleiding, die ook niet onmiddellijk kon starten, maar waarvoor wij nog nazorg opnamen). Ook het aantal adviezen voor internaat ligt hoger dan

anders, maar liep in alle zes gevallen wel goed (drie van hen zaten al op internaat van voor de oriëntatie).

|                        | Advies    |
|------------------------|-----------|
| CBAW                   | 8         |
| Gemeenschapsinstelling | 2         |
| MFC (jongerenwelzijn)  | 6         |
| MFC (VAPH)             | 1         |
| Thuis                  | 2         |
| Internaat              | 6         |
| <b>Eindtotaal</b>      | <b>25</b> |

### 3 Vernieuwde aandacht voor kwaliteitsbeleid in OOC De Luwte

#### 3.1.1 Kwaliteitszorg

In een kleine voorziening als De Luwte is het niet altijd evident om een uitgebreid en systematisch kwaliteitsbeleid te voeren. Soms lijkt het wat omslachtig om werk te maken van uitgebreide procedures en communicatiepatronen, maar ook een kleine voorziening kan niet louter op 'buikgevoel' gerund worden. In 2015 pasten we ons kwaliteitsbeleid en kwaliteitsmanagementsysteem aan om te voldoen aan de bepalingen van de besluiten van de Vlaamse Regering van 11 januari 2013 en 14 februari 2014 met betrekking tot de erkenningsvoorwaarden en subsidienormen voor de voorzieningen van de Bijzondere Jeugdbijstand.

Op basis van een globale zelfevaluatie van kwaliteitsbeleid, kwaliteitsmanagementsysteem, kwaliteitshandboek en kwaliteitspraktijk bouwden we een systeem van kwaliteitszorg uit, aangepast aan de nieuwe positionering van de werkingen in het jeugdhulpstelsel.

Ons kwaliteitshandboek wordt jaarlijks geüpdatet en sinds 2016 maken we werk van een jaarlijkse **strategische planning**.

In wat volgt zetten we de schalen die onze kwaliteitszorg in beeld brengen op een rijtje. Dit is een jaarlijks vervolg op de nulmeting die we opstelden eind 2015. De context van een OOC, met een kleine schaal, zeer specifieke opdracht (diagnostiek), een verscheidenheid aan werkvormen (mobiel, ambulant, residentieel), een constant wisselende gebruikersgroep en een zeer uiteenlopend gamma van complexe vragen, maakt het niet eenvoudig om tot een sluitend kwaliteitssysteem te komen. We zijn er niettemin van overtuigd dat de schalen die ons door de kwaliteitsinspectie worden aangereikt op zijn minst onze kritische reflectie over onze eigen werking stimuleren.

Onze nulmeting werd kritisch onder de loep genomen bij de kwaliteitsinspectie in maart 2016. In 2017 werden we geïnspecteerd in het kader van vrijheidsberovende maatregelen en sanctioneringsbeleid. We kregen een positief verslag van de inspectie. De inspectie was lovend over onze transparantie naar onze jongeren en ons preventiebeleid ten aanzien van agressie. In 2018 kregen we geen inspectie over de vloer.

De Vlaamse Regering legde in haar kwaliteitsdecreet diverse gebieden vast waarop kwaliteit gemonitord moet worden door de voorziening:

- 3.1. kwaliteitszorg (organisatie, visie, methodieken, verbetertrajecten)
- 3.2. kernprocessen (onthaal, doelstellingen, afsluiting, pedagogisch profiel)
- 3.3. gebruikersresultaten (klachtenbehandeling, gebruikerstevredenheid, effecten)
- 3.4. medewerkersresultaten (personeelstevredenheid, kerngetallen)
- 3.5. samenlevingsresultaten (waardering partners, maatschappelijke tendensen)

### 3.1.2 Organisatie en visie

Kwaliteit is een belangrijk uitgangspunt in ons sociaal en pedagogisch handelen. Er lopen in de Luwte doorgaans meerdere verbetertrajecten (inclusief werkgroepen en evaluatiemomenten). Die dragen uiteraard bij tot de kwaliteit van onze werking. We proberen, meer dan vroeger, om die kwaliteit ook transparant en systematisch te meten.

Ook in 2018 organiseerden we verschillende werkgroepen en verbetertrajecten. We streven ernaar om tegen eind 2019 voor alle punten niveau 3 te halen.

| Groei niveau<br>2015 | Organisatie en visie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Duiding                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2017 | 2018 |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |
| 0                    | De organisatie heeft geen visie op kwaliteitszorg en onderneemt geen acties                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |
| 1                    | <i>Er is structureel overleg inzake de kwaliteitszorg van de organisatie.<br/>De organisatie heeft een basiskennis van de principes en modellen van IKZ.</i>                                                                                                                                                                                                                                                    | We zijn vertrouwd met de PDCA-cyclus.<br>Kwaliteitshandboek staat op punt en wordt jaarlijks herbekeken.                                                                                                                                                                                                                                    |      |      |
| 2                    | De organisatie heeft een of meer personeelsleden die kwaliteitszorg als eindverantwoordelijkheid hebben.<br>De organisatie heeft een visie op integrale kwaliteitszorg. Integrale kwaliteitszorg beslaat minimaal de volgende domeinen van de organisatie: leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen, kernprocessen, gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten. | De lopende verbetertrajecten zijn een vast onderdeel van het wekelijkse begeleidingsteam.<br>Er is een tweejaarlijks overleg tussen de verantwoordelijken voor kwaliteitszorg van de Luwte (coördinator en hoofdbegeleidster) en de kwaliteitscoördinator van OC Sint-Idesbald.<br>Er is een strategisch meerjarenplan voor de organisatie. |      |      |
| 3                    | Kwaliteitszorg is geïntegreerd in de dagelijkse werking van de organisatie. Alle elementen van kwaliteitszorg vormen een geheel.                                                                                                                                                                                                                                                                                | In beleidsplan opgenomen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |      |
| 4                    | De organisatie evalueert systematisch de kwaliteitszorg en stuurt ze bij.<br>De organisatie legt minimaal de gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten samen in een synthese, die de basis vormt om prioritaire verbetertrajecten te bepalen.                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |
| 5                    | De organisatie benchmarkt haar kwaliteitszorg en zelfevaluatie.<br>De organisatie heeft een kwaliteitscertificaat.<br>De organisatie maakt haar kwaliteitszorg                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |

|  |                                  |  |  |  |
|--|----------------------------------|--|--|--|
|  | en zelfevaluatie actief kenbaar. |  |  |  |
|--|----------------------------------|--|--|--|

### 3.1.3 Betrokkenheid

In een organisatie op de schaal van OOC De Luwte (13 FTE) is betrokkenheid bij de werking vrij evident. Alle werknemers bevinden zich als het ware in het hart van de organisatie. Ook voor jongeren en hun context pretenderen wij zeer aanspreekbaar te zijn.

Ieder jaar is er een formeel overleg met alle medewerkers van de Luwte specifiek gefocust op het strategische beleid en de kwaliteit van onze werking. Iedereen wordt dan verwacht dat verbeterpunten en uitdagingen naar voor te brengen. Aan de hand van deze punten werd het beleidsplan voor 2018 opgemaakt.

We maken deel uit van het grotere geheel van OC Sint-Idesbald. De betrokkenheid bij dat grotere geheel uit zich op vele manieren: ondersteuning door diensten van het OC (financiële dienst, personeelsdienst, ICT, facility, keuken, ...), gebruik van de time-out werking, gebruik van de sportaccommodatie, ... De directeur minderjarigenzorg van het OC heeft maandelijks een overleg met het BT (het begeleidingsteam van de Luwte: hoofdopvoeder en verantwoordelijk als teamcoaches aangevuld met de psycholoog en waar mogelijk ook de contextbegeleiders).

We hebben een wekelijkse teamvergadering (de maandagnamiddag) waarin we praktische punten bespreken en kort ook de trajecten van de jongeren overlopen. Twee tot driemaal per jaar wordt een extra teamvergadering ingelast over specifieke onderwerpen. Eén daarvan op het einde van het jaar staat altijd in het teken van het nieuwe beleidsplan.

