



# **HUIZE LEVENSLUST VZW**

## **KWALITEITSVERSLAG 2018**

HUIZE LEVENSLUST VZW  
Organisatie voor Bijzondere Jeugdzorg  
Sint-Truidensesteenweg 190  
3350 Linter  
[www.huizelevenslustvzw.be](http://www.huizelevenslustvzw.be)  
0453 978 806

# INHOUDSOPGAVE

0	Inleiding .....	3
1	Visie op kwaliteitsbeleid .....	4
1.1	Visie op integrale kwaliteitszorg binnen Huize Levenslust vzw .....	4
1.2	Kwaliteit in praktijk in Huize Levenslust vzw .....	6
1.2.1	Kwaliteit en beleid .....	6
1.2.2	Kwaliteit in de dagelijkse werking .....	6
2	Kerncijfers .....	8
2.1	Gebruikersgegevens .....	8
2.1.1	Erkenning en werkvormen .....	8
2.1.2	Bezetting en benutting in 2018 .....	8
2.1.3	Opnames en ontslagen in 2018 .....	10
2.1.4	Crisisopnames in 2018 .....	11
2.1.5	Jongens – meisjes .....	11
2.1.6	Zelfde gezin .....	11
2.1.7	Leeftijd bij opname van de kinderen in Levenslust per 31/12/2018 .....	11
2.1.8	Huidige leeftijd van de kinderen in Levenslust per 31/12/2018 .....	11
2.1.9	Verblijfsduur van de kinderen in Levenslust per 31/12/2018 .....	12
2.1.10	Plaatsende instanties .....	13
2.1.11	Verblijfplaats kinderen voor opname in Levenslust .....	13
2.1.12	Schoolniveau van de kinderen in Levenslust per 31/12/2018 .....	13
2.2	Medewerkersgegevens .....	14
2.2.1	Wijzingen personeelsbestand .....	14
2.2.2	Personeelsgegevens .....	14
2.2.3	Personeelsbestand op 31/12/2018 .....	15
2.2.4	Personeelskengetallen Vlaams Welzijnsverbond .....	15
3	Zelfevaluatie .....	16
4	Evaluatie kwaliteitsthema's 2018 .....	19
4.1	Effectieve start bouw .....	19
4.2	'Samen goed opvoeden' .....	20
4.3	Hertekening team – De verdere uitwerking van een sterk team waarbij leefgroepbegeleiding en contextbegeleiding complementair zijn .....	20
4.4	Opstart elektronisch dossier .....	22
4.5	GDPR .....	22
4.6	Vernieuwde website .....	23
4.7	Conclusie .....	23

5	Kwaliteitsthema's 2019 .....	24
5.1	Bouwproject – een nieuw huis .....	24
5.2	Reorganisatie team: een nieuw team – een nieuwe werking.....	26
5.3	Effect van de hulpverlening.....	27
5.4	Verderzetting van de thema's van vorig jaar .....	27
6	Tot slot.....	28
7	Bijlagen .....	29
7.1	Bijlage 1. Positionering groeiniveaus op 31/12/2018 .....	30
7.2	Bijlage 2: Overzicht medewerkers op 31/12/2018.....	40

## 0 INLEIDING

---

Beste lezer,

Alweer een jaar voorbij, de tijd vliegt...

Wij willen u met dit Kwaliteitsverslag 2018 meenemen in onze werking van het voorbije jaar en vooruitblikken naar de toekomst in Huize Levenslust vzw. U vindt cijfergegevens over 2018 en een neerslag van wat we het voorbije jaar hebben gerealiseerd.

Helaas kunnen we binnen het bestek van een jaarverslag niet alles weergeven. We kunnen u cijfers geven, kwaliteitsthema's en verbetertrajecten. Wij kunnen neerschrijven wat onze visie is en hoe we die graag willen waarmaken. Maar er is ook zoveel dat we hier niet kwijt kunnen. Heel veel grote en kleine momenten, momenten die deel uitmaken van ons dagelijks leven. De moeizame zoektocht naar het samenleven in een leefgroep, naar omgaan met verschillen, met andere stijlen en manieren van aanpak,... Momenten van intens verdriet over wat niet kan en wat had kunnen zijn, maar evengoed momenten van er samen voor gaan en heel goed zorg dragen voor elkaar...

Deze momenten zijn niet meetbaar en laten zich niet gieten in indicatoren, maar ze zijn inherent aan het gewone dagelijkse leven. We willen dan ook in eerste instantie blijven gaan voor de beste zorg en een zo gewoon mogelijk leven...

Hebt u na het lezen van dit verslag verdere interesse, vragen of bedenkingen dan horen wij dat graag!

Veel leesplezier,

Iris Claes

Directeur  
Huize Levenslust vzw

# 1 VISIE OP KWALITEITSBELEID

---

## 1.1 VISIE OP INTEGRALE KWALITEITSZORG BINNEN HUIZE LEVENSLUST VZW

**Integrale kwaliteitszorg** is de basis van het kwaliteitsmanagementsysteem; dit staat ten dienste van de kwaliteit van zorg. Kwaliteit is een organisatiebeleid dat moet vertaald, geïmplementeerd en uitgevoerd worden op alle niveaus van de werking en moet streven naar voordelen voor alle betrokkenen: gebruiker, medewerkers en de samenleving in haar geheel. Het beoogt gecoördineerde activiteiten om de organisatie te sturen en te beheersen met als doelstelling een kwaliteitsvolle werking en hulp- en dienstverlening.

Huize Levenslust vzw streeft naar een

- kwaliteitsvolle dienstverlening voor de gebruikers
- kwaliteitsvolle werkplek voor de medewerkers
- kwaliteitsvol functionerende organisatie

Daarnaast wenst de VZW een correct en efficiënt antwoord te bieden op alle eisen en verwachtingen die vanuit de verschillende overheden gesteld worden.

Deze verschillende doelstellingen kunnen niet los van elkaar gezien worden. In het integraal kwaliteitsdenken is het dan ook belangrijk dat de verbanden tussen de verschillende elementen steeds in het oog gehouden worden.

**Huize Levenslust vzw is een Organisatie voor Bijzondere Jeugdzorg, met als kernopdracht zorg voor en begeleiding van de kinderen en jongeren die ons toevertrouwd worden én hun context.**

Deze kernopdracht legt de basis van het kwaliteitsdenken.

Het spreekt voor zich dat binnen dit proces de stem van de gebruiker (kinderen, jongeren en context) een expliciete plaats krijgt, net als de participatie van de medewerkers.

Het kwaliteitsbeleid wordt geconcretiseerd in:

- Kwaliteitsdoelstellingen
- De organisatorische structuur
- Bevoegdheden en verantwoordelijkheden
- Procedures en processen

Het streven naar kwaliteit houdt verband met alle onderdelen van de werking:

- Kwaliteitsbeleid
- Leiderschap
- Beleid en strategie
- Middelen en partnerschappen
- Personeelsbeleid
- Kernprocessen
- Medewerkersresultaten
- Gebruikersresultaten
- Samenlevingsresultaten

Vanuit Agentschap Jongerenwelzijn wordt bijkomende aandacht gevraagd voor volgende thema's:

- Beleid grensoverschrijdend gedrag
- Beleid deugdelijk bestuur
- Beleid diversiteit en toegankelijkheid

We willen een zo correct mogelijk antwoord bieden aan alle eisen en verwachtingen die aan een Organisatie voor Bijzondere Jeugdzorg gesteld worden. Gezien de kleinschaligheid van de organisatie zullen sommige thema's uitvoeriger aan bod komen aangezien ze essentiëler zijn voor de werking. Andere thema's die slechts in de marge een belang hebben, zullen beperkter uitgewerkt worden.

Er wordt ook telkens een duidelijke prioriteitenbepaling afgesproken en, waar nodig, een stappenplan. Dit wordt o.a. vermeld/verwerkt in de kwaliteitsplanning of in de aandachtspunten voor de komende jaren (beleid en strategie).

Eén van de terugkerende elementen van deze planning is de zelfevaluatie die de meest actueel te behandelen of dringendste thema's mee bepaalt. Daarnaast zijn er ook de deadlines vanuit de wetgeving die een prioriteitenplanning beïnvloeden of deze planning doorkruisen.

De **eindverantwoordelijkheid** voor de integrale kwaliteitszorg ligt bij de directie, maar de visie en de uitvoering ervan moet bekrachtigd worden door de hoogste leiding van de organisatie, met name de raad van bestuur.

Vele thema's kunnen uiteraard ook door anderen uitgewerkt worden, op basis van hun functieomschrijving en de gekregen mandaten. De zorg voor kwaliteit, de borging en de constante evaluatie van de verschillende thema's is een verantwoordelijkheid voor elke medewerker binnen de organisatie. De interne samenwerking in het kader van de kwaliteitszorg achten we dan ook zeer belangrijk. Naast interne samenwerking hechten we veel belang aan samenwerking met externe partners, en waar mogelijk ook in het kader van kwaliteitszorg.

Via de **kwaliteitsborging** kan aan derden het vertrouwen gegeven worden dat de hulp- en dienstverlening voldoet aan de gestelde eisen. Het borgen van de uitgewerkte thema's is een aandachtspunt voor alle betrokkenen.

Het opnemen in het kwaliteitshandboek kan dit deels garanderen. De uitgewerkte thema's worden gebundeld in het kwaliteitshandboek, wat alle essentiële elementen van de hele werking, op alle vlakken, zou moeten bevatten. Het is een constant aandachtspunt om ervoor te zorgen dat dit handboek actueel en gebruiksvriendelijk is. Het kwaliteitshandboek is opgedeeld volgens de verschillende onderdelen van de werking, zoals deze hierboven zijn beschreven.

Ook de zelfevaluatie ondersteunt de borging. Op basis hiervan kunnen systematische en gerichte acties afgesproken worden. Via de PDCA-cyclus (Plan-do-check-act)<sup>1</sup> kunnen processen telkens beter beheerst worden en wordt de werking bijgestuurd en verfijnd.

Tot slot, het werken rond kwaliteit is nooit af en situeert zich op veel verschillende domeinen. Het is een aandachtspunt voor iedereen, gebaseerd op het delen van verantwoordelijkheden

---

<sup>1</sup> Demingcirkel, ontwikkeld door W.E. Deming

en op het vertrouwen in medewerkers. De stem van de gebruiker speelt hierbij als vanzelfsprekend een belangrijke rol.

Via aandacht voor een voortdurende kwaliteitsverbetering wil Huize Levenslust vzw transparant en betrouwbaar zijn voor gebruikers, medewerkers, (externe) partners en de maatschappij.

## 1.2 KWALITEIT IN PRAKTIJK IN HUIZE LEVENSLUST VZW

We hechten er belang aan om de visie op kwaliteit en het kwaliteitsdenken om te zetten in de praktijk van de dagelijkse werking. We doen dit op verschillende domeinen en niveaus binnen onze werking, op beleidsvlak en op teamniveau.

### 1.2.1 Kwaliteit en beleid

We hebben een interne **werkgroep Kwaliteit**; deze werkgroep bestaat uit de directeur, de psycholoog-contextbegeleider en de teamcoördinator. Binnen deze werkgroep worden de belangrijkste tendensen inzake kwaliteit opgevolgd. Daarnaast zorgt de werkgroep voor de opvolging en implementatie binnen de werking. Dit gebeurt door het plannen van de thema's op een teamoverleg, door het opvolgen van het VTO-beleid en door de planning en organisatie van de kwaliteitsdagen. Binnen de werkgroep Kwaliteit worden de verbetertrajecten opgevolgd en waar nodig bijgestuurd.

De directie van Huize Levenslust neemt actief deel aan de **intervisiegroep Kwaliteit** van het Vlaams Welzijnsverbond.

Binnen deze intervisiegroep worden diverse kwaliteitsthema's behandeld. Er worden ervaringen uitgewisseld, er wordt gebrainstormd en er worden 'good practices' gedeeld. Op deze manier is de intervisiegroep een belangrijke bron van inspiratie en een waardevolle toetssteen.

In 2018 ging de intervisiegroep door op volgende data:

- 22/02/2018
- 24/05/2018
- 11/10/2018
- 13/12/2018

Tot slot namen we ook deel aan de **Kwaliteitsdag**, georganiseerd door het Agentschap Jongerenwelzijn in Hasselt op 22/11/2018.

### 1.2.2 Kwaliteit in de dagelijkse werking

Kwaliteitsthema's komen regelmatig aan bod tijdens de wekelijkse teamvergadering, waar we zoveel als mogelijk de thema's proberen om te zetten in de dagelijkse praktijk van de werking. Ook de opvolging en eventuele bijsturing van de thema's worden getoetst tijdens de teamvergaderingen.

Twee keer per jaar organiseren we een kwaliteitsdag, waarbij we dieper ingaan op de ontwikkeling van onze organisatie op vlak van kwaliteit. Aan deze kwaliteitsdagen nemen alle

medewerkers deel, ook de huismoeders en de administratieve medewerkster. Als kleine organisatie hechten we veel belang aan de betrokkenheid van iedere medewerker. Naast de uitgebreidere kwaliteitsdagen die specifiek over kwaliteitszorg gaan, wordt ook tijdens de reguliere teamvergaderingen regelmatig stilgestaan bij actuele kwaliteitsthema's.



## 2 KERNCIJFERS

---

### 2.1 GEbruikersGEGEVENS

#### 2.1.1 Erkenning en werkvormen

Huize Levenslust heeft een verticale leefgroep voor jongens en meisjes van 0 tot 18 jaar en is erkend voor 27 modules:

- Module contextbegeleiding breedsporig: 1
- Module contextbegeleiding autonoom wonen: 1
- Module contextbegeleiding laagintensief: 13
- Module verblijf hoogintensief: 12

Daarnaast heeft Huize Levenslust tijdelijk één bijkomende module verblijf laagintensief. Deze module wordt ingezet voor het occasionele verblijf van een jongere die jarenlang in Huize Levenslust verbleven heeft en nu in een andere voorziening is. Op regelmatige basis brengt deze jongere nog een weekend door in onze organisatie.

#### 2.1.2 Bezetting en benutting in 2018

BINC, **Begeleiding IN Cijfers**, is het registratieinstrument van het Agentschap Jongerenwelzijn.

Deze registratie gebeurt op basis van de cijfers die binnen de organisatie gescoord worden. Deze cijfers worden per kwartaal ingevoerd in het registratiesysteem.

Dit geeft een overzicht van volgende gegevens:

- **Bezetting:** het aantal jongeren dat effectief geplaatst is in Huize Levenslust
- **Benutting:** het aantal nachten dat de jongeren effectief in Huize Levenslust verbleven; de nachten waarbij de jongeren thuis of bij een steungezin overnachtten of op kamp waren, werden in mindering gebracht
- **Uren contextregistratie:** aantal uren aan hulpverleningsdoelstellingen gekoppelde begeleidingscontacten in en met het netwerk van de jongere.

#### **Bezetting** (*Cijfers uit BINC*)

Op niveau van de organisatie:

Naam	Bezettingsgraad 2018
Contextbegeleiding breedsporig	0,00 %
Contextbegeleiding in functie van autonoom wonen	100 %
Contextbegeleiding laagintensief	89,60 %
Verblijf	104,70 %
<b>Gewogen gemiddelde</b>	<b>93,40 %</b>

## **Benutting** (Cijfers uit BINC)

Naam	Benuttingsgraad 2018
Contextbegeleiding	120,80 %
Contextbegeleiding in functie van autonoom wonen	201,90 %
Contextbegeleiding laagintensief	133,20 %
Verblijf	77,10 %
Verblijf voor minderjarigen (hoge frequentie)	77 %
Verblijf voor minderjarigen (lage frequentie)	0,20 %

## **Bezetting en benuttingscijfer uit eigen registratiegegevens**

We vullen deze cijfers verder aan met eigen gegevens. Deze geven een concreet beeld van de bezetting/benutting binnen Huize Levenslust vzw:

### ***Voor verblijf hoogintensief – 12 modules:***

Kwartaal	Beschikbaar aantal nachten	Bezetting	Benutting
1	1080	100 %	919 = 85,09 %
2	1092	100 %	899 = 82,32 %
3	1104	92 %	750 = 67,93 %
4	1104	89 %	803 = 72,73 %
<b>Jaarbasis</b>	<b>4380</b>	<b>95,25 %</b>	<b>3371 = 76,96 %</b>

### ***Voor verblijf laagintensief – 1 module:***

Kwartaal	Beschikbaar aantal nachten	Bezetting	Benutting
1	39	100%	2
2	39	100%	3
3	39	100%	3
4	39	100%	0
<b>Jaarbasis</b>	<b>156</b>	<b>100%</b>	<b>8 = 0,51%</b>

**Voor contextbegeleiding – 17u** (13u CB gekoppeld aan verblijf + 2u CB middenintensiteit en 2u CBAW):

Kwartaal	Te presteren uren	CB laagintensief	CBAW	Gepresteerd totaal
1	221 uren	217	16	233u
2	221 uren	198	34,50	232,50u
3	221 uren	239,5	15,50	255u
4	221 uren	245,75	39	284,75u
<b>Jaarbasis</b>	884 uren	900,25 uren = 101,83 %	105 uren = 100,96 %	1005,25 uren = <b>113,71 %</b>

**Bezettingscijfers, telkens op het einde van de maand:**

Jan	Feb	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec
12	12	12	12	12	12	12	12	9	10	10	12

In 2018 waren er 4 nieuwe opnames, en in september hebben 3 kinderen de voorziening verlaten. Eén jongere is naar een andere voorziening gegaan met het oog op een traject kamertraining. 2 kinderen zijn terug naar huis kunnen gaan.

Eén jongere wordt begeleid in een traject CBAW; deze jongere zit niet vervat in de bezettingscijfers van de module verblijf.

Op 31 december 2018 hebben wij een bezetting van 12 kinderen in module verblijf en één jongere in de module CBAW.

Waar onze bezettingscijfers voor verblijf erg hoog blijven, zien we de voorbije jaren wel een significante daling van de benuttingscijfers voor verblijf. We hebben de voorbije jaren intensief ingezet op de uitbouw van contextbegeleiding, zowel familiaal als in het netwerk van de kinderen en jongeren. Waar er geen netwerk voorhanden was, zijn we actief op zoek gegaan.

We vinden het dan ook een verrijking dat jongeren nu aanzienlijk meer tijd doorbrengen in hun brede familiale context, naast de inzet van steungezinnen.

### 2.1.3 Opcodes en ontslagen in 2018

In de loop van 2018 hebben 3 jongeren Levenslust verlaten; 1 jongere heeft de overgang gemaakt naar een Organisatie voor Bijzondere Jeugdzorg met een aanbod voor kamertraining. Twee kinderen uit éénzelfde gezin zijn teruggekeerd naar hun gezin.

Eén van onze jongeren heeft de begeleiding binnen de module Contextbegeleiding in het kader van autonoom wonen verlengd.

4 jongeren werden in de loop van 2018 opgenomen, resp. in januari, oktober en december (2) 2018.

#### 2.1.4 Crisisopnames in 2018

In Huize Levenslust vzw waren er in de loop van 2018 geen crisisopnames.

#### 2.1.5 Jongens – meisjes

Residentieel verblijven er op 31 december 2018 **4** meisjes en **8** jongens.

#### 2.1.6 Zelfde gezin

Er verblijven op 31 december 2018 in Levenslust 12 kinderen, uit 9 verschillende gezinnen.

Concreet betekent dit:

- 3 broers
- 2 broers
- 7 jongeren individueel

De zus van de jongere die begeleid wordt in CBAW verblijft ook in onze organisatie.

#### 2.1.7 Leeftijd bij opname van de kinderen in Levenslust per 31/12/2018

Huize Levenslust vzw heeft een verticale leefgroep voor jongens en meisjes. Vier kinderen die momenteel nog bij ons verblijven, waren jonger dan zes jaar op het ogenblik van de opname.

- 2 jaar: 2
- 4 jaar: 1
- 5 jaar: 1
- 7 jaar: 2
- 8 jaar: 3
- 10 jaar: 1
- 12 jaar: 1
- 14 jaar: 1

De jongere die begeleid wordt in de module CBAW was 9 jaar toen hij residentieel werd opgenomen.

De gemiddelde leeftijd bij opname in Huize Levenslust vzw is 7 jaar. 11 kinderen waren jonger dan 12 jaar bij opname. 4 kinderen werden opgenomen in Huize Levenslust vzw voor de leeftijd van zes jaar, 2 van hen waren jonger dan drie jaar.

#### 2.1.8 Huidige leeftijd van de kinderen in Levenslust per 31/12/2018

Momenteel verblijven er residentieel 12 kinderen en jongeren in Levenslust; de jongste is 2 jaar, de oudste jongere is 17 jaar.

- 2-jarigen: 1
- 3-4 jarigen: 1
- 5- 6 jarigen: /
- 7- 8 jarigen: 2
- 9- 10 jarigen: /

- 11-12 jarigen: 4
- 13-14 jarigen: 2
- 15-16 jarigen: 1
- 17-18 jarigen: 1

Omgezet in **geboortejaren**:

Geboortejaar	Aantal kinderen
2016	1
2014	1
2011	1
2010	1
2007	3
2006	1
2005	1
2004	1
2002	1
2001	1

De jongeren die in de loop van 2018 werden opgenomen in de voorziening werden geboren in resp. 2010, 2006, 2014 en 2016.

De jongere die begeleid wordt in CBAW werd geboren in 1999.

#### 2.1.9 Verblijfsduur van de kinderen in Levenslust per 31/12/2018

Huize Levenslust heeft een lange traditie in werken met kinderen en jongeren met weinig perspectief op een terugkeer naar huis. De gemiddelde verblijfsduur ligt dan ook hoog.

- |                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| 1. 10 jaar en 3 dagen   | 7. 2 jaar en 2 maanden |
| 2. 6 jaar en 8 maanden  | 8. 1 jaar en 6 maanden |
| 3. 6 jaar en 8 maanden  | 9. 11 maanden          |
| 4. 6 jaar en 8 maanden  | 10. 6 weken            |
| 5. 5 jaar en 2 maanden  | 11. 3 weken            |
| 6. 3 jaar en 10 maanden | 12. 3 weken            |

De gemiddelde verblijfsduur op 31/12/2018 is **vier jaar en drie maanden**.

De jongere die begeleid wordt in CBAW verbleef voorafgaand 8 jaar en 8 maanden in Huize Levenslust vzw. Op 31/12/2018 werd hij 1 jaar en 4 maanden begeleid in CBAW. Deze begeleiding wordt voortgezet.

De jongeren die terugkeerden naar huis verbleven in Levenslust gedurende 1 jaar en 11 maanden.

De jongere die Levenslust verlaten heeft voor de overgang naar kamertraining verbleef in Levenslust gedurende 8 jaar en 5 maanden.

### 2.1.10 Plaatsende instanties

	<u>OP 01/01/2018</u>	<u>OP 31/12/2018</u>
Jeugdrechtbank Leuven	7	8
OCJ Leuven	1	1
Jeugdrechtbank Turnhout	1	1
Jeugdrechtbank Brussel	1	1
Jeugdrechtbank Kortrijk	1	1

### 2.1.11 Verblijfplaats kinderen voor opname in Levenslust

- CKG: 5
- Pleeggezin: 2
- Internaat: 3
- Thuis: 2

### 2.1.12 Schoolniveau van de kinderen in Levenslust per 31/12/2018

- 2 kindjes zitten in de kleuterklas, waarvan 1 kindje in het Buitengewoon Kleuteronderwijs
- 5 kinderen zitten in het lager onderwijs
- 4 jongeren zitten in het middelbaar onderwijs, waarvan 1 in het BUSO, 3 in het beroepssecundair
- Eén jongere volgt een schoolvervangend programma
- Eén jongere in de module CBAW volgt een bachelor opleiding

## 2.2 MEDEWERKERSGEGEVENS

### 2.2.1 Wijzingen personeelsbestand

In de loop van 2018 kende het personeelsbestand van Huize Levenslust een aantal wijzigingen. 2 medewerksters waren in 2018 zwanger en moesten omwille van hun zwangerschap tijdelijk hun werkzaamheden in de leefgroep stopzetten, resp. voor 0,20 VTE en voor 1 VTE. Ze werden beiden vervangen in de leefgroep.

Eén medewerkster ging een andere professionele uitdaging aan en ging uit dienst in mei 2018.

Tijdens de zomermaanden juli, augustus en september hadden we versterking van 2 jobstudenten; beiden hadden voorafgaand stage gelopen in de voorziening.

Op 31/12/2018 hebben 3 medewerkers één of andere vorm van tijdskrediet:

- vermindering met 0,20 VTE in het kader van een landingsbaan
- vermindering met 0,50 VTE in het kader van een landingsbaan
- vermindering met 0,50 VTE in het kader van verzorging van een ziek familielid

In het kader van 'Informatieveiligheid' hebben we een samenwerkingsverband met Monte Rosa vzw; zij stellen een personeelslid 'ter beschikking' voor 2u per week.

### 2.2.2 Personeelsgegevens

#### *Evolutie van het personeelsbestand<sup>2</sup> en capaciteit*

Huize Levenslust heeft op 31/12/2018 een personeelsbestand van 14 medewerkers, waarvan:

- 1 medewerker voor 0,70 VTE via Sociale Maribel
- 13,30 medewerkers via Agentschap Jongerenwelzijn
- Eén medewerkster is tijdelijk verwijderd in het kader van de preventieve verwijdering zwangerschapsbescherming en werd vervangen voor de duur van haar afwezigheid

GEGEVENS OP 31/12/2018	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Aantal WN (koppen)</b>	11	14	14	12	13	14
<b>Aantal VTE contractueel</b>	9,00	11,70	11,05	11	11,80	13,15
<b>Aantal VTE effectief</b>					10,60	10,75
<b>Aantal voltijdse WN'ers</b>	5	7	6	9	9	11
<b>Aantal WN'ers met afwijking tussen contractuele en reële jobtime</b>	1	1	1	4	4	3
<b>Aantal deeltijdse WN'ers</b>	6	7	8	3	4	3
<b>Aantal deeltijdse in VTE</b>	4,00	4,70	5,05	2,00	2,80	2,15
<b>Aantal WN'ers met contract onbepaalde duur</b>	11	13	13	12	12	11
<b>Aantal contracten</b>	11	15	14	13	14	14
<b>Aantal WN'ers met meerdere contracten</b>	0	1	1	1	2	0

<sup>2</sup> Personeelsbestand uitgedrukt in aantal medewerkers

### *Verhouding m/v*

In Huize Levenslust vzw waren op 31/12/2018 2 mannen en 10 vrouwen werkzaam.

### *Leeftijdscategorieën*

Aantal medewerkers op 31/12/2018 verdeeld over de volgende leeftijdscategorieën:

- Jonger dan 35 jaar: 7
- Van 35 jaar tot 44 jaar: 2
- Van 45 jaar tot 49 jaar: 0
- Van 50 jaar tot 54 jaar: 3
- Ouder dan 55 jaar: 2

### *Ziekteverzuim*

Het verzuim in onze organisatie bedroeg in 2018 in totaal **2.645 uren**. Daarvan waren 1.417 uren door de preventieve verwijdering omwille van zwangerschap en 760 uren omwille van zwangerschapsverlof. 418 uren waren ziekteverzuim binnen gewaarborgd loon; dit komt overeen met 55 werkdagen.

### 2.2.3 Personeelsbestand op 31/12/2018

Totaal personeelsbestand effectief op 31 december 2018: **13,15 VTE<sup>3</sup> contractueel, waarvan 10,75 effectief:**

- 0,92 VTE directie
- 1 VTE hoofdbegeleider
- 5,65 VTE leefgroepbegeleiders
- 1,30 VTE contextbegeleiding
- 0,80 VTE administratie
- 1,08 VTE logistiek

7,95 medewerkers werken in rechtstreeks contact met de jongeren.

### 2.2.4 Personeelskengetallen Vlaams Welzijnsverbond

In 2018 namen we opnieuw deel aan de inventarisatie van de personeelsgegevens via de Personeelskengetallen van het VWV. Dit is zeer zinvol en helpend in de verdere uitbouw van ons personeelsbeleid. Op deze manier brengen we al onze personeelsgegevens in kaart. Het is in het kader van een kwaliteitsvolle werking bovendien een meerwaarde dat we ons nu kunnen positioneren ten opzichte van de sector. Ook in de toekomst zullen we deze personeelskengetallen blijven gebruiken voor zelfevaluatie en bijsturing.

---

<sup>3</sup> Uitgedrukt in voltijdse equivalenten. Volledig overzicht van personeelsbestand vindt u in bijlage 2.



### 3 ZELFEVALUATIE

In 2015 gingen we voor het eerst aan de slag met de groeiniveaus. We deden dat door middel van een 'nulmeting'. Alle thema's werden geëvalueerd op basis van indicatoren. Op basis van de behaalde indicatoren kan de organisatie zichzelf scoren met een cijfer van 0 tot 5. Een score is pas behaald als alle indicatoren van de onderliggende score behaald zijn. Onderstaande tabel geeft een beeld van de evolutie over de voorbije jaren en een stand van zaken op 31/12/2018<sup>4</sup>.

Zelfevaluatie	2015	2016	2017	2018
<b>Kwaliteitszorg</b>				
Organisatie en visie	2	2	2	2
Betrokkenheid	1	2	2	2
Methodieken en instrumenten	2	2	3	3
Verbetertraject	1	2	2	2
<b>Kernprocessen</b>				
Onthaal van de gebruiker	2	2	2	2
Doelstellingen en handelingsplan	2	2	3	3
Afsluiting en nazorg	2	2	2	2
Pedagogisch profiel	2	2	3	3
Dossierbeheer	2	2	2	2
<b>Gebruikersresultaten</b>				
Klachtenbehandeling	2	2	2	2
Gebruikerstevredenheid	2	2	2	2
Effect van de hulpverlening	1	1	2	2
<b>Medewerkersresultaten</b>				
Personeelstevredenheid	2	2	2	2
Indicatoren en kengetallen	2	2	3	3
<b>Samenlevingsresultaten</b>				
Waardering strategische partners	1	1	2	3
Maatschappelijke opdrachten / tendensen	1	2	2	3

<sup>4</sup> Het volledige overzicht van de positionering op de groeiniveaus op 31/12/2018 vindt u in bijlage 1.

In 2018 hebben we onszelf opnieuw gescoord op de groeiveaus, zoals gevraagd door het Agentschap Jongerenwelzijn. Globaal genomen zijn onze scores hetzelfde gebleven. Alleen wat betreft samenlevingsresultaten scoren we hoger, vooral omwille van de inspanningen die er gedaan zijn in het kader van het Zorgstrategisch Plan.

Bij het bekijken en bespreken van de scores zien we wel regelmatig dat we elementen van de hogere niveaus behalen. Maar vermits we niet alle voorgaande elementen halen, kunnen we deze score niet inzetten. Dat is jammer, want daardoor kunnen we niet ten gronde tonen welke inzet en inspanningen er ook op die domeinen geleverd worden.

We zullen ons in het volgende jaar zeker verder beraden over wat we kunnen doen om de ontbrekende stappen toch te kunnen behalen.

We geven hier een korte toelichting bij de behaalde niveaus (volledig overzicht in bijlage 1):

### ***Kwaliteitszorg***

- Organisatie en visie: niveau 2 wordt bevestigd
- Betrokkenheid: niveau 2 wordt bevestigd en één indicator van niveau 3
- Methodieken en instrumenten: niveau 3 wordt behaald
- Verbetertrajecten: niveau 2 wordt bevestigd en twee indicatoren van een hoger niveau

### ***Kernprocessen***

- Onthaal van de gebruiker: niveau 2 blijft behouden
- Doelstellingen en handelingsplan: niveau 3. Met alle betrokkenen (jongere, ouders, verwijzer, IB, CB,...) is er bij de start van de hulp een overleg voor de bespreking en aftoetsing van het handelingsplan. Vervolgens zitten alle betrokkenen om de zes maanden samen voor de evaluatie van de geformuleerde doelstellingen en de bijsturing hiervan. Waar nodig worden nieuwe doelstellingen geformuleerd met inspraak van alle betrokkenen.
- Afsluiting en nazorg: niveau 2 blijft behouden
- Pedagogisch profiel: niveau 3 blijft behouden

### ***Gebruikersresultaten***

- Niveau 2 blijft gehandhaafd.

### ***Medewerkersresultaten***

- Personeelstevredenheid: niveau 2 blijft gehandhaafd
- Indicatoren en kengetallen: niveau 3 wordt behaald. Huize Levenslust vzw participeert aan de jaarlijkse bevraging van het Vlaams Welzijnsverbond betreffende de personeelskengetallen. Deze personeelsgetallen worden besproken en zijn zinvol om de organisatie te positioneren ten opzichte van collega-organisaties.

### ***Samenlevingsresultaten***

- Waardering strategische partners: we positioneren ons op niveau 3. Naar aanleiding van het Zorgstrategisch plan wordt de waardering van een aantal strategische partners bevraagd.
- Maatschappelijke opdracht en maatschappelijke tendensen: niveau 3 werd behaald

Naar aanleiding van de opmaak van het Zorgstrategisch plan werd uitgebreid stilgestaan bij de werking. De werking werd grondig geëvalueerd, en ook onze partners werden bevroegd. Niet alleen verwijzers, ook partners in de lokale gemeenschap werden betrokken. Meer informatie hierover is terug te vinden in het Zorgstrategisch Plan, dat door de Commissie werd goedgekeurd in april 2018 en de verdere basis vormt voor de uitvoering van ons bouwproject.

Naast de waardering van strategische partners zijn we in het kader van onze bouwplannen ook aan de slag gegaan rond onze toekomstvisie. We hebben hierbij verder gebouwd op de huidige maatschappelijke tendensen in de sector, die nauw aansluiten bij onze werking en onze visie:

- Hoe kunnen we het verblijf van erg jonge kinderen in een residentiële setting zo goed mogelijk organiseren
- Hoe kunnen we voor jongvolwassenen de overgang vanuit de voorziening naar een zelfstandig leven zo goed mogelijk voorbereiden

Beide denkoefeningen resulteerden enerzijds in een infrastructuur die huiselijk en gezellig is, met oog voor kleine kinderen en met een aangepaste ruimte die door bezoekende context kan gebruikt worden. Anderzijds hebben we in onze gebouwen een studio voor kamertraining voorzien waarin we onze jongeren kunnen helpen, om de overstap naar zelfstandig wonen geleidelijk en ondersteund te maken.

We zijn er dan ook van overtuigd dat we door de hiermee geleverde inspanningen niveau 3 hebben bereikt.

## 4 EVALUATIE KWALITEITSTHEMA'S 2018

---

### 4.1 EFFECTIEVE START BOUW

In ons **kwaliteitsplan 2017** schreven we het volgende:

*We hebben hier, samen met de kinderen en de medewerkers heel lang naar uitgekeken. En nu is het bijna zo ver.*

*We hebben hier al veel over nagedacht, gesproken, gebrainstormd en van gedachten gewisseld op alle niveaus van de organisatie: binnen de Raad van Bestuur, met de jongeren en met alle medewerkers.*

*In het najaar van 2017 hebben we contact genomen met 7 architectenbureaus, 3 van hen toonden interesse in de verdere uitbouw van ons project.*

*Eind 2017 werd de erfpachtovereenkomst gesloten, het Zorgstrategisch Plan werd met alle betrokkenen besproken en afgewerkt. In april 2018 kregen we de kans om onze plannen toe te lichten bij de Commissie Zorgstrategisch Plan. Als we hier groen licht krijgen kunnen we onze plannen uitvoeren met steun van VIPA.*

*Ik verwijs graag naar ons Zorgstrategisch Plan; dit omvat uitgebreid alle informatie rond ons bouw- en verbouwdossier.*

*De verdere concretisering van deze plannen, de communicatie en samenwerking met de omwonenden, de leefbaarheid voor onze jongeren en medewerkers tijdens de bouwperiode... dit alles zal in de volgende twee jaar een centrale rol hebben in onze werking.*

Ondertussen hebben we geleerd dat een bouwproject een zeer lang en traag proces is... Maar we vorderen, langzaam maar zeker, en meer nog: de aanvang van de werken is in zicht.

We hebben in de loop van 2018 een gans proces doorlopen. Na een selectieprocedure beslisten we in zee te gaan met B-ILD, een jong en dynamisch Brussels architectenbureau ([www.b-ild.com](http://www.b-ild.com)). We gingen samen aan de slag; iedereen werd betrokken bij het denkproces: bestuurders, teamleden en de kinderen en jongeren.

We werkten een Zorgstrategisch Plan uit, waarbij alle aspecten van onze werking en de visie op de toekomst uitgebreid belicht werd. Dit plan werd in april 2018 voorgelegd aan de Commissie Zorgstrategisch Plan en goedgekeurd. Het licht voor de aanvraag van VIPA-steun stond hiermee op groen. De stedenbouwkundige vergunning werd aangevraagd, het VIPA dossier werd klaargestoomd, er werd een dossier opgemaakt voor de offertes, een financieel plan... Er is door velen hard en goed samengewerkt om dit alles te realiseren.

We zijn trots een project tot stand te kunnen brengen waarin kinderen en jongeren kunnen leven en opgroeien in een warme en huiselijke sfeer, met aandacht voor het welzijn van de medewerkers en met ruimte voor het ontvangen en begeleiden van de context.

Met veel plezier geven we op eenvoudige vraag verdere en uitgebreidere toelichting bij onze plannen. Daarnaast verwijzen we naar het ingediende Zorgstrategisch Plan dat een inblik geeft in onze werking en op onze visie naar de toekomst.

En zekker, we gaan nu echt van start. De aanvang van de werken is voorzien in augustus 2019.

Wij kijken er nu al naar uit u in het volgende kwaliteitsverslag te informeren over de vordering van de werken.

## 4.2 'SAMEN GOED OPVOEDEN'

In ons **kwaliteitsplan 2017** schreven we het volgende:

*Samen goed opvoeden blijft onze zorg.  
We blijven ons inzetten om met alle betrokkenen samen op weg te gaan in de opvoeding van onze jongeren. Ook in 2018 zullen we hierbij regelmatig stilstaan en onze werking evalueren in het licht van dit thema.  
Zeker het thema 'leefklimaat' zal een belangrijke plaats innemen, gezien de geplande werken.*

Het verhogen van het algemene welbevinden van de jongeren die aan onze organisatie zijn toevertrouwd, is onze voornaamste doelstelling. Ook in 2018 hebben we aandacht gehad voor de zorg voor een positief opvoedingsklimaat. Tijdens de teamvergaderingen en tijdens de jaarlijkse teamdagen werd stilgestaan bij de basis: wat hebben kinderen en jongeren nodig om goed op te groeien; wat hebben wij als team nodig om dit mogelijk te maken?

Ook met de jongeren zelf werd aandacht besteed aan dit thema. Regelmatig werd er tijdens de groepsgesprekken stilgestaan bij de noden, vragen en wensen van de jongeren zelf. Er wordt meer en meer ruimte gemaakt voor hun ideeën.

Directie en contextbegeleiders hebben in 2018 deelgenomen aan de studiedag Back to Basics vanuit VOT Ons Tehuis. Dit project inspireert ons en moedigt ons aan om verder werk te maken van de basis en de essentie van onze werking: goede en warme zorg.

Ook in 2019 nemen we dit thema uiteraard verder mee; we nemen deel aan de kick-off dag over het belang van een positief leefklimaat in een residentiële setting op 20 september 2019.

## 4.3 HERTEKENING TEAM – DE VERDERE UITWERKING VAN EEN STERK TEAM WAARBIJ LEEFGROEPBEGELEIDING EN CONTEXTBEGELEIDING COMPLEMENTAIR ZIJN

In ons **kwaliteitsplan 2017** schreven we het volgende:

*De voorbije 5 jaren heeft Levenslust groei en evolutie gekend: in 2013 zijn we ingestapt in het Experimenteel Modulair Kader. Vanaf dat moment hebben we een constante evolutie doorgemaakt.  
We hebben een leefgroepwerking uitgebouwd waarbij de zorg voor de kinderen centraal staat. We vertrekken hierbij vanuit het basisidee dat een positief leefklimaat een belangrijke voorwaarde is in de ontwikkeling van kinderen en jongeren.*

*Daarnaast geloven we zeer sterk in de kracht van ‘Samen goed opvoeden’. We hebben de voorbije jaren dan ook sterk ingezet op de uitbouw van een sterk contextteam, waarbij familiale contextbegeleiding en alternatieve netwerkvorming complementair zijn. Om onze werking verder te verankeren en groei te blijven garanderen, willen we de samenwerking tussen beide teams in de loop van 2018 evalueren en waar nodig bijsturen. Bovendien zijn er een aantal wijzigingen op komst in het team van onze contextbegeleiders; we willen hier tijdig op anticiperen.*

Bij het formuleren van deze doelstelling in 2018 hadden we geen idee dat de wijzigingen in ons team zo ingrijpend zouden zijn.

Onze contextbegeleidster alternatieve netwerken koos een andere professionele uitdaging. Daarnaast hadden we de nakende pensionering (april 2019) van onze familiale contextbegeleider in het vooruitzicht. Dit alles zette ons aan het nadenken en het schuiven. De functieomschrijvingen van leefgroepbegeleider en contextbegeleider werden herschreven; in het verlengde daarvan zijn ondertussen alle functie omschrijvingen geüpdatet. We gingen het gesprek aan met een van onze leefgroepbegeleidsters: zij deed enkele jaren geleden haar stage Master in Pedagogie in onze voorziening, bij onze contextbegeleider. Zij zal de contextbegeleiding alternatieve netwerken voor haar rekening nemen.

Daarnaast kwam er ook voor de teamcoördinator een wijziging. Waar deze in eerste instantie halftijds leefgroepbegeleider en halftijds teamcoördinator was, opteerden we in 2018 voor een voltijds coördinatie-opdracht. De opvolging van de wijzigingen in het team, de verzwaren van de problematieken en de steeds complexere dagelijkse werking maakten deze keuze noodzakelijk. Bovendien wordt de teamcoördinator een aantal uren per week vrijgesteld voor de opvolging van ons nakende bouwproject.

Een nieuwe leefgroepbegeleidster kwam het team versterken om de open plaatsen te vullen. Naast nieuwe professionele uitdagingen, nieuwe interne wendingen waren er ook op persoonlijk vlak ingrijpende veranderingen op komst voor enkele van onze medewerkers. In 2018 waren 2 van onze collega's zwanger. Zij werden (geheel of gedeeltelijk) vrijgesteld van de leefgroepwerking, en vervangen.

Na een lange periode van stabiliteit in ons team, waarbij we weinig personeelsverloop kenden, was 2018 voor Huize Levenslust dan ook een atypisch jaar.

Ook in 2019 kondigen zich een aantal veranderingen aan: medewerkers kiezen een andere professionele invulling, een verhuis naar het buitenland, de moeilijke combinatie van dit werk met een jong gezin, pensioen... Het ziet er dus naar uit dat de tendens zich verder zet.

We besteden veel zorg aan een goede afronding van een samenwerking binnen de organisatie, zowel tegenover de collega's als tegenover de kinderen en jongeren uit de leefgroep. Daarnaast gaan we op zoek naar nieuwe collega's, en ook hier leggen we de lat hoog. We proberen door goede selectie medewerkers te kiezen die aansluiten bij de visie en dynamiek van Huize Levenslust. Om dit mogelijk te maken hebben we onze selectieprocedure herwerkt. Voorafgaand aan het sollicitatiegesprek krijgt elke kandidaat een vragenlijst om in te vullen,

en een aantal casussen. Daarnaast worden de gesprekken gevoerd door de directie en een selectie van medewerkers en leden van de Raad van Bestuur.

#### 4.4 OPSTART ELEKTRONISCH DOSSIER

In ons **kwaliteitsplan 2017** schreven we het volgende:

*In 2017 hebben we de verschillende mogelijkheden verkend rond het elektronische dossier. We hebben deelgenomen aan verschillende demo's en infosessies. Op basis van de beschikbare informatie hebben we uiteindelijk gekozen voor Scapta, Kalena 365. Dit is ontwikkeld in samenwerking met collega's uit de Bijzondere jeugdzorg en sluit het best aan bij onze vragen en noden.*

*We willen in 2018 effectief van start gaan; we verwachten dit in de zomervakantie effectief te kunnen uitvoeren.*

We hadden gehoopt om in 2018 effectief te kunnen starten met ons elektronisch dossier. Jammer genoeg sloop er heel wat vertraging in de samenwerking met Scapta, waardoor de effectieve start nog niet gerealiseerd werd.

We gingen uiteraard wel reeds van start met een aantal voorbereidende stappen: de installatie van Office 365 is gebeurd; er waren contacten en overlegmomenten met de collega's van Monte Rosa, die al ervaring hebben opgedaan met Kalena 365, en er vonden voorbereidende vergaderingen en overlegmomenten plaats.

Uiteraard nemen we ook deze doelstelling mee naar 2019 en maken we verder werk van de implementatie.

#### 4.5 GDPR

In ons **kwaliteitsplan 2017** schreven we het volgende:

*Vanaf 25 mei 2018 wordt de Europese 'General Data Protection Regulation' van kracht, ook gekend als 'Algemene Verordening Databeheer'.*

*Concreet betekent dit:*

- *Bescherming van persoonlijke data van de Europese burger*
- *Procedure voor dataverzameling en -opslag van persoonlijke gegevens*
- *Toestemming vragen om gegevens te verzamelen en gebruiken*
- *Individueel heeft het recht om 'vergeten te worden'*
- *Verhoogde security maatregelen zijn nodig*
- *Maatregelen tegen hackers en datalekken*
- *Datalek melden binnen 72 uur*

*Huize Levenslust vzw werkt al enkele jaren samen met Monte Rosa vzw in het kader van informatieveiligheid. Ook in het kader van de GDPR wetgeving zullen we ons beleid uitwerken in samenwerking met Monte Rosa.*

We hebben het voorbije jaar de nodige stappen gezet in het kader van de GDPR wetgeving. In samenwerking met Monte Rosa vzw hebben we de nodige procedures hiertoe ontwikkeld.

## 4.6 VERNIEUWDE WEBSITE

In ons **kwaliteitsplan 2017** schreven we het volgende:

*Onze website is toe aan een grondige opfrisbeurt; niet alleen qua lay-out, maar ook wat inhoud betreft is een frisse wind nodig.  
We willen in 2018 dan ook graag de tijd vinden om onze website grondig te herdenken. We zien hierin ook mogelijkheden om informatie te delen en de bezoekers op de hoogte te houden van het reilen en zeilen in onze organisatie.  
We zijn ondertussen al van start gegaan met een Nieuwsbrief, waarin we 2 keer per jaar een aantal hoogtepunten van de voorbije zes maanden in de kijker zetten.*

Onze nieuwsbrief is stilaan een vaste waarde geworden; ondertussen zijn we toe aan onze vijfde editie! Via deze nieuwsbrief informeren we ons ruimere netwerk over het reilen en zeilen binnen onze organisatie.

De dagelijkse beslommeringen hebben jammer genoeg geen tijd gelaten voor de opfrissing van onze website. Dit blijft alleszins hoog op onze prioriteitenlijst staan; we nemen dit dan zeker ook mee naar 2019.

## 4.7 CONCLUSIE

We stellen vast dat de dagelijkse realiteit geregeld aan de haal gaat met onze plannen en ideeën. De bouw- en verbouwplannen, de veranderingen op vlak van personeel en in de leefgroep...

We worden hierin regelmatig geconfronteerd met de grenzen en beperkingen van een kleine organisatie. We kunnen dan ook alleen maar vaststellen dat onze ambities vaak verder reiken dan onze mogelijkheden toelaten.

Maar we blijven groot dromen, in de wetenschap dat onze dromen soms botsen met de dagelijkse werkelijkheid...



## 5 KWALITEITSTHEMA'S 2019

---

### 5.1 BOUWPROJECT – EEN NIEUW HUIS

Eindelijk is het zover. Na jaren van plannen, schrijven, overleggen, wederom plannen, opnieuw schrijven en weer samenzitten... zijn we eindelijk klaar voor de start van onze bouw. Ik denk wel dat we ervan mogen uitgaan dat dit zowat het grootste verbeterproject is uit de geschiedenis van Huize Levenslust vzw. Maar we gaan het avontuur met volle goesting aan, en kijken heel hard uit naar het resultaat!

Zonder onverwachte valkuilen en onaangename verrassingen zullen we in de zomer van 2019 starten met de afbraak van het oudste gebouw. We hopen deze afbraak afgerond te hebben tijdens de zomervakantie 2019 om de overlast voor het kleuterschooltje tot een absoluut minimum te beperken.

Vervolgens zullen we gefaseerd te werk gaan: na de afbraak wordt eerst de nieuwbouw gezet en wordt alles klaargemaakt om de kinderen en jongeren van de leefgroep te huisvesten. In een tweede fase wordt het oude gebouw aangepakt en wordt er verder werk gemaakt van de administratieve ruimtes.

Uiteraard hebben we nog een hele weg te gaan, en zullen we nog heel wat stof en ongemak moeten trotseren. We blijven gedurende de ganse bouwperiode wonen op het terrein. Dat vraagt de nodige aandacht naar veiligheid, hinder en comfort. We zullen dan ook veel aandacht besteden aan overleg en communicatie met alle betrokken partijen, waarbij de zorg voor veiligheid van onze bewoners en medewerkers centraal staat.

In gans het proces willen we ons doel voor ogen houden: een nieuwe start in een nieuw huis. We zoeken manieren om onze omgeving te betrekken bij ons project: de kinderen en jongeren, maar ook de ouders en context, de medewerkers, de buurt en de ruime omgeving. We denken daarbij aan een officieel startmoment voor de werken, aan een blog waarop geïnteresseerden de werken kunnen volgen, aan regelmatige infovergaderingen.

Ook de jongeren zelf willen we betrekken bij het gebeuren door hen mee te laten nadenken: hoe houden we het fijn en leefbaar tijdens de werken, wat kunnen we doen, kunnen ze af en toe de werf bezoeken onder begeleiding om de vorderingen zelf te zien?

Sommigen van onze jongeren dromen al groot en zien zichzelf al mee aan de slag gaan... maar het lijkt ons een beter idee om de uitvoering over te laten aan de professionals. 😊

We zijn er wel van overtuigd dat dit een verbindend project is, hoezeer we in de loop van de volgende maanden de vermaledijde verbouwingen ook zullen verwensen. Maar samen bouwen, of het nu letterlijk of figuurlijk is, zal ons alleszins samen op weg zetten.

In het nieuwe gebouw wordt veel zorg besteed aan ruimte, licht, sfeer, gezelligheid en geborgenheid. We zijn er van overtuigd dat deze setting algemeen een beter gevoel van tevredenheid zal geven en meer rust zal brengen in de leefgroep.



## 5.2 REORGANISATIE TEAM: EEN NIEUW TEAM – EEN NIEUWE WERKING

Reeds in 2018 kondigden zich een aantal veranderingen aan op vlak van onze personeelsbezetting en team. We beschreven dit reeds in de evaluatie van het kwaliteitsplan 2018. Dit zet zich ook in 2019 verder; om diverse redenen kiezen een aantal medewerkers een ander pad: verhuis naar het buitenland, een nieuwe professionele wending, gezinsuitbreiding, pensioen...

Als kleine organisatie met een beperkt team zijn we niet gewend aan een groot verloop van personeel. Het heeft zowel binnen het team als binnen de leefgroep dan ook een grote impact. Jongeren zien medewerkers vertrekken waarmee ze in de loop der jaren een band en vertrouwen mee hebben opgebouwd, ouders zien voortdurend nieuwe gezichten, collega's moeten wennen aan elkaar...

We zijn ons scherp bewust van de impact van deze veranderingen. We kiezen er dan ook bewust voor om hier een verbetertraject aan te koppelen.

We herdenken in de loop van 2019 onze teamwerking. Wat is de impact van het wegvallen van de teamcoördinator, hoe zorgen we voor continuïteit binnen de contextbegeleiding, wat is de rol van een individuele begeleider – een aandachtbegeleider...? Hoe stemmen we af op elkaar en op de werking in zijn geheel?

Zijn de taken en verwachtingen die aan elke functie verbonden zijn duidelijk, en zijn deze nog 'up to date'? We zullen alle functieomschrijvingen nakijken en waar nodig herwerken.

En hoe zorgen we voor verbinding? Wat kunnen we doen om ervoor te zorgen dat het vertrek van een aantal vertrouwde gezichten geen breuk in vertrouwen is?

In eerste instantie zorgen we voor duidelijke en heldere communicatie naar de jongeren rond het vertrek. We maken er een zaak van om elk vertrek goed aan te pakken en elke samenwerking goed af te ronden, zowel naar organisatie als naar kinderen. We organiseren een afrondingsgesprek, waarbij telkens aandacht is voor aandachtspunten in de samenwerking. We bevragen actief aan medewerkers wat ze meenemen uit de organisatie en wat ze voor ons als aandachtspunt weerhouden. En uiteraard kan niemand weggaan zonder een gepast afscheid: een feestje, een cadeautje, tekeningen en kaartjes en de vaste belofte om contact te blijven houden, en zich altijd welkom te blijven voelen!

Maar het vertrek van mensen betekent ook nieuwe mensen. Over een periode van ongeveer een jaar zullen er straks 7 nieuwe gezichten zijn in Levenslust. Alweer kan ik niet anders dan meegeven dat dit een enorme impact heeft in een kleinschalige organisatie, het gaat hier immers over ongeveer de helft van onze equipe. Om dit alles vlot te laten verlopen, zullen we hiervoor de nodige aandacht en ondersteuning moeten bieden.

We zullen dan ook in de loop van 2019 aan aantal verbindende activiteiten voorzien, zowel op niveau van het team als met de kinderen en jongeren uit de leefgroep. We hebben hiervoor tijdens de zomervakantie extra tijd en ruimte ingezet. We vinden het erg belangrijk dat onze nieuwe collega's de tijd en ruimte krijgen om de kinderen, de collega's en de cultuur van het huis te leren kennen. Daar zetten we dan ook expliciet op in.

In het verlengde daarvan zullen we ook onze dagelijkse werking weer kritisch bekijken. Vraagt ons dagverloop aanpassingen in het kader van de veranderingen op vlak van leefgroep, personeel, infrastructuur?

Ondertussen is het een traditie geworden die we ook dit jaar vasthouden: we zullen in de loop van 2019 twee keer een teamdag organiseren om onze dagelijkse werking te evalueren en bij te sturen.

Ook communicatie is belangrijk: we informeren de ouders en context over de veranderingen en wijzigingen in het team. De medewerkers die onze organisatie verlaten, nemen waar mogelijk persoonlijk afscheid van de ouders en contextfiguren waarmee ze nauw hebben samengewerkt, net als van de collega's uit het werkveld.

Daarnaast zullen we in de loop van 2019 ook een informeel ontmoetingsmoment organiseren tussen de medewerkers en bestuurders, gezien de veranderingen op personeelsvlak.

### 5.3 EFFECT VAN DE HULPVERLENING

Tijdens de kwaliteitsdagen eind 2018 kondigde het Agentschap Jongerenwelzijn een nieuw kwaliteitsthema aan: "Effect van de hulpverlening". Dit kwaliteitsthema zal over de periode 2019-2020 centraal staan.

We zullen aan de slag gaan om te bekijken hoe we de resultaten van de geboden hulp kunnen meten. Op dit ogenblik is het nog voorbarig om hierop verder in te gaan; we zitten nog volop in het denkproces waarbij we bekijken wat en hoe we dit thema vorm gaan geven. We hebben deelgenomen aan de studienamiddag op 20 maart 2019 waarbij de krijtlijnen voor dit thema werden uitgezet. Met de informatie die daar werd gegeven gaan we verder aan de slag.

In het kwaliteitsverslag 2019 (tegen 01/06/2020) zullen we een eerste neerslag geven; in het kwaliteitsverslag 2020 (tegen 01/06/2021) zullen we dit thema ten gronde behandelen.

We zullen vertrekken vanuit de visietekst 'Zin in indicatoren' vanuit het Vlaams Welzijnsverbond en kijken verder uit naar de initiatieven van het Agentschap Jongerenwelzijn en de koepels. Zij hebben zich geëngageerd om de ontwikkeling van dit thema verder te ondersteunen door de ontwikkeling van een sjabloon en interactie met de intervisiegroepen.

Uiteraard blijven we ook in de toekomst verder participeren aan de Intervisiegroep Kwaliteit.

### 5.4 VERDERZETTING VAN DE THEMA'S VAN VORIG JAAR

De voorbije jaren hebben we reeds ingezet op volgende thema's:

- Elektronisch dossier
- Samen goed opvoeden
- Website

Geen van deze thema's is op dit ogenblik afgerond. We zullen daar in de loop van het volgende jaar dan ook verdere aandacht aan besteden.

We hopen tegen eind 2019 een goed werkend elektronisch dossier in gebruik te hebben, een website te hebben die up to date is en vooral... samen goed op te voeden!

## 6 TOT SLOT

---

Tot slot graag een woord van dank...

Ook in 2018 hebben we veel steun van u mogen ontvangen op alle denkbare manieren: onze (ondertussen al vierde!) Italiaanse avond was alweer een succes, er was het prachtige concert van Scala, door Leo club Tienen georganiseerd,...

Maar liefst 14 initiatieven werden er in het kader van Music for Life genomen ten voordele van Huize Levenslust vzw!

We ervaren dagelijks steun, interesse en betrokkenheid in onze werking.

We willen expliciet een dankjewel sturen aan onze steungezinnen die onze jongeren met warmte omringen, en aan onze vrijwilligers die het mogelijk maken dat er zo veel meer kan.

Eens te meer willen we de Provincie Vlaams-Brabant bedanken voor de steun aan onze werking, het Agentschap Jongerenwelzijn en onze koepelorganisatie Vlaams Welzijnsverbond waar we altijd terecht kunnen met vragen, het gemeentebestuur van Linter en de medewerkers van de Parochie voor de hulp en ondersteuning, de buurt voor hun sympathie en betrokkenheid, de milde schenkers met gulle giften, onze bestuurders voor hun engagement...

Mijn warme dank ook aan de medewerkers voor het engagement, de energie en de inzet elke dag opnieuw, ook als het moeilijk is!

Last but not least wil ik mijn waardering uitspreken voor de kinderen en jongeren, hun ouders en omgeving. Dat we samen mogen blijven groeien!

Dank je wel,

Iris Claes  
Mei 2019

## 7 BIJLAGEN

---

Bijlage 7.1: Positionering groeiniveaus op 31/12/2018

Bijlage 7.2: Overzicht medewerkers op 31/12/2018

## 7.1 BIJLAGE 1. POSITIONERING GROEINIVEAUS OP 31/12/2018

### GEBRUIKERSRESULTATEN

<u>Groeiniveaus (0-5)</u>	<b>Gebruikersresultaten: klachtenbehandeling</b>	<b>Gebruikersresultaten: gebruikerstevredenheid → over hulpverleningsprocessen, over hulpuitvoering, over inspraak en participatie</b>	<b>Gebruikersresultaten: effect van de hulpverlening</b>
0	De organisatie heeft geen klachtenbehandeling.	De organisatie gaat de gebruikerstevredenheid niet na.	De organisatie gaat het effect van de hulpverlening voor de gebruikers niet na.
1	De organisatie bepaalt ad hoc een werkwijze voor de klachtenbehandeling.	De organisatie gaat ad hoc de gebruikerstevredenheid na.	De organisatie gaat ad hoc de effecten van de hulpverlening na.
2	De organisatie heeft een klachtenprocedure.	De organisatie hanteert een of enkele methodieken of instrumenten om de gebruikerstevredenheid na te gaan.	De organisatie hanteert een of enkele methodieken of instrumenten om het effect van de hulpverlening te meten.
3	De organisatie stelt de klachtenprocedure op met inspraak van de proceseigenaars.	De organisatie heeft een duidelijke procedure of afspraken om de gebruikerstevredenheid te meten.	De organisatie heeft SMART indicatoren geformuleerd om het effect van de hulpverlening na te gaan.
	De klachtenprocedure is geëxpliciteerd met een duidelijk stappenplan, en tijdsplan, aangewezen verantwoordelijken, doelgerichtheid en terugkoppeling aan de gebruiker die de klacht heeft ingediend.	De organisatie gebruikt systematisch een methodiek die afgestemd is op de doelgroep(en) om de gebruikerstevredenheid te meten, waarbij ze minimaal de hulpverleningsprocessen, de hulpuitvoering, de inspraak en participatie bevroegt.	De organisatie gebruikt systematisch de eigen en de sectorale gegevens uit een uniform registratiesysteem om de effecten en processen van de hulpverlening in kaart te brengen.
	De organisatie communiceert de klachtenprocedure.	De organisatie gebruikt de gegevens van de tevredenheidsmeting als input voor de beleidsvoering van de organisatie.	De organisatie participeert in wetenschappelijk onderzoek.
	Alle betrokkenen passen de klachtenprocedure toe.	De organisatie gebruikt de gegevens van de tevredenheidsmeting om de communicatie en de samenwerking met gebruikers te verbeteren.	.
	De organisatie bundelt systematisch de klachten van gebruikers en bespreekt ze tijdens (beleids)overleg.		

4	De organisatie evalueert systematisch de klachtenprocedure en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de instrumenten om de gebruikerstevredenheid te meten, en stuurt ze bij.	De organisatie evalueert systematisch de gehanteerde indicatoren en instrumenten om de effecten van de hulpverlening te meten en stuurt ze bij.
	De organisatie evalueert systematisch de klachtenprocedure en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de instrumenten om de gebruikerstevredenheid te meten, en stuurt ze bij.	De organisatie evalueert systematisch de gehanteerde indicatoren en instrumenten om de effecten van de hulpverlening te meten en stuurt ze bij.
	Vanuit de gegevens van de klachtenprocedure zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.	Vanuit de gegevens van de tevredenheidsmeting zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.	De organisatie gebruikt de eigen en de sectorale gegevens uit een uniform registratiesysteem om systematisch acties op te zetten rond de inputgebieden en de kernprocessen.
	De organisatie linkt de gegevens van de klachtenprocedure aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.	De organisatie linkt de gegevens van de tevredenheidsmeting aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.	De organisatie linkt de resultaten van de effectmeting aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.
5	De organisatie communiceert de klachtenprocedure systematisch extern.	Een onafhankelijke externe evalueert de tevredenheidsmeting. De organisatie communiceert die resultaten en stuurt de tevredenheidsmeting bij.	De organisatie gebruikt systematisch de eigen en de sectorregistratiegegevens om te benchmarken.
	De organisatie evalueert systematisch de klachtenprocedure met inspraak van externe partners.	De tevredenheidsmeting is wetenschappelijk onderbouwd .	De organisatie gebruikt systematisch de eigen en de sectorregistratiegegevens om te benchlearnen .
	De klachtenprocedure staat model voor andere organisaties.	De organisatie stelt de tevredenheidsmeting als model voor andere organisaties.	De organisatie staat model voor andere organisaties inzake het meten van de effectiviteit van de hulpverlening.
		De organisatie publiceert de resultaten van de tevredenheidsmeting.	De organisatie publiceert de resultaten van de hulpverlening, de registratiegegevens en de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek.

#### 31/12/2018 Gebruikersresultaten:

- niveau 2 blijft gehandhaafd
- aangezien 'Effect van de hulpverlening' een kwaliteitsthema is voor de volgende jaren, zullen we hier in 2019 en 2020 uitgebreid bijilstaan. Op dit ogenblik blijft het niveau van het voorbije jaar gehandhaafd.



## KERNPROCESSEN

<u>Groeiniveaus (0-5)</u>	<b>Kernprocessen: onthaal van de gebruiker</b>	<b>Kernprocessen: doelstellingen en handelingsplan</b>	<b>Kernprocessen: afsluiting en nazorg</b>	<b>Kernprocessen: pedagogisch profiel</b>	<b>Kernprocessen: gebruikersdossier</b>
0	Er is geen procedure voor onthaal.	Er is geen procedure voor de doelstellingen en het handelingsplan.	Er is geen procedure voor afsluiting en nazorg.	Er is geen pedagogisch profiel.	Er zijn geen procedures voor het beheer en de uitwisseling van gebruikersdossiers.
1	De organisatie bepaalt ad hoc een werkwijze.	De organisatie bepaalt ad hoc een werkwijze.	De organisatie bepaalt ad hoc een werkwijze.	De medewerkers stemmen hun visie op en de uitvoering van de hulpverlening ad hoc af.	De organisatie beheert ad hoc de gebruikersdossiers.
2	Er is een procedure voor onthaal.	Er is een procedure voor de doelstellingen en het handelingsplan.	Er is een procedure voor afsluiting en nazorg.	Er is een pedagogische visie.	Er zijn procedures voor het beheer en de uitwisseling van gebruikersdossiers.
3	De organisatie stelt de procedure op met inspraak van de proceseigenaars.	De organisatie stelt de procedure op met inspraak van de proceseigenaars.	De organisatie stelt de procedure op met inspraak van de proceseigenaars.	De organisatie documenteert de visie op hulpverlening aan de hand van onderbouwde referentiekaders met handvatten voor de hulpverleners.	De organisatie stelt de procedures op met inspraak van de proceseigenaars.
	De procedure is geëxpliciteerd met duidelijke verantwoordelijke(n), doelstellingen, instrumenten en werkwijzen.	De procedure is geëxpliciteerd met duidelijke verantwoordelijke(n), doelstellingen en instrumenten.	De procedure is geëxpliciteerd met duidelijke verantwoordelijke(n), doelstellingen en instrumenten.	De organisatie heeft een duidelijke visie op en afspraken over de essentiële aspecten van de hulpverlening.	De procedures voor het beheer en de uitwisseling van gebruikersdossiers zijn geëxpliciteerd volgens de wettelijke bepalingen met duidelijke afspraken over het beheer en de toegankelijkheid (intern en extern) van de dossiers.
	De organisatie communiceert de procedure.	De organisatie documenteert en communiceert de procedure.	De organisatie documenteert en communiceert de procedure.	Alle betrokkenen passen de visie en afspraken toe.	De organisatie documenteert en communiceert de procedures.
	Alle medewerkers passen de procedure toe.	Alle medewerkers passen de procedure toe.	Alle medewerkers passen de procedure toe.	De gebruiker heeft inspraak in en participeert in alle aspecten van zijn hulpverleningstraject	Alle medewerkers passen de procedures toe.
				De hulpverlening maakt voor elke gebruiker samenwerkingsafspraken met het externe hulpverleningsnetwerk.	
				De hulpverlening betreft het directe sociale netwerk actief in het hulpverleningstraject van de gebruiker.	

4	De organisatie evalueert systematisch de procedure en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de procedure en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de procedure en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de visie op hulpverlening en de afspraken daarover en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de procedures en stuurt die bij.
	De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers en de interne partners.	De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers en de interne partners.	De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers en de interne partners.	De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers.	De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers en de interne partners.
				De organisatie evalueert systematisch de wijze waarop de inspraak en participatie van de gebruiker vorm krijgen en stuurt die bij.	
5	De organisatie communiceert de procedure systematisch extern.	De organisatie communiceert de procedure systematisch extern.	De organisatie communiceert de procedure systematisch extern.	De visie op hulpverlening krijgt vorm vanuit minimaal de gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten.	De organisatie communiceert de procedure systematisch extern.
	De organisatie evalueert systematisch de procedure met inspraak van externe partners.	De organisatie evalueert systematisch de procedure met inspraak van externe partners.	De organisatie evalueert systematisch de procedure met inspraak van externe partners.	Een onafhankelijke externe evalueert de visie op hulpverlening, en de afspraken daarover. De organisatie communiceert deze resultaten en stuurt de visie, de afspraken en de uitvoering bij.	De organisatie evalueert systematisch de procedures met inspraak van externe partners.
	De procedure staat model voor andere organisaties.	De procedure staat model voor andere organisaties.	De procedure staat model voor andere organisaties.	De organisatie stelt de visie op hulpverlening, en de afspraken daarover als model voor andere organisaties.	De procedures staat model voor andere organisaties.

#### 31/12/2018 Kernprocessen:

- Onthaal van de gebruiker: niveau 2 blijft behouden
- Doelstellingen en handelingsplan: niveau 3 – met alle betrokkenen (jongere, ouders, verwijzer, IB, CB...) is er bij de start van de hulp een overleg voor de bespreking en aftoetsing van het handelingsplan. Vervