# KWALITEIT VERSLAG 2020

## Onthaalcentrum Ter Heide vzw

Onthaal-, Oriëntatie- en Observatiecentrum

# Inhoud


VOORWOORD 1

LUIK 1: EEN JAAR IN CIJFERS 2

I. AANTEL BEHANDELDE DOSSIERS 3
II. CONTACTPERSOON AANMELDER BIJ OPNAME 4
III. LEEFTIJD, GESLACHT EN NATIONALITEIT VAN DE JONGERE BIJ OPNAME 4
IV. DUUR VAN HET VERBLIJF 5
V. GEZINSSITUATIE BIJ OPNAME VAN DE JONGERE 7
VI. VERBLIJFSADRES VOOR OPNAME 9
VII. VERBLIJFPLAATS EN HULPVERLENINGSGESCHIEDENIS JONGEREN VOOR OPNAME 10
VIII. SAMENWERKING 10
IX. REDEN VAN PLAATSING 11
X. ADVIES EN BESTEMMING JONGEREN 13
XI. ONDERWIJS 14
XII. CRISISOPNAME EN BEGELEIDING 15

LUIK 2: KWALITEIT EN JAARPLANNING 19

I. INLEIDING 19
II. KERNELEMENTEN 19
III. ZELFEVALUATIE 21
4. KWALITEITSPLANNING 34

SLOTWOORD 35

BIJLAGEN - TABELLEN INDICATOREN 36

# Voorwoord

Dit kwaliteitsverslag is een weergave van de manier waarop het pedagogisch team in OOOC Ter Heide samen werkt. Medewerkers hadden een inbreng in het tot stand komen van dit verslag en het geheel geeft een coherent beeld van de inhoudelijke werking van ons centrum

In dit kwaliteitsverslag bieden wij u:

In **luik 1** “een jaar in cijfers” een overzicht van vergelijkend cijfermateriaal, voorzien van commentaar met daaraan gekoppeld de meest relevante conclusies. De aandachtige lezer zal merken dat dit luik licht gewijzigd is ten opzichte van de voorbije jaren. We willen graag evolueren naar een meer dynamisch verslag. Alle tabellen van belangrijke indicatoren zijn beschikbaar, al zullen enkele worden toegevoegd in bijlage (met verwijzing in verslag) om in het verslag de kern te weer te geven.

In **luik 2** een overzicht van de inhoudelijke werking van OOOC Ter Heide. In dit luik beschrijven wij onder meer de kwaliteitszorg van onze organisatie doorheen het werkjaar 2020 en kwaliteitsplanning voor het werkjaar 2021.

We schrijven dit kwaliteitsverslag niet enkel als een stand van zaken binnen onze (kwaliteit) zorg. Het is tevens een beleidsmatig instrument, waarbij we belangrijke indicatoren kiezen om maatschappelijke tendensen te capteren en mogelijke beleidsmatige beslissingen hierop af te stemmen. Om die reden wordt het jaarverslag een belangrijk instrument binnen communicatie met belangrijke stakeholders.

***Marjan Verheyen***
*Algemeen Directeur*

***Maarten Peeters***
*Pedagogisch Directeur*

# LUIK 1: EEN JAAR IN CIJFERS

Naam: OOOC 'Ter Heide', Onthaal-, Oriëntatie- en Observatiecentrum in een modulair kader

Contactpersoon: Marjan Verheyen of Maarten Peeters
Bereikbaar: Tel: 015/52 08 00
info@ooocterheide.be

**Capaciteit OOOC TER HEIDE**

Overzicht huidige capaciteit voor OOOC TER HEIDE

| Naam typemodule | Startdatum | Einddatum | Inzetbare capaciteit | Innoverend project | Verzekerd Aanbod (art 74) | Erkende capaciteit | Verzekerd aanbod in overtal of mogelijk aanbod | Toelichting |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Crisisbegeleiding (op verwijzing crisismeldpunt) | 01/01/2015 | | 0 | 0 | 0 | 0 | Diagnostiek in het kader van de bijzondere jeugdbijstand | |
| Kortdurende handelingsgerichte diagnostiek | 01/07/2020 | | 16 | 1 | 2 | 19 | | de module diagnostiek die ingezet wordt in 1G1P wordt vanaf 1/7/2020 onder innoverend project gebracht. |
| Verblijf | 01/03/2019 | | 14 | 0 | 2 | 16 | | uitbreiding crisis 2019 |

OOOC Ter Heide is erkend voor 19 modules kortdurende handelingsgerichte diagnostiek en 16 modules verblijf. De modules verblijf omvatten 2 verzekerde crisisplaatsen.

Binnen onze erkenning bieden we 3 modules kortdurend handelingsgerichte diagnostiek aan (vroegere ambulante diagnostiek).
Één module diagnostiek is exclusief gekoppeld aan de werking 1G1P van Trawant (regio Mechelen).
In juli 2019 werd in samenwerking met Kaizen (Jeugddorp) en het Agentschap Opgroeien een convenant opgesteld met de mogelijkheid tot flexibele inzet van één module diagnostiek (voor 2 jaar). Deze module is rechtstreeks toegankelijk en wordt uitsluitend ingezet voor jongeren tot 25 jaar die binnen de (type)module begeleiding in een kleinschalige wooneenheid worden begeleid. Een gelijktijdige inzet van deze module diagnostiek en de module begeleiding in een kleinschalige wooneenheid is mogelijk.

# I. AANTEL BEHANDELDE DOSSIERS

In 2020 werden 91 unieke jongeren in ons centrum opgenomen, 48 Meisjes en 43 jongens uit 74 gezinnen. Er werden nog 14 oriëntaties uit 2019 afgerond. 43 jongeren verbleven in het verzekerd crisisbed. Dit is een daling ten opzichte van 2019 waar 56 jongeren in het verzekerd crisisbed verbleven. We bespreken deze daling graag specifiek onder het punt crisisverblijf en begeleiding.

We telden 58 reguliere dossiers, binnen de volgende modules:

- ✓ 43 kinderen en jongeren werden opgenomen binnen de module diagnostiek in combinatie met de module verblijf. Dit is exact hetzelfde aantal behandelde dossiers (binnen deze module) als in 2019. We vinden het belangrijk dit te stipuleren. In het jaarverslag 2019 hebben we namelijk onze bezorgdheid geuit omtrent de daling van het aantal reguliere dossiers. Ondanks het atypisch jaar (corona-pandemie) is het gelukt dit aantal te bestendigen. Gelet op de maatregelen tijdens de verschillende loc downs (zie infra, indicator duur begeleidingen, die onderhevig was aan deze lockdowns), durven we stellen dat dit aantal hoger had kunnen liggen en dat onze expliciete aandacht rond dit thema impact heeft gehad. We brachten deze bezorgdheid in gesprek met het Agentschap en ITP. Daarnaast blijven we instroom en uitstroom goed monitoren (zie infra). Deze alertheid en dialoog zijn belangrijk om een effectieve output van onze werkvorm te bestendigen.

- ✓ 14 kinderen en jongeren werden begeleid binnen de module diagnostiek:

  - 8 kinderen en jongeren binnen de reguliere module diagnostiek. Daarenboven werden 8 dossiers vanuit module diagnostiek met verblijf verlengd naar de module diagnostiek. Op deze manier continueerden we het onderzoek naar indicerende doelstellingen in functie van haalbaarheid en effectiviteit voor ambulante hulpverlening. Tevens lieten we de gezinnen niet ‘los’ in afwachting van verdere hulp.
  - 5 jongeren binnen de module diagnostiek voor het samenwerkingsverband 1G1P (twee dossiers hebben dubbel zo lang geduurd als de afgesproken FID parameters waardoor we in ‘theorie‘ 7 dossiers hebben gescreend).
  - 1 jongere hebben we begeleid binnen de flexibele inzet van de module diagnostiek volgens de convenant die opgemaakt is in samenwerking met Kaizen (Jeugddorp)

- ✓ 1 jongeren verbleef in ons centrum binnen een Time-out regeling.

## II. CONTACTPERSOON AANMELDER BIJ OPNAME

Onderstaande tabel stipuleert de aanmelders van alle reguliere dossiers voor de module verblijf en de module diagnostiek samen. Kinderen en jongeren binnen het crisisverblijf worden niet mee gerekend in deze tabel. Dit overzicht capteren we in het stuk specifiek rond crisisverblijf.

| | 2018 | | | | | | 2019 | | | | | | | 2020 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | OCJ | cat 1 | CGG | VK | CLB | JRB | OCJ | DC | 1G1P | VK | TB | * | JRB | OCJ | werf 2 | cat1 | VK | CLB | 1G1P | JRB |
| Mechelen | 6 | 1 | 2 | 4 | 6 | 27 | 2 | 2 | 8 | 1 | 1 | 2 | 22 | 5 | | 1 | 4 | 2 | 5 | 18 |
| Antwerpen | 1 | | | | | 3 | | | | 1 | | | 11 | 3 | | | | | | 7 |
| Leuven | 4 | | | | | 8 | 4 | | | 1 | | | 6 | | 1 | | 1 | | | 5 |
| Brussel/H-V | 1 | | | | | 4 | 1 | | | | 1 | 1 | 4 | | | | 1 | | | 3 |
| Turnhout | | | | | | 3 | 1 | | | | | | 2 | 1 | | | | | | 1 |
| Hasselt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gent | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oudenaarde | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUBTOTAAL | 12 | 1 | 2 | 4 | 6 | 45 | 8 | 2 | 8 | 3 | 2 | 3 | 45 | 9 | 1 | 1 | 6 | 2 | 5 | 34 |
| TOTAAL | 70 | | | | | | 71 | | | | | | | 58 | | | | | | |

Van de 43 dossiers diagnostiek met verblijf hebben als aanmelder:

- 28x SDJ
- 9x OCJ
- 4x VK
- 2x CLB

"Dossiers worden complexer"

[veel voorkomende analyse binnen stakeholderanalyse]

41 van de 43 dossiers hebben dus een consulent van SDJ of een gemandateerde dienst als CPA. Aangezien in 2015, 2016 en 2017 het percentage aanmelders binnen de brede instap nog tussen de 15 en 20% bedroeg, kunnen we met dit opmerkelijk cijfer staven dat dossiers minder vanuit vrijwilligheid aangemeld worden. Weerstand en complexiteit is hier een gevolg van.
Voor 2020 hebben we nog geen cijfer van het aantal dossiers dat bij instroom een prioritaire status had (deze indicator trachten we in de toekomst in dit verslag te integreren). We willen hiermee in de volgende jaren aantonen dat diagnostiek nog steeds niet voldoende tijdig in het HV-traject wordt ingezet. We vinden het belangrijk deze indicator blijvend op te volgen.

Van de 8 dossiers met module diagnostiek hebben er 6 de SDJ als aanmelder en 2x het VK. Ook hier merken we bovenstaande analyse op.

## III. LEEFTIJD, GESLACHT EN NATIONALITEIT VAN DE JONGERE BIJ OPNAME

We verwijzen voor de concrete tabellen graag naar de bijlage. Zowel naar leeftijd, nationaliteit als geslacht zijn er geen opvallende verschuivingen of evoluties. De grootste groep kinderen en jongeren is tussen de 5 en 15 jaar. 10 % van de kinderen

en jongeren is jonger dan 5 jaar, 10 %is ouder dan 15 jaar. Dit laatste percentage ligt iets lager dan de andere jaren.

## IV. DUUR VAN HET VERBLIJF

Onderstaande tabel capteert de gemiddelde duurtijd van een dossier in Ter Heide.

| Duur van het verblijf | 2018 | | 2019 | | 2020 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aantal jongeren | % | Aantal jongeren | % | Aantal jongeren | % |
| < 15 dagen | 31 | 30,39% | 44 | 40,00% | 22 | 24,18% |
| 16 - 30 dagen | 7 | 6,86% | 14 | 12,73% | 12 | 13,19% |
| 31 - 45 dagen | 1 | 0,98% | 3 | 2,73% | 2 | 2,20% |
| 46 - 60 dagen | 18 | 17,65% | 8 | 7,27% | 7 | 7,69% |
| 61 -90 dagen | 20 | 19,61% | 15 | 13,64% | 12 | 13,19% |
| 91 - 105 dagen | 9 | 8,82% | 4 | 3,64% | 8 | 8,79% |
| 106 - 120 dagen | 9 | 8,82% | 8 | 7,27% | 12 | 13,19% |
| > 120 dagen | 7 | 6,86% | 14 | 12,73% | 16 | 17,58% |
| | 102 | 100% | 110 | 100% | 91 | 100% |

Deze tabel omvat zowel de reguliere modules als het crisisverblijf. Vanaf dit kwaliteitsverslag trachten we deze gegevens op te splitsen. Met de uitbreiding van één naar twee crisisbedden en de aanwerving van een voltijdse crisisbegeleider, willen we dit meer als entiteit beschouwen binnen het jaarverslag. Om deze reden zullen we in dit jaarverslag de duurtijd van reguliere modules (volgende tabel) en van crisisverblijf (in het desbetreffend deel) afzonderlijk bespreken.

| Duur van het verblijf | 2020 | |
|---|---|---|
| | Aantal regulier | % |
| < 15 dagen | 0 | 0,00% |
| 16 - 30 dagen | 2 | 3,45% |
| 31 - 45 dagen | 2 | 3,45% |
| 46 - 60 dagen | 6 | 10,34% |
| 61 -90 dagen | 12 | 20,69% |
| 91 - 105 dagen | 8 | 13,79% |
| 106 - 120 dagen | 12 | 20,69% |
| > 120 dagen | 16 | 27,59% |
| | 58 | 100% |

De 4 dossiers < 30 dagen (en niet crisisverblijf) zijn:

- 1 werf 3 dossier (30 dagen)
- 1 time-out van 18 dagen
- 1x een onthaalvraag in afwachting van volgende hulpverlening
- 1x 1G1P dossier (30 dagen)

Een eerste opmerkelijke vaststelling is dat 4 van de 5 1G1P dossiers langer dan 46 dagen duren. De FID-parameters van dit aanbod zijn nog steeds afgestemd op een duurtijd van één maand. Desalniettemin zien we de complexiteit van deze dossiers toenemen, waardoor we er in 2020 minder in slaagden dit rond te krijgen op 30 dagen.

We vinden dit een belangrijk signaal, dat we ook expliciet delen binnen het samenwerkingsverband. Het blijft zeer belangrijk om vragen tot diagnostiek goed af te bakenen. Het houden aan vooropgestelde FID parameters helpt instroom voor deze module te vrijwaren. Het loslaten van deze duurtijd in 2020 was voldoende afgetoetst binnen het samenwerkingsverband en was ook mogelijk omwille van het minder aantal aanmeldingen. Vooral tijdens de eerste lockdown kregen we geen vragen tot diagnostiek binnen.