Daarnaast zijn er nog IHP-bijeenkomsten (individueel handelingsplan) waarbij de IB, de psychologe en de contextbegeleidster de vorderingen bespreken. Indien mogelijk sluit de jongere daarbij aan. Indien niet mogelijk (omdat dit moeilijk ligt voor school bv.) bespreken we wie de inhoud van het IHP overbrengt naar de jongere.

| Groeiniveau 2015 | Betrokkenheid                                                                                                                                                                                                                       | Duiding                                                                                                                                                                              | 2017 | 2018 |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| <b>0</b>         | Binnen de organisatie is er geen betrokkenheid inzake de kwaliteitszorg. De organisatie onderneemt geen acties.                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                      |      |      |
| <b>1</b>         | De organisatie betreft de directie en de medewerkers op ad-hoc basis bij het beleid.                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                      |      |      |
| <b>2</b>         | De organisatie betreft de medewerkers bij het beleid.<br>De organisatie betreft de bestuursorganen bij het beleid.                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                      |      |      |
| <b>3</b>         | Alle functiegroepen participeren in de kwaliteitszorg.<br>De organisatie bepaalt op een doordachte wijze waar de gebruiker bij de kwaliteitszorg betrokken wordt.<br>De organisatie bepaalt op een doordachte wijze waar de externe | Elke medewerker wordt betrokken bij het opstellen van het beleidsplan.<br>De gebruiker wordt betrokken bij de kwaliteitszorg door het bevragen via de tevredenheidsvragenlijsten. De |      |      |



|          |                                                                                                                                               |                                                                                                                                       |  |  |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|          | partners (CPA, andere hulpverleners, ...) bij de kwaliteitszorg betrokken worden. De bestuursorganen participeren in de kwaliteitszorg.       | resultaten van deze vragenlijst worden terug opgenomen in het beleidsplan.<br>De tevredenheid meten van CPA gebeurt eerder informeel. |  |  |
| <b>4</b> | De organisatie evalueert systematisch de wijze waarop de externe partners en de gebruikers betrokken worden bij het beleid en stuurt die bij. |                                                                                                                                       |  |  |
| <b>5</b> | De organisatie maakt de manier waarop de betrokkenen betrokken worden bij het beleid actief kenbaar.                                          |                                                                                                                                       |  |  |

### 3.1.4 Methodieken en instrumenten

We maakten ook in 2018 een nieuw strategisch beleidsplan waarbij we uit het kwaliteitsverslag verbetertrajecten en tijdspaden destilleerden (en zo een meer systematische PDCA-cyclus installeren).

We plannen om tegen eind 2019 met de werkgroep kwaliteit het volledige kwaliteitshandboek terug te hebben geëvalueerd.

| Groeiniveau 2015 | Methodieken en instrumenten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Duiding                                                                                                              | 2017 | 2018 |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| <b>0</b>         | De organisatie hanteert geen methodieken noch instrumenten de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                      |      |      |
| <b>1</b>         | De organisatie hanteert alleen ad hoc methodieken en instrumenten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                      |      |      |
| <b>2</b>         | <i>De organisatie beschikt over een KHB</i><br><i>De organisatie beschikt over een methodiek of instrument voor zelfevaluatie.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                      |      |      |
| <b>3</b>         | Het KHB is gebruiksvriendelijk en bevat alle elementen volgens artikel 5§4 van het kwaliteitsdecreet: <ul style="list-style-type: none"> <li>- kwaliteitsbeleid</li> <li>- kwaliteitsmanagementsysteem</li> <li>- zelfevaluatie</li> </ul> Alle functiegroepen passen het KHB toe.<br>De zelfevaluatie gebeurt op gestandaardiseerde manier, waarin de PDCA-cyclus duidelijk aanwezig is en waarin minimaal de in 3.1.1. genoemde domeinen aan bod komen. | Om niveau drie te halen moeten we structureel evaluatie van KHB plannen.<br>We nemen dit mee in ons beleidsplan 2019 |      |      |
| <b>4</b>         | De organisatie evalueert systematisch de ingezette methodiek voor de zelfevaluatie en stuurt die methodiek ook bij.<br>De organisatie evalueert systematisch het KHB en stuurt bij.                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                      |      |      |
| <b>5</b>         | De organisatie onderneemt actief initiatieven voor kennisdeling van de gebruikte methodieken<br>De organisatie vergelijkt haar methodieken (inter)nationaal<br>De methodieken of instrumenten zijn gecertificeerd of wetenschappelijk onderbouwd.                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                      |      |      |

### 3.1.5 Verbetertrajecten

In 2018 liepen er verschillende werkgroepen en verbeter trajecten:

- We hadden een werkgroep mobiele begeleiding. Deze werkgroep legde haar oor te luisteren bij verschillende collega-OOOC's (Luein, de Wijzer, de Bries) naar de manier waarop de mobiele begeleiding verloopt. De werkgroep zorgde ervoor dat we vanaf nu met een kleiner IHP team de mobiele begeleidingen opvolgen. Zo kunnen we het BT voor een stuk ontlasten. De begeleidingen worden nu opgenomen in duo: een begeleider samen met contextbegeleidster of met de psychologe. In het geval dat de psycholoog deel uitmaakt van het mini-team treedt de begeleider op als contextbegeleider (daarbij gecoacht door een contextbegeleidster). In het geval de psycholoog geen deel uitmaakt van het team staat de begeleider in voor de individuele gesprekken en belevingsonderzoek (daarbij gecoacht door de psychologe). Deze manier van werken evalueren we in 2019.
- Een werkgroep werkte onze teamweekend uit. We brachten het week door in Brakel (Diggie).
- Met de werkgroep kwaliteit streven we ernaar om tegen eind 2019 voor alle punten een niveau 3 te halen. Deze werkgroep werkte in 2018 een nieuwe (digitale) tevredenheidsmeting voor ouders en jongeren uit en houdt ook het kwaliteitshandboek bij. Een subwerkgroep werkte een digitale versie uit van de tevredenheidsmeting op Survio, waarmee we al even konden proefdraaien in de tweede helft van 2018 (12 jongeren vulden de enquête in).
- Met de werkgroep infrastructuur hebben we een plan voor toekomstige verbouwingen uitgewerkt en wordt verder gewerkt aan een meerjarenplanning in functie van een nieuw gebouw.
- Ook de werkgroep rond '10 jaar de Luwte' (mei 2019) ging in 2018 van start.
- De werkgroep 'sponsoring' ging op zoek naar bijkomende middelen. Cera Foundation schonk ons 5 tablets voor de atelierwerking en dankzij United Fund hebben we een nieuw busje.
- Een werkgroep 'meerdaagsen' ontwierp een meer systematische benadering van tweedaagses en kamp in onze werking. Over het al of niet verplichten van jongeren om mee te gaan hadden we bijvoorbeeld vaak discussies. Jongeren die hier in hun eerste twee maanden verblijven, worden 'verplicht' om mee te gaan. De tweedaagse of het kamp zijn een extra meerwaarde in hun oriëntatietraject en kan sowieso een belangrijke leefwereldverbredende functie hebben. Jongeren die hier langer verblijven, laten we de keuze om nog eens mee te gaan. We gaan op tweedaagse in de Kerstvakantie, Paasvakantie en herfstvakantie. We gaan op zomerkamp in juli.
- Een bachelorproject van een aantal studenten van Vives nam onze onthaalprocedure en -periode onder de loep.

| Groeiniveau 2015 | verbetertraject                                            | Duiding | 2017 | 2018 |
|------------------|------------------------------------------------------------|---------|------|------|
| 0                | De organisatie formuleert geen verbetertrajecten.          |         |      |      |
| 1                | <i>De organisatie formuleert ad hoc verbetertrajecten.</i> |         |      |      |
| 2                | De organisatie formuleert SMART verbetertrajecten.         |         |      |      |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|          | De organisatie informeert de medewerkers over de verbetertrajecten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |
| <b>3</b> | De verbetertrajecten zijn SMART geformuleerd en zo opgesteld dat de PDCA-cyclus herkenbaar is.<br>De organisatie stelt verantwoordelijken aan voor de uitvoering en voortgang per verbetertraject.<br>De organisatie overloopt systematisch minimaal de in 3.1.1. genoemde domeinen bij het bepalen van verbetertrajecten binnen het meerjarenplan.<br>De organisatie communiceert de resultaten van de verbetertrajecten aan de betrokkenen. | Jaarlijks wordt een overlegmoment gepland om het beleidsplan te evalueren en terug op te maken voor het jaar erop.<br>Met de werkgroep mobiel en de werkgroep kwaliteit stippelde we twee transparante verbetertrajecten uit.<br>Er was ook het project van VIVES hogeschool met betrekking tot de onthaalfase. |  |  |
| <b>4</b> | De organisatie voert de verbetertrajecten conform de planning uit, evalueert ze en stuurt ze bij.<br>De organisatie implementeert de resultaten van de verbetertrajecten en legt ze samen met andere beleidsrelevante informatie.<br>De organisatie neemt de resultaten van de verbetertrajecten op in het KHB.                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |
| <b>5</b> | De organisatie communiceert actief over de verbetertrajecten en de resultaten hiervan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |

## 3.2 Kernprocessen

### 3.2.1 Onthaal

In 2018 deden we een aanvraag tot samenwerking met de Vives hogeschool in verband met de bachelor proef sociaal-agogisch werk. Deze aanvraag werd goedgekeurd. De kernopdracht van die project was: hoe structureren we de onthaalfase van een oriënterende begeleiding zodat de jongeren van bij het begin gestimuleerd worden.

We kregen een kritische doorlichting van de oriëntatiecyclus, met in het bijzonder de startfase. Zo simuleerden de studenten ook een intake waarbij één van de studenten effectief residentieel werd opgenomen (en twee andere studenten de rol van de ouders opnamen) en de eerste dagen beleefde vanuit het perspectief van een jongere. De studenten leverden ons na afloop van het project een draaiboek, met een kritische constructieve blik op onze werking. We kregen enkele handvaten naar de toekomst. Zo gaven ze bijvoorbeeld zeer duidelijk aan dat onze intake te chaotisch verliep. Voor ons lijkt het perfect logisch dat we de ene vraag na de andere afvuren, maar vanuit het perspectief van de jongere en zijn ouders kwam dat warrig en soms wat vervreemdend over. We spraken af om meer structuur in de intake te brengen en vooral ook de voornaamste punten nog eens door te nemen met de jongere, later op de dag of later in de week.

| Groeniveau<br>2015 | Onthaal van de gebruiker                    | Duiding | 2017 | 2018 |
|--------------------|---------------------------------------------|---------|------|------|
|                    |                                             |         |      |      |
| <b>0</b>           | Er is geen procedure voor onthaal           |         |      |      |
| <b>1</b>           | De organisatie bepaalt ad-hoc een werkwijze |         |      |      |
| <b>2</b>           | Er is een procedure voor onthaal            |         |      |      |
| <b>3</b>           | Procedure opgesteld met inspraak van de     |         |      |      |

|   |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                              |  |  |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|   | proceseigenaars.<br>Procedure geëxpliciteerd met duidelijke verantwoordelijken, doelen, instrumenten en werkwijzen.<br>Procedure wordt gecommuniceerd.<br>Alle medewerkers passen de procedure toe. |                                                                                                              |  |  |
| 4 | De organisatie evalueert systematisch de procedure en stuurt die bij. De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers en de interne partners.                                                   | Zie ook KHB. We houden rekening met verwachtingen en beleving van jongeren, context en CPA.<br>Project Vives |  |  |
| 5 | De organisatie communiceert de procedure systematisch extern.<br>Procedure geëvalueerd met inspraak externe partners.<br>Procedure staat model voor andere organisaties                             |                                                                                                              |  |  |

### 3.2.2 Doelstellingen en handelingsplan

Alle begeleiders volgden de vorming Handelingsgerichte Diagnostiek waarbij vertrokken wordt van het protocol dat door de OOC's werd opgesteld, ondersteund door de KULeuven. In een verbetertraject proberen we in 2019 het protocol op maat van onze werking meer systematisch te integreren in onze handelen.

| Groeniveau 2015 | Doelstellingen en handelingsplan                                                                                                                                                                                                        | Duiding                                 | 2017 | 2018 |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------|------|
| 0               | Er is geen procedure voor de doelstellingen in het handelingsplan (IHP)                                                                                                                                                                 |                                         |      |      |
| 1               | Ad-hoc werkwijze                                                                                                                                                                                                                        |                                         |      |      |
| 2               | Er is een procedure voor doelstellingen en IHP                                                                                                                                                                                          |                                         |      |      |
| 3               | Procedure opgesteld met inspraak van de proceseigenaars<br>Procedure geëxpliciteerd met duidelijke verantwoordelijken, doelen, instrumenten en werkwijzen<br>Procedure wordt gecommuniceerd<br>Alle medewerkers passen de procedure toe | Alle medewerkers volgden de vorming HGD |      |      |
| 4               | <i>De organisatie evalueert systematisch de procedure en stuurt die bij. De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers en de interne partners.</i>                                                                                |                                         |      |      |
| 5               | De organisatie communiceert de procedure extern<br>Procedure geëvalueerd met inspraak externe partners<br>Procedure staat model voor andere organisaties                                                                                |                                         |      |      |

### 3.2.3 Afsluiting en nazorg

De afsluiting verloopt volgens geijkte procedures. Er is een afrondend adviesgesprek, er worden afspraken gemaakt met eventuele vervolghulpverlening, voor het afsluiten van residentiële

begeleidingen is er een vaste checklist om te zorgen dat niets vergeten wordt, er zijn ook tevredenheidsenquêtes voor ouders en jongeren.

| Groei niveau<br>2015 | Afsluiting en nazorg                                                                                                                                                                                                                    | Duiding                                                                                                            | 2017 | 2018 |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| 0                    | Er is geen procedure voor afsluiting en nazorg                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                    |      |      |
| 1                    | Werkwijze wordt ad-hoc bepaald                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                    |      |      |
| 2                    | Er is een procedure voor afsluiting en nazorg                                                                                                                                                                                           | Zie KHB                                                                                                            |      |      |
| 3                    | Procedure opgesteld met inspraak van de proceseigenaars<br>Procedure geëxpliciteerd met duidelijke verantwoordelijken, doelen, instrumenten en werkwijzen<br>Procedure wordt gecommuniceerd<br>Alle medewerkers passen de procedure toe | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Advies gesprek</li> <li>- Checklist outtake</li> <li>- Zie KHB</li> </ul> |      |      |
| 4                    | De organisatie evalueert systematisch de procedure en stuurt die bij. De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers en de interne partners.                                                                                       |                                                                                                                    |      |      |
| 5                    | De organisatie communiceert de procedure extern<br>Procedure geëvalueerd met inspraak externe partners<br>Procedure staat model voor andere organisaties                                                                                |                                                                                                                    |      |      |

Nazorg gebeurt meer op ad-hoc basis. Het is vaak moeilijk te voorspellen of ouders en/of jongeren nog een beroep zullen doen op ons. Dat is ook afhankelijk van de vraag of er al eventuele vervolghulpverlening is gestart.

### 3.2.4 Pedagogisch profiel

De Luwte heeft zich in de voorbije jaren een vrij specifiek pedagogisch profiel gecreëerd. Dat is een profiel dat deels ook opgebouwd werd en wordt door de verwijzers. Ons profiel is sociaalpedagogisch qua fundament en procedureel geënt op het protocol handelingsgerichte diagnostiek. Dat betekent dat we een brede en open aanpak voorstaan, die niet altijd lijkt te stroken met een (beperkte) invulling van het paradigma dat door de consulenten OCJ en SDJ wordt omarmd: Signs of Safety. We zullen in 2019 verder werken van een goede afstemming, zodat we blijven tegemoet komen aan de vragen van de verwijzers, zonder onze insteek te beperken tot het veiligheidsvraagstuk.

| Groei niveau<br>2015 | Pedagogisch profiel                                                                                                                                                                             | Duiding                                          | 2017 | 2018 |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------|------|
|                      |                                                                                                                                                                                                 |                                                  |      |      |
| 0                    | Er is geen pedagogisch profiel                                                                                                                                                                  |                                                  |      |      |
| 1                    | De medewerkers stemmen hun visie op de hulpverlening en de uitvoering ervan ad hoc af                                                                                                           |                                                  |      |      |
| 2                    | Er is een pedagogische visie                                                                                                                                                                    |                                                  |      |      |
| 3                    | Visie op hulpverlening onderbouwd door referentiekaders met handvatten<br>Duidelijke visie en afspraken over de essentiële aspecten van de hulpverlening<br>Alle betrokkenen passen de visie en | Het Protocol HGD is de leidraad in ons handelen. |      |      |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                  |  |  |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--|--|
|   | afspraken toe<br>Gebruiker heeft inspraak en participeert in alle aspecten van zijn of haar traject<br>De voorziening maakt voor elke gebruiker samenwerkingsafspraken met het externe hulpverleningsnetwerk<br>De hulpverlening betreft actief het directe sociale netwerk                                                                    | Nog te weinig systematisch om niveau 4 te scoren |  |  |
| 4 | <i>De organisatie evalueert systematisch de visie op hulpverlening en de afspraken daarover en stuurt die bij. De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers. De organisatie evalueert systematisch de wijze waarop de inspraak en participatie van de gebruiker vorm krijgen en stuurt die bij.</i>                                     |                                                  |  |  |
| 5 | De visie op hulpverlening krijgt vorm vanuit de gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten.<br>Onafhankelijke externe evalueert de visie op hulpverlening. De organisatie communiceert de resultaten en stuurt visie, afspraken en uitvoering bij.<br>Organisatie stelt de visie op hulpverlening als model voor andere organisaties. |                                                  |  |  |

De werking van de Luwte is gebouwd op een stevige sociaalpedagogische fundering. Kernwoorden zijn: leefwereld, zingeving, beleving, identiteit, participatie en emancipatie. Grote woorden, die zich uiten in ons dagelijkse handelen en die gaandeweg onze werking verbreden, verdiepen, verruimen. We zoeken aansluiting bij de leefwereld en de beleving van jongeren en hun context, nemen hun vragen en zorgen als uitgangspunt en zoeken naar handvatten om mensen de macht over hun eigen situatie terug te geven.

Binnen een team leven verschillende visies en overtuigingen. We slagen er doorgaans wel in om die diversiteit als een kracht en een dynamiek aan te wenden en tot een geïntegreerd geheel te smeden. Dat uit zich in methodische richtinggevendende krachtlijnen in onze dagelijkse werking:

- We proberen zoveel mogelijk op maat te werken.
- We gaan zoveel mogelijk aan huis of in de leefwereld van de gasten.
- We zijn betrokken op en zoeken aansluiting bij hun copings- en overlevingsmechanismen. Als die niet constructief zijn, helpen we zoeken naar alternatieven die haalbaar zijn.
- We hebben aandacht en respect voor de beleving van jongeren en van hun context.
- We zijn open en transparant in wat we doen: jongeren noch ouders mogen het gevoel hebben dat ze geen macht hebben over hun eigen situatie.
- We zijn flexibel: procedures zijn richtinggevend, maar er kan ten allen tijde (weloverwogen) afgeweken worden in het belang van het traject van jongeren.
- verdraagzaamheid: jongeren reageren niet altijd zoals we wensen en doen ook niet altijd wat we willen. We zijn alert en nabij, gaan conflicten en crisissen niet uit de weg, maar laten ze ook niet escaleren. Ze zijn een werkinstrument om tot verandering te komen.
- We zijn niet bang om buiten de lijntjes kleuren en vragen ons zo weinig mogelijk af 'of dit wel ons werk is'.

Dat lijken evidente uitgangspunten, maar ze zijn niet altijd even eenvoudig in de praktijk te brengen. Uit de nieuwe tevredenheidsmeting blijkt nu al dat onze jongeren te weinig weet hebben van de bijeenkomsten van het IHP-team. De helft van de bevraagde jongeren geeft aan dat ze niet precies weten wanneer het team samen komt en wat daar besproken wordt. Dat moet beter. Aan de andere kant geven alle jongeren, zonder uitzondering, aan dat ze weten bij wie terecht kunnen als ze vragen hebben of advies willen. Jongeren hoeven niet altijd formeel mee te praten om betrokken te zijn, maar het is een belangrijk aandachtspunt.

### 3.2.5 Gebruikersdossier

Van alle jongeren houden we een dossier bij. Dat dossier wordt aangemaakt bij intake en bevat volgende onderdelen:

- Intake (verslaggeving intake, identiteitsgegevens, toestemming uitwisseling gegevens, ...)
- Gegevens context (gezinssituatie, verslaggeving van huisbezoeken)
- Gegevens school (schoolloopbaan, gedrag op school, gegevens CLB)
- Medische gegevens (algemeen, psychiater, SIS-kaart, gegevens medicatie)
- Gegevens consulent (verslag vorige hulpverlening, hulpverleningsprogramma, aanvragen weekends)
- Jongeren en ouders hebben het recht om te weten wat in hun dossier staat, met voorbehoud voor informatie die over anderen gaat. Van elke jongere houden we een digitaal dossier bij met dezelfde indeling als het papieren dossier (met daarnaast ook nog een mapje IHP verslaggeving IHP-gesprekken, opbouw advies)

| Groeiniveau 2015 | Gebruikersdossier                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Duiding | 2017 | 2018 |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|------|
| 0                | Er zijn geen procedures voor het beheer en uitwisseling van gebruikersdossiers                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |      |
| 1                | De organisatie beheert ad hoc de gebruikersdossiers                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |      |      |
| 2                | Er zijn procedures voor het beheer en de uitwisseling                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |      |      |
| 3                | Procedures opgesteld met inspraak van de proceseigenaars.<br>De procedures voor het beheer en de uitwisseling van dossiers zijn geëxpliciteerd met afspraken over het beheer en de toegankelijkheid (intern en extern).<br>De organisatie documenteert en communiceert de procedures.<br>Alle medewerkers passen de procedures toe. |         |      |      |
| 4                | Systematische evaluatie en bijsturing van procedures met inspraak van gebruikers en interne partners                                                                                                                                                                                                                                |         |      |      |
| 5                | Systematische communicatie en evaluatie van procedures naar en met externe partners<br>Procedure staat model voor andere organisaties                                                                                                                                                                                               |         |      |      |

### 3.3 Gebruikersresultaten

#### 3.3.1 Klachtenbehandeling

Er is een klachtenprocedure en we houden een klachtenregister bij. We krijgen zeer weinig formele klachten van jongeren, ouders of CPA's. De inbreng van de tevredenheidsenquête (die we ook voor ouders digitaliseerden) kan hier misschien verandering in brengen, al voelden we in een aantal gevallen ook dat jongeren of ouders die niet tevreden zijn weinig aanspreekbaar zijn om enquêtes in te vullen. Het zal ons eerder helpen om kleine 'mankementen' op te sporen en te verbeteren. We zijn er ons zeer goed van bewust dat klachten niet altijd onder woorden worden gebracht en ook niet altijd gericht zijn op de Luwte, maar op 'het systeem' ('ze pakken mijn kinderen af' (en mijn kindergeld), 'ze zeggen dat ik een slechte ouder ben', ...). Die klachten komen vaak naar ons toe of worden afgereageerd op ons (wat soms leidt tot reacties als 'los het nu maar zelf op'). Even vaak blijven ze hangen in een gevoel van onmacht en onbehagen. Wij proberen van onze kant altijd om de ouders (en de jongeren) het gevoel te geven dat we oprecht ook hun stem willen horen en vertolken.

| Groeiniveau<br>2015 | Klachtenbehandeling                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Duiding                                                                              | 2017 | 2018 |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |      |      |
| 0                   | De organisatie heeft geen klachtenbehandeling.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                      |      |      |
| 1                   | De organisatie bepaalt ad hoc een werkwijze voor de klachtenbehandeling.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                      |      |      |
| 2                   | De organisatie heeft een klachtenprocedure.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                      |      |      |
| 3                   | <p><i>De organisatie stelt de klachtenprocedure op met inspraak van de proceseigenaars.</i></p> <p><i>De procedure is geëxpliciteerd met een duidelijk stappenplan, en tijdsplan, aangewezen verantwoordelijken, doelgerichtheid en terugkoppeling aan de gebruiker die de klacht heeft ingediend.</i></p> <p><i>De organisatie communiceert de procedure.</i></p> <p><i>Alle betrokkenen passen de procedure toe.</i></p> <p><i>De organisatie bundelt systematisch de klachten van gebruikers en bespreekt ze tijdens (beleids)overleg.</i></p> | De klachten worden systematisch besproken op het directie-overleg, op BT en op team. |      |      |
| 4                   | <p>De organisatie evalueert systematisch de klachtenprocedure en stuurt die bij.</p> <p>De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers en de medewerkers.</p> <p>Vanuit de gegevens van de klachtenprocedure zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.</p> <p>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.</p>                                                 |                                                                                      |      |      |
| 5                   | <p>De organisatie communiceert de klachtenprocedure systematisch extern.</p> <p>De organisatie evalueert systematisch de klachtenprocedure met inspraak van externe partners.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                      |      |      |



|  |                                                            |  |  |  |
|--|------------------------------------------------------------|--|--|--|
|  | De klachtenprocedure staat model voor andere organisaties. |  |  |  |
|--|------------------------------------------------------------|--|--|--|

In 2018 ontvingen we slechts drie formele klachten:

- Een mama klaagde over het feit dat de IB van haar dochter een kennis was van de papa, van wie ze jaren geleden gescheiden was en die het bestaan van hun dochter nooit heeft erkend. We kwamen tegemoet aan haar klacht en in samenspraak met IB en het meisje zelf besloten we het IB-schap te veranderen.
- Een andere ouder uitte zeer expliciet haar ontevredenheid over onze accommodatie. Haar dochter had de Luwte 'een vochtig en beschimmeld kot' genoemd en mama ging daar helemaal in mee. Hoewel de Luwte geen vochtig en beschimmeld kot is, hebben we haar verzekerd dat we graag een nieuwbouw zouden zetten.
- Een derde formele klacht werd gericht aan onszelf, het CLB, de Jeugdrechtsbank en het Kinderrechtencommissariaat. Een vriend van de vader van één van onze jongeren had zichzelf naar voor geschoven als de voornaamste zorgfiguur en wilde graag pleegouder worden. Wij vonden dat dit niet kon wegens miskenning van de papa, maar ook wegens het verleden van de man. Zijn wil om te zorgen voor de jongen leek ons zeer ambivalent en eigenzuchtig. De oom beweerde dat wij nog liever een jongere residentieel plaatsen, dan hem toe te vertrouwen aan een vertrouwde context. Het Kinderrechtencommissariaat en de Jeugdrechtsbank volgden onze argumentatie.

### 3.3.2 Gebruikerstevredenheid

Deze schaal geeft een beeld van de manier waarop we de tevredenheid van onze gebruikers monitoren. Het gaat hier minimaal om de bevraging van de tevredenheid over hulpverleningsprocessen, hulpuitvoering, inspraak en participatie.

Iedere dinsdagavond komt de **bewonersraad** samen. De puntjes die jongeren dan brengen zijn meestal heel praktisch. Ze doen voorstellen voor menu, ze hebben hun inbreng in activiteiten of ze hebben vragen rond bepaalde leefregels.

We nemen ook een **tevredenheidsenquête** af van jongeren en hun context. Er werd in 2018 door de werkgroep kwaliteit een nieuwe tevredenheidsenquête opgemaakt. Dit zowel voor de ouders als voor de jongeren.

Daarnaast kiezen we er nu ook voor om systematisch halfweg het verblijf van de jongere samen te zitten en de vragenlijst af te nemen. Dit zorgt ervoor dat we ook tijdens het verblijf van de jongeren nog kunnen inspelen op de punten die aangekaart worden.

2019 zal het eerste jaar zijn dat we een volledig overzicht krijgen over de tevredenheid van de uitgestroomde jongeren en hun context.

| Groei niveau<br>2015 | Gebruikerstevredenheid                                   | Duiding | 2017 | 2018 |
|----------------------|----------------------------------------------------------|---------|------|------|
|                      |                                                          |         |      |      |
| 0                    | De organisatie gaat de gebruikerstevredenheid niet na.   |         |      |      |
| 1                    | De organisatie gaat ad hoc de gebruikerstevredenheid na. |         |      |      |
| 2                    | De organisatie hanteert een of enkele methodieken of     |         |      |      |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                |  |  |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|          | <i>instrumenten om de gebruikerstevredenheid na te gaan.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                |  |  |
| <b>3</b> | Procedure of afspraken om gebruikerstevredenheid te meten.<br>Methodiek afgestemd op de doelgroep                                                                                                                                                                                                                                                          | Tevredenheidsenquête<br>te<br>Bewonersraad<br>IHP-besprekingen<br>Huisbezoeken |  |  |
| <b>4</b> | Systematische evaluatie en bijsturing van de instrumenten om de gebruikerstevredenheid te meten<br>De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers.<br>Vanuit de tevredenheidsmeting zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.<br>gefundeerde interpretatie van de gegevens met linken naar andere thema's. |                                                                                |  |  |
| <b>5</b> | Een onafhankelijke externe evalueert de tevredenheidsmeting.<br>Communicatie van de resultaten.<br>De tevredenheidsmeting is wetenschappelijk onderbouwd.<br>Model voor andere organisaties.                                                                                                                                                               |                                                                                |  |  |

### 3.3.3 Effect van de hulpverlening

Eerste vraag waar we voor ons zelf moeten duidelijkheid scheppen is wat we bepalen als het 'effect' van onze hulpverlening. Wat we beogen is een handelingsgerichte diagnostiek die herkenbaar en bruikbaar is voor gebruikers én eventuele hulpverlening. In veel gevallen zijn we van mening dat onze adviesverslagen ook een leidraad vormen voor verdere hulpverlening. We houden niet systematisch contact met vervolghulpverlening of consultants. Dat maakt het moeilijker om dat soort effect te monitoren. Op het afrondende adviesgesprek gaan we wel altijd in op de vraag wat nu de betekenis geweest is van de interventie van de Luwte.

Samen met de federatie OOOO's houden we ook bij hoeveel van onze adviezen een daadwerkelijk vervolg krijgen en op welke termijn.

Onze tevredenheidsenquêtes bieden wel een vrij goed zicht op het effect van onze interventie, maar dat is een momentopname.

Verder hebben we met veel van onze jongeren nog contact via een professioneel facebookprofiel. Dat geeft wel een beeld, maar weinig systematisch.

In 2019 bevragen we bij de andere OOOO's hoe zij te werk gaan om te 'groeien' op deze indicator.

| Groeiniveau<br>2015 | Effect van de hulpverlening                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Duiding | 2017 | 2018 |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|------|
| <b>0</b>            | De organisatie gaat het effect van de hulpverlening voor de gebruikers niet na.                                                                                                                                                                                                                                                        |         |      |      |
| <b>1</b>            | <i>De organisatie gaat ad hoc de effecten van hulpverlening na.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |      |      |
| <b>2</b>            | De organisatie hanteert een of enkele methodieken of instrumenten om het effect te meten.                                                                                                                                                                                                                                              |         |      |      |
| <b>3</b>            | De organisatie heeft SMART indicatoren om het effect van de hulpverlening na te gaan.<br>De organisatie gebruikt systematisch de eigen en de sectorale gegevens uit een uniform registratiesysteem om de effecten en processen van de hulpverlening in kaart te brengen.<br>De organisatie participeert in wetenschappelijk onderzoek. |         |      |      |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>4</b> | De organisatie evalueert de gehanteerde indicatoren en instrumenten om de effecten van de hulpverlening te meten en stuurt ze bij.<br>De organisatie gebruikt de aanbevelingen van wetenschappelijk onderzoek om de hulpverlening te optimaliseren.<br>De organisatie gebruikt de eigen en de sectorale gegevens om acties op te zetten rond de inputgebieden en de kernprocessen.<br>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. |  |  |  |
| <b>5</b> | De organisatie gebruikt systematisch de eigen en de sectorregistratiegegevens om te benchmarken en te benchlearnen.<br>De organisatie staat model voor andere organisaties inzake het meten van de effectiviteit van de hulpverlening.<br>De organisatie publiceert de resultaten van de hulpverlening, de registratiegegevens en de resultaten van wetenschappelijk onderzoek.                                                                                                                                                                                    |  |  |  |

### 3.4 Medewerkersresultaten

#### 3.4.1 Personeelstevredenheid

Overzicht van de personeelsleden in dienst op 31/12/2018.

| Naam               | Functie                | Tewerkstellingsbreuk |
|--------------------|------------------------|----------------------|
| BONTE FABIEN       | Nachtbegeleider        | 19/38                |
| COTTENIE LINDSEY   | Begeleidster           | 30,4/38              |
| COUSSEE FILIP      | Verantwoordelijke      | 38/38                |
| DEGEZELLE DELPHINE | Begeleidster           | 38/38                |
| DEVREKER KWANG     | Begeleider             | 38/38                |
| DUMORTIER SASKIA   | Logistiek medewerker   | 20/40                |
| DUPON INES         | Administratieve kracht | 20/40                |
| GIJBELS SARAH      | Begeleidster           | 34,2/38              |
| GRYSON SHARON      | Begeleidster           | 30,4/38              |
| VAN BRUSSEL RILANA | Contextbegeleidster    | 34,2/38              |
| VANCOPPENOLLE TIM  | Begeleider             | 34,2/38              |
| VANDAMME FIEN      | Psychologe             | 38/38                |
| WARMOES SARA       | Contextbegeleidster    | 26,3/38              |
| WITTOUCK EVELINE   | Hoofdbegeleidster      | 38/38                |

We konden de zeer gewaardeerde ondersteuning genieten van 5 stagiairs: Meindert, Evy, Eva, Michelle (allen leefgroep) en Lynn (context).

| Groeiniveau<br>2015 | Personeelstevredenheid                                                                                            | Duiding               | 2017 | 2018 |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------|------|
| <b>0</b>            | De organisatie gaat de personeelstevredenheid niet na.                                                            |                       |      |      |
| <b>1</b>            | De organisatie gaat ad hoc de personeelstevredenheid na.                                                          |                       |      |      |
| <b>2</b>            | <i>De organisatie hanteert een of enkele methodieken of instrumenten om de personeelstevredenheid na te gaan.</i> | Functioneringsgesprek |      |      |
| <b>3</b>            | Duidelijke procedure of duidelijke afspraken                                                                      |                       |      |      |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|          | over meten van tevredenheid<br>Systematische meting met systematische bevraging van alle thema's<br>Duidelijk beleid om signalen en input op te vangen en communicatie<br>Systematische bundeling van signalen en bespreken op beleidsoverleg<br>Gegevens en signalen als input voor beleidsvoering |  |  |  |
| <b>4</b> | Systematische evaluatie van het beleid rond personeelstevredenheid<br>Evaluatie met inspraak van de medewerkers<br>Systematische acties op basis van tevredenheidsmeting<br>Linken van tevredenheid aan andere thema's waardoor gefundeerde interpretatie mogelijk wordt                            |  |  |  |
| <b>5</b> | Onafhankelijke externe stuurt de tevredenheidsmeting bij<br>Tevredenheidsmeting is wetenschappelijk onderbouwd<br>Tevredenheidsmeting model voor andere organisaties                                                                                                                                |  |  |  |

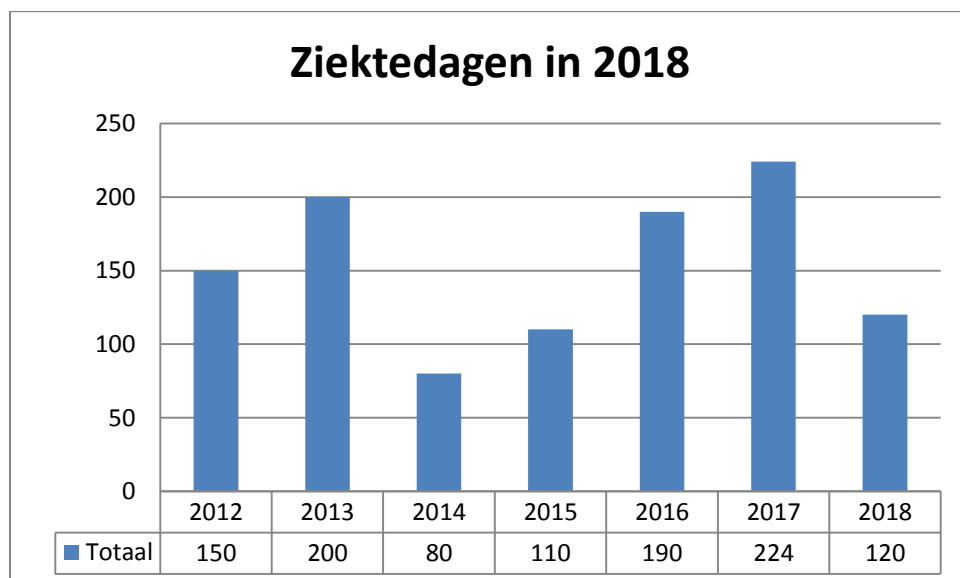
In een kleine organisatie als de Luwte vangen de collega's zeer gemakkelijk signalen op van elkaar. Ook op dit punt gaan we in 2019 op zoek naar inspiratie bij andere OOC's.

### 3.4.2 Vorming

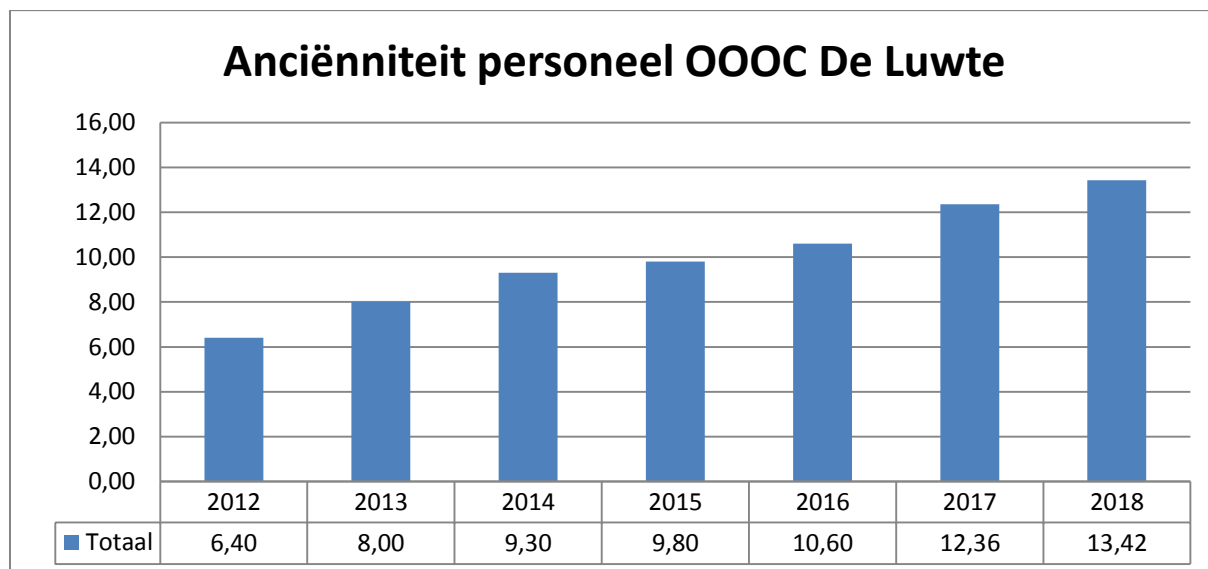
| Naam               | Titel vorming                                                                  | Duur Vorming |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Bonte Fabien       | Initiatie EHBO                                                                 | 3:00         |
| Claeys Ann-Sofie   | Geweld bij kinderen en jongeren                                                | 7:00         |
| Cottenie Lindsey   | Basisopleiding nieuwe begeleiders minderjarigenwerking                         | 18:00        |
|                    | Intervisie: 'Rouw en Verlies'                                                  | 1:30         |
|                    | Handelingsgerichte diagnostiek                                                 | 21:00        |
| Degezelle Delphine | Intervisie: 'Hechting en eetproblemen'                                         | 1:30         |
|                    | Initiatie EHBO                                                                 | 3:00         |
| Dumortier Saskia   | Initiatie EHBO                                                                 | 3:00         |
| Gryson Sharon      | Handelingsgerichte diagnostiek                                                 | 21:00        |
|                    | Initiatie EHBO                                                                 | 3:00         |
|                    | Introductiedag Nieuwe Medewerkers                                              | 7:00         |
| Van Brussel Rilana | Initiatie EHBO                                                                 | 3:00         |
| Vancoppenolle Tim  | Basisopleiding nieuwe begeleiders mju                                          | 18:00        |
|                    | Intervisie: 'Hechting en eetproblemen'                                         | 1:30         |
|                    | Initiatie EHBO                                                                 | 3:00         |
| Vandamme Fien      | Ontwikkelingsstoornissen in een (moeilijke) context                            | 7:00         |
| Wittouck Eveline   | Initiatie EHBO                                                                 | 3:00         |
|                    | 'Wat ik wil'                                                                   | 1:30         |
|                    | Digitale media binnen de integrale jeugdzorg - Beleidsdag voor stafmedewerkers | 7:00         |
|                    | Initiatie EHBO                                                                 | 3:00         |

### 3.4.3 Indicatoren en kengetallen

Een aantal personeelskengetallen worden bijgehouden op het niveau van moederorganisatie OC Sint-Idesbald. We hebben bijvoorbeeld een zeer duidelijk zicht op het aantal dagen ziekteverzuim. Aantal dagen ziekteverzuim voor 2018: 102 dagen. Dat is zeer aanvaardbaar.



Een ander belangrijk kengetal is onze gemiddelde anciënniteit. Dat blijft stijgen en dat toont tegelijk dat ons team vrij stabiel blijft. Enige 'nadeel' is dat ons personeel steeds meer verlofrechten heeft.



| Groei niveau<br>2015 | Indicatoren                                     | Duiding | 2017 | 2018 |
|----------------------|-------------------------------------------------|---------|------|------|
|                      |                                                 |         |      |      |
| 0                    | Personeelskengetallen worden niet bijgehouden   |         |      |      |
| 1                    | Personeelskengetallen worden ad hoc bijgehouden |         |      |      |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  |  |  |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>2</b> | Aanzet om kengetallen systematisch bij te houden                                                                                                                                                                                                                | Goede monitoring van ziektedagen en oorzaken van pieken en dalen |  |  |
| <b>3</b> | Personeelskengetallen worden op doordachte wijze bepaald, bijgehouden en besproken op beleidsoverleg                                                                                                                                                            |                                                                  |  |  |
| <b>4</b> | Personeelskengetallen worden geëvalueerd en bijgestuurd<br>Vanuit die gegevens worden acties opgezet rond inputgebieden en kernprocessen<br>Personeelskengetallen worden gelinkt aan andere thema's, een gefundeerde interpretatie wordt mogelijk               |                                                                  |  |  |
| <b>5</b> | Een onafhankelijke externe evalueert de personeelskengetallen en de wijze waarop ze worden verzameld. Resultaten worden gecommuniceerd<br>Personeelskengetallen worden gebruikt om te benchmarken<br>Personeelskengetallen staan model voor andere organisaties |                                                                  |  |  |

### 3.5 Samenlevingsresultaten

#### 3.5.1 Waardering strategische partners

| Groei­niveau<br>2015 | Strategische partners                                                                                                                                                                          | Duiding                   | 2017 | 2018 |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------|------|
| <b>0</b>             | Waardering strategische partners wordt niet nagegaan                                                                                                                                           |                           |      |      |
| <b>1</b>             | Waardering strategische partners wordt ad hoc nagegaan                                                                                                                                         |                           |      |      |
| <b>2</b>             | Aanzet om waardering strategische partners na te gaan                                                                                                                                          | Verbetertraject 2019-2020 |      |      |
| <b>3</b>             | Systemische verzameling en analyse van gegevens over waardering<br>Communicatie van die analyse aan de partners                                                                                |                           |      |      |
| <b>4</b>             | Vanuit de waarderingsgegevens worden acties opgezet rond inputgebieden en kernprocessen<br>Waarderingsgegevens worden gelinkt aan andere thema's, een gefundeerde interpretatie wordt mogelijk |                           |      |      |
| <b>5</b>             | Acties met strategische partners om de waardering te verbeteren<br>Samenwerkingsacties staan model voor andere organisaties                                                                    |                           |      |      |

#### 3.5.2 Maatschappelijke opdracht en maatschappelijke tendensen

Belangrijke tendens is dat onze samenleving steeds minder inclusief wordt. De kloof tussen arm en rijk wordt groter en steeds sneller. Deze onrechtvaardige herverdeling van de rijkdom is een belangrijke context waarin ons werk zich situeert. Opvoedingsvraagstukken en psychische

moeilijkheden komen voor in alle lagen van de bevolking, maar de toegang tot maatschappelijke hulpbronnen (en sociaal, cultureel en economisch kapitaal) is zeer ongelijk verdeeld. Het is dan ook van belang om te weten dat de jeugdzorg vaak staat voor de pedagogisering en psychologisering van sociale problemen als armoede. Dat is onvermijdelijk en die vertaling van sociale problemen in pedagogische of psychologische vraagstukken biedt ook handvatten aan mensen om zich staande te houden, maar we mogen uiteraard de onderliggende problemen niet wegcijferen. We moeten die integendeel mee zichtbaar houden en de toegankelijkheid en bruikbaar van maatschappelijke instituties mee problematiseren. Dat zijn grote maatschappelijke vraagstukken waar een kleine voorziening ogenschijnlijk weinig mee kan aanvangen, maar het bewustzijn van onrechtvaardigheid en het sociaal engagement is wel een rode draad in onze werking. Het is een attitude die garant staat voor mededogen, maar ook voor het respect voor mensen en de overlevingsstrategieën die ze uitbouwen. Ook voor strategieën die we niet kunnen goedkeuren, maar vanuit die houding wel bespreekbaar kunnen stellen. Deze overtuiging kleurt ook onze adviezen en de niet aflatende pogingen om basisvoorzieningen te activeren en aan te zetten tot meer outreachend werk.

Een tendens die ieder jaar lijkt te versterken is het definitief afhaken op school. Er wordt steeds meer zorg uitgebouwd rond de school, maar tegelijk blijft het onderwijssysteem ook wel sterk gericht op prestatie, eindtermen, PISA-indicatoren, ... We zien steeds meer jongeren die niet alleen uitgesloten worden van de toegang tot school, maar ook tout court van het recht op leren. Het risico is groot dat zij zullen toetreden tot de groep van de NEET's, zoals men die in het Verenigd Koninkrijk noemt (not in Education, Employment or Training). In 2019 zullen we nog meer en beter werk moeten maken van de dagbesteding van jongeren die de facto uitgesloten zijn van het recht op leren, ook al weten dat we in sommige gevallen niet moeten op een terugkeer naar school (dat is uiteraard sterk afhankelijk van de leeftijd).

Meer concreet en zichtbaar zijn fenomenen in de dagelijkse leefwereld van mensen, van jongeren in het bijzonder. De populariteit van de sociale media heeft een grote impact op de leefwereld van jongeren en hun context (en onze werking). Jongeren vervlechten reële en virtuele wereld in hun eigen leefwereld. Sinds 2016 hebben we draadloos internet in de Luwte. 's Nachts wordt de toegang afgesloten. We houden ook meer en meer contact met onze gasten via sociale media, ook als ze niet meer in begeleiding zijn. We krijgen steeds meer te maken met jongeren die verslingerd tot verslaafd zijn aan on-line games. We moeten in 2019 goed overdenken hoe we verder zullen omgaan met al deze fenomenen.

| Groeniveau<br>2015 | Maatschappelijke opdracht                                                                                                                                                                                      | Duiding | 2017 | 2018 |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|------|
|                    |                                                                                                                                                                                                                |         |      |      |
| <b>0</b>           | De organisatie gaat niet na wat haar maatschappelijke opdracht is.<br>We kijken niet naar maatschappelijke tendensen die een impact hebben op het welzijn van de gebruiker en de werking van onze organisatie. |         |      |      |
| <b>1</b>           | De organisatie gaat ad hoc na of haar opdracht nog actueel ingevuld is.<br>We spelen ad hoc in op maatschappelijke tendensen die een impact hebben op het welzijn van de gebruiker en onze werking.            |         |      |      |
| <b>2</b>           | De organisatie neemt initiatief om haar maatschappelijke opdracht te actualiseren.<br>De organisatie neemt initiatief om in te spelen op                                                                       |         |      |      |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|          | maatschappelijke tendensen en de impact op het welzijn van de gebruiker en onze werking.                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |
| <b>3</b> | We evalueren systematisch onze maatschappelijke opdracht, rekening houdend met maatschappelijke tendensen.<br>We communiceren maatschappelijke tendensen die impact hebben op het welzijn van de gebruiker aan de overheid en andere betrokkenen.                                                                            |  |  |  |
| <b>4</b> | Op basis van de actualisatie van onze opdracht zetten we systematische acties op rond inputgebieden en kernprocessen.<br>We linken de actualisatie aan andere thema's en streven naar een gefundeerde interpretatie.<br>De werking van de bestuursorganen wordt afgestemd op de realisatie van de maatschappelijke opdracht. |  |  |  |
| <b>5</b> | De organisatie neemt acties om proactief en constructief maatschappelijke tendensen te beïnvloeden.<br>De organisatie staat model voor andere organisaties inzake de implementatie van tendensen in de eigen werking.                                                                                                        |  |  |  |

### 3.6 Kwaliteitsplanning

We identificeerden doorheen ons kwaliteitsverslag meerdere verbetertrajecten. Alle trajecten werden op een rijtje gezet (in het strategisch beleidsplan2018), elk met een duidelijke planning, doelstellingen en tijdsplan (zie 4).



## 4 Beleidsplan OOOOC De Luwte 2019

### 4.1 Algemeen beleid – onze organisatie en haar plaats in het bredere sociaal werk landschap

#### Aandachtspunten/Accenten

- We investeren in overleg en samenwerking met andere diensten (ook buiten Jongerenwelzijn).
- We gaan na in overleg met OOOOC De Wijzer en OBC De Berkjes hoe we een OBC-unit in Zuid-West-Vlaanderen kunnen vormgeven.
- We verbeteren onze interne communicatie en informatie-overdracht
- We blijven goed op de hoogte van tendensen in sociaal werk en sociaal beleid: COJ, OOOOC federatie, provinciaal OOOOC overleg (met ACT), LOBJ, ...
- We evalueren jaarlijks onze maatschappelijke opdracht, rekening houdend met maatschappelijke tendensen via jaarverslag. We bespreken jaarverslag één maal per jaar op teamvergadering.
- We communiceren maatschappelijke tendensen die impact hebben op het welzijn van de gebruiker aan de overheid en andere betrokkenen.

| Doelstelling                                                                                                                                                                                      | Bevoegde medewerkers | Opvolging                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------|
| Forta Kuné mee verder uitbouwen                                                                                                                                                                   | Tim                  | Reflectiegroep FK<br>Intern overleg FK |
| Opmaak beleidsplan 2020 op basis van extra team                                                                                                                                                   | allen                | BT - team                              |
| Opmaak planning van werkgroepen en verbetertrajecten <ul style="list-style-type: none"><li>- Interne communicatie.</li><li>- Rots &amp; Water</li><li>- Sociale Media</li><li>- Atelier</li></ul> | werkgroepen          | BT                                     |
| Opmaak plan hoe OBC-modules in Zuid-West-Vlaanderen tegen eind 2019 plaats te geven in verhouding tot ons huidige aanbod.                                                                         | Filip, Fien          | Directieoverleg                        |
| We gaan na hoe SOS geïmplementeerd wordt in de werking van de verwijzers en hoe wij dat kunnen matchen met onze visie.                                                                            | Filip, Eveline       | BT                                     |

## 4.2 Pedagogisch beleid – leefgroepsbeleid en mobiele begeleiding

### Aandachtspunten/Accenten

- We bouwen een zinvol aanbod uit voor de jongeren die geen school lopen.
- We zetten in op leefwereldverbreding en creëren mogelijkheden om anders naar onze jongeren te kijken en jongeren (en hun ouders) anders naar zichzelf te laten kijken (specifieke aandacht voor verbreding activiteiten aanbod, ervaringsgerichte activiteiten, Rots & Water en Forta Kuné)
- We zetten met Ten Bunderen een initiatief op rond dieren en groenten
- We luisteren bij andere OOO's rond bepaalde thema's en methodieken (bv. atelierwerking, effect hulpverlening, ...).
- We onderbouwen verder onze aansprekende opvoedingsstijl.

| Doelstelling                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Bevoegde medewerkers          | Opvolgingsoverleg |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------|
| We bieden onze jongeren met regelmaat sessies 'Rots & Water aan'.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Tim, Sarah, Delphine, Eveline | Werkgroep         |
| We bouwen aan een aanbod externe dagbesteding                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Evy                           | Team              |
| We bouwen verder aan een systematisch en preventief beleid ten aanzien van agressie <ul style="list-style-type: none"> <li>- Filosofie gewelddoos verzet en aansprekend opvoeden 'internaliseren'</li> </ul>                                                                                                                                                          | Eveline en Fien               | BT                |
| We werken aan een beleid sociale media <ul style="list-style-type: none"> <li>- Werkgroep</li> <li>- Vorming</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                               | Tim, Kwang                    | Werkgroep         |
| We verbreden de (atelier)werking, met bijzondere aandacht voor: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inbreng externen (houtatelier, vorming, ...)</li> <li>- Werkgroep groenten en dieren Ten Bunderen</li> <li>- Een vaststaand basisschema ateliers</li> <li>- Avondactiviteiten en ateliers</li> <li>- Sociale media</li> </ul>                                | Sara, Lindsey, Evy            | werkgroep         |
| We gaan op zoek naar een gepaste begeleidingsstijl/apart traject voor onze +17 jarigen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bijzondere aandacht voor jongeren die niet aarden in een leefgroep (vaak psychiatrische problematiek, maar geen inzicht, geen zelfstandigheid en dus geen gepast hulpaanbod).</li> <li>- Contact opnemen met het Parkhuis.</li> </ul> | BT en Kwang                   | BT/DIRO           |

### 4.3 Pedagogisch beleid –handelingsgerichte diagnostiek

#### Aandachtspunten

- We betrekken jongeren nog meer op hun oriëntatietraject (aansluiten IHP)
- We betrekken ouders nog meer in het oriënterende werk, niet enkel via gesprekken contextbegeleiding (meer contact IB, meer ervaringsgericht, aansluiten IHP).
- We brengen (nog) meer systematiek in ons diagnostisch traject
- We hebben ons adviesverslag af ten laatste 1 maand na de begeleiding
- We streven naar nog meer diepgang en creativiteit in onze diagnostische processen (opvolgen literatuur, studiedagen, overleg met andere expertises, ...)

| Doelstelling                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Bevoegde medewerkers                   | Opvolging |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------|
| We leggen een meer uitgebreide 'testbibliotheek' aan                                                                                                                                                                                                                                                        | Fien                                   | BT        |
| We zoeken een samenwerkingsverband met een hypotherapeute of asinotherapeute                                                                                                                                                                                                                                | Fien, Eveline                          | BT        |
| Ten laatste 1 maand na de begeleiding is ons adviesverslag bij de CPA <ul style="list-style-type: none"><li>- Indien nodig (ifv vervolghulp) bezorgen we binnen de 10 dagen een synthese van onze bevindingen</li><li>- De CPA kan het A-doc (in geval van vervolghulp) openstellen voor de Luwte</li></ul> | Filip, Fien, contextbegeleidster en IB |           |
| We integreren de HGD methodiek nog meer systematisch als leidraad in onze werking                                                                                                                                                                                                                           | Sara, Rilana, Fien                     | BT        |
| We herzien onze procedure om medicatie bij te houden en op te volgen                                                                                                                                                                                                                                        | Fien                                   | BT        |

## 4.4 Personeelsbeleid – teambuilding en tevredenheid

### Aandachtspunten:

- We investeren in teamontwikkeling
- We investeren in het individueel functioneren van iedere medewerker: talentenontwikkeling, loopbaanplanning, ruimte voor initiatief,..
- We hebben vormingsaanbod op maat van iedere medewerker (passend in de richting waarbij we als team bepalen dat we extra bijscholing nodig hebben)
- We houden systematisch personeelskengetallen bij
- We investeren in tevredenheidsmeting

| Doelstelling                                                                                                                                                                                                   | Bevoegde medewerkers | Opvolgingsoverleg |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|
| Teamdag of teamweekend                                                                                                                                                                                         | Sara, Tim en Lindsey | team              |
| We houden een functioneringsgesprek met elke medewerker om de twee jaar .<br>Meer indien nodig                                                                                                                 | Filip, Eveline       | teamcoaches       |
| We herbekijken werkverdeling BT – begeleiders<br>- Nieuw opzet mobiele begeleiding                                                                                                                             | Eveline, Filip       | BT                |
| We hebben meer systematisch aandacht voor tevredenheid medewerkers<br>- duidelijke procedure en afspraken<br>- systematische meting<br>- beleid om signalen en input op te vangen, te bundelen en te bespreken | Eveline              | DIRO              |
| We houden systematisch personeelskengetallen bij                                                                                                                                                               | Filip, Eveline, Ines | DIRO              |

## 4.5 Vorming

### Aandachtspunten

- Vorming is niet enkel relevant voor de individuele medewerker, maar we werken ook aan de implementatie van de inzichten in het ganse team.
- De twee medewerkers Rots & Water krijgen de ondersteuning van twee extra 'monitoren' en we integreren R&W als vast onderdeel in ons aanbod (ook mogelijk in mobiele begeleidingen).
- We krijgen meer gezinnen van allochtone origine met het Frans als voertaal. We zullen ons daar niet in 'specialiseren', maar willen toch de basiskennis binnen ons team wat aanscherpen.

| Doelstelling                                                                                                                         | Bevoegde medewerkers            | Opvolging                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| We volgen met 4 personeelsleden de vorming <b>geweldloos verzet</b><br>- Deze werkgroep maakt een implementatietraject voor het team | Sara, Eveline, Sarah, Delphine  | BT en team                           |
| 2 medewerkers volgen de vorming <b>Rots &amp; Water</b>                                                                              | Tim, Sarah, Eveline en Delphine | werkgroep                            |
| 2 medewerkers volgen een vorming <b>sociale media en jeugdzorg</b>                                                                   | Tim<br>Kwang                    | BT                                   |
| 2 medewerkers volgen een basiscursus <b>Frans voor hulpverleners</b>                                                                 | contextbegeleiders              | BT                                   |
| Het ganse team volgt een vormingsmiddag rond <b>agressie en hechting</b>                                                             | team                            | BT                                   |
| We hebben een <b>individueel vormingsplan</b> voor elke medewerker                                                                   | Eveline, Filip                  | Teamcoaches<br>Functioneringsgesprek |

## 4.6 Pastoraal – Ethisch beleid

### Aandachtspunten

- We worden geregeld geconfronteerd met vragen rond ethiek, beroepsgeheim, deontologie, ... Het kwaliteitshandboek voorziet in degelijke procedures, maar het is goed om af en toe te kunnen aftoetsen bij anderen.

| Doelstelling                                                                                 | Verantwoordelijke | Opvolgings |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|
| De Luwte vraagt een 'ethisch overleg' aan van OC Sint-Idesbald indien nodig op casus niveau. | Eveline           | BT         |

## 4.7 Administratief financieel logistiek beleid

### Aandachtspunten/Accenten

- We komen in 2019 tot een masterplan Nieuw(ge)bouw de Luwte. Onderdeel daarvan zijn de verbouwingen die nodig zijn om tijdelijk op een veilige en comfortabele manier verder te werken in de huidige accommodatie.
- We doen een terreinverkenning naar mogelijke huuraccommodatie als alternatief.

| Doelstelling                                                                                                                                                                                    | Bevoegde medewerkers     | opvolging            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|
| We hebben een meerjarenbegroting                                                                                                                                                                | BT                       | DIRO                 |
| We hebben een sponsorbeleid en bepalen speerpunten voor 2019 <ul style="list-style-type: none"><li>- Kampmateriaal</li><li>- Schoolondersteuning (verkennende contacten met Pelicano)</li></ul> | Ines, Rilana, Mathias    | Werkgroep sponsoring |
| We hebben een masterplan 'vernieuwbouw' de Luwte                                                                                                                                                | Eveline, Sara, Filip     | BT, DIRO             |
| We houden een driemaandelijks controle van het gebouw en doen de nodige herstellingen                                                                                                           | Peter (TD Sint-Idesbald) | DIRO                 |
| We richten de inslaapkamer opnieuw in                                                                                                                                                           | Fabien                   | Fabien               |

## 4.8 ICT Beleid en nieuwe media

### Aandachtspunten/Accenten

- We bouwen onze kennis uit van de sociale media
- We houden onze website up to date

| Doelstelling                                                                                                 | Bevoegde medewerkers    | opvolging |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------|
| We houden onze website up-to-date met aandacht voor jaarverslag, welkomstboekje, ...                         | Ines, Delphine          | BT        |
| We hebben een visie en bijhorende procedure rond het gebruik van facebook als instrument in de hulpverlening | Werkgroep sociale media | team      |

## 4.9 Externe relaties

### Aandachtspunten

- We vragen systematisch feedback aan onze verwijzers
- We participeren in wetenschappelijk onderzoek waar mogelijk
- We nemen deel aan regionaal overleg
- We volgen de federatievergadering van de OOC's zowel provinciaal als Vlaams

| Doelstelling                                                                     | Bevoegde medewerkers         | Opvolging |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------|
| We organiseren een feest voor 10 jaar de Luwte                                   | Eveline, Ines, Tim, Delphine | werkgroep |
| Uitwerken registratie- en verwerkingssysteem voor tevredenheidsmeting verwijzers | Sara, Ines                   | BT        |

## 4.10 Kwaliteit - kwaliteitsmeting en -bewaking

### Aandachtspunten:

- We houden ons kwaliteitshandboek up-to-date.
- We evalueren door middel van het kwaliteitsverslag de kwaliteit van onze werking.
- We meten het effect van onze hulpverlening aan de hand van SMART-indicatoren.

### Doelstellingen

| Doelstelling                                                                                                       | Bevoegde medewerkers            | Opvolging           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| We hebben alle procedures uit het KHB geüpdatet                                                                    | Sara, Eveline                   | Overlegmomenten     |
| Voor het kwaliteitsverslag 2019 beogen we op alle indicatoren bepaald door het decreet niveau 3 te scoren          | Eveline, Tim, Delphine, Lindsey | Werkgroep kwaliteit |
| In verband met de effectmeting bekomen we een set van indicatoren (onder meer door rondvraag bij andere werkingen) | Eveline                         | BT                  |
| We ontwikkelen een meer systematische tevredenheidsmeting voor onze medewerkers                                    | Eveline                         | BT                  |
| We zorgen voor een terugkoppeling van de kwaliteitszorg naar alle medewerkers                                      | Eveline                         | Teamvergadering     |