



Dorpsstraat 72 – 3545 Zelem (Halen)
Tel. 013/441122 – Fax 013/443677

dienstencentrum@huizesintvincentius.be
www.huizesintvincentius.be

Lid Vlaams Welzijnsverbond
vzw Ondernemingsnr. 0418480764
BE 53 2300 2092 6253
BIC GEBABEBB

KWALITEITSVERSLAG 2016

INHOUDSTABEL

HOOFDSTUK 1. VISIE OP KWALITEITSBELEID	3
HOOFDSTUK 2. KERNCIJFERS	5
1. Bezetting.....	5
i. Totale bezetting op erkenningsniveau	5
ii. Bezetting per typemodule (op erkenningsniveau).....	5
iii. Bezetting per cluster	5
2. Benutting	6
i. Benutting per typemodule	6
ii. Benutting per cluster.....	7
3. Organisatie in cijfers	7
i. Toelichting bezetting afdeling RAAT	7
ii. Algemene gegevens	9
iii. Intredes	12
iv. Alfabet.....	15
HOOFDSTUK 3. ZELFEVALUATIE	16
1. Beschrijving van het evaluatieproces.....	16
i. Nulmeting.....	16
ii. Meting + 1	16
iii. Meting + 2	17
2. Sjabloon scores.....	17
3. Motivering scores	18
i. Kwaliteitszorg	18
ii. Gebruikersresultaten	19
iii. Kernprocessen.....	20
4. Bespreking verbeteracties gekoppeld aan de scores van de zelfevaluatie	21
i. Personeelsbeleid	21
ii. Verbeteracties	22
iii. Pedagogische profielen	22
iv. Update van de procedures van de kernprocessen.....	22
v. Actieve bekendmaking t.a.v. de buitenwereld.....	23
5. Bespreking andere verbeteracties 2016.....	23
i. Indicatoren kwaliteitssysteem	23
ii. Rapportage kwaliteitswerking.....	24
iii. Onderscheid commissies en werkgroepen	24
iv. Visie op het werken met de context	24
v. Project Back to Basics.....	24
vi. Seksualiteitsbeleid.....	25
vii. Verder lopende verbeteracties	25
HOOFDSTUK 4. KWALITEITSPANNING 2017	26
1. Een korte toelichting bij de verbeteracties	26
i. Methodieken in de hulpverlening	26
ii. Opstellen van een communicatiebeleid.....	26
iii. Pedagogische profielen	26
iv. Vertrouwenspersoon	26
v. Visie op multi-media en vrije tijdsinvulling	26
vi. Brug naar volwassenheid	26
2. Toelichting bij het overzicht.....	27
HOOFDSTUK 5. CENTRAAL KWALITEITSTHEMA	29

HOOFDSTUK 1. VISIE OP KWALITEITSBELEID

Als organisatie zien we kwaliteitsbeleid niet als een apart onderdeel of thema maar als inherent aan alle beleidsdomeinen, zoals de missie, visie en doelstellingen van de organisatie, het pedagogisch beleid, het personeelsbeleid, het financieel beleid, het vormingsbeleid, het preventiebeleid, ... Alle activiteiten binnen de organisatie en hun interactie t.a.v. elkaar dragen bij tot een kwaliteitsvolle werking. Vanuit deze optiek is kwaliteit dan ook een verantwoordelijkheid van elke medewerker binnen de organisatie.

Er werd in het verleden sterk ingezet op de verspreiding en toelichting van deze visie op het kwaliteitsbeleid t.a.v. alle medewerkers en op het gebruik van de PDCA-cyclus tijdens teamvergaderingen en beleidsvergaderingen. De visietekst en de PDCA-cirkel zijn makkelijk raadpleegbaar voor elke medewerker van de organisatie, via het digitale kwaliteitshandboek op de server. Verder werd de PDCA-cirkel op affiches gedrukt, deze visualisatie is in elke afdeling aanwezig.

Hieronder omschrijven we de gerichte focus van het kwaliteitsbeleid in 2016.

Zoals steeds hebben we het afgelopen jaar veel zorg besteed aan een **dagdagelijkse kwalitatieve hulp- en dienstverlening** voor onze cliënten alsook aan een constructieve **samenwerking** met alle interne en externe betrokkenen.

Verder hebben we in 2016 het kwaliteitsbeleid van onze voorziening explicieter ingezet op de **verbetering van het werkkader** voor de medewerkers en dit op verschillende domeinen. De keuze hiervoor was grotendeels het resultaat van een evaluatie van de reorganisatie, doorgevoerd in september 2014. Deze reorganisatie omvatte een omvorming naar een regionaal geclusterd aanbod van hulpverleningsmodules. Zo werd de organisatie ingedeeld in de regio's Oost-Brabant, Zuid-Limburg en West-Limburg. Deze regionale werkingen bestaan naast de afdeling Raat, welke vanuit de specifieke werking als aparte afdeling in de organisatie behouden werd. Aan de evaluatie van de reorganisatie participeerde een representatieve vertegenwoordiging van alle functiegroepen binnen de organisatie.

Een **zelfevaluatie** op basis van de groeiniveaus (meting +1) en een zelfevaluatie op basis van de vernieuwde Prose-bevraging, bevestigden de prioritering van verbeteracties m.b.t. het werkkader voor de medewerkers.

Volgens het basismodel van ons kwaliteitssysteem (EFQM) situeerden de verbeteracties zich als volgt:

- Op het niveau van de inputfactoren: aanpassing van de functieprofielen in functie van de gewijzigde organisatie en vernieuwing van het proces van coaching van personeel; een onderscheid maken tussen interne "commissies" en "werkgroepen"; het verder zetten van de actualisering en toegankelijkheid van het kwaliteitshandboek.
- Op het niveau van de kernprocessen: het actualiseren van de procedures van de kernprocessen, wat een van de belangrijkste actiepunten uit de evaluatie van de reorganisatie bleek te zijn, én hierbij het duidelijk omschrijven van de verantwoordelijkheden van de verschillende functies.

Omdat we zowel bij de nulmeting van 2014, als bij de meting +1 de **bekendmaking naar de buitenwereld** (outputfactoren) lager inschaalden, lag het afgelopen jaar, conform onze meerjarenplanning van kwaliteit, onze tweede focus hierop.

Dit kwaliteitsproces resulteerde in de verdere uitwerking en aanvulling van de **kwaliteitsplanning** (zie verder).

N.a.v. de continue evaluatie van het kwaliteitsbeleid schonken we in de Plan-fase van verbeteracties uitdrukkelijk meer aandacht aan wie **betrokken** wordt en welk mandaat deze betrokkenen hebben (participatieniveau) bij de uitwerking van de verbeteracties. Bovendien probeerden we een minimaal participatieniveau, zijnde informeren, voor alle groepen medewerkers te realiseren.

Vanuit een permanent streven naar kwaliteitsverbetering werd er voor 2016 **een ambitieuze kwaliteitsplanning** opgesteld, met maar liefst 11 verbeteracties, verspreid over zowel inputfactoren, kernprocessen als outputfactoren. Aan het einde van het jaar stelden we dan ook vast dat deze 'volle' kwaliteitsplanning eerder vertragend werkte. Doordat we met verschillende verbeteracties tegelijkertijd bezig waren in werkgroepen met deelnemers uit verschillende functiegroepen, leidde dit ertoe dat de Plan- en Do-fase voor vele van deze verbeterpunten over een te ruime tijdsperiode gespreid werd. De werking van enkele werkgroepen boette in aan efficiëntie en de werkdrukervaring vergrootte. De vooropgestelde kwaliteitsplanning kon niet volledig afgewerkt worden. De Check en Act-verbeterpunten, die volgens de meerjarenplanning mee opgenomen worden in de jaarplanning, konden wel zoals voorzien uitgevoerd worden.

Voor 2017 blijven we achter onze visie op het kwaliteitsbeleid staan. Bij de opmaak van de kwaliteitsplanning houden we echter meer bewust rekening met wat realistisch haalbaar is gedurende dat jaar.

HOOFDSTUK 2. KERNCIJFERS

1. BEZETTING

De bezettingscijfers als indicator werden, conform de instructies rond de inhoud van het kwaliteitsverslag, uit **BINC** gehaald. Naast de BINC-cijfers hield vzw Huize Sint-Vincentius in 2016 ook eigen bezettingscijfers op organisatie- en modulair niveau bij. Volledigheidshalve voegen we deze toe aan het kwaliteitsverslag.

In augustus 2016 startte leefgroep Alfabet op, een afdeling waarin 12 niet-begeleide minderjarige vreemdelingen kunnen verblijven. Cijfers aangaande deze hulpverleningsmodule vermelden we hieronder apart.

i. Totale bezetting op erkenningsniveau

Cijfer BINC:	92.90 %
Cijfers vzw Huize Sint-Vincentius:	92.60 %

Globale bezetting afdeling niet-begeleiding minderjarige vreemdelingen (eigen cijfers): 70.74 %

ii. Bezetting per typemodule (op erkenningsniveau)

- Module verblijf (incl. kamertraining):

Cijfer BINC:	86.30 %
Cijfer vzw Huize Sint-Vincentius:	87.12 % (excl. verblijf NBMV) 86.37 % (incl. verblijf NBMV)

- Module dagbegeleiding in groep:

Cijfer BINC:	110.30 %
Cijfer vzw Huize Sint-Vincentius:	105.04 %

- Module contextbegeleiding i.f.v. autonoom wonen:

Cijfer BINC:	81.40 %
Cijfer vzw Huize Sint-Vincentius:	81.42 %

- Module contextbegeleiding breedsporig:

Cijfer BINC:	108.30 %
Cijfers vzw Huize Sint-Vincentius:	Verrekend in cluster module contextbegeleiding

- Module contextbegeleiding laagintensief:

Cijfer BINC:	91.10 %
Cijfers vzw Huize Sint-Vincentius:	Verrekend in cluster module contextbegeleiding

iii. Bezetting per cluster

- Cluster contextbegeleiding – contextbegeleiding breedsporig, laagintensief en CBAW:

Cijfer BINC:	93.80 %
Cijfer vzw Huize Sint-Vincentius:	93.68 %

- Cluster dagbegeleiding in groep – impact op bezettingspercentage:

- Bezetting incl. dagbegeleiding in groep:

Cijfer BINC:	92.90 %
Cijfer vzw Huize Sint-Vincentius:	92.60 %

- Bezetting excl. dagbegeleiding in groep:

Cijfer BINC:	90.90 %
Cijfer vzw Huize Sint-Vincentius:	91.18 %

2. BENUTTING

Analoog aan de bezetting rapporteren we hier enerzijds de cijfers uit **BINC**, anderzijds de intern gerapporteerde cijfers.

Ook hierbij vermelden we het nieuwe initiatief Alfabet (verblijf NBMV) afzonderlijk.

i. Benutting per typemodule

- Module verblijf (incl. kamertraining):

Cijfer BINC:	61.40 %
Cijfer vzw Huize Sint-Vincentius:	61.40 %

- Module dagbegeleiding in groep:

Cijfer BINC:	64.81 %
Cijfer vzw Huize Sint-Vincentius:	64.81 % <i>(Berekening op 80% aanwezigheid: 81.33 %)</i>

- Module contextbegeleiding i.f.v. autonoom wonen:

Cijfer BINC:	106.73 %
<i>Toelichting berekening:</i>	<i>444u (gepresteerd) / 416 (te presteren)</i>
Cijfer vzw Huize Sint-Vincentius:	Verrekenend in cluster module contextbegeleiding

- Module contextbegeleiding breedsporig:

Cijfer BINC:	99.38 %
<i>Toelichting berekening:</i>	<i>2687.44u (gepresteerd) / 2704 (te presteren)</i>
Cijfers vzw Huize Sint-Vincentius:	Verrekenend in cluster module contextbegeleiding

- Module contextbegeleiding laagintensief:

Cijfer BINC:	105.39 %
<i>Toelichting berekening:</i>	<i>7014.50u (gepresteerd) / 6656u (te presteren)</i>
Cijfers vzw Huize Sint-Vincentius:	Verrekenend in cluster module contextbegeleiding

- *Verblijf niet-begeleide minderjarige vreemdelingen:*

<i>Cijfer vzw Huize Sint-Vincentius:</i>	<i>67.21 %</i>
--	----------------

ii. Benutting per cluster

- Cluster contextbegeleiding – contextbegeleiding breedsporig, laagintensief en CBAW:

Cijfer BINC:	103.78 %
<i>Toelichting berekening:</i>	<i>10145.94u (gepresteerd) / 9776 (te presteren)</i>
Cijfer vzw Huize Sint-Vincentius:	111.71 %
<i>Toelichting berekening:</i>	<i>10080.64u (gepresteerd) / 9024 (te presteren)</i>

- Cluster verblijf:

Cijfer BINC:	61.40 %
Cijfer vzw Huize Sint-Vincentius:	61.40 %

3. ORGANISATIE IN CIJFERS

In onderstaande geven we een overzicht van **andere belangrijke cijfergegevens** binnen onze organisatie.

i. Toelichting bezetting afdeling RAAT

Als kamertrainingssysteem heeft afdeling Raat een officiële erkenning van 12 modules verblijf (waarvan 10 modules verblijf 1 bis en 2 modules verblijf) gekoppeld aan een laagintensieve contextbegeleiding voor adolescenten meisjes.

Van meet af aan stond een sterke focus op context- en netwerkgericht werken centraal in deze werking op maat van de doelgroep meisjes met een complexe meervoudige problematiek. Dit vertaalt zich uiteraard ook in een relatief lagere bezettingsgraad op erkenningsniveau, hoewel de afdeling in 2016 volcontinu 12 of meer dossiers begeleidde, getuige onderstaande cijfers.

Uiteraard kleurt het bezettingscijfer van Raat mee de cijfers van de gehele organisatie, vandaar dat we deze verduidelijking in het kwaliteitsverslag wensen op te nemen.

Bezetting RAAT (op erkenningsniveau):

Totaal:	77.24 %
Verblijf:	51.73 %
Contextbegeleiding:	102.76 %

Bezetting vzw Huize Sint-Vincentius met Raat:

Totaal:	92.60 %
Verblijf:	87.12 %
Contextbegeleiding:	93.68 %

Bezetting vzw Huize Sint-Vincentius zonder Raat:

Totaal:	93.98 %
Verblijf:	91.95 %
Contextbegeleiding:	92.95 %

In december 2016 kreeg de afdeling Raat het CANO-label toegekend en mochten we positief antwoord ontvangen op de uitbreidingsaanvraag voor de modules CBKI (operationeel vanaf 1/04/2017).

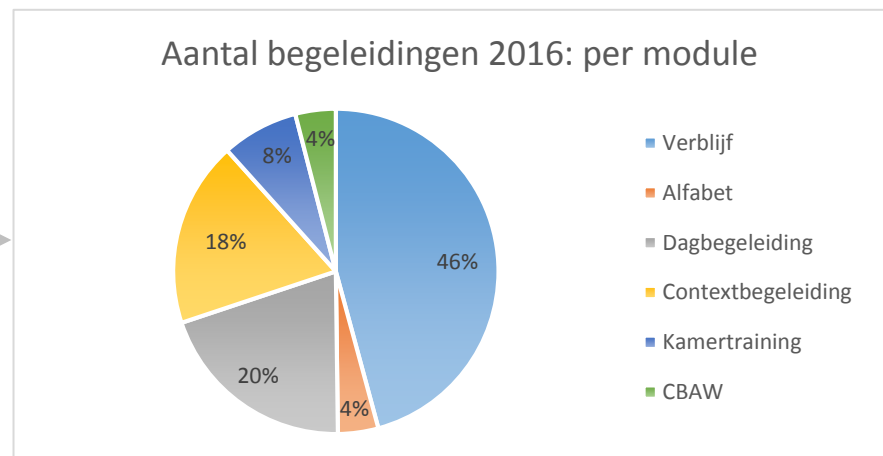
Om de hulpverlening maximaal af te stemmen op de doelgroep, vragen we dan ook een aanpassing van bestaande erkenning naar een meer bij de realiteit aansluitende modulering voor Raat. In 2017 wensen we dit verder vorm te geven in een officiële aanvraag tot ombouw van erkenning.

ii. Algemene gegevens

- **Totaal aantal begeleidingen:**

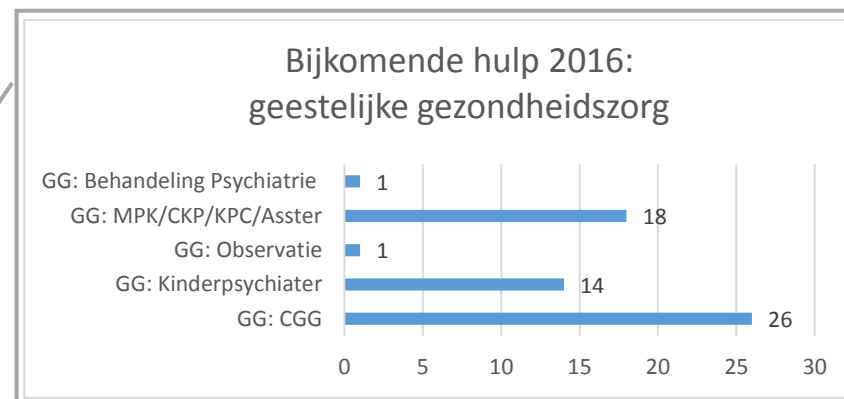
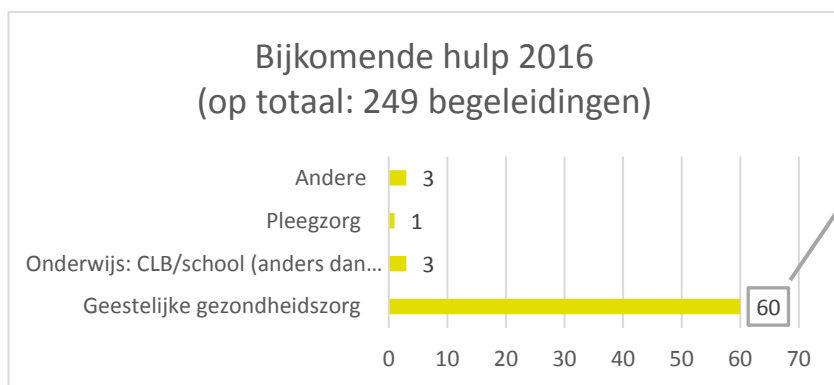
Doorheen het jaar 2016 werden er 249 jongeren en hun context begeleid vanuit onze organisatie. Hieronder een spreidingsoverzicht over modules.

Modules	aantal op 249
Verblijf	114
Alfabet	10
Dagbegeleiding	50
Contextbegeleiding	46
Kamertraining	19
CBAW	10



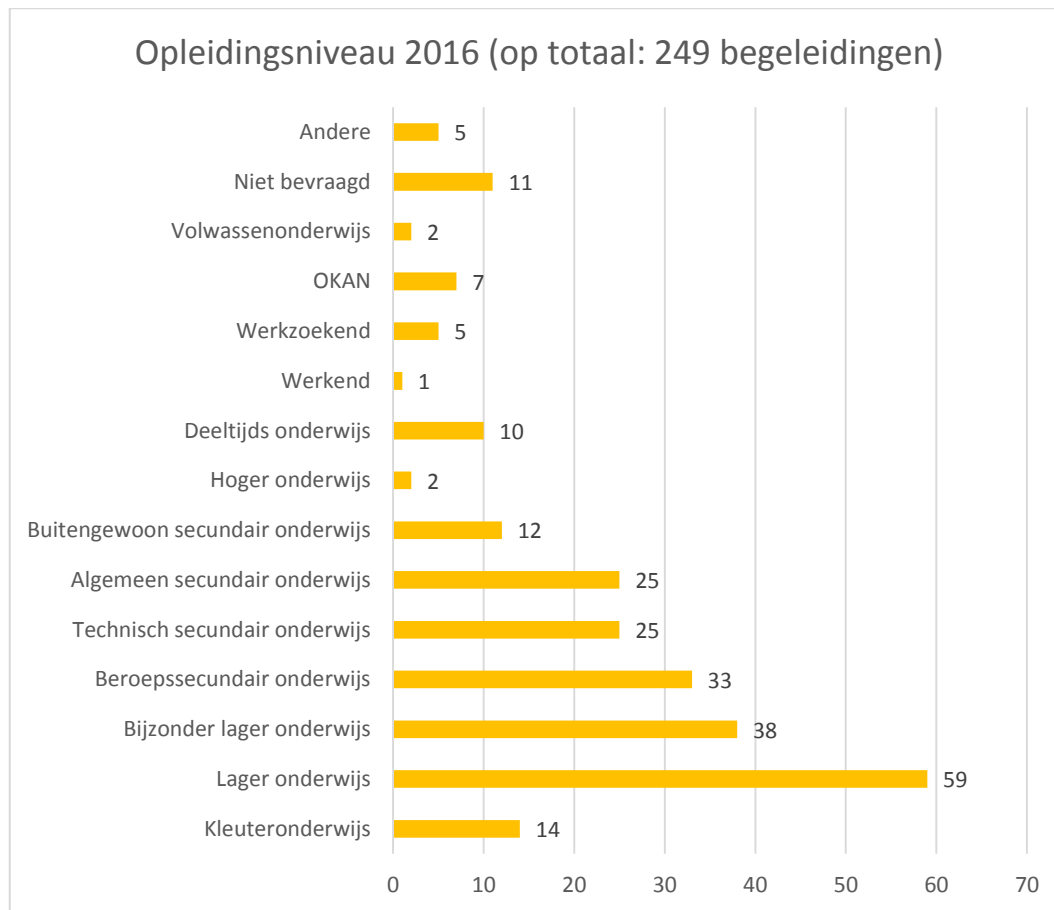
- **Bijkomende hulpverlening:**

Onderstaand overzicht geeft weer in hoeveel dossiers (op een totaal van 249) er bijkomende hulpverlening werd geboden en i.g.v. bijkomende GGZ-ondersteuning een verdere specificering.



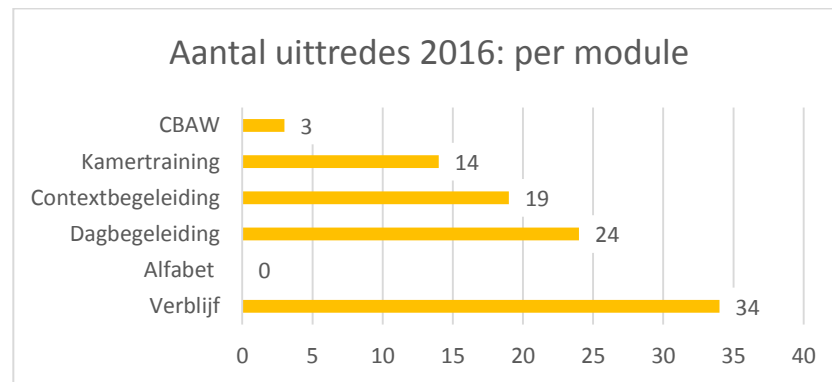
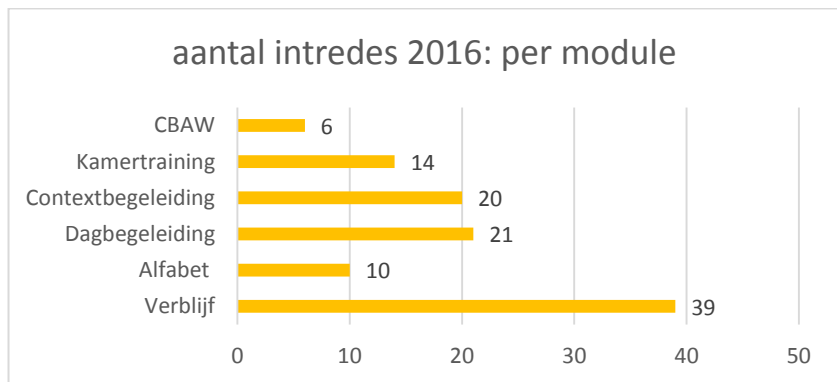
- **Opleidingsniveau:**

Onderstaande grafiek geeft de spreiding in opleidingsniveau weer voor de 249 begeleidingen doorheen 2016.



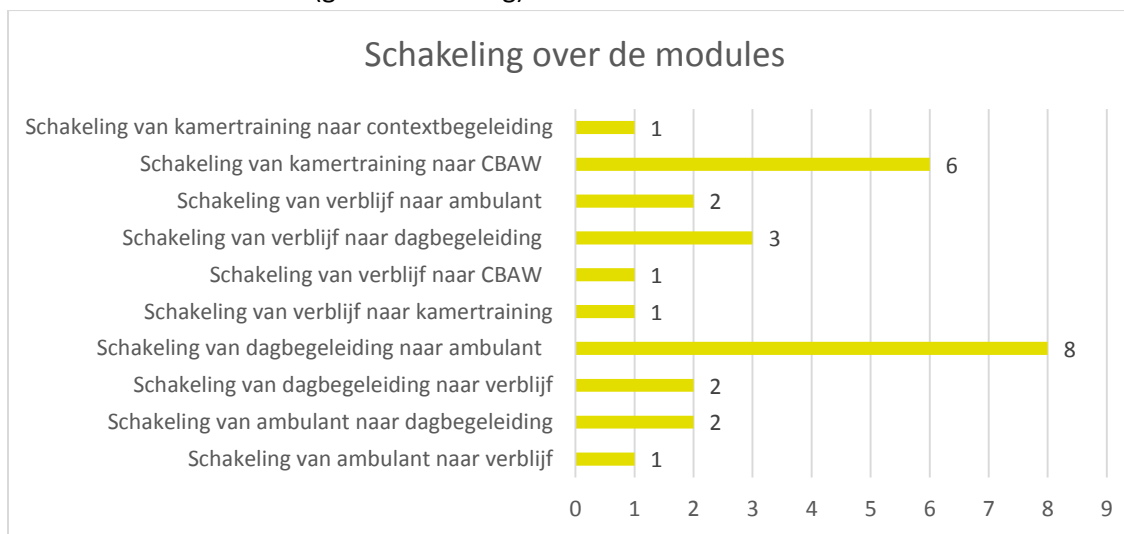
- **Aantal in- en uittredes:**

Doorheen het jaar 2016 werden er 110 begeleidingen opgestart en 94 begeleidingen afgerond binnen de diverse hulpverleningsmodules (cijfers inclusief schakelingen tussen diverse modules). Hieronder een spreidingsoverzicht over modules.



- **Interne schakelingen:**

In 2016 werd er 27 keer geschakeld tussen modules (grote schakeling).

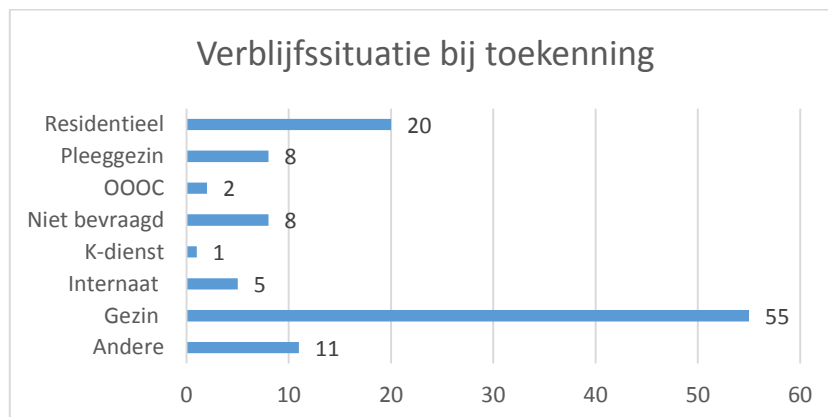


iii. Intredes

In onderstaande geven we wat meer cijfergegevens aangaande de 110 opgestarte begeleidingen doorheen 2016.

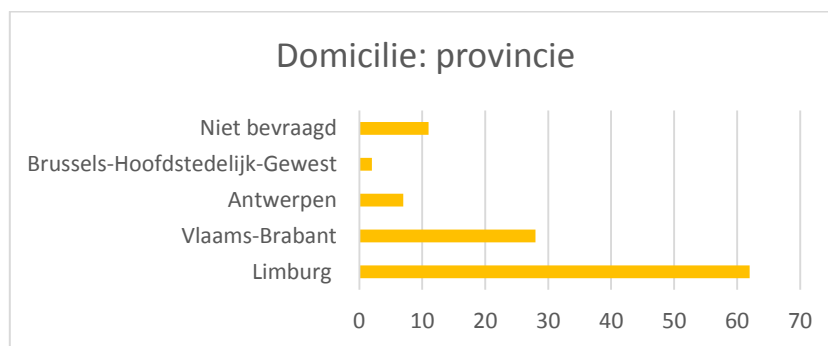
- **Verblijfsituatie bij toekenning:**

Overzicht van de verblijfsituatie van de jongeren bij opstart van de begeleiding. (Op totaal aantal intredes - niet per module uitgefilterd).



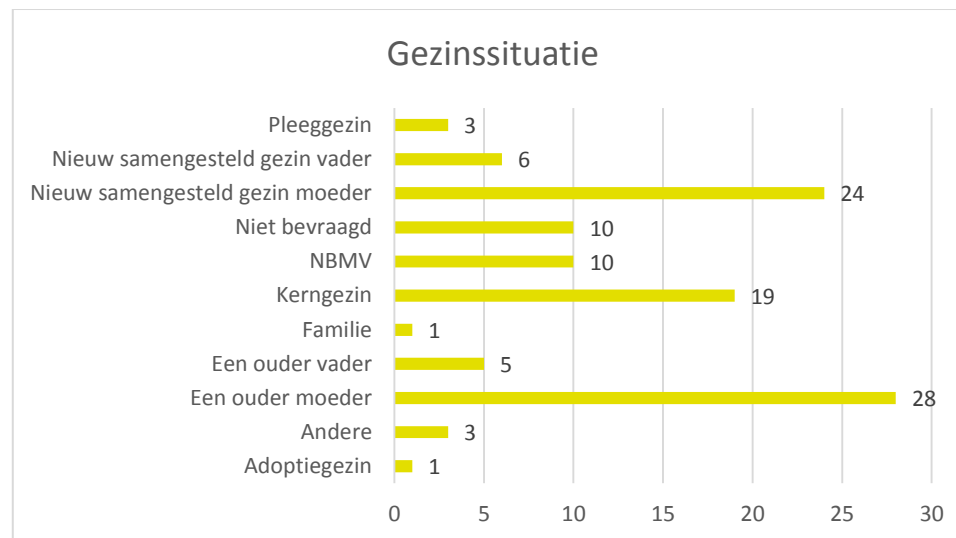
- **Domicilie:**

Spreiding van domicilie-adres bij toekenning over de provincies.



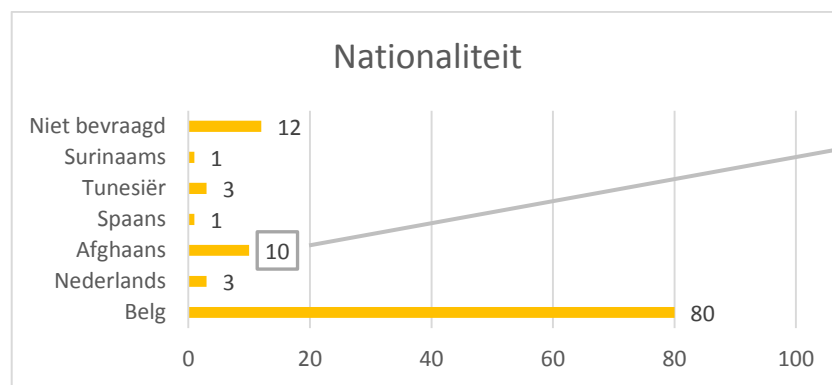
- **Gezinssituatie:**

Overzicht van gezinssituatie bij opstart van begeleiding.



- **Nationaliteit:**

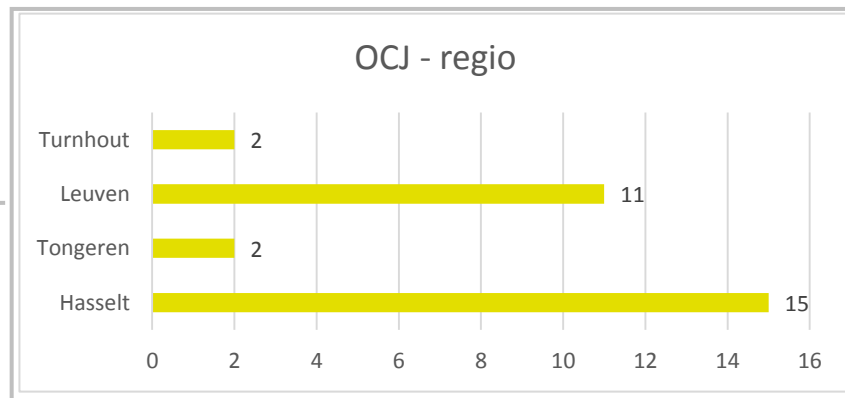
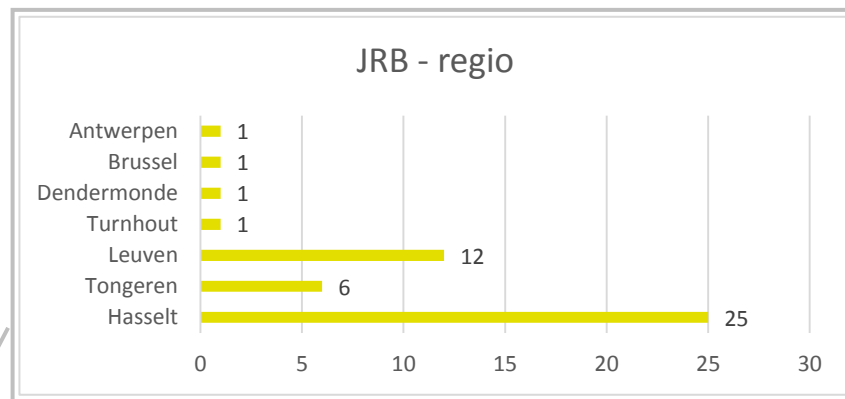
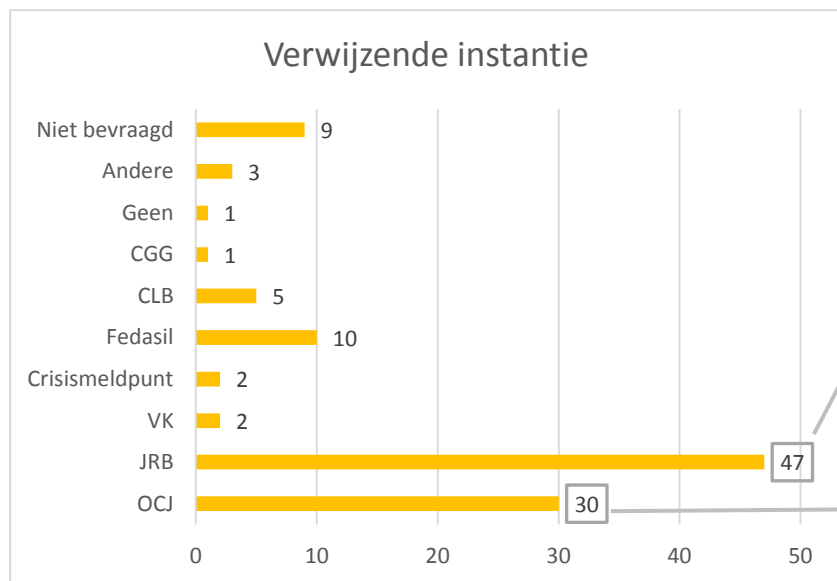
Welke nationaliteit hebben jongeren van wie de begeleiding werd opgestart in 2016.



Bijkomende toelichting:
Alle jongeren (= 10) die opstartten in leefgroep Alfabet (module verblijf NBMV) zijn van Afghaanse afkomst.

- **Verwijzende instantie:**

Via welke dienst (brede instap, gemandateerde voorziening, CMP, ...) dossiers verwezen/aangemeld werden, is terug te vinden in onderstaand overzicht. Alsook de spreiding in regio voor OCJ en JRB.



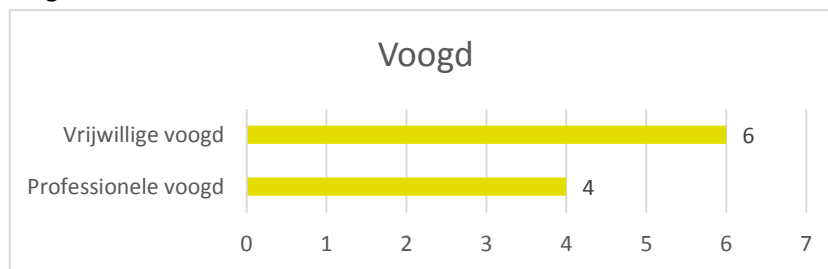
- **Crisisopnames:**

In 13 van de in totaal 110 opgestarte begeleidingen ging het om een hoogdringende hulpvraag (waarvan 6 via het CMP aangemeld).

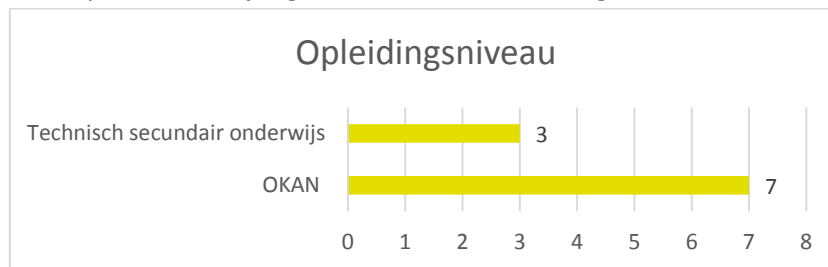
iv. Alfabet

In de zomer van 2016 startte het initiatief Alfabet op. Een leefgroep voor 12 niet-begeleide minderjarige vreemdelingen. Gezien het hier om een apart project gaat binnen de organisatie, plaatsen we hieronder enkele specifieke cijfergegevens betreffende deze module.

- **Aantal begeleidingen:**
Zoals in eerder totaaloverzicht terug te vinden, werden er 10 begeleidingen opgestart in kader van dit nieuwe initiatief.
- **Voogd:**
Overzicht vrijwillige/professionele voogd.



- **Opleidingsniveau:**
Overzicht van gevolgde onderwijsniveau specifiek voor jongeren binnen deze afdeling.



- **Bijkomende hulpverlening:**
20% van de jongeren in leefgroep Alfabet kregen ondersteunende begeleiding vanuit CGG (10%) of vanuit kinderpsychiater (10%).

HOOFDSTUK 3. ZELFEVALUATIE

1. BESCHRIJVING VAN HET EVALUATIEPROCES

i. Nulmeting

In het najaar van 2013 startten we met **het proces van zelfevaluatie** binnen vzw Huize Sint-Vincentius. Tijdens dit proces werden verschillende methodieken ingezet (groepsbespreking, Prose, Quickscan, aftoetsen bij de medewerkers) waardoor we in juni van 2014 tot een eindscore voor alle onderdelen kwamen (zie beschrijving proces en zie eindresultaat in sjabloon). Dit is de **nulmeting**.

Op basis van deze nulmeting, noteerden we een allereerste verbeteracties die we prioriteerden in een meerjaren-kwaliteitsplanning.

In tussentijd werden er reeds een aantal actiepunten uitgewerkt en doorliep onze organisatie een proces van reorganisatie, wat ons het signaal gaf om onze eerste eindconclusie van het zelfevaluatieproces opnieuw onder de loep te nemen.

We kozen hierbij voor een **gefaseerd systeem** van evaluatie, waarbij diverse onderdelen op afzonderlijke momenten werden gerevalueerd. We reflecteerden bovendien over nieuwe methodieken die hierbij ingezet konden worden, zoals bijvoorbeeld de nieuw ontwikkelde vragenlijsten van Prose en een interne audit.

ii. Meting +1

We namen eind 2015 de eerste aanzet tot de her-evaluatie van de onderdelen uit het kwaliteitsmodel. We startten met deze onderdelen die we als **prioritair** te behandelen beschouwden na de eerste eindbeoordeling.

Het betreft de **4 onderdelen uit de inputfactoren**, nl. **kwaliteitszorg** (organisatie en visie, betrokkenheid, methodieken en instrumenten en verbetertraject) en de **gebruikerstevredenheid** bij het onderdeel resultaatsgebieden. Dit is de **meting +1**.

We kozen hierbij voor **de volgende werkwijze**:

1. Scoring groeiveaus: de leden van de beleidsvergadering bereidden de zelfevaluatie individueel voor aan de hand van het overzicht van de onderdelen en de bijhorende beschrijvingen (groeiveaus). Zij gingen bij zichzelf na welke argumenten en indicatoren ze vonden om een score op een bepaald niveau vast te leggen.
2. Interne audit: voor het onderdeel "kwaliteitszorg" ontwierpen we een korte en eenvoudige vragenlijst. Deze vragenlijst werd voorgelegd aan een ruime steekproef van medewerkers en bestuurders.
3. Prose: directie en coördinatoren vulden de Prose-vragenlijst m.b.t. deze thema's in.

Tijdens de beleidsvergadering van januari 2016 werd alle input verzameld en werd, op basis van het resultaat van de analyse van voorgaande fases, getracht tot een consensus eindscore te komen voor alle betrokken onderdelen. Dit resultaat werd dan in een overzicht gegoten.

iii. Meting +2

In een tweede fase werden de thema's van het onderdeel "**kernprocessen**" gereviseerd. Dit gebeurde in het voorjaar van 2016.

We kozen voor 2 methodieken:

1. Interne audit: een zelf ontworpen vragenlijst betreffende kernprocessen gericht naar alle contextbegeleiders en groepbegeleiders.
2. Prose: daarnaast gebruikten we opnieuw de vernieuwde vragenlijsten van Proze m.b.t. de kernprocessen, welke door de coördinatoren ingevuld werd.

Dit is onze **meting +2**.

2. SJABLOON SCORES

Naam Inrichtende Macht:	Vzw Huize Sint-Vincentius
Naam Organisatie:	Vzw Huize Sint-Vincentius
Erkenningsvorm:	OVB

Zelfevaluatie	2014	2015	2016	2017
Kwaliteitszorg	nulmeting		meting +1	
			meting +2	
Organisatie en visie	2	-	<u>2</u>	
Betrokkenheid	2	-	<u>2</u>	
Methodieken en instrumenten	2	-	<u>3</u>	
Verbetertraject	2	-	<u>5</u>	
Kernprocessen				
Onthaal van de gebruiker	3	-	<u>2</u>	
Doelstellingen en handelingsplan	3	-	<u>3</u>	
Afsluiting en nazorg	3	-	<u>2</u>	
Pedagogisch profiel	2	-	<u>3</u>	
Dossier-beheer	3	-	<u>2</u>	
Gebruikersresultaten				
Klachten-behandeling	3	-	<u>3</u>	
Gebruikers-tevredenheid	2	-	<u>3</u>	
Effect van de hulpverlening	1	-	<u>2</u>	
Medewerkersresultaten				
Personeels-tevredenheid	2	-	2	
Indicatoren en kengetallen	3	-	3	
Samenlevingsresultaten				
Waardering strategische partners	2	-	2	
Maatschappelijke opdrachten / tendensen	2	-	2	

3. MOTIVERING SCORES

We geven in het sjabloon de scores van de nulmeting uit 2014 weer om kwaliteitsevoluties van de subthema's d.m.v. de scores van de meting +1 en de meting +2, te kunnen opvolgen.

We **motiveren** hieronder de scores van de meting +1 en deze van de meting +2, allebei uitgevoerd in 2016.

We verwijzen vervolgens kort naar de zorginspectie, die gebeurde in het kader van de wijzigingen m.b.t. kwaliteitsbeleid sinds 1/03/2014. Deze inspectie ging door op 28/01/2016. Vertrekbasis voor deze inspectie waren de scores van deze "meting +1" en het kwaliteitsverslag 2014.

i. **Kwaliteitszorg**

a. Organisatie en visie

We geven onszelf hier een score 2 (plus) omdat we een duidelijk uitgewerkte visie op integrale kwaliteitszorg hebben, alsook een doordacht kwaliteitssysteem hanteren. Er is een planning (jaarplanning en meerjarenplanning) en die verloopt volgens de PDCA-cirkel.

Kwaliteitszorg is de verantwoordelijkheid van iedereen en de opvolging en het beheer ervan wordt geborgen vanuit de beleidsvergadering.

Hoewel we positief scoren op enkele elementen van groeiniveau 3 (nl. het op elkaar afgestemd zijn van elementen van kwaliteitszorg), scoren we onszelf geen 3 omdat we nog veel bewuster dienen in te zetten op integratie van kwaliteitszorg binnen de dagelijkse werking en op teamniveau.

De vaststellingen van de zorginspectie bevestigen het niveau 2 dat wij onszelf toekennen op het vlak van de organisatie van en de visie op kwaliteitszorg.

De vaststellingen bevestigen ook de score op dezelfde indicator van niveau 3 en zelfs op een indicator van niveau 4, "de organisatie evalueert systematisch de kwaliteitszorg en stuurt deze bij".

b. Betrokkenheid

We betrekken medewerkers in de diverse vormen van kwaliteitszorg en zelfevaluaties. Visieteksten en andere relevante informatie uit de beleidsvergadering worden op teamniveau besproken en verder uitgewerkt. Vandaar dat we ons de score 2 toekennen.

We kunnen ons gedeeltelijk situeren op groeiniveau 3, als we "betrekken" definiëren als het minimale participatieniveau "informereren". In het algemeen blijft het een uitdaging om de functiegroepen logistiek en administratie op een ander niveau te betrekken bij de uitwerking van kwaliteitsthema's waarop zij niet altijd in hun werk betrokken zijn.

De vaststellingen van de inspectie bevestigen de score 2. De vaststellingen bevestigen eveneens de indicator "de organisatie bepaalt op doordachte manier waar de medewerkers bij kwaliteitszorg betrokken worden" van niveau 3, omdat we hier bewust mee bezig zijn.

Tenslotte werd tijdens de inspectie vastgesteld dat we positief scoren op de indicator "betrekken van de bestuursorganen" en dus gedeeltelijk op niveau 4 gesitueerd zijn.

c. Methodieken en instrumenten

We voldoen aan alle elementen voor groeiniveau 3. Het kwaliteitshandboek is beschikbaar voor alle functiegroepen via de server. Gezien sommige teksten en procedures in revisie zijn, zijn nog niet alle nieuwe teksten opgeladen in het kwaliteitshandboek op de server, maar blijven deze beschikbaar via de alternatieve kanalen. Het (vernieuwde digitale) kwaliteitshandboek wordt als gebruikersvriendelijk ervaren.

Als verbeterpuntjes worden een beter te begrijpen taalgebruik en het aanleggen van een inhoudstafel naar voor geschoven.

De vaststellingen van de inspectie bevestigen het niveau 3 dat we onszelf toekennen op het vlak van methodieken en instrumenten die bij de kwaliteitszorg worden ingezet. De vaststellingen bevestigen ook een indicator van een niveau 4, nl. de “systematische evaluatie en bijsturing van het kwaliteitshandboek”.

d. Verbetertraject

Het interne kwaliteitssysteem borgt het systematisch werken aan kwaliteitsverbetering, volgens het PDCA-principe.

We voeren verbeteracties conform de planning uit, evalueren ze en sturen bij.

We implementeren de resultaten en maken de verbinding met andere beleidsonderdelen.

We communiceren over (het verloop van) de verbetertrajecten en de resultaten ervan via de teamvergaderingen. Maar ook tussentijds is verslaggeving van diverse werkgroepen voor alle medewerkers te raadplegen via de server.

Via het kwaliteits- en jaarverslag op de website zijn de verbetertrajecten en resultaten ervan ook voor iedereen toegankelijk.

Vandaar de score 5. De vaststellingen van de inspectie bevestigen deze score.

ii. Gebruikersresultaten

a. Klachtenbehandeling

We beschikken over een klachtenprocedure die onder meer werd aangepast op basis van opmerkingen van cliënten. Dit is groeiniveau 3.

We halen groeiniveau 4 niet, omdat we tot op heden op basis van de jaarlijkse analyse van de klachten nog geen systematische acties konden plannen m.b.t. de inputgebieden en de kernprocessen.

Dit onderdeel werd niet geïnspecteerd.

b. Gebruikerstevredenheid over hulpverleningsprocessen, over hulputvoering, over inspraak en participatie

We gebruiken op een systematische wijze (3 maanden na intrede en dan telkens om het jaar) een op de doelgroep aangepaste tevredenheidsbevraging. Hierin worden alle dienst- en hulpverleningsgebieden met betrekking tot de cliënt bevraagd. De resultaten ervan worden met de

cliënt besproken, waarbij in overleg gegaan wordt hoe de hulpverlener tegemoet kan komen aan de opmerkingen van de cliënt. We halen op deze manier groeiniveau 3.

Omdat we ons metingsinstrument niet systematisch evalueren halen we een volledige score 4 niet.

In 2016 werd de procedure rond feedbackmeting aangepast, alsook het bijhorende instrument. Deze aanpassingen betekenen echter geen verandering in score.

De vaststellingen van de inspectie bevestigen de score die wij ons toekennen.

c. Effect van de hulpverlening

Het effect van de hulpverlening op het individueel traject van de cliënt wordt in samenspraak met de cliënt o.b.v. vooropgestelde doelstellingen in het handelingsplan geëvalueerd tijdens de evolutiebespreking en vindt neerslag in het evolutieverslag.

Via de trajectbesprekingen en driehoeksoverleg (individuele begeleider, contextbegeleider, cliëntcoördinator) staan we systematisch stil bij het effect van de aangeboden hulpverlening aan de cliënt. De vernieuwde organisatiestructuur werkt faciliterend voor dergelijk overleg.

We hebben evenwel nog geen SMART indicatoren geformuleerd om het effect van de hulpverlening te bepalen. Vandaar dat de hoogste score hier 2 is.

Dit onderdeel kwam tijdens de inspectie niet aan bod.

iii. Kernprocessen

a. Onthaal van de gebruiker

De procedure voor het onthaal van de gebruiker is ten gevolge van de reorganisatie niet meer up-to-date en eenduidig. Er blijken verschillen te bestaan in de wijze van onthaal binnen de verschillende regionale werkingen en afdelingen. Deze verschillen situeren zich in taken en verantwoordelijkheden (wie doet wat), in het gebruik van documenten en instrumenten. De werkgroep die deze procedure zal hernieuwen, beoogt één procedure uit te werken voor alle modules.

We kennen ons in deze meting +2 een niveau 2 toe.

b. Doelstellingen en handelingsplan

De formats voor het opmaken en evalueren van het handelingsplan waren al snel na de reorganisatie vernieuwd. Er is ook een uitgebreide handleiding voorhanden.

We geven ons een score 3 (plus) daar we op groeiniveau 4 de indicator van “systematisch evalueren en bijsturen” eveneens behalen. We kennen ons echter geen score 4 toe omdat de indicator van het “systematisch evalueren met gebruikers” nog niet gebeurt.

c. Afsluiting en nazorg

We merken bij dit groeiniveau dezelfde elementen op als bij de procedure voor onthaal; de procedure is aanwezig, doch er ontbreekt eenduidigheid, er zijn veel verschillen taken, nazorgtermijn is onduidelijk en verdeling van verantwoordelijkheden kan duidelijker omschreven.

Bovendien zijn de wijzigingen binnen Integrale Jeugdhulp, m.b.t. het gebruik van BINC, Insisto, het ontstaan van rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp binnen Bijzondere Jeugdzorg e.d. nog niet

geïntegreerd in de procedure. We streven hier ook naar één procedure bruikbaar binnen de diverse hulpverleningsmodules in ons aanbod.

We kennen ons een score 2 toe.

d. Pedagogisch profiel

Sedert de nulmeting en n.a.v. de reorganisatie hebben we als organisatie de visie op hulpverlening geactualiseerd. We beschikken eveneens over een visie op opvoeding. Beide visieteksten zijn gecommuniceerd en gekend door de medewerkers.

Tevens werd na de nulmeting een pedagogisch profiel voor de verticale leefgroepen uitgewerkt.

Dat betekent dan ook dat elke afdeling beschikt over een eigen pedagogisch profiel. Sommige van deze profielen zijn verouderd, worden als minder gekend omschreven door nieuwe medewerkers en worden vaak als abstract ervaren.

Hoewel de gebruiker het eigen hulpverleningstraject evalueert en bijstuurt, gebeurt de evaluatie van de pedagogische visie nog niet in samenspraak met de gebruikers.

Vandaar dat we ons in vergelijking met de nulmeting een cijfer 3 (plus) toekennen.

e. Dossier-beheer

Hoewel er een procedure “samenstellen, beheer en toegankelijkheid van het dossier” voorhanden is, blijkt deze niet meer up to date. De procedure strookt niet langer met de gewijzigde organisatiestructuur en belangrijke wijzigingen i.k.v. Integrale Jeugdhulp ontbreken (vb. A-doc).

De overstap naar een server (2015) betekende ook heel wat wijzigingen naar dossiervorming en archivering toe.

Als eindconclusie mogen we stellen dat evidenties van voor de reorganisatie niet langer gelden, niet langer praktisch en/of pragmatisch zijn.

We kennen onszelf een score 2 toe. Gezien het belang van het thema veiligheid van persoonsgegevens wordt hier echter actief aan gewerkt met als doel op dit vlak sterker te scoren.

4. BESPREKING VERBETERACTIES GEKOPPELD AAN DE SCORES VAN DE ZELFEVALUATIE

i. Personeelsbeleid

Uit evaluatie van de reorganisatie bleek een duidelijke nood aan het verder uitwerken van het onderdeel personeelsbeleid, m.n. de aanpassing van de functieprofielen. Verschillende functieomschrijvingen en bijhorende verantwoordelijkheden bleken immers niet langer actueel of duidelijk omschreven.

We kozen ervoor om in eerste instantie de functies van begeleider en contextbegeleider te verduidelijken.

Een werkgroep met afgevaardigden van deze functies en coördinatoren (over regio's heen) ging hiermee aan de slag. Een eerste conclusie was dat beide functies zowel eigen verantwoordelijkheden

kennen alsook voor diverse resultaatsgebieden een gedeelde verantwoordelijkheid vragen. De vraag naar duidelijke mandaten werd hierbij gesteld. Dit wordt verder geconcretiseerd in 2017.

ii. Verbeteracties

We stelden vast bij de inschaling van de groeiniveaus (meting +1) dat betrokkenheid van en implementatie naar alle medewerkers en functiegroepen een uitdaging bleek.

Dit thema werd bij het formuleren van de verbeteracties wat meer verbreed en in deelacties opgesplitst. Het accent werd gelegd op de borging van “ad hoc” verzamelde verbeteracties (hoe houden we de thema’s vast die door het jaar erbij komen), de betrokkenheid van alle medewerkers bij het verzamelen en tot stand komen van deze verbeteracties en de verdere implementatie van het kwaliteitssysteem binnen alle afdelingen.

Een visuele ondersteuning in de vorm van een affiche met hierop de PDCA-cyclus is in elke afdeling aanwezig. Tevens werd afgesproken dat coördinatoren deze ‘taal’ nog meer zullen gebruiken op de werkvloer.

Een visuele meerjarenplanning maakt het mogelijk om thema’s, na goedkeuring door de beleidsvergadering, mee op te nemen in de verdere planning. Bij de prioritering van verbeteracties wordt met diverse factoren rekening gehouden, de input vanuit de teamvergaderingen is er daar eentje van.

We zorgen ervoor dat alle medewerkers, indien zij dit wensen, de stand van zaken betreffende een verbeteractie kunnen volgen via verslaggeving van de werkgroepen op de server.

Vanuit feedback van de zorginspectie hebben we ook begrepen dat betrokkenheid inderdaad kan betekenen dat bepaalde functiegroepen enkel geïnformeerd worden, indien de verbeteractie niet meteen voor hun werkingsgebied van toepassing is.

iii. Pedagogische profielen

Vertrekkend vanuit de visie van de organisatie en gebaseerd op onze visie op hulpverlening en opvoeding, wensten we een eigen visie op de hulpverleningsmodules binnen de organisatie uit te werken.

Hieruit vloeien dan weer de pedagogische profielen per afdeling, geënt op de visie op modules.

We stelden bij evaluatie van deze verbeteractie vast dat intussen de afdelingen over een pedagogisch profiel beschikken, maar dat we het eerste luik van deze verbeteractie, zijnde het omschrijven van een visie op modules, niet hebben uitgewerkt. We concludeerden echter dat de basis hiervoor de typemodulering is, die reeds uitgewerkt is.

Zoals eerder al aangegeven, zijn niet alle pedagogische profielen up to date. Herwerking hiervan wordt mee opgenomen in de kwaliteitsplanning van 2017.

iv. Update van de procedures van de kernprocessen

Ten gevolge van de reorganisatie bleken bestaande procedures m.b.t. de kernprocessen niet langer actueel, niet afgestemd op de nieuwe organisatiestructuur. De nood aan aanpassing van deze procedures bleek één van de belangrijkste verbeteracties uit de evaluatie na reorganisatie en werd ook na de nulmeting als een prioritair te behandelen thema aangehaald.

Daarnaast kozen we voor één kwaliteitshandboek voor de volledige organisatie in tegenstelling tot het vroegere gebruik van één kwaliteitshandboek per werkvorm.

Kleine werkgroepjes reviseerden en actualiseerden de procedures aangaande de kernprocessen “onthaal van cliënten”, “opmaken, evalueren en bijsturen van het handelingsplan”, “afsluiten van de hulpverlening” en “samenstellen en gebruiken dossier”.

v. Actieve bekendmaking t.a.v. de buitenwereld

Dit verbetertraject kadert binnen meerdere invalshoeken:

1. Vanuit eerdere nulmeting blijkt een niet-actief betrekken van de buurtgemeenschap bij de werking van de organisatie (actieve bekendmaking / waardering strategische partners).
2. N.a.v. sponsoractie eind 2015 mochten we feedback van buurtbewoners ontvangen dat zij hiervoor open staan.
3. N.a.v. de opstart van een leefgroep NBMV is het, meer dan ooit, nodig om de buurtgemeenschap te informeren rond onze werking, alsook de verbinding tussen de omgeving en de organisatie te versterken.

Er werd in april een infomoment voor de buurtgemeenschap georganiseerd, waar de voorgeschiedenis, de huidige missie, doelstellingen en werking van de organisatie voorgesteld werden. O.m. vertrekkende vanuit de ervaren noden van de werkgroep “dagbesteding” werd van de gelegenheid gebruik gemaakt om tevens een oproep voor vrijwilligers te doen. Niettegenstaande ingepland in de meerjarenplanning voor 2018, was het aangewezen om reeds in 2016 een visietekst over werken met vrijwilligers uit te werken. Ondertussen zijn er enkele vrijwilligers effectief aan de slag, o.m. in huiswerkbegeleiding.

Jaarlijks opent een Limburgse voorziening jeugdzorg namens de sector de deuren tijdens de Dag van de Zorg. In 2017 zal vzw Huize Sint-Vincentius de deuren open zetten voor geïnteresseerden voor een toelichting van de sector, een voorstelling van de eigen organisatie alsook een blik achter de schermen. Het voorbereidend werk werd in 2016 aangevat.

5. BESPREKING ANDERE VERBETERACTIES 2016

In wat volgt, een beknopt overzicht van verbeteracties waaraan in 2016 werd gewerkt maar die niet rechtstreeks te linken zijn aan de groeivolumes, doch de nodige aandacht verdienen.

i. Indicatoren kwaliteitssysteem

Doorheen 2016 wensten we een voortraject op te zetten dat zou leiden tot een definiëring en uitwerking van een systeem inzake indicatoren.

Bij de zelfevaluatie op basis van de groeivolumes definieerden we reeds een aantal indicatoren.

Daarnaast brachten ook de intervisiegroepen kwaliteit ons rond dit thema bruikbare input.

ii. Rapportage kwaliteitswerking

We wilden de procedure rond de opmaak van het kwaliteitsverslag actualiseren conform verwachtingen binnen de organisatie (hoe rapporteren, wie levert inhoud aan, tegen wanneer, ...) en tevens aansluitend bij de nota van het Agentschap rond het uitvoeringsbesluit kwaliteitsdecreet.

Daarnaast deed de inschaling op de groeiveaus (nulmeting) ons nadenken over de vormgeving (zowel visueel als inhoudelijk) van het jaarverslag (welke informatie wensen we te geven, voor wie is deze informatie bestemd, hoe geven we dit weer, ...).

Betreffende het kwaliteitsverslag mochten we vanuit het Agentschap richtlijnen ontvangen omtrent boomstructuur en minimale inhoud. Binnen de intervisiegroepen kwaliteit (Limburg en Vlaams-Brabant) werd deze nota ook besproken. Hierdoor voelden we ons voldoende gestoffeerd om een vernieuwd kwaliteitsverslag 2016 op te maken.

Het jaarverslag 2016 zal voor het eerst in een andere vorm gegoten worden, met focus op vlotte leesbaarheid van “need-to-know” thema’s.

iii. Onderscheid commissies en werkgroepen

We stelden vast dat er binnen onze organisatie vele werkgroepen actief zijn die zich kenmerken door een langdurig en eerder opvolgend karakter.

Om een duidelijk onderscheid te maken tussen bovenstaande werkgroepen en een werkgroep i.k.v. een welbepaalde verbeteractie, werd de opsplitsing tussen commissies en werkgroepen in het leven geroepen.

Een commissie bestaat uit een vertegenwoordiging van medewerkers binnen de organisatie die een thema blijvend opvolgen, indien nodig bijsturen en van hieruit input leveren aan de kwaliteitsplanning.

Een werkgroep werkt tijdelijk en volgens een vastgezet kader rond een welbepaalde verbeteractie uit de kwaliteitsplanning. Eens de vooropgestelde doelstelling(en) gerealiseerd, wordt deze werkgroep ontbonden.

iv. Visie op het werken met de context

Vanuit een eerdere zorginspectie (2014 – thema participatie) planden we binnen de kwaliteitsplanning 2016 in om een aparte visietekst te ontwerpen rond werken met de context.

Hoewel het contextgericht werken o.a. omschreven staat in onze visie op hulpverlening, kozen we ervoor om in een aparte visietekst volgende accenten te belichten: hoe definiëren we de context, wie wordt er op welke manier betrokken, hoe geef je een plaats aan de ‘afwezige’ ouder en/of andere belangrijke figuren, hoe netwerk verbredend werken, ...

De eerste aanzet hiervoor werd in 2016 gegeven. De tekst kent finalisering in 2017.

v. Project Back to Basics

Onze organisatie participeert in het sectorale project Back to Basics, met als doel de herwaardering van het leefklimaat in verblijf.

Hoewel de focus van het project op de module verblijf ligt, kozen we er binnen onze organisatie voor om in te stappen met alle afdelingen verblijf en dagbegeleiding in groep.

Een interne werkgroep met een vertegenwoordiging vanuit elke afdeling waakt over het verloop van het project en brengt beweging in de eigen afdeling alsook de ruimere organisatie. We zijn aanwezig bij de stuurgroep van het sectorale project en participeren in een regionale intervisie.

Intern werd een visie op positief leefklimaat ontwikkeld, met input vanuit alle afdelingen. Het afgewerkte product vond via de vertegenwoordigers van de werkgroep opnieuw de weg naar de afdelingen.

In het najaar van 2016 vond er een grootschalige meting rond het thema leefklimaat plaats bij jongeren in de afdelingen. Resultaten werden per afdeling geanalyseerd. Bedoeling is om verbeteracties per afdeling op te zetten met het oog op verbetering van het leefklimaat in de afdeling. Dit proces krijgt in 2017/2018 verder vorm door o.a. nieuwe (evolutie)metingen.

Een leuk 'neveneffect' van deze werkgroep is het leren van elkaar over afdelingen heen. Medewerkers horen positieve elementen vanuit een andere afdeling en implementeren dit binnen de eigen afdeling. De lerende organisatie in praktijk.

vi. Seksualiteitsbeleid

In een eerder traject werd het seksualiteitsbeleid uitgeschreven, waaronder een apart luik rond seksueel grensoverschrijdend gedrag. Op vraag van de raad van bestuur (2015) werden deze teksten voor juridisch advies voorgelegd aan het Steunpunt Jeugdhulp. Begin 2016 mochten we hun feedback ontvangen.

De beleidsteksten werden op basis van deze juridische toets gereviseerd.

De werkgroep seksualiteit werd tot een commissie omgedoopt, gezien het blijvende karakter. Deze commissie staat in voor verdere sensibilisering, detectie van eventuele noden aangaande dit thema, alsook een systematische check van beleidsteksten.

vii. Verder lopende verbeteracties

Doorheen 2016 werd er ook verder gewerkt aan een aantal reeds in 2015 opgestarte verbeteracties:

- Verder opladen en actualiseren van het kwaliteitshandboek richting de server.
- Beleidsthema informatieveiligheid
- Project dagbesteding
- Beleidsthema tevredenheidsbevragingen/feedbackmeting

HOOFDSTUK 4. KWALITEITSPLANNING 2017

1. EEN KORTE TOELICHTING BIJ DE VERBETERACTIES

i. Methodieken in de hulpverlening

Hiermee willen we het methodisch handelen in de hulpverlening een centrale plaats geven. De laatste jaren hebben we als organisatie veel ingezet op methodisch werken, o.m. via de vormingen Life-Space-Crisis-Interventions en Signalen van welzijn en van veiligheid. We willen een systeem uitwerken die de implementatie van de opgedane kennis in het begeleidend handelen kan borgen en dit over de afdelingen heen. Verder beogen we het gebruik van hulpmiddelen in de begeleiding te faciliteren.

ii. Opstellen van een communicatiebeleid

Deze actie vloeit voort uit de resultaten van de Prose-bevraging. Medewerkers geven aan dat communicatielijnen voor hen niet steeds even duidelijk zijn en dat ze m.b.t. (bepaalde) beleidsthema's onvoldoende transparantie ervaren.

iii. Pedagogische profielen

De afdelingen die in 2016 nog niet tot een herwerking van het pedagogisch profiel conform de beleidskeuze gekomen zijn, nemen dit op in 2017.

iv. Vertrouwenspersoon

We willen actief inzetten op de rol van de vertrouwenspersoon voor jongeren tijdens alle facetten van het begeleidingsproces.

We vertrekken hierbij vanuit een 'nulmeting' om zicht te krijgen op gekendheid van dit thema bij zowel jongeren, ouders als begeleiders. Zodoende kan gericht ingezet worden op verbetering.

v. Visie op multimedia en vrije tijdsinvulling

Het betreft hier het ontwikkelen van een visie over hoe we omgaan met multimedia en vrije tijdsinvulling binnen de verschillende afdelingen van de organisatie (wat zijn de zorgen, wat is er goed, wat is er nodig, ...). We bouwen hierbij voort op de bestaande teksten, afspraken en lopende initiatieven in de regionale werking.

vi. Brug naar volwassenheid

Vanuit de vaststelling dat de overgang naar volwassenheid niet steeds vlekkeloos verloopt voor onze jongeren en dat nazorg uitgebreider kan/mag wensen we in te zetten op het thema brug naar volwassenheid.

We wensen intern te onderzoeken hoe we de brug naar volwassenheid voor de jongeren in begeleiding kunnen versterken. Vragen die we ons hierbij stellen zijn: welke voorbereidende stappen kunnen we hierin zetten, welke opvolging kunnen we bieden, welke partnerschappen dienen we hierbij aan te gaan, ...

Ons engagement in het intersectorale zorgnetwerk maakt ook dat we (kunnen) geconfronteerd worden met begeleidingen tot 25 jaar.

2. TOELICHTING BIJ HET OVERZICHT

We werken binnen onze organisatie zowel met een meerjarenplanning als een jaarplanning. De jaarplanning is het uittreksel uit de meerjarenplanning en is een overzicht van verbeteracties en check-acties volgens een vast stramien ingedeeld bij inputfactoren, kernprocessen of resultaatsgebieden.

Onderstaand overzicht toont het uittreksel 2017 uit deze meerjarenplanning. Rekening houdend met onze conclusie van de evaluatie van de kwaliteitsplanning van 2016 (zie hoofdstuk 1. Visie op het kwaliteitsbeleid), kozen we ervoor om de verbeteracties niet in de kalender in te plannen. Ze zullen aan bod komen conform het tempo van de voortgang van de verbeteracties en conform de prioriteiten.

De ingeplande acties zijn check-acties.

2017	VERBETERACTIES	JANUARI	FEBRUARI	MAART	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AUGUSTUS	SEPTEMBER	OKTOBER	NOVEMBER	DECEMBER
INPUTFACTOREN	KWAL SYSTEEM					15/05/2017, KH I.3			31/08/17, KH3.11.11		1/10/2017, KH III.10		
	1. Methodieken in de hulpverlening					voorstelling organis.			FO stafmedew.		kerncompetenties		
	2. Opstellen communicatiebeleid					15/05/2017, KH II.1			31/08/217, KH3.11.12		31/10/17, KH3.11.14		
						missie, visie, ...			FO admin-fin dir		FO coörd organis.		
						15/05/2017, KH II.5			31/08/17, KH3.11.13		31/10/17, KH3.11.15		
						visie kwal.&systeem			FO alg directeur		FO coörd. Cliënten		
verder lopende verbeteracties:	kwalit.handboek informatieveilig.												
KERNPROCESSEN	3. Pedagogische profielen (afdeling)											19/11/2017, KH V.3	7/12/2017, KH V.12
	4. Vertrouwenspersoon		7/01/2017										sluiting leefgroepen
	5. Visie op multi-media en vrije tijdsinvulling		O/alg/doc form.verst.										31/12/2017, KH V.5
	6. Brug naar volwassenheid	12/01/2017, KH V.13.1	verdwijningen verbl.										tatoeages, piercings
			Status: OK										31/12/2017, KH V.7
			22/01/2017, KH V.13.2	verdwijningen DB									
			Status: OK										
verder lopende verbeteracties:	proj. dagbesteding												
RESULTAATS- GEBIEDEN													

HOOFDSTUK 5. CENTRAAL KWALITEITSTHEMA

Omwille van de zorginspectie in het kader van het kwaliteitsdecreet doorheen 2015 en 2016, alsook de inspanningen die noodzakelijk waren om het nieuwe kwaliteitsdenken te implementeren in de organisatie, werd er vanuit het Agentschap geen centraal kwaliteitsthema naar voren geschoven voor 2016.

Voor 2017 werd het kwaliteitsthema 'onthaal' gekozen. Een neerslag van dit centrale thema dient opgenomen in het kwaliteitsverslag 2017.