Een volgende opmerkelijke vaststelling is dat slechts 3 van de 49 reguliere dossiers op 60 dagen konden afgesloten worden. In 2019 stipuleerden we de tendens dat een groot aantal dossiers een 3$^{de}$ maand verlengd werd in functie van uitwerking advies. We zagen dit ook terug komen in 2020, ondanks de blijvende verwachting dat het advies na 7 weken gedeeld wordt. De enkele dossiers die afronden op 60 dagen zijn o.a. kinderen en jongeren die naar huis kunnen terugkeren. Doch vaak is verdere ambulante hulpverlening nodig, waardoor ook deze dossiers (al dan niet laagintensief) verlengd worden in afwachting van continuering van de zorg.

Een derde en laatste vaststelling is een verhoging van het aantal dossiers met duurtijd 106-120 dagen (van 8 naar 12 dossiers) en duurtijd van > 120 dagen (van 14 naar 16 dossiers).
We kunnen dus opmerken dat het verlengen van een 3$^{de}$ maand vaak niet voldoende is. In praktijk gaat dit bijvoorbeeld over een verlenging nadat een prior een 2$^{de}$ of 3$^{de}$ maal geweigerd werd omwille van de quota, of omdat de ITP intensief blijft zoeken naar een overbrugging.
Moet ook vermeld dat we, in 2020 vooral tijdens de eerste lockdown en steeds in communicatie met ITP, niet te streng hebben vastgehouden aan de vooropgestelde einddata (zonder dit helemaal los te laten!).

> “Meneer de baas, weet jij of ik volgende week al naar een nieuw huisje ga…”
>
> Jongen van 9 vraagt aan directie of er reeds perspectief is

Van deze 16 dossiers:

- Werden 7 dossiers niet langer verlengd dan 134 dagen (14 dagen extra). Voor 6 dossiers was dit in afwachting van een concreet perspectief. 1 jongere kon naar huis maar hebben we alsnog 14 dagen verlengd om deze terugkeer zo goed mogelijk op te volgen in volle covid-tijdperk.
- 9 dossiers werden niet langer verlengd dan 150 dagen (30 dagen extra): 8 dossiers in afwachting van doorstroom naar een concreet perspectief. 1 Dossier werd verlengd omwille van de eerste lockdown.

We kunnen besluiten dat we als directie de termijnen streng bewaken, maar zeker bereid zijn hiervan af te wijken in het belang van het kind, met concreet perspectief van vervolghulpverlening. Dit lijkt ons een belangrijke indicator om de instroom OOOC te vrijwaren.

| | | Aantal Unieke Minderjarigen | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Naam Voorziening | Typemodule | 1. 0-3 maand | 2. 4-6 maand | 3. 7-9 maand | 4. 10-12 maand | 5. >1 jaar |
| OOOC TER HEIDE | Diagnostiek in het kader van de bijzondere jeugdbijstand | 82,4% | 11,8% | | 5,9% | |
| OOOC TER HEIDE | Verblijf in functie van diagnostiek | 79,3% | 13,8% | | 6,9% | |
| **Totaal OOOC TER HEIDE** | | **82,4%** | **11,8%** | | **5,9%** | |
| **Gemiddelde over alle OOOC's** | | **65,1%** | **20,1%** | **11,2%** | **5,7%** | **4,2%** |

We merken in deze tabel ‘wachttijd opstart 2016-2019’ dat onze expliciete focus op het bewaken van deze termijnen, het mogelijk maakte om in 4 op de 5 dossiers (82.4 procent) de wachttijd voor instroom te beperken tot maximum 3 maanden (wat veel is ten opzichte van het gemiddelde van 65,1 % voor alle OOOC!). 94.1 procent van de dossiers worden binnen de 6 maanden opgestart. Dit sterkt ons engagement om blijvend in te zetten op doorstroom van dossiers.

Er werd voor geen enkel dossier een ‘uitval’ opgetekend. Deze indicator bespreken we graag verder onder het luik van kwaliteitsbeleid.

## V. GEZINSSITUATIE BIJ OPNAME VAN DE JONGERE

De gezinssituatie waarin jongeren zich bevinden voorafgaand aan de opname (zie bijlage) is uiteenlopend. De gezinssamenstelling waarbij beide ouders aanwezig zijn in het gezin, een éénoudergezin bij moeder en een nieuw samengesteld gezin in het milieu van moeder zijn de meest voorkomende gezinssamenstellingen en houden elkaar qua percentages in evenwicht.
Er is een significant verschil qua percentages tussen de jongeren die voorafgaand de opname verblijven in het milieu van moeder (éénoudergezin, nieuw samengesteld gezin) en de jongeren die voorafgaand de opname verblijven in het milieu van vader.

Verdere tabellen, met bijhorende analyse, kan men terug vinden in bijlage. Graag hadden we hier twee tabellen geïntegreerd die belangrijk zijn als kengetal voor verschillende partners, zoals de scholen waarmee we samen werken.

| **Opleidingsniveau opvoedingsfiguren** | **aantal** | **%** |
|---|---|---|
| geen | 4 | 6,90% |
| lager onderwijs | 1 | 1,72% |
| lager secundair onderwijs | 15 | 25,86% |
| hoger secundair onderwijs | 23 | 39,66% |
| hoger onderwijs | 4 | 6,90% |
| onbekend | 11 | 18,97% |
| **TOTAAL:** | **58** | **100%** |

Het opleidingsniveau van de opvoedingsverantwoordelijke staat in verband met de taalontwikkeling van haar kinderen (Hof & Tian, 2005). Net als in de voorgaande jaren vormen het lager en hoger secundair onderwijs de grootste groepen met respectievelijk 25,8% en 39,6%. Er is een significant verschil met een opleidingsniveau hoger onderwijs (6,9%). Bij 19% van de trajecten bleef het opleidingsniveau van de moeder onbekend.

| **Thuistaal** | **aantal** | **%** |
|---|---|---|
| Nederlands | 43 | 74,14% |
| andere | 11 | 18,97% |
| Nederlands en andere | 4 | 6,90% |
| **TOTAAL:** | **58** | **100%** |

74,1% van de gezinnen gebruikt Nederlands als thuistaal. Slechts in 18,9% van de gezinnen is er een andere thuistaal dan Nederlands en 6,9% van de gezinnen combineert Nederlands met een andere thuistaal. Deze indicator is belangrijk te monitoren, enerzijds naar taalontwikkeling van kinderen en jongeren die bij ons verblijven, anderzijds geeft dit cijfer een indicatie naar inzet van tolken.

## VI. VERBLIJFSADRES VOOR OPNAME

| GERECHTELIJK ARRONDISSEMENT | 2018 regulier | % | 2019 regulier | % | 2020 regulier | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Gemeenten (+deelgem.)** | | | | | | |
| Mechelen | 11 | 15,7 | 3 | 10,0 | 12 | 20,7 |
| Heist op den Berg | 9 | 9,8 | 10 | 10,0 | 7 | 12,1 |
| Lier/Koningshooikt | 6 | 7,8 | 3 | 3,6 | | |
| Nijlen/Kessel/Bevel | | | | 0,9 | 1 | 1,7 |
| Putte/Beerzel | | | | | 4 | 6,9 |
| Bonheiden | 4 | 4,9 | 3 | 2,7 | 2 | 3,4 |
| Sint-Kat-Waver | 4 | 3,9 | | 0,9 | | 0,0 |
| Onze-Lieve-Vrouw-Waver | | | | | 1 | 1,7 |
| Duffel | 2 | 2,9 | 1 | 2,7 | | 0,0 |
| Berlaar | 4 | 3,9 | | 1,8 | 3 | 5,2 |
| Bornem/Hingene | | 1,0 | 3 | 2,7 | | |
| Sint-Amands | | | | | | |
| Niel | | | | | | |
| Willebroek | 5 | 6,9 | 4 | 4,5 | 3 | 5,2 |
| Puurs | | 1,0 | 1 | 3,6 | 1 | 1,7 |
| **Subtotaal: Arr. Mechelen** | **45** | **57,8** | **28** | **43,6** | **34** | **58,6** |
| Arr. Antwerpen | 3 | 15,7 | 10 | 33,6 | 15 | 25,9 |
| Arr. Leuven | 13 | 13,7 | 16 | 14,5 | 7 | 12,1 |
| Arr. Brussel | 1 | 2,0 | 3 | 4,5 | 1 | 1,7 |
| Arr. Halle-Vilvoorde | 2 | 2,0 | | | | |
| Arr. Turnhout | 4 | 4,9 | 1 | 2,7 | 1 | 1,7 |
| Arr. Tongeren | 2 | 2,0 | | | | |
| Oost-Vlaanderen | | 1,0 | | | | |
| **Subtotaal** | **25** | **41,2** | **30** | **55,5** | **24** | **41,4** |
| **Parijs** | | | **1** | 0,9 | | |
| niet gekend | | 1,0 | | | | |
| **TOTAAL** | **70** | **100** | **59** | **100** | **58** | **100** |

In 2019 zagen een significante stijging van aanvragen vanuit het arrondissement Antwerpen (van 15,7 naar 33,6 %), wat een rechtstreeks effect had op instroom van regionale stakeholders: het aantal aanvragen vanuit het arrondissement Mechelen daalde van 57,8 naar 43,6 %.

We zien in 2020 deze cijfers terug evolueren naar het evenwicht van 2018, waar 57,8% van de aanvragen uit arr. Mechelen kwamen zoals de jaren ervoor 50 %. We vinden het belangrijk te stipuleren dat:

- Ondanks de daling van aanvragen uit arrondissement Antwerpen, het percentage van 25.9 procent nog steeds hoger is dan het aantal van 2018 en de jaren ervoor (tussen 15 en 20 %). In vorig jaarverslag verwezen we naar de goede samenwerking met ITP Antwerpen, een orgaan dat invloed heeft op een provinciale spreiding en gedragenheid van vragen, die in 2020 verder gezet werd.
- In het jaarverslag van 2019 wij het belang van een regionale verankering (Mechelen) benadrukten. Dit brachten we in dialoog met ITP en, zonder specifieke afspraken te maken omtrent quota of verdeelsleutels, herstelde het evenwicht in vragen. Ook in 2021 blijven we deze dialoog voeren teneinde in te gaan op de alarmsignalen die het SDJ van Mechelen liet horen.
- Het percentage vragen uit arrondissement Leuven licht daalt (13.8 %). In 2019 bedroeg dit nog 19 %. Desalniettemin blijft dit een belangrijke stakeholder, gezien onze geografische ligging.

We zijn zeer benieuwd hoe deze indicator binnen de huidige maatschappelijke ontwikkelingen verder zal evolueren, nu Ter Heide in het samenwerkingsverband Trawant meer en meer de regionale samenwerking bestendigt rond 1G1P en 'De ideale wereld'.

## VII. VERBLIJFPLAATS EN HULPVERLENINGSGESCHIEDENIS JONGEREN VOOR OPNAME

De tabel in bijlage toont dat 58 % van de jongeren thuis verblijft voor opname in onze voorziening. Dit is een lichte daling ten opzichte van 2019, waar dit 66,36 % bedroeg.

We voegen tevens een overzicht in bijlage toe van de hulpverleningsgeschiedenis van de jongere voor opname in ons centrum (dat kan meer dan 1 vorm van hulpverlening zijn). In 9 reguliere dossiers was er nog nooit hulpverlening betrokken. Daarnaast blijven we opmerken dat er reeds een lang traject gelopen is voor de start van een diagnostische module. Hoewel onze blik een bias bevat van enkel die dossiers waarvan de problematiek meer complex wordt, blijft de federatie OOOC ervoor pleiten om diagnostiek in te schakelen bij de start van een hulpverleningstraject in de bijzondere jeugdzorg om zo van bij aanvang de gepaste intensiteit van hulp te kunnen inzetten.

We voegen tevens in bijlage toe welke soort hulpverlening doorlopen is. CLB, jeugdbrigade en thuisbegeleiding zijn werkvormen die het vaakst terugkomen.

## VIII. SAMENWERKING

De laatste jaren wordt er sterk ingezet op (intersectorale) samenwerking. Om die reden vinden we het opportuun om 'mogelijke vormen van samenwerking' expliciet op te nemen binnen de kwaliteitsverslagen. De samenwerking die geregistreerd wordt, gaat verder dan een ad hoc samenkomst/overleg, het betreft gezamenlijk werken aan een doelstelling, al dan niet met aanwezigheid van de cliënt of zijn gezin.

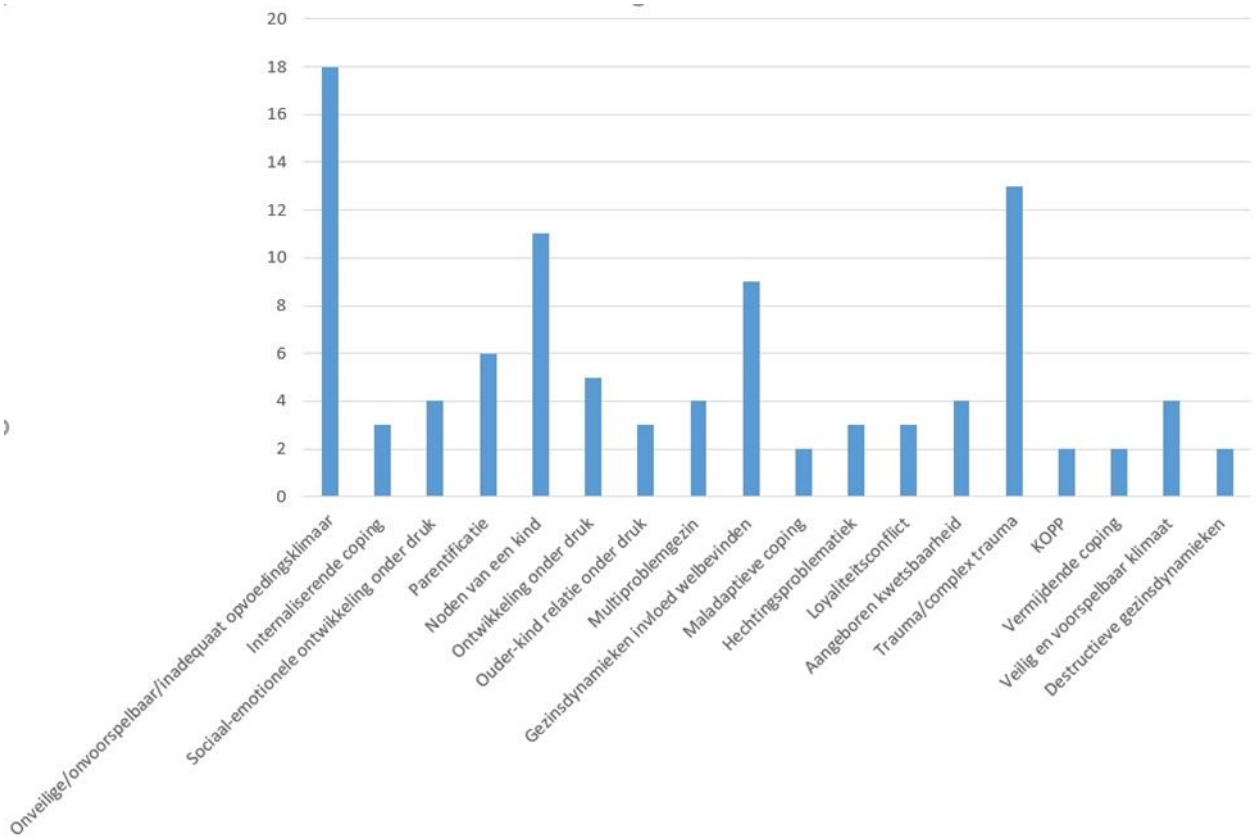
Onderstaande tabel geeft een goede samenwerking weer met het OTA (binnen dossiers met een complexe multiculturele problematiek) en met de GGZ/psychiatrie. Deze kruisbestuiving is rijk voor ons diagnostisch proces. We hopen deze samenwerking met het GGZ de komende jaren te bestendigen en te verdiepen, voorbeeld binnen het verhaal van de 'Ideale wereld'.

Samenwerking

| | |
|---|---|
| **welzijnssector:** | |
| AWW | 2 |
| Gezinszorg | 0 |
| ota | 7 |
| vaph | 0 |
| k&g | 4 |
| hca | 0 |
| jwz | 0 |
| vk | 1 |
| **Gezondheidszorg** | |
| artsen | 0 |
| drughulpverlening | 1 |
| revalidatiecentrum | 0 |
| GGZ-amb | 5 |
| GGZ-residentieel | 3 |
| privé-therapeut | 0 |
| kinder-of jeugdpsychiater | 9 |

## IX. REDEN VAN PLAATSING

De reden van plaatsing is een complexe indicator om te scoren. Een term zoals internaliserende kindproblematiek is zeer breed en zegt vaak weinig over de specifieke problematieken die instromen. In bijlage geven we graag de gescoorde tabellen van deze indicatoren (zoals ook pedagogisch klimaat en sociaal netwerk) mee. Deze cijfers liggen in het verlengde van vorige jaarverslagen. In dit verslag willen we ons echter focussen op een oefening die we intern hielden. We maakten een oplijsting van alle hypothesen die we (volgens het protocol handelingsgerichte diagnostiek) hebben opgemaakt. Enerzijds geeft dit een meer concreet beeld van aanwezige problematieken. Anderzijds biedt dit een realistisch beeld dat kan gebruikt worden naar inzet vorming of verdere verdieping.




Per traject worden verschillende hypothesen weerhouden. Deze oplijsting schets een goed beeld van de samenhang tussen kind –en context factoren. In veel gevallen is er sprake van een onveilig, onvoorspelbaar of inadequaat opvoedingsklimaat. Ook de volgende hypothesen omtrent de context komen regelmatig aan bod: de gezinsdynamieken hebben een invloed op het welbevinden van het kind, de omgeving komt niet tegemoet aan de noden van het kind, multiprobleemgezinnen en loyaliteitsconflicten. Wanneer we kijken naar de hypothesen rond het kind blijkt trauma/complex trauma een vaak voorkomende problematiek te zijn. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat hechtingsproblematieken vaak onder de hypothese van complex trauma worden opgenomen. Tot slot komen hypothesen omtrent een problematische coping, de ontwikkeling van het kind die onder druk staat, parentificatie en een aangeboren kwetsbaarheid ook regelmatig aan bod.

## X. ADVIES EN BESTEMMING JONGEREN

De handelingsgerichte en dialooggestuurde diagnostiek in ons OOOC is een interdisciplinair besluitvormingsproces, waarbij op een wetenschappelijk verantwoorde manier informatie wordt verzameld betreffende de problematische leefsituatie. Er wordt steeds opnieuw multidisciplinair en multi-methodisch een antwoord gezocht op volgende onderkennende, verklarende en indicerende vragen: “Wat is er aan de hand?” en “Waarom is dit aan de hand?” Met de vraag: “Wat kan er gedaan worden?” als centraal punt van onze diagnostiek.

We gaan samen op zoek naar welke vervolghulpverlening nodig is: ‘Welke ondersteuning is gewenst’ en ‘op welke manier kunnen de betrokken jongeren en hun context in hun krachten gezet worden opdat de draagkracht versterkt wordt’. We zoeken samen hoe gesignaleerde problemen kunnen verminderen of verholpen worden. We bieden een handelingsgericht advies met een meer kansen biedende opvoedingssituatie en een verhoogd welzijn van de minderjarige tot doel.

| BESTEMMING | regulier | art 74 | 2018 | % | regulier | art 74 | 2019 | % | regulier | art 74 | 2020 | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| gezin van oorsprong | 23 | 8 | 31 | 30,39 | 15 | 23 | 38 | 34,55 | 20 | 6 | 26 | 28,57 |
| gezin van oorsprong met amb. beg. | 9 | 4 | 13 | 12,75 | 10 | 4 | 14 | 12,73 | 7 | 8 | 15 | 16,48 |
| gezin van oorsprong: week om week ouders | | | | | | | | | | | 1 | 1,10 |
| andere ouder dan gezin oorsprong | 5 | 2 | 7 | 6,86 | 3 | | 3 | 2,73 | | 3 | 3 | 3,30 |
| familie | | 1 | 1 | 0,98 | 5 | | 5 | 4,55 | | | | |
| cat 7: pleeggezinplaatsing | | | | | 1 | 1 | 2 | 1,82 | | 2 | 2 | 2,20 |
| cat 7: pleeggezinplaatsing: familie | 1 | | 1 | 0,98 | 1 | | 1 | 0,91 | 2 | | 2 | 2,20 |
| subtotaal in gezinsverband | 38 | 15 | 53 | 51,96 | 35 | 28 | 63 | 57,27 | 29 | 19 | 49 | 53,85 |
| cat 1, 2 & 3 voorziening BJB | 23 | 14 | 37 | 36,27 | 14 | 10 | 24 | 21,82 | 22 | 13 | 38 | 41,76 |
| voorziening buitenland | | | | | 1 | | 1 | 0,91 | | | | |
| CIG (Centrum voor Integrale Gezinszorg) | 1 | 1 | 2 | 1,96 | | 2 | 2 | 1,82 | | | | |
| voorziening Kind & Gezin: CKG | 3 | | 3 | 2,94 | 3 | 4 | 7 | 6,36 | 2 | 1 | 3 | 3,30 |
| voorziening Vlaams Agentschap MPI | | | | | | | | | | | | |
| voorziening Vlaams Agentschap OBC | 2 | | 2 | 1,96 | 2 | | 2 | 1,82 | 1 | | 1 | 1,10 |
| drughulpverlening | | | | | | | | | | | | |
| gesloten voorziening BJB | | | | | | | | | | | | |
| psychiatrie | 1 | | 1 | 0,98 | 1 | | 1 | 0,91 | | | | |
| ontvluchting | 1 | 1 | 2 | 1,96 | | 5 | 5 | 4,55 | | | | |
| zitting jeugdrechtbank | | 1 | 1 | 0,98 | 1 | 2 | 3 | 2,73 | | | | |
| nog niet georiënteerd | 1 | | 1 | 0,98 | 2 | | 2 | 1,82 | | | | |
| **TOTAAL** | **70** | **32** | **102** | **100** | **59** | **51** | **110** | **100** | **54** | **33** | **91** | **100** |

Kinderen/jongeren en hun context komen in ons centrum vaak terecht wanneer de complexiteit van de aanwezige problematieken en hun onderlinge dynamieken op korte of middellange termijn een residentieel hulpverleningstraject afdwingen. In 2020 hebben wij 37 keer de keuze moeten maken om een residentieel advies te geven: JWZ Verblijf, VAPH residentieel, GGZ residentieel, K&G residentieel, internaat en gemeenschapsinstelling. Van deze 37 residentiële adviezen zijn er slechts 14 jongeren kunnen doorstromen naar hun geadviseerd plekje (wat minder dan 4 op de 10 jongere is!). We hebben in 2020 5 keer advies moeten geven voor een residentieel hulpverleningstraject binnen het VAPH. Dit advies is geen enkele keer verwezenlijkt. Zij vonden, naast 17 andere kinderen en jongeren, een plek in een begeleidingstehuis.
Hierbij willen we opmerken dat de zorgzwaarte voor deze jongeren te hoog wordt ingeschat voor een begeleidingstehuis. Op termijn is deze hulpverleningsvorm mogelijks ontoereikend en zal ook na een gefundeerd advies nogmaals een breuk in het traject van deze jongeren ontstaan.

We blijven botsen op wachtlijsten en blijven samen met de context creatief op zoek gaan naar overbruggingsmogelijkheden. 29 van de 54 jongeren, of 53,85% van de reguliere dossiers, keren na opname terug naar huis of naar een andere bestemming in gezinsverband (een daling van het aantal kinderen en jongeren ten opzichte van de vorige jaren). Deze creatieve pistes zijn vaak een constructie van basisveiligheid in een 'thuiscontext' met daarnaast een aanwezigheid van minimale hulpverlening of betrokken netwerkfiguren die een vinger aan de pols houden om escalatie te voorkomen of te signaleren.

20 jongeren keren na het residentieel diagnostisch traject terug naar huis zonder ambulante begeleiding, omdat ook deze werkvorm met een lange wachtlijst kampt. Dit was in 2020 echter in geen enkel traject het gegeven advies!
Het is verontrustend vast te stellen dat steeds meer jongeren, na een traject in Ter Heide, waarbij zij en hun context gedurende 2 tot 4 maanden intensief samenwerken om te onderzoeken 'wat er aan de hand' is, 'hoe dit komt' en 'wat er aan kan gedaan worden', tenslotte met een advies in de hand terug naar huis gaan zonder aansluitende vervolghulpverlening. Behalve frustratie bij de jongere, het gezin en de medewerkers van het OOOC, het feit dat gecreëerde kansen en gestarte processen wegglippen moeten we deze indicator kritisch durven benoemen. We verwijzen hier graag naar deel 2, waar we enerzijds onze vraag naar effectiviteit van indicerende doelstellingen en advies op tafel blijven leggen, maar anderzijds ook blijven zoeken naar een antwoord op deze verontrustende cijfers: in dialoog gaan omtrent instroom, visie rond uitstroom, zoeken naar regionale samenwerking om trajecten te continueren (cfr De Ideale wereld) en de ontwikkelingen rond het afstemmen en implementeren van het diagnostisch aanbod in het werkveld (cfr 1 gezin, 1 diagnose).

In dit kwaliteitsverslag maakten we een eigen kwalitatieve analyse tussen gegeven advies en bestemming van de jongere. In overleg met het Agentschap kwamen we overeen om dit vanaf 2022 te registreren in Binc, teneinde de correlatie tussen beiden cijfermatig te ondersteunen. Tot dan baseren we ons op eigen registratie, waarbij we handmatig beide indicatoren koppelen.

## XI. ONDERWIJS

Onderstaande tabel geeft enkel indicatie betreffende onderwijs voor de reguliere dossiers. Daginvulling voor jongeren binnen crisisverblijf capteren we apart.

| ONDERWIJS | | RESIDENTIEEL vakantie / einde school-jaar | intern | school | AMB-ULANT | jaren gedubbeld op jaar | 1x | 2x | nvt/niet gekend |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **PEUTER** | **2** | | | 1 | 1 | **2** | | | |
| **KLEUTER -EN LAGERE SCHOOL** | | | | | | | | | |
| Kleuteronderwijs (KO) | 5 | | | 1 | 4 | 5 | | | |
| Lager Onderwijs (LO) | 19 | | 5 | 10 | 4 | 15 | 4 | | |
| Buitengewoon Lager Onderwijs (BLO) | 8 | | 1 | 5 | 2 | 2 | | 1 | 5 |
| **SUBTOTAAL KLEUTER -EN LAGERE SCHOOL** | **32** | **0** | **6** | **16** | **10** | **22** | **4** | **1** | **5** |
| **SECUNDAIR ONDERWIJS** | | | | | | | | | |
| 1e graad SO alg. vormend onderwijs | 2 | | | 2 | | 2 | | | |
| 1e graad SO beroepsvoorbereidend sec. ond. | 4 | | 1 | 3 | | 2 | 1 | 1 | |
| 2e/3e graad alg.sec.ond. (ASO) | 1 | | | 1 | | 1 | | | |
| 2e/3e graad tech.sec.ond. (TSO) | 2 | | | 2 | | 1 | 1 | | |
| 2e/3e graad beroepssec.ond. (BSO) | 8 | | 2 | 6 | | 2 | 6 | | |
| 2e/3e graad kunstonderwijs (KSO) | 1 | | | 1 | | 1 | | | |
| deeltijds sec. onderwijs (DSO) | 2 | | | 2 | | 1 | | | 1 |
| buitengewoon sec. ond. (BuSO) | 3 | | | 3 | | | | | 3 |
| leercontract | 0 | | | | | | | | |
| okan | 1 | | | 1 | | | | | 1 |
| **SUBTOTAAL +12-JARIGEN** | **24** | **0** | **3** | **21** | **0** | **10** | **8** | **1** | **5** |
| **ALGEMEEN TOTAAL** | **58** | **0** | **9** | **38** | **11** | **34** | **12** | **2** | **10** |

De kleuters (5) en lagere school (19) jongeren gaan per definitie naar een school in de buurt gedurende de periode van de oriëntatie. We werken hiervoor samen met de plaatselijke kleuter en lagere scholen. Kinderen in het BLO kunnen vaak nog naar hun eigen school blijven gaan, indien het past binnen het traject van het beschikbaar busvervoer.

Opvallend aan deze tabel is dat 6 kinderen onder de 12 jaar (van de 22 residentiële trajecten) intern verbleven en niet naar school gingen. Dit is een opmerkelijk gegeven en onderbouwt de premisse rond complexiteit van dossiers. In samenspraak met de school hebben we wel steeds getracht de schoolse verbinding te houden en hen af en toe een halve dag naar school te laten gaan.

De school is een belangrijke partner in het hele hulpverleningstraject. Wij zetten vanuit de leefgroep sterk in op de samenwerking met de school. Een individuele begeleid(st)er (IB) neemt voor elke jongere contact op met de huidige of vervangende school. Gedurende het schoolgaan wordt regelmatig gecommuniceerd rond het schoolse functioneren. Zowel prestaties als andere schoolse en sociale vaardigheden worden uitgebreid bevraagd en besproken. De conclusies hiervan worden samengevoegd in het verslag. De psycholoog contacteert de voorgaande scholen en het betrokken CLB om een overzicht te krijgen van de afgelegde schoolloopbaan.

## XII. CRISISOPNAME EN BEGELEIDING

In 2019 werd één extra verzekerd crisisbed toegekend aan onze voorziening. Dit maakte het mogelijk om één VTE crisisbegeleider aan te werven. Zij kon inspelen op de expliciete verwachting rond crisisbegeleiding dat aan elk crisisverblijf gekoppeld werd. Waar dit in het verleden meer praktische en emotionele opvolging binnen de 4$^{de}$ B (naast Bed, Bad en Brood) inhield, kon deze begeleider zeer intensief aan de slag gaan binnen deze dossiers.

Concreet is de crisisbegeleider aan de slag gegaan met o.a. het driekolommenmodel van Signs of Safety, zowel in de gesprekken als in de vormgeving aan het crisisverslag, netwerkcirkels, kwaliteitenspel, netwerkoverleg, tijdslijn, genogram, veiligheidsplan, gevarenboodschappen, immediate story enz. Tijdens de begeleidingen wordt de focus zoveel mogelijk gelegd op het in kaart brengen en het betrekken van betekenisvolle netwerkfiguren als op het bekrachtigen van aanwezige beschermende factoren.

In 2020 bestendigden we vorming en intervisie binnen crisisbegeleiding. Net als in 2019 continueerde de gezinsbegeleidster haar deelname aan de 3-maandelijkse regionale intervisie. Daarenboven werd er geïnvesteerd in intersectorale samenwerking binnen crisisbegeleiding:

- We werkten actief mee aan één gezamenlijk crisisprotocol binnen crisisjeugdhulp Antwerpen.
- We werkten actief mee aan een signaalnota betreffende crisissen, samen met voorzieningen binnen het Vaph.
- Naast de opmaak van deze signaalnota organiseerden we in 2019 ook een eerste gezamenlijke intervisie, waar specifiek sector-overschrijdende thematieken behandeld worden. We plannen dit 2-jaarlijks te blijven organiseren. Deze intersectorale kruisbestuiving is uniek en creëert verbondenheid!

Er werd een co-begeleider aangesteld vanuit de leefgroepbegeleiding, als praktische opvolging en klankbord voor trajecten. Daarnaast kan de crisisbegeleider beroep doen op casusbesprekingen of de expertise van collega gezinsbegeleiders tijdens teamvergaderingen. Kinderpsychologen zijn ook steeds stand-by: naar opvolging ‘mentale gezondheid’ van de jongere en naar supervisie binnen trajecten.

Binnen het kwaliteitsverslag willen we crisisbegeleiding een expliciete plek geven. We splitsen registraties van indicatoren specifiek op voor dit crisisverblijf met crisisbegeleiding. Daarnaast hielden we enkele zelf gekozen en geregistreerde indicatoren bij.

We registreerden 43 dossiers crisisverblijf en begeleiding. Dit waren 40 unieke jongeren. 3 van hen verbleven een 2$^{de}$ maal binnen het verzekerd crisisbed. In onderstaande tabellen tellen we deze niet dubbel mee.

a. Aantal dagen in crisisverblijf

| PERIODE | # DAGEN |
|---|---|
| 0 - 14 | 21 |
| 15 - 28 | 16 |
| >28 | 3 |
| **TOT:** | **40** |

De termijn binnen het crisisverblijf betreft 7 dagen, verlengbaar met 7 dagen. We registreerden voor 2020 dat 50 procent van de dossiers binnen deze termijn bleef. Verlenging boven de 14 dagen was steeds in samenspraak met het crisismeldpunt. Enerzijds zien we binnen deze cijfers de invloed van corona, waar expliciet gekozen werd om jongeren binnen dezelfde bubbel in het centrum langer te laten verblijven i.p.v. hen naar een andere voorziening te verwijzen. Anderzijds zoeken we binnen crisisverblijf naar enige continuïteit en besloten we jongeren te verlengen in functie van overbrugging naar een meer ‘vast’ plekje.

We vinden het belangrijk deze parameter te blijven scoren en te bewaken dat ook hier doorstroom mogelijk blijft. Verlenging van verblijf heeft de consequentie dat het bed niet vrij komt voor een nieuwe crisissituatie. Zo zien we in 2020 een daling van het aantal dossiers: van 56 naar 43. Net zoals het aantal behandelde dossiers binnen onze reguliere werking, dienen we te blijven monitoren.

b. Contactpersoon aanmelder per gezin

| CPA | AANTAL | REGIO | AANTAL |
|---|---|---|---|
| JRB | 21 | Mechelen | 8 |
| OCJ | 1 | Antwerpen | 23 |
| VK | 1 | Brussel | 3 |
| JEUGDBRIGADE | 7 | Leuven | 1 |
| CLB | 1 | Buiten regio | 5 |
| MCT | 2 | | |
| CB | 1 | | |
| PZ | 1 | | |
| CAW | 3 | | |
| CGG | 2 | | |
| **TOT:** | **40** | | **40** |

(*Buiten regio = Tongeren, Turnhout, Hasselt, Oudenaarde, Geel)

De sociale dienst van de jeugdrechtbank is in meer dan de helft van de dossiers de contact persoon aanmelder. In 2020 werden 7 dossiers, tijdens het crisisverblijf, extra doorverwezen naar de jeugdrechtbank. Ook hier merken we de stijgende tendens van complexiteit van dossiers.
Het grootste deel van de aanmeldingen van crisisverblijf komen uit het arrondissement Antwerpen. Dit percentage ligt hoger dan bij onze reguliere dossiers.

c. Dagbesteding

| Dagbesteding | Aantal |
|---|---|
| Schoolgaand | 10 |
| Alt. dagbesteding extern | 0 |
| Intern | |
| - Verplicht intern | 4 |
| - Praktische redenen (afstand + lockdown scholen) | 20 |
| Vakantie/weekend | 6 |
| **TOT:** | **40** |

In het vorig jaarverslag gaven we reeds aan dat het moeilijk is voor jongeren om naar school te gaan tijdens het crisisverblijf. Het lukt maar in 25 % van de dossiers om een externe dagbesteding te organiseren voor hen. Dit legt een druk op de leefgroep, daar we voor deze jongeren een interne daginvulling en opvolging dienen te voorzien.

d. Vervolgtraject na crisisopname

| Vervolgtraject | Aantal |
|---|---|
| Ambulante begeleiding | 16 |
| Diagnostiek | 11 |
| Module verblijf | 12 |
| Fugue | 1 |
| **TOT:** | **40** |

Een belangrijke observatie is dat 11 van de 40 dossiers hun traject continueren binnen een residentieel traject in een OOOC (10 jongeren in Ter Heide, 1 jongere in een collega voorziening). We blijven het belangrijk vinden dit te monitoren, daar dit geen 'oneigenlijke' instroom mag worden.

In totaal zijn er 4 van de 40 minderjarigen vervroegd uitgevallen omwille van langdurige fugue (1) of omwille van gedrag (3).

Besluitend kunnen we stellen dat de registratie van bovenstaande indicatoren binnen onze crisiswerking een meerwaarde biedt binnen het jaarverslag. We continueren dit de volgende jaren, zodat deze vergelijkingsbasis belangrijke tendensen en dynamieken binnen crisisverblijf en begeleiding kunnen stipuleren.

# LUIK 2: KWALITEIT EN JAARPLANNING

## I. INLEIDING

Ook voor de kwaliteitswerking was 2020 een atypisch jaar. Desalniettemin kunnen we (trots) melden dat de lopende kwaliteitsplanning niet is stopgezet. Integendeel, door de (verplichte) digitale contactmomenten met cliënten kwam er tijd en ruimte vrij. Veel medewerkers hadden een dubbel gevoel hierbij: enerzijds beperkte deze digitale contacten ons in de opbouw van hulpverleningsrelaties met cliënten, en dan zeker tijdens de eerste lockdown waar het zoeken was om dit te organiseren. Anderzijds hebben we van deze tijd maximaal gebruik gemaakt om in te zetten op inhoudelijke verdieping.

## II. KERNELEMENTEN

visie op kwaliteitsbeleid

In Ter heide baseren we ons voor de zelfevaluatie op Prose (conform het EFQM-model). In een vijf-jaren cyclus evalueren we het integrale kwaliteitsproces. Vanuit deze zelfevaluatie worden prioriteiten vooropgesteld ter verbetering van de kwaliteit. In 2019 startten we met een nieuwe 5-jarige cyclus en namen we een 'Quickscan' af. De resultaten hiervan kan u terugvinden in het jaarverslag van 2019. In 2020 werden inputfactoren bevraagd: Leiderschap, strategisch beleid, personeelsbeleid, middelen en samenwerking/communicatie. We verwerken deze resultaten graag onder de desbetreffende groeiniveaus. We weerhouden wel een algemeen positief beeld van de gescoorde domeinen!

Als directie vinden we het belangrijk om van kwaliteit een gedragen thema te maken. Door deelname aan en het laten voorzitten van tal van werkgroepen streven we naar participatie van zoveel mogelijk medewerkers in het kwaliteitsbeleid. We geloven er sterk in dat het opnemen van autonomie en ervaren van competentie binnen werkgroepen bijdragen tot een sterke alignering met de missie en visie van onze voorziening. Samen met een gevoel van verbondenheid, zijn dat drie indicatoren die centraal staan binnen het gehele personeelsbeleid.
Natuurlijk is het eveneens belangrijk om kwaliteitsprocessen goed te omkaderen. Dit geeft duidelijkheid en transparantie in opvolging. Om die reden is kwaliteitsbeleid structureel ingebed in het maandelijks directiecomité. Jaarplanning, verbetertrajecten of aanpassingen van procedures worden geagendeerd en besproken. Op die manier wordt het een gedragen beleid, waarbij iedereen (buttom up!) betrokken wordt. De kwaliteitscoördinator staat daarenboven dicht bij de te verwezenlijken doelstellingen en overschouwt de processen.
Jaarlijks informeren we het voltallig personeel over de resultaten van de werkgroepen en de verdere planning voor het komende jaar in een algemene personeelsinfosessie.

Bij evaluatie van ons kwaliteitsbeleid merken we op dat betrokken collega's zich vol passie en energie engageren, maar dit engagement niet kunnen waarmaken door een zware caseload. Om die reden hebben we in 2020 ingezet op het installeren van SMART-doelstellingen. Het leerde ons het belang van het specifiek omschrijven van doelstellingen, met een nadruk op de 'R' van realistisch. We geloven er sterk in dat het behalen van deze doelstellingen het gevoel van competentie vergroot, met een rechtstreekse invloed op het welbevinden van collega's en het positief effect op de continuïteit van kwaliteitsprocessen. In 2021 willen we nog meer inzetten op de 'M' van meetbaar. Door de focus op het

kwaliteitsthema ‘effectmeting’ staan we nog meer stil bij hoe we resultaten van vooropgestelde doelstellingen kunnen meten en evalueren.

We willen deze visie op kwaliteitsbeleid besluiten met een stelling die zeer positief scoorde bij de bevraging van inputfactoren: ‘Leidinggevenden hechten veel belang aan kwaliteit en communiceren dit ook’ (met een score van 4.1 op 5). Het onderstreept het belang dat kwaliteitszorg bekleedt binnen de organisatie.

Kerncijfers

We geven hier de cijfers van bezetting en benutting weer in 2020:

| 2020 | benutting bedden verblijf | bezetting module verblijf | bezetting diagnostiek | gewogen gemiddelde |
|---|---|---|---|---|
| januari | 73,0% | 89,7% | 82,5% | 85,8% |
| februari | 78,4% | 97,4% | 95,8% | 96,6% |
| maart | 66,1% | 76,8% | 82,7% | 80,0% |
| april | 60,4% | 65,8% | 86,0% | 76,8% |
| mei | 77,0% | 80,0% | 89,0% | 84,9% |
| juni | 89,4% | 93,8% | 93,3% | 93,5% |
| juli | 65,7% | 79,8% | 96,8% | 89,0% |
| augustus | 75,4% | 88,7% | 102,5% | 96,2% |
| september | 85,2% | 101,7% | 96,0% | 98,6% |
| oktober | 80,4% | 92,1% | 93,9% | 93,1% |
| november | 69,0% | 84,2% | 95,6% | 90,4% |
| december | 73,8% | 91,1% | 90,5% | 90,8% |
| TOTAAL | 74,5% | 86,7% | 92,0% | 89,6% |

In 2020 verzorgden we een gewogen gemiddelde **bezetting** van 89.6 procent. De reden dat dit percentage lager ligt dan 2019 (92.3 procent) en 2018 (93.3) is voornamelijk toe te kennen aan de corona pandemie, in casu de eerste lockdown. We hebben nooit een opnamestop ingelast, integendeel, ook de crisiswerking bleef volledig draaien, maar de uitstroom verliep moeizamer.
Voor de interpretatie van deze cijfers schetsen we graag een verband met sturende indicatoren binnen ons financieel verslag:

- Er was een groter ziekteverzuim dan andere jaren omwille van de corona pandemie. In het financieel verslag stipuleren we dat we in 2020 200 tot 300 meer ziekte uren hadden (bij uitval < 30 dagen) dan in 2017 of 2018 (we vergelijken niet met 2019 daar dit een atypisch jaar was met enkele langdurige privé-gerelateerde ziekteverloven).
- Er werd een 1000-tal extra uren ingezet in de werking om de continuïteit te bewerkstelligen (vervanging van ziekte en extra inzet tijdens dagdiensten). De extra middelen van het Agentschap waren zeer welgekomen en werden bewust verdeeld over verschillende functiegroepen om deze extra zorg mogelijk te maken (zowel logistiek, leefgroepbegeleiding als psychologen) en de mentale gezondheid van kinderen en jongeren prioritair te stellen. Mede o.w.v. de pandemie verbleven jongeren gedurende langere tijd volcontinu in de leefgroep en vergde het installeren van afstandsonderwijs extra inspanning van de leefgroepbegeleiders.
- We zagen een stijging van ambulante onderhoudsdagen en een lichte daling van de residentiële onderhoudsdagen. Dit is een rechtstreeks gevolg van de eerste lockdown, waarbij

gevraagd werd, indien mogelijk, enkele jongeren thuis te laten overbruggen. Deze keuze zie je ook terugkomen in de cijfers, waar de module verblijf in maart (76,8%) en april (65,8 %) een impact heeft op het gewogen gemiddelde.

Bovenstaande processen onderbouwen het behaalde percentage van bezetting en benutting. De lagere bezetting- en benuttingscijfers in de moeilijke periodes van lockdowns hebben we op andere momenten zo goed mogelijk trachten te compenseren door:

- Tussen de verschillende lockdowns extra in te zetten op de module verblijf, met uitschieters in juni (93,8 %, september (101,7 %) en oktober (92,1 %).
- We hebben een extra engagement aangegaan binnen de modules diagnostiek. Het gewogen gemiddelde van 92 % ligt iets hoger dan in 2019 (91,9 %), wat niet evident was gezien de verstrengde maatregelen rond contactmomenten. Alle lof voor de medewerkers die zeer creatief aan de slag gingen om hun opdracht te blijven vervullen en gezinnen te bereiken d.m.v. allerhande (digitale) mogelijkheden.

Als we het gemiddelde voor de module verblijf in Ter Heide (86,7 %) afzetten tegenover de algemene bezettingscijfers (88%) over alle OOOC samen (enkel het cijfer van 2019 is hierin bekend, wat een niet corona-jaar was), dan ligt het cijfer van Ter Heide slechts enkele procenten lager dan het algemeen gemiddelde. Het gewogen gemiddelde voor de module diagnostiek (92 %) ligt beduidend hoger dan het algemeen gemiddelde over alle Vlaamse OOOC (87 %).

Wat betreft **benutting** zie je tevens een daling in maart 66,1 % en april 60,4 %. Deze daling is te verklaren doordat we bij de eerste strenge lockdown, in samenspraak met het Agentschap, ITP en de verschillende verwijzers, elk dossier grondig evalueerden om te beslissen wie in aanmerking kwam om thuis te overbruggen. 6 kinderen en jongeren kwamen hiervoor in aanmerking, waarvan 3 (o.w.v. veiligheid) vervroegd dienden terug te keren. Om deze reden ligt het algemeen gewogen gemiddelde benutting van 74,5 % lager dan in 2019 waar dit 80,2 % bedroeg.

## III. ZELFEVALUATIE

De bepaling van de groeiniveaus gebeurde multidisciplinair. De samenstelling van de groep die de groeiniveau's toekent, wisselt jaarlijks gedeeltelijk. We kiezen ervoor dat enkele personen de rode draad vormen over de jaren heen, maar vinden het anderzijds belangrijk om jaarlijks wisselende medewerkers uit diverse disciplines bij het proces van zelfevaluatie te betrekken. We waken erover dat de collega's onbevooroordeeld kunnen scoren door enkel toe te lichten wat in de voorbije jaren gerealiseerd is binnen een bepaald domein. Dit impliceert dat, omwille van een bepaalde context, de score van het groeiniveau kan stijgen maar ook kan dalen. De nuancering hierbij verduidelijken we graag per onderdeel.

| ZELFEVALUATIE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 2020 | 2019 | 2018 | 2017 | 2016 |
| Kwaliteitszorg | | | | | |
| Q organisatie en visie | **4** | 4 | 3 | 2 | 3 |
| Q betrokkenheid | **4** | 4 | 4 | 3 | 4 |
| Q methodieken en instrumenten | **4** | 4 | 4 | 4 | 3 |
| Q verbetertraject | **4** | 3 | 4 | 3 | 3 |
| Kernprocessen | | | | | |
| KP onthaal | **3** | 3 | 4 | 4 | 2 |
| KP doelst. En handelingsplan | **4** | 4 | 3 | 4 | 4 |
| KP afsluiten en nazorg | **3** | 4 | 4 | 4 | 3 |
| KP pedagogisch profiel | **3** | 4 | 3 | 4 | 4 |
| KP gebruikersdossier | **3** | 4 | 4 | 4 | 3 |
| Gebruikersresultaten | | | | | |
| gebruikers klachten | **4** | 4 | 4 | 3 | 3 |
| gebruikerstevredenheid | **3** | 2 | 3 | 3 | 3 |
| gebruikers effect HV | **4** | 3 | 3 | 2 | 2 |
| Medewerkersresultaten | | | | | |
| MW tevredenheid | **4** | 4 | 4 | 3 | 4 |
| MW indicatoren en kengetallen | **3** | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Samenlevingsresultaten | | | | | |
| SL waardering strat. Partners | **4** | 4 | 4 | 3 | 4 |
| SL msch opdr.en tendensen | **4** | 4 | 4 | 3 | 3 |

Zoals je hierboven kan terugvinden in het overzicht, kenden we de volgende groeiniveaus toe aan onze organisatie:

Kwaliteitszorg

### a. Organisatie en visie: groeiniveau 4 (zelfde als in 2019)

In 2019 kenden we onszelf groeiniveau 4 toe. Omwille van de verdere integratie van kwaliteitszorg binnen de vernieuwde functie van Pedagogisch Directeur werd er meer systematisch geëvalueerd en bijgestuurd.
Deze premisse wordt door collega's verder ondersteund in 2020, binnen de bevraging van de inputfactoren (die met PROSE afgenomen werd):

- Er is een stuurgroep die het kwaliteitszorgsysteem superviseert (3.9/5) en er is een verantwoordelijke die terzake deskundig is (4.1/5). We weerhouden dat het huidige kwaliteitsbeleid positief gewaardeerd wordt. Personeelsleden worden constant gesensibiliseerd om het kwaliteitsbeleid te realiseren (3.8/5)

Deze stelling werd door meer dan 90 procent van de respondenten positief gescoord. We maken ons hiermee sterk dat de huidige visie op kwaliteitszorg wel degelijk geïmplementeerd wordt zoals we voor ogen hebben. Door de stuurgroep kwaliteit te capteren binnen het (maandelijks) directiecomité, laat het ons toe dit blijvend bij te sturen en elementen op elkaar af te stemmen.

Het gebruik van PROSE is een sturend element in het samen brengen van de gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten in een synthese. Het zorgt jaarlijks voor het opstellen van tal van verbetertrajecten. In de volgende voorbeelden trachten we een verband te leggen tussen de verschillende domeinen onderling, hoewel we nog zoekende zijn hoe we dit op een systematische wijze kunnen bewerkstelligen:

- De volgende stelling kreeg een lagere score: 'Er is duidelijk een strategisch plan met doelen op lange en middellange termijn, in overeenstemming met missie en visie: 3.3/5'. Deze score was deels een initiator om in 2020 een heractualisatie van missie/visie te plannen (zie infra). Dit verbetertraject werd gelinkt aan de evaluatie van het domein 'leiderschap', waarbij de stelling 'De leidinggevenden handelen zelf ook conform de doelen die zij vooropstellen' een score van 3.3 op 5 kreeg. Zo heeft de geplande oefening rond missie een invloed op het segment 'beleid en strategie', maar tevens ook een direct gevolg hoe directie nog performanter kan handelen binnen een duidelijke missie, visie en strategie.
- Op dezelfde manier werd de stelling 'De leidinggevenden zorgen voor een heldere interne organisatie –en communicatiestructuur' onder segment 'leiderschap' met een score van 3.3/5 gelinkt aan de stelling onder het segment communicatie: 'er is een uitgewerkt beleid inzake interne communicatie (met een score van 3/5)'. Dit leidde tot een traject binnen de werkgroep communicatie omtrent communicatiekanalen en communicatiemiddelen (waarvoor later meer).

We durven te besluiten dat we binnen dit kwaliteitsdomein onszelf groeiniveau 4 scoren. We blijven ons desalniettemin uitdagen om verschillende domeinen op systematische wijze met elkaar te laten correleren.

### b. Betrokkenheid: groeiniveau 4 (zelfde als in 2019)

We hebben reeds het belang van betrokkenheid van alle functiegroepen binnen het kwaliteitsbeleid voldoende benadrukt. In 2019 werd bij de bevraging van de quickscan dit onderschreven door de stelling 'Het professionaliseringsbeleid komt tot stand met alle betrokken groepen en individuen', met een score van 3.5/5. Ook in 2020 focussen we verder op 'verticale alignement'. We vinden het cruciaal om in te zetten op een alignering tussen het individueel takenpakket van verschillende disciplines en de bijdrage hiervan tot de kwaliteit van dienst- en hulpverlening.
Deze betrokkenheid vond ook zijn weg binnen de missie/visie oefening die in 2020 een start kende. Onder leiding van een procesbegeleider werkten directie en RvB een nieuwe missie uit. Nieuwe maatschappelijke tendensen en initiatieven binnen de hertekening van het hulpverleningslandschap noopten onze oude missie te verfijnen. Het wordt de volgende jaren een belangrijke uitdaging om handelingsgerichte diagnostiek (vanuit een OOOC) te profileren binnen het diagnostisch landschap. We geloven er sterk in dat een duidelijke missie, visie en strategische doelstellingen hierbij een leidend kader kunnen bieden. Een stakeholderanalyse vormde de basis voor deze oefening, waarmee we het belang van betrokkenheid van personeel, cliënten en belangrijke partners onderschrijven.
In 2021 zal de vernieuwde missie vertaald worden naar een visie. Een afvaardiging van personeel zal hieraan actief participeren.

Onze betrokkenheid bij tal van overlegorganen werd reeds in het jaarverslag van 2019 uitvoerig beschreven. In 2020 werd er verder geïnvesteerd in overleg binnen het samenwerkingsverband Trawant. Enerzijds zochten we (nog) meer intersectorale verbinding tussen de reeds erkende modules (zie infra onder maatschappelijke tendensen). Anderzijds werkten we mee aan de verdere uitbreiding van 1G1P binnen het uitbreidingsbeleid dat in 2020 gelanceerd werd. Ons aanbod werd ook hierin bestendigd en omgevormd tot twee

modules 1G1P begeleiders, met een kleine uitbreiding van het aantal dossiers dat we kunnen aanbieden binnen het samenwerkingsverband.

In 2020 werd ook de stem van de gebruiker nog meer systematisch betrokken (zie infra, onder kernprocessen), zodat we durven stellen dat cliënten en externe partners een systematische betrokkenheid hadden binnen het kwaliteitsbeleid in 2020. De premisse werd onderbouwd binnen de bevraging van inputfactoren, waarbij de stellingen 'Er wordt actief en doelgericht samengewerkt met andere organisaties bij de realisatie van doelen (3.8/5)' en 'Externen worden doeltreffend betrokken bij het beleid van de organisatie (3.5/5)' positief gequoteerd werden door personeelsleden. Dit doet ons besluiten groeiniveau 4 toe te kennen.

### c. Methodiek en instrumenten: groeiniveau 4 (zelfde als in 2019)

We kunnen stellen dat we groeiniveau 4 blijven toekennen aan dit segment binnen kwaliteitszorg. Binnen onze systematische, 5-jarige kwaliteitscyclus zijn we in 2019 (opnieuw) gestart met een quickscan. Vorig jaar werd een bevraging gedaan van de inputfactoren. Het segment 'leiding geven', 'Personeelsbeleid', 'strategie en beleid', 'communicatie' en 'middelen' werden via een bevraging (vanuit PROSE) aan personeelsleden voorgelegd. De resultaten en verbetertrajecten hiervan worden binnen dit kwaliteitsverslag gecapteerd.
Het kwaliteitshandboek is voor ons een 'actueel' instrument, dat consequent aan updates onderworpen is. In samenspraak met Zorginspectie houden we momenteel een digitale versie beschikbaar. Deze kan op vraag steeds ingekeken worden door cliënten. We houden ook bewust steeds (digitaal) vorige edities bij indien er aanpassingen gebeuren.

### d. Verbetertraject: groeiniveau 4 (stijging in vergelijking met 2019)

We kenden onszelf in 2019 het groeiniveau 3 toe. Omwille van personeelswissels waren niet alle verbetertrajecten volgens planning uitgevoerd. In 2020 is er intensief geïnvesteerd in het werken rond verbetertrajecten. Ondanks de moeilijke omstandigheden waarin psycho-pedagogisch personeel dienden te werken, hebben ze de vrijgekomen tijd steeds expliciet aangegrepen om kernprocessen te optimaliseren: inhoudelijk zich verder verdiepen via literatuur, werkgroepen digitaal continueren, procedures uitwerken,… onze kwaliteitswerking is nooit stilgevallen Als directie durven we dit met lichte trots benadrukken. Concreet vond dit een weerslag in de output binnen de werkgroep effectmeting, communicatie en pedagogische visie (zie infra).
Het werken rond effectmeting en indicatoren benadrukte nogmaals het belang van SMART gerichte doelstellingen. Deze krijgen dan ook een effectieve plek in de projectfiches die op begin van het jaar door elke werkgroep worden opgesteld. De doelstellingen en verbeteracties worden geformuleerd en uitgewerkt. De kwaliteitscoördinator tracht linken te leggen tussen de verschillende werkgroepen en begeleidt de implementatie ervan. Op deze wijze realiseren we een krachtig (Bottum Up) kwaliteitsbeleid.
Afsluitend trachten we ook meer aandacht te geven aan het meten van vooropgestelde doelstellingen (zie effectmeting). Hoewel hier zeker nog groeimarge ligt, besluiten we toch groeiniveau 4 toe te kennen.

Kernprocessen

## a. Onthaal van de gebruiker: groeiniveau 3 (zelfde als in 2019)

In 2019 kenden we onszelf groeiniveau 3 toe. We hadden ‘organisatie van cliëntparticipatie’ als verbetertraject vooropgesteld in 2020: door middel van adviserende methodieken wilden wij cliënten graag betrekken in besluitvorming. Ondanks investering binnen het thema effectmeting en het gegeven dat de procedure rond ‘onthaal’ in samenspraak is ontwikkeld met gebruikers, dienen we vast te stellen dat we niet gekomen zijn tot een (systematische) evaluatie en bijsturing van de procedure in 2020. We vonden het niet opportuun dit digitaal te organiseren. Dit staat dan ook geagendeerd voor 2021.

We blijven geloven dat een goede basishouding (binnen onthaal) de voorwaarde is voor openheid in het accepteren van hulpverlening. We capteren deze premisse binnen de individuele effectmeting die we in 2020 uitwerkte (zie infra). De volgende stellingen hebben (al dan niet indirect) een link met onthaal:

- Ik voel mij gerespecteerd door de medewerkers van Ter Heide (positief).
- De medewerkers hebben zowel oog voor wat er goed loopt als wat er moeilijker loopt. (objectief)
- Het verloop en het resultaat van het onderzoek worden op een begrijpelijke manier uitgelegd.
- Ik voel mij gehoord: mijn mening/standpunt/perspectief is belangrijk in het ruimere onderzoek.

We kennen onszelf groeiniveau 3 toe: de procedure is duidelijk voor iedereen en wordt toegepast door alle medewerkers. Er werd in 2020 verder geïnvesteerd in communicatie rond de procedure. Zo werd onze folder in het Frans en Arabisch vertaald.

Binnen de implementatie van het HGD proces wordt er zeer veel belang gehecht aan een duidelijke intakefase. Binnen het hypothesegericht werken zijn transparante doelstellingen cruciaal. Het belang van onthaal (in brede zin van het woord) wordt op deze manier systematisch meegenomen binnen onze kernopdracht. Wanneer ‘effectmeting’ in 2021 verder uitgerold wordt en we meer systematische feedback krijgen omtrent dit thema, hopen we terug te kunnen groeien naar niveau 4.

## b. Doelstellingen en handelingsplan: groeiniveau 4 (zelfde als in 2019)

In 2019 kenden we onszelf groeiniveau 4 toe. We investeerden in onderbouwing van het HGD proces. Door middel van uitgebreide intervisies met het psycho-pedagogisch personeel werkten we expliciet verdiepend, verbredend en verbindend, over multidisciplinaire ‘teams’ heen.
Binnen een OOOC werken we niet met een handelingsplan, maar met een observatieverslag. Doelstellingen en hypotheses vormen de kern hiervan. Binnen het protocol is een duidelijke procesmatige structuur vastgelegd. Aan de hand van het model van Pameijer wordt het diagnostisch proces duidelijk en transparant geïmplementeerd. Cliënten worden zeer nauw betrokken bij dit proces (zie co-auteurschap binnen pedagogisch profiel). Sinds 2020 organiseren we aan het einde van het diagnostisch proces de eindbespreking (met CPA) en het terugkoppelingsgesprek (met het cliëntsysteem) samen. We trachten alles zo transparant mogelijk te laten verlopen.
Vanuit deze optiek verwachten we van alle collega’s dat er in de week voor de eindbespreking expliciet een gesprek gepland wordt om het advies al door te spreken. Hoewel cliënten vanaf

dag 1 worden meegenomen in hypothesen, denkpistes en mogelijkheden, vinden we het heel belangrijk dat ouders weten wat er op de eindbespreking aan de CPA geadviseerd zal worden. Hoewel ze steeds meegenomen worden in het verhaal, is dit gesprek vaak een zwaar en intens moment. Door dit voor de (effectieve) eindbespreking te plannen, krijgen ouders de tijd om de informatie te verwerken, emoties een plek te geven en reeds na te denken welk vervolg zij mogelijk achten op basis van ons advies. Op deze wijze kan de eindbespreking aangegrepen worden om samen constructief na te denken over implementatie van advies.

Om bovenstaande premisse mogelijk te maken, hebben we geïnvesteerd in visueel materiaal. Op die manier wordt het intakeverslag, verslagen van multidisciplinaire teams of het eindadvies gedeeld op een televisie. Cliënten ervaren verslaggeving minder bedreigend als ze zien wat hulpverleners effectief noteren tijdens belangrijke gesprekken.

We durven te besluiten dat deze acties groeiniveau 4 ondersteunen. In 2021 staat verslaggeving nog meer centraal binnen interne (uitgebreide) intervisie. Volgende vragen zullen hierin centraal staan:

- Het verwerken van referentiekaders in het verslag
- Voor wie schrijven we het verslag?
- Belangrijke wettelijke bepalingen capteren, zoals bv beroepsgeheim
- Hoe kunnen we een verslag voldoende beknopt schrijven
- Hoe staan we voldoende stil bij krachten van cliënten binnen het verslag
- Indien ouders weerstand vertonen en niet akkoord zijn, hoe kunnen we alsnog hun stem/aanvullingen verwerken in het verslag?

### c. Afsluiting en nazorg: groeiniveau 3 (daling in vergelijking met 2019)

We evalueren op een systematische wijze een goede afsluiting van een dossier: we hebben een duidelijk stroomdiagram ter afronding van een begeleiding, een duidelijke interne takenverdeling en onderhouden een transparante communicatie met cliënten en externe partners rond termijnen. In deel één stipuleerden we een duidelijke verhoging van aantal dossiers die 3 of 4 maanden duurden. Hoewel we blijven vasthouden om tot een handelingsgericht advies te komen na 9 weken, dienen we de contact-persoon-aanmelder echter op zijn/haar vraag steeds vaker extra tijd te geven om het advies uit te voeren: verder uitwerken van vervolghulpverlening, het aanvragen van een prior, communicatie met jeugdhulpregie,…

In tegenstelling tot vorige jaren scoren we onszelf voor dit segment groeiniveau 3. De verklaring schuilt in het feit dat we meer en meer de vraag krijgen naar een onderbouwde nazorg in de zin van: aansluiten op belangrijke overlegmomenten (hulpverleningsoverleg, ronde tafel gesprek met andere diensten,…), vragen rond implementatie indicerende doelstellingen, vragen rond aanpak moeilijk gedrag,… We merken dat deze extra investering bovenop collega's hun maximale workload tot gevolg heeft dat dossiers niet binnen de vooropgestelde termijn kunnen afgesloten worden.
Om hier een antwoord op te kunnen bieden, zijn we in 2020 beginnen nadenken over outreachend werken: zowel binnen dossiers (aansluiten op overleg, stand-by zijn voor vragen indien trajecten vastlopen,..) als buiten dossiers (aansluiten bij zorgtafels zorggarantie Vlaams-Brabant). Als organisatie hebben we hierin actief met eigen middelen geïnvesteerd omdat wij overtuigd zijn van de noodzaak en de outcome hiervan. Het leerde ons zeer veel. We hopen deze ervaring, expertise en 'good practice' te gebruiken binnen lopende projecten in 2021, zoals het zorggarantieplan of het pilootproject 'De Ideale wereld'. Daarnaast willen

we deze ervaring ook capteren binnen onze visie rond nazorg. We willen graag kritisch blijven nadenken omtrent mogelijkheden binnen de huidige structuren.

Momenteel besluiten we dat de vooropgestelde investering onvoldoende is om te spreken van een systematisch aanbod van nazorg en scoren we voor onszelf groeiniveau 3. We hopen dat het structureel capteren van outreachend werken hier een antwoord op kan bieden en ons kan laten groeien tot groeiniveau 4, of zelfs 5 (als mogelijke benchlearning voor andere organisaties).

### d. Pedagogisch profiel: groeiniveau 3 (daling in vergelijking met 2019)

In 2019 hebben we actief geïnvesteerd in het verder uitdiepen en implementeren van een sterke eclectische pedagogische visie. Er zijn geen 'kant en klare' antwoorden op de pedagogische vraag van elk individueel kind. Het vraagt een arsenaal aan ideeën, methodieken en handelingen, die niet gebonden zijn aan één gedachtengoed. Het is een continu zoeken naar de juiste 'match' tussen de pedagogische vraag van het kind en een uniek pedagogisch antwoord.
Vanuit deze premisse hebben we de voorbije jaren geïnvesteerd in een fasesysteem m.b.t. verdienen van vrije tijd, IB-werking binnen HDG, Rots en water, omgaan met agressie,… en kenden we onszelf groeiniveau 4 toe.

Bij de evaluatie van onze pedagogische werking in 2020, merken we op dat leefgroepbegeleiders vooral in 'doe-modus' zijn gegaan. Dit hoeft niet veel betoog, gezien de gigantische druk op de werking omwille van corona. Vrije tijd voor jongeren was lange tijd niet mogelijk, collega's kregen extra diensten om de continuïteit te bewerkstelligen en hadden minder (mentale) ruimte voor (pedagogische) verdieping.

Het gebrek aan systematische evaluatie en bijsturing van de vooropgestelde kaders doen ons groeiniveau 3 besluiten. We nuanceren dit groeiniveau graag. We stipuleerden reeds dat het overige psycho-pedagogisch personeel wel ruimte had om verdiepend stil te staan rond de implementatie van handelingsgerichte diagnostiek. Hoewel zij actief leefgroepdiensten mee invulden, hadden zij ruimte om te werken rond:

- Het gebruik van een integratief beeld (in samenspraak met Guy Bosmans)
- Een aanzet om te werken rond verslaggeving (zie supra)
- Werken met referentiekaders: we leggen een databank aan om hypothesen wetenschappelijk te onderbouwen met relevantie kaders en theorieën.
- Terugkoppeling en kruisbestuiving op teamvergadering: we maken expliciet tijd om het integratief beeld en gebruikte kaders terug te koppelen. Op die manier krijg je systematisch feedback en deel je ideeën over de multidisciplinaire teams heen.

Afrondend hebben we in 2020 ook verder ingezet op de maatschappelijke tendens van Signs of Safety en Family Finding. Door het groeiproces binnen de crisisbegeleiding (zie deel 1) worden zulke dynamieken ook gecapteerd binnen onze reguliere werking. Het benadrukt tevens het belang van het co-auteurschap van cliënten, dat we in het jaarverslag van 2019 uitvoerig beschreven hebben. Dit blijft de belangrijkste pijler in de verdere implementatie van het diagnostisch proces.

### e. Dossierbeheer: groeiniveau 3 (daling in vergelijking met 2019)

De voorbije jaren hebben we intensief geïnvesteerd in het werken met een elektronisch dossier. We mogen stellen dat we een voortrekker zijn binnen dossierbeheer en zijn trots op de verwezenlijking ervan.
In 2020 hebben we hard gewerkt binnen de werkgroep communicatie. We maakten een oplijsting van alle communicatielijnen (en verwachtingen) en de verschillende communicatiekanalen. Zo maakten we een duidelijke en transparante matrix voor elk functieprofiel.

Desalniettemin scoren we onszelf groeiniveau 3, een daling ten opzichte van vorige jaren. Ondanks de duidelijke procedure, die toegepast en systematische geëvalueerd wordt, hebben we in 2020 hieromtrent geen input van gebruikers gehad. Binnen effectmeting werkten we wel een systematische bevraging uit die deze stem capteert en vanaf 2021 feedback zal geven aan de hand van volgende vragen:

- Ik begrijp waarom je bepaalde testen en vragenlijsten afneemt tijdens het onderzoek.
- De medewerkers van Ter Heide houden mij op de hoogte van de verschillende stappen van het onderzoek.
- Ik voel mij gehoord: mijn mening/standpunt/perspectief is belangrijk in het ruimere onderzoek.

We hopen met de uitrol hiervan in 2021 terug naar groeiniveau 4 te stijgen.

Gebruikersresultaten

### a. Klachtenbehandeling: groeiniveau 4 (zelfde als in 2019)

De werkgroep ‘klachten’ implementeerde in 2020 een klachtenprocedure die enerzijds blijft beantwoorden aan de kwaliteitseisen en anderzijds meer afgestemd is op één van de evoluties binnen de maatschappij/hulpverlening, zijnde de “digitalisering”.
We kwamen tevens tot de vaststelling dat er nood was om onze visie rond klachtenprocedure nog beter te gaan expliciteren en nuanceren. Op basis van de bevindingen van de werkgroep klachten en de situering van ons centrum in de maatschappij en hulpverlening hebben we er zeer bewust voor gekozen om ons te baseren op de definitie die de Vlaamse Overheid hanteert. We deden tevens een bevraging bij stakeholders (zowel intern als extern) om op basis van deze definitie onze visie te actualiseren. Het basisidee is het ‘ontkrachten van de negatieve connotatie van het begrip ‘klacht’. *We willen elke klacht zien als een middel dat ons er toe aanzet om de hulpverlening die wij aanbieden telkens in vraag te stellen, alert te blijven en een kans om te groeien.*
Een visie en definitie brengt ook met zich mee dat de klachtenprocedure hierop afgestemd/aangepast is. Deze “nieuwe klachtenprocedure” hopen we in het voorjaar 2021 te kunnen integreren in onze werking.
Het komende werkjaar zal de nadruk liggen op het kenbaar maken en integreren van de resultaten van het voorbije werkjaar m.n. : de visie rond – en de definitie van een klacht en de nieuwe klachtenprocedure toepassen in de dagdagelijkse werking.

In 2020 registreerden we zeer weinig klachten van de jongeren. Nochtans hebben zij permanent een kanaal (een schriftje) ter beschikking om een klacht te formuleren. Elke week wordt dit expliciet behandeld op de begeleidersintervisie en besproken op het groepsoverleg met de jongeren. De aard van de klachten ligt in de lijn van vorige jaren. Een voorbeeld

hiervan zijn regels rond gsm en computergebruik. We trachten deze klachten actief te capteren binnen dialoog. Zo hebben we regels rond gsm gekoppeld aan het fasesysteem.

In 2020 weerhouden we als directie één cluster van klachten betreffende het verslag en advies in een dossier. Deze cluster van klachten is uitgevoerd behandeld en beantwoord. Er werd initieel getracht om bemiddeling te installeren in samenwerking met de Jo-lijn. Dit was niet voldoende voor de ouder, waardoor de klacht werd doorgestuurd en behandeld door de Zorginspectie. Mits kleine aandachtspunten m.b.t. verslaggeving verwierpen zij de klachten en stelde men dat OOOC Ter Heide alle procedures zorgvuldig had gevolgd. We engageren ons om de aandachtspunten (die vanuit Zorginspectie in het verlengde geformuleerd werden) expliciet te implementeren in 2021 (zie supra).

We besluiten groeiniveau 4 te scoren. We tonen aan dat we onze klachtenprocedure systematisch kritisch benaderen, met inspraak van gebruikers en met het oog op verbetertrajecten.

### b. Gebruikerstevredenheid: groeiniveau 3 (stijging in vergelijking met 2019)

In 2019 scoorden we groeiniveau 2. Hoewel de visie en gebruikte methodiek van cliëntparticipatie duidelijk gestipuleerd was en herhaaldelijk opgefrist werd, merkten we nog te vaak dat collega's niet altijd de gebruikerstevredenheid afnamen. We investeerden in een herdefiniëring van deze bevraging, vanuit de doelstelling te komen tot een meer systematisch verwerking van gegevens:

*'De tevredenheidsmeting is gericht op de tevredenheid van de gebruiker (cliënt, aanmelder) over het nut en/of het resultaat van de interventie. We onderscheiden enerzijds de ervaring ten aanzien van de effectiviteit, waarbij we het resultaat van de interventie in kaart willen brengen. Anderzijds willen we de tevredenheid van de gebruiker m.b.t. de geboden hulp evalueren.'*

We linkten gebruikerstevredenheid bewust met effectmeting. Beiden worden niet afzonderlijk bevraagd, maar geïntegreerd binnen één bevraging die we 1x per begeleidingstraject afnemen. Onder het segment 'onthaal van de cliënt' gaven we reeds enkele voorbeelden die de gebruikerstevredenheid toetsen. Hierna nog enkele voorbeelden uit de bevraging die (meer) betrekking hebben op gebruikerstevredenheid:

- Ik voel mij gerespecteerd door de medewerkers van Ter Heide (positief).
- De medewerkers hebben zowel oog voor wat er goed loopt als wat er moeilijker loopt. (objectief)
- Ik heb vertrouwen in de zorg (emotioneel, materieel, medisch) die Ter Heide biedt aan mijn kind
- Ik voel mij begrepen door de GB
- Ik vind dat mijn kind en wij als gezin goed worden geholpen

Deze vragenlijst wordt steeds voorgelegd aan het kind, het cliëntsysteem, de aanmelder en betrokken (interne) hulpverleners. We investeerden tevens in tablets en 'google forms', zodat deze makkelijk digitaal ingevuld en verwerkt kunnen worden. In 2020 kregen we reeds de eerste resultaten. Deze willen we graag in 2021 kritisch benaderen met het oog op het uitzetten van verbetertrajecten.

Naast deze kwantitatieve methodiek willen we een kwalitatieve piste uitwerken.

We vinden het belangrijk om ook de ‘zachte kampvuurverhalen’ te capteren. Hiervoor installeren we graag een focusgroep van ouders die (occasioneel) samenkomen om input te verkrijgen i.f.v. de verbetertrajecten.

We besluiten groeiniveau 3 te scoren. We hebben een duidelijke procedure en een systematische methodiek ter afname. De resultaten geven input voor verbetertrajecten en beleidsmatige beslissingen. Deze vragenlijst is niet exhaustief. Aan de hand van bepaalde scores zullen we de stellingen nog meer verdiepend bevragen.

### c. Effect van de hulpverlening: groeiniveau 4 (stijging)

We hebben reeds vermeld dat we in 2020 onze missie hernieuwd hebben. Deze interessante oefening met interne en externe stakeholders vormt de basis om de indicator doelrealisatie uit te werken. Het traceert of en in hoeverre het aanbod van het OOOC correspondeert met de gestelde doelstellingen die worden omschreven in de missie en de visie.
De indicator doelrealisatie wordt bevraagd a.d.h.v. onderstaande stellingen:

- De oriëntatie biedt een antwoord op de vragen die ik en mijn gezin formuleerden/stelden tijdens de intake.
- Ik ervaar meer inzicht ten aanzien van de moeilijkheden die we ervoeren bij de aanmelding.
- Het verloop en het resultaat van het onderzoek worden op een begrijpelijke manier uitgelegd.

We stipuleren graag het belang van een brede reikwijdte van doelrealisatie. Zo nemen we deze bevraging (naast jongeren, cliënten en CPA) ook af bij alle betrokken (interne) hulpverleners binnen het begeleidingstraject. Dit geeft input om het effect van onze kernopdracht blijvend te optimaliseren.
Binnen onze organisatie is het mogelijk om de indicator doelrealisatie na te gaan op korte termijn, wat ook past binnen de kernopdracht van een OOOC. Op lange termijn spreken we liever van de term effectiviteit van handelingsgerichte diagnostiek (met bijhorend advies) of impact (in hoeverre heeft diagnostiek een impact gehad op het cliëntsysteem). OOOC Ter Heide is steeds vragende partij geweest om het kwalitatief onderzoek ‘Longitudinale opvolging van de handelingsgerichte adviezen in de OOOC van Vlaanderen, opgesteld in samenwerking met de federatie OOOC en prof. dr. Guy Bosmans’ uit te voeren. Deze vraag heeft reeds een heel proces afgelegd (zie vorige jaarverslagen) maar blijven we naar voor schuiven als essentiële feedback over onze kernopdracht.

Een laatste gekozen indicator binnen effect van hulpverlening is ‘uitval’. Dit wordt gescoord als de hulpverlening eenzijdig vanuit het cliëntperspectief of vanuit het perspectief van de voorziening wordt stopgezet. In 2020 werden er geen trajecten stopgezet. Dit cijfer is echter relatief, daar de termijnen van trajecten eerder kort zijn. Desalniettemin maken we ons sterk dat we blijvend zoeken naar een bepaalde aanpak en indicerende doelstellingen om het effect van onze opdracht maximaal te benutten.

Het scoren van een groeiniveau was niet makkelijk. Collega’s drongen erop aan groeiniveau 4 te scoren. Voor alle stellingen hebben we (minstens) een aanzet gegeven:

- We gebruiken eigen gegevens om effectiviteit na te gaan
- We zijn initiatiefnemer om, i.s.m. de KULeuven en het Kwaliteitscentrum voor diagnostiek, een longitudinaal onderzoek handelingsgerichte diagnostiek in de Vlaamse OOOC uit te voeren. Op vraag van het Agentschap wordt de onderzoeksvraag intersectoraal aangepast en in 2021 opnieuw ingediend ter goedkeuring en financiering.

- De opmaak van de vragenlijsten zijn gebaseerd op wetenschappelijke literatuur
- We gaven reeds een aanzet om de eerste resultaten van de vernieuwde vragenlijst te linken aan andere kernprocessen, zoals cliëntparticipatie.

Groeiniveau 4 is te verantwoorden, maar vraagt toch een verdere verdieping en implementatie in 2021. Om die reden willen we verder inzetten op:

- Evaluatie van de vragenlijsten
- Analyse en interpretatie van de outcome van de vragenlijsten
- Terugkoppelen van bevindingen naar belangrijke stakeholders
- Verbeteracties formuleren en implementeren
- Referentiegroepen (evaluatie doorheen het traject)
- Oudergroepen (éénmalig kwalitatief onderzoek) worden geïmplementeerd.

Medewerkersresultaten

### a. Personeelstevredenheid: groeiniveau 4 (zelfde als in 2019)

In de kwaliteitsplanning voor 2020 werd het opvolgen van het psycho-sociaal welbevinden van collega's prioritair naar voor geschoven. Gezien de complexiteit van dossiers en de intensiteit van de werking is het nodig te blijven investeren in bevlogenheid van personeel. Om dit op een systematische wijze in beeld te brengen, gebruiken we de Welfie. Deze methodiek gaat na wat het totaalbeeld van het werkvermogen binnen onze organisatie is en is geheel anoniem. Het geeft ons een goed en constructief beeld omtrent aanwezige competenties, waarden en normen, draagkracht en draaglast. Het geeft tevens enkele concrete handvaten om het werkvermogen bij de medewerkers te verbeteren, zodat zij zo lang mogelijk productief en met zin aan het werk blijven. We gebruiken deze bevraging dan ook graag als basis voor het uitzetten van beleidsbeslissingen omtrent 'werkbaar werk'.

Binnen de bevraging van 'inputfactoren' (via PROSE) werd er tevens een positieve score gemeten op de stellingen:

- Leidinggevenden stimuleren de medewerkers tot het nemen van initiatief en verantwoordelijkheid (met een score van 4 op 5)
- De leidinggevenden volgende de prestaties en resultaten van medewerkers goed op (met een score van 3.7 op 5)

Beide scores zijn voor de directie een indicator dat de vooropgestelde visie geïmplementeerd wordt: we willen ruimte bieden om talenten te ontplooien, verbondenheid creëren en autonomie voor medewerkers bewerkstelligen. We vinden het belangrijk om een goed evenwicht na te streven tussen werkdruk (eigen aan de werkvorm) en zorg voor elke medewerker als individu, rekening houdend met de belangen van de organisatie. Afstemming tussen werk en privé is hierbij belangrijk, met flexibiliteit die in beide richtingen werkt. Om die reden werd binnen de werkgroep communicatie ook zeer gehard gewerkt aan:

- Verwachtingen van elk functieprofiel
- Hulpbronnen en communicatielijnen
- Policy rond structureel thuiswerk in het 'nieuwe normaal' (post-corona). Deze oefening bestendigen we diepgaander in 2021.

Binnen medewerkerstevredenheid blijven we investeren in het systematisch installeren van personeelszorg (door een externe coach), supervisie (door kinderpsychiater of medewerker van GGZ), raad der wijzen (beleidsadviezen voor werkbaar werk vanaf 45 jaar), ontbijtmomenten als informeel moment in verbondenheid,…

We durven hierdoor stellen dat we groeiniveau 4 toekennen. Er worden verschillende kanalen voor evaluatie geïnstalleerd en er zijn verschillende platformen waar deze resultaten worden gelinkt aan processen binnen de organisatie. We staan actief stil bij resultaten en trachten deze systematisch te verwerken in verbetertrajecten.

### b. Medewerkersresultaten, indicatoren en kengetallen (objectieve personeelsgegevens): groeiniveau 3 (daling in vergelijking met 2019)

Als organisatie trachten we op systematische wijze personeelskengetallen bij te houden. Deze oplijsting, evaluatie en bijsturing gebeurt in een specifieke werkgroep (arbeidstijd), waarin het directieteam en het diensthoofd administratie zetelen. Agendapunten zoals het continu afwegen van de caseload tegenover het aanwezige personeelsbestand, opvolgen van het ziekteverzuim, het inzetten en opvolgen van extra middelen van een uitbreidingsbeleid,… worden in deze werkgroep onder de loep genomen.

Waar we de vorige jaren groeiniveau 4 toekenden, zijn we deze keer strenger voor onszelf geweest. We hadden vooropgesteld deze kengetallen meer systematisch te linken met kernprocessen: ‘welke invloed heeft caseload, ziekteverzuim, gemiddeld aantal jaren ervaring binnen disciplines,… op onze kernprocessen?’ Om dit te correleren, dienen we verder te staan binnen het onderzoek naar effectmeting van de aangeboden hulp. We hopen dat deze indicator in de toekomst een sturend kader biedt om inputfactoren aan te linken.

Om die reden scoren we groeiniveau 3. We verzamelen reeds doordacht en systematisch kengetallen, maar zetten nog onvoldoende systematisch acties op in samenhang met kernprocessen.

Samenlevingsresultaten

### a. Waardering strategische partners: groeiniveau 4 (zelfde als 2019)

Vanuit Ter Heide sturen wij – na afronding van een dossier – steeds een tevredenheidsmeting naar de verwijzer. In 2020 hebben we deze evaluatie opgenomen in de bevraging van effectmeting via google forms (cfr effectmeting supra). Vorig jaar was een overgangsjaar, waarin we beide vragenlijsten gebruikten. Dit laat ons niet toe om specifieke conclusies te generaliseren, daar ze elk verschillende stellingen bevragen en scoren. Omwille van de wissel in methodiek hebben we tevens een lagere respons. We kiezen er dan ook voor om in dit verslag geen concrete scores weer te geven. We tonen hiermee wel aan dat we systematisch onze maatschappelijke opdracht actualiseren en rekening houden met de impact op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie.
We scoren groeiniveau 4: vanuit onze hernieuwde visie capteren we maatschappelijke tendensen binnen een systematische evaluatie. De evaluatie biedt de basis voor het uitzetten van verbetertrajecten over verschillende domeinen heen.

### b. Maatschappelijke opdracht en tendensen: groeiniveau 4 (zelfde als in 2019)

We benadrukten reeds dat we in 2020 een proces startte naar heractualisering van de missie, visie en strategische doelstellingen. Om deze oefening te onderbouwen, hielden we een stakeholderanalyse, waarbij we alle belangrijke interne en externe partners bevroegen rond evoluties op niveau van de cliënt, organisatie en maatschappij. Deze oefening zetten we verder in 2020 en onderschrijft onze intentie om specifiek stil te staan bij onze maatschappelijke opdracht.

'Vanuit de actualisatie van de maatschappelijke opdracht, rekening houdend met maatschappelijke tendensen en de impact op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie, zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.' Een doelstelling die we onderschrijven en willen realiseren op verschillende sporen:

i. In deel 1 wordt benadrukt dat we zeer veel belang hechten aan een goede outcome van onze reguliere werking. Het netwerk gericht werken daagde ons desalniettemin uit om kritisch onze core-business te benaderen. We vinden het belangrijk om handelingsgerichte diagnostiek zo effectief, laagdrempelig en flexibel mogelijk in te zetten. Dit inspireert ons om (intersectoraal) onze expertise in te zetten en te delen binnen de verschillende werven:
   a. Werf 1: We namen actief deel aan de verdere uitrol en implementatie van 1G1P, met inbegrip van de verdere uitbreiding van het samenwerkingsverband. We gaven reeds aan dat we, omwille van corona, in 2020 maar 7 dossiers 'screenden' (ipv de vooropgezette 10 dossiers). We hebben getracht om deze middelen en expertise dan in te zetten naar consult/intervisie en op die manier de continuïteit van trajecten te ondersteunen. Binnen werf 1 was er een constructieve samenwerking met CGG de Pont. We kwamen hiermee tegemoet aan de verbeteractie 'blijvend aandacht hebben voor het capteren van maatschappelijke tendensen, met specifieke aandacht voor afstemming met GGZ', dat in 2019 prioritair naar voor werd geschoven. We hopen deze afstemming te continueren en verder te verdiepen in 2021.
   b. Werf 2: in 2020 investeerden we actief in (vrijwillige) deelname aan de zorgtafels in Vlaams-Brabant. Naast deelname engageerden we ons om kritisch stil te staan bij de inzet en effectiviteit van deze methodiek. Dit vormde tevens een hefboom om binnen de provincie verder na te denken rond innovatieve, diagnostische ondersteuning binnen RTH. We hopen deze oefening te continueren in 2021.
   c. Werf 3: Binnen de samenwerking met jeugddorp hebben we diagnostiek aangeleverd voor één jongvolwassen die verbleef in de kleine wooneenheid van Kaizen. Omwille van corona is dit bij dit ene dossier gebleven.

ii. Het aanbieden van diagnostiek binnen RTH is een kruisbestuiving. Het is niet enkel aanleveren van (diagnostische) expertise, maar een wederzijds leren. Ook het uitbouwen van een crisisbegeleiding brengt nieuwe inzichten en tools. Het heeft een zichtbare impact op onze kernprocessen: participatie van cliënten, evolutie binnen verslag, Sings of Safety, betrekken van informeel netwerk,… Diverse verbeteracties die reeds in dit verslag besproken zijn.

iii. We hebben in 2020 expertise ontwikkeld in het (vermoeden van) radicaliseringsprocessen. Naar aanleiding van signalen die we meer en meer opmerkten binnen de leefgroepwerking, werkten we een draaiboek uit om dit gevoelig thema zo onderbouwd mogelijk met zorg te benaderen. We werkten hierbij nauw samen met experten binnen de Politiezone, de stad Mechelen (dienst Positieve identiteit en Maatschappijvorming) en kregen ondersteuning van een docent van de KDG Hogeschool.

Dit laatste segment brengt het hele kwaliteitsverslag samen. We zijn in deel 1 gestart met het onderstrepen van belangrijke kwantitatieve indicatoren: het aantal behandelde dossiers, de duurtijd ervan, de verscheidenheid aan aanmelders, aangemelde problematiek en de wachttijd tot opstart. Dit zijn sturende 'check and balances' in het capteren van tendensen binnen onze voorziening. We trachten hier zo onderbouwd mogelijk een antwoord op te bieden (cfr actualisatie van missie/visie) en de verschillende inputfactoren (zoals leiding geven, inzet personeel, strategie, middelen en communicatie) hierop af te stellen.
Deze afstemming heeft een rechtstreekse invloed op onze kernprocessen, wat we uitgebreid beschreven in dit 2$^{de}$ deel. We hopen dat het continu doorlopen van deze cirkel en deze positieve 'outcome' hiervan een positieve invloed heeft op de kwantitatieve indicatoren van deel 1.
Om die reden schreven we in ons voorwoord dat dit kwaliteitsverslag ook een beleidsmatig document is. Het onderschrijft keuzes en accenten en vormt de basis in communicatie met belangrijke stakeholders, zowel met het Agentschap, maar ook indirect met (regionale) collega voorzieningen binnen het samenwerkingsverband en de ITP.

Afsluitend kunnen we stellen dat we onszelf groeiniveau 4 scoren. We durven zelfs stellen dat we een aanzet leveren om naar groeiniveau 5 te gaan. Zo nemen we binnen de federatie OOOC een voortrekkersrol op rond de inzet van diagnostiek binnen RHT en hebben we pioniersrol binnen Trawant.

## 4. KWALITEITSPLANNING

- De vooropgestelde missie verder vertalen naar visie en strategische doelstellingen in systematische dialoog met belangrijke stakeholders
- Blijvende aandacht voor het capteren van maatschappelijke tendensen. We willen een actieve rol spelen in visieontwikkeling en implementatie binnen het samenwerkingsverband, zowel de verschillende werven als binnen de 'Ideale Wereld'
- Cliëntparticipatie rond belangrijke thema's, zoals bijvoorbeeld 'onthaal', dossierbeheer, etc.. Dit capteren we zowel via kwantitatieve bevraging rond effectmeting, als kwalitatief tijdens het organiseren van een ouderavond.
- Verder inzetten op vorm, inhoud en finaliteit van verslaggeving
- Kritisch nadenken omtrent mogelijkheden tot nazorg binnen de huidige en structuren. Expliciet de link leggen met bijvoorbeeld 'De Ideale wereld' om ook durven na te denken buiten de bestaande structuren.
- De nieuwe bevraging van cliëntparticipatie en effectmeting verder implementeren en inhoudelijk verdiepen.
- Het psycho-sociaal welbevinden van collega's nauw opvolgen en blijvend investeren in bevlogenheid van personeel, in casu door verdere opvolging en implementatie verbetertrajecten die we weerhielden vanuit bevraging Welfie.
- Inzetten op profilering van het diagnostisch aanbod, zowel voor ons regulier aanbod (NRTH) als onze diagnostische inzet binnen RTH.

# Slotwoord

2020 was een bijzonder jaar. We horen heel vaak zeggen: ‘Een jaar om snel te vergeten’. Of juist niet?

*“When the going gets tough, the tough get going”.* Dit bekend gezegde omschrijft dat in heel moeilijke omstandigheden, krachtige mensen opstaan. Het was ongelooflijk te zien hoe het team, onze organisatie, en bij uitbreiding de sector de rug rechtte in 2020. We willen in dit slotwoord onze oprechte dank betuigen. In de eerste plaats aan het voltallige team: in moeilijke omstandigheden, met heel veel twijfels en angst, bleef de zorg voor onze kinderen, jongeren en cliënten centraal staan. Maar ook aan de Raad van Bestuur, die met hun betrokkenheid, raad en daad de organisatie mee (onder)steunden. Het Agentschap Opgroeien, voor hun financiële en logistieke ondersteuning, maar ook de hulp en betrokkenheid bij onduidelijkheden of een outbreak. De buurtbewoners, die ons speelgoed en materiaal doneerden voor kinderen en jongeren. Sponsors, voor die extra ondersteuning in (financieel) onzekere tijden. Een diepe buiging voor alle inzet, engagement en hulp!

We doen oneer aan alle inspanningen als we stellen dat we in 2020 enkel de zorg voor cliënten continueerden. We investeerden sterk in input-, kern –en outputprocessen. Samenwerking bleef zeer belangrijk: zowel regionaal binnen het samenwerkingsverband Trawant, provinciaal binnen tal van stuurgroepen en in dialoog met ITP, op Vlaams niveau met de Federatie OOOC en het Agentschap.

Het team van Ter Heide staat klaar om met grote inzet 2021 in te gaan! De corona-pandemie was zwaar, maar we zijn beducht voor de latente problematieken ten gevolgen hiervan. De sociale sector staat de volgende jaren voor een grote uitdaging. Diagnostiek wordt een belangrijk onderdeel van een (onderbouwd) antwoord hierop. We zetten onze schouders mee onder deze uitdaging!

Als u vragen of bedenkingen hebt bij wat u las, mag u steeds contact met ons opnemen.

Het team van Ter Heide

# Bijlagen - Tabellen indicatoren

I. Leeftijd

| reguliere begeleidingen | | |
|---|---|---|
| **Leeftijd bij start begeleiding** | **aantal** | **%** |
| 1 jaar | 1 | 2 |
| 2 jaar | 3 | 5,17 |
| 3 jaar | 1 | 1,72 |
| 4 jaar | 1 | 1,72 |
| 5 jaar | 2 | 3,45 |
| 6 jaar | 3 | 5,17 |
| 7 jaar | 4 | 6,90 |
| 8 jaar | 4 | 6,90 |
| 9 jaar | 9 | 15,52 |
| 10 jaar | 2 | 3,45 |
| 11 jaar | 4 | 6,90 |
| 12 jaar | 2 | 3,45 |
| 13 jaar | 4 | 6,90 |
| 14 jaar | 6 | 10,34 |
| 15 jaar | 6 | 10,34 |
| 16 jaar | 3 | 5,17 |
| 17 jaar | 3 | 5,17 |
| **TOTAAL:** | **58** | **100** |

II. Geslacht

| | **2020** | |
|---|---|---|
| | **Aantal** | **%** |
| Jongens 0 - 11 jaar | 21 | 36,21 |
| Jongens 12 - 18 jaar | 8 | 13,79 |
| **subtotaal jongens** | **29** | **50,00** |
| Meisjes 0 - 11 jaar | 13 | 22,41 |
| Meisjes 12 - 18 jaar | 16 | 27,59 |
| **subtotaal meisjes** | **29** | **50,00** |
| **TOTAAL** | **58** | **100** |

III. Nationaliteit

42 Jongeren waren van allochtone herkomst (we beschouwen iemand als allochtoon als minstens 1 van de grootouders migrant is).
Van deze jongeren hebben 27 jongeren de Belgische nationaliteit.

| | 2018 | | 2019 | | 2020 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Etnische afkomst** | **aantal** | **%** | **aantal** | **%** | **aantal** | **%** |
| Autochtoon | 48 | 53,93 | 54 | 49,09 | 49 | 53,85 |
| Allochtoon | 41 | 46,07 | 56 | 50,91 | 42 | 46,15 |
| **Totaal** | **89** | **100** | **110** | **100** | **91** | **100** |

15 Jongeren (of 16,48%) hebben een buitenlands paspoort.
Als we dit specifiëren voor onze reguliere modules verblijf en diagnostiek krijgen we onderstaand overzicht.

| | 2020 | | 2020 | |
|---|---|---|---|---|
| **Etnische afkomst** | **aantal** | **%** | **regulier** | **%** |
| Autochtoon | 49 | 53,85 | 38 | 65,52 |
| Allochtoon | 42 | 46,15 | 20 | 34,48 |
| **Totaal** | **91** | **100** | **58** | **100** |

| | 2020 | |
|---|---|---|
| **NATIONALITEIT** | **Aantal** | **%** |
| Belg | 52 | 89,66 |
| Rusland | 1 | 1,72 |
| Sierra Leone | 2 | 3,45 |
| Angola | 1 | 1,72 |
| Syrië | 1 | 1,72 |
| Thailand | 1 | 1,72 |
| **TOTAAL** | **58** | **100** |

| **Land van origine** | **Aantal** | **%** |
|---|---|---|
| België | 38 | 65,52 |
| Polen | 1 | 1,72 |
| Roemenië | 1 | 1,72 |
| Marokko | 4 | 6,90 |
| Sierra Leone | 2 | 3,45 |
| Angola | 1 | 1,72 |
| Congo | 1 | 1,72 |
| Thailand | 1 | 1,72 |
| Rusland | 1 | 1,72 |
| Syrië | 1 | 1,72 |
| Servië-Montenegro | 1 | 1,72 |
| Kosovo | 3 | 5,17 |
| Brazilië | 1 | 1,72 |
| Nicaragua | 1 | 1,72 |
| Surniname | 1 | 1,72 |
| **TOTAAL** | **58** | **100** |

IV. Gezinssituatie bij opname van de jongeren

| | 2020 | |
|---|---|---|
| | AANTAL | % |
| beide ouders aanwezig in gezin | 16 | 27,59% |
| éénoudergezin moeder | 16 | 27,59% |
| éénoudergezin vader | 4 | 6,90% |
| Nieuw Samengesteld Gezin moeder | 17 | 29,31% |
| Nieuw Samengesteld Gezin vader | 3 | 5,17% |
| gezin niet aanwezig | 1 | 1,72% |
| familie | 1 | 1,72% |
| **TOTAAL** | **58** | **100%** |

| **Arbeidssituatie opvoedingsfiguren in gezin** | **aantal** | **%** |
|---|---|---|
| inkomen uit arbeid voltijds | 26 | 44,83% |
| inkomen uit arbeid deeltijds | 8 | 13,79% |
| wisselende arbeidssituatie | 0 | 0,00% |
| vervangingsinkomen | 23 | 39,66% |
| geen | 0 | 0,00% |
| onbekend | 1 | 1,72% |
| **TOTAAL:** | **58** | **100%** |

We onderscheiden in de arbeidssituatie van de opvoedingsfiguren twee groepen. 58,6 % van de opvoedingsfiguren haalt een inkomen uit arbeid (voltijds/deeltijds) tegenover 39,6% van de opvoedingsfiguren die een vervangingsinkomen genieten.

| **Huisvesting opvoedingsfiguren** | **aantal** | **%** |
|---|---|---|
| onbekend | 9 | 15,52% |
| positief | 34 | 58,62% |
| negatief | 15 | 25,86% |
| **TOTAAL:** | **58** | **100%** |

Bij het scoren van de huisvesting wordt rekening gehouden met de aanwezige nutsvoorzieningen (elektriciteit, gas, water, badkamer, verwarming en kookgelegenheid), de leefruimte in functie van de gezinsgrootte en de staat van de woning (gezonde/veilige woning). Indien één van de bovenstaande kenmerken aanwezig zijn, is er sprake van een negatieve score. Bij bilocatie regeling wordt de gezinssituatie waar de jongere gedomicilieerd is geregistreerd
In 58,6% van de opvoedingssituaties werd een positieve huisvesting weerhouden. In 15,5 % van de gezinnen werd de huisvesting als negatief beoordeeld.

| Gezondheid opvoedingsfiguren | aantal | % |
|---|---|---|
| onbekend | 2 | 3,45% |
| positief | 33 | 56,90% |
| negatief | 23 | 39,66% |
| **TOTAAL:** | **58** | **100%** |

De gezondheidstoestand van de opvoedingsfiguren houdt rekening met de lichamelijke en/of geestelijke gezondheid, de aanwezigheid van chronische ziektes en/of handicaps in het gezin of de aanwezigheid van een gebrek aan kennis en deelname ten aanzien van de gezondheidszorg. Indien één van bovenstaande kenmerken aanwezig zijn, is er sprake van een negatieve gezondheidssituatie (39,6%). Bij 56,9% van de opvoedingsfiguren wordt een positieve gezondheidssituatie weerhouden.

V. Verblijfsplaats jongeren voor instroom

| 9, Verblijfplaats jongeren bij | |
|---|---|
| Thuis (in gezin van oorsprong) | 34 |
| Thuis met (semi) ambulante bgl | 5 |
| Bij familie | 0 |
| Buren/vrienden | 0 |
| Woont zelfstandig | 0 |
| In begeleid pleeggezin | 2 |
| In begeleid pleeggezin: familie | 2 |
| In voorziening BJB | 8 |
| In voorziening Kind en Gezin | 2 |
| In voorziening Vlaams Fonds | 0 |
| in psychiatrie | 1 |
| zonder gekende verblijfplaats | 0 |
| Internaat | 0 |
| Ontvluchting | 3 |
| Ziekenhuis | 1 |
| Onbekend | 0 |
| Totaal | 58 |

VI. Reden van plaatsing

| Pedagogisch klimaat | 2018 | % | 2019 | % | 2020 | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Problematische opvoedingsstijl | 45 | 64,29 | 37 | 63,79 | 31 | 53,45 |
| Hechtingsproblemen tussen ouder en kind | 35 | 50,00 | 22 | 37,93 | 26 | 44,83 |
| (vermoeden van) emotionele verwaarlozing | 39 | 55,71 | 30 | 51,72 | 20 | 34,48 |
| (vermoeden van) emotionele of psychische problematiek van de primaire opvoeder | 37 | 52,86 | 21 | 36,21 | 13 | 22,41 |
| Vermoeden van (rand)psychiatrische problematiek van de primaire opvoeder | 20 | 28,57 | 17 | 29,31 | 3 | 5,17 |

| Sociaal netwerk en overige omstandigheden | 2018 | % | 2019 | % | 2020 | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Problemen van het gezin met familie | 19 | 27,14 | 4 | 6,90 | 2 | 3,45 |
| Gebrekkig sociaal netwerk | 30 | 42,86 | 15 | 25,86 | 25 | 43,10 |
| Problemen met huisvesting | 20 | 28,57 | 8 | 13,79 | 7 | 12,07 |
| Problemen met financiën | 33 | 47,14 | 9 | 15,52 | 7 | 12,07 |

VII. hulpverleningsgeschiedenis

| Welke soort hulpverlening reeds doorlopen? | Aantal |
|---|---|
| begeleiding onder naam van broer of zus | 1 |
| 1G1P | 2 |
| CLB | 12 |
| crisismeldpunt | 8 |
| crisishulp aan huis | 5 |
| jeugdbrigade | 9 |
| Go_team | 1 |
| Kind & Gezin | 6 |
| Ondersteuningsteam jeugdzorg (OCJ) | 6 |
| thuisbegeleiding (cat 5) | 10 |
| pleeggezinnendienst (cat 7) | 4 |
| Steunpunt Algemeen Welzijnswerk (CAW) | 0 |
| JAC: jongeren adviescentrum (valt onder CAW) | 0 |
| Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) | 7 |
| therapeuten | 7 |
| CKG Kinderopvangcentrum | 7 |
| vertrouwenscentrum (VK) | 7 |
| kinder-en jeugdpsychiatrie | 5 |
| OTA (Ondersteuningsteam Allochtonen) | 0 |
| FJC (family justice center) | 1 |
| dagcentrum (cat 4) | 3 |
| begeleidingstehuis (cat 1) | 4 |
| OOOC (cat 3) | 3 |
| Medisch Pedagogisch Instituut (MPI) | 0 |
| Observatie en Behandelingscentrum (OBC) | 1 |
| gemeenschapsinstelling | 0 |
| internaat | 1 |
| psychiatrie voor ouders | 4 |
| project-school: bvb pros, boerderij | 2 |
| OCMW schuldbemiddeling ouders | 11 |
| revalidatiecentrum | 0 |
| centrum voor ontwikkelingsstoornissen (cos) | 0 |
| vluchthuis | 1 |
| neutrale bezoekruimte | 2 |
| andere: werkstraf, gezinsdiagnostiek en gezinsbehandeling | 1 |

Onderstaande tabel stipuleert of de voorgaande hulpverlening al dan niet residentieel was.

| | Aantal |
|---|---|
| Geen | 9 |
| Ambulant | 36 |
| Semi-ambulant | 3 |
| Residentieel | 17 |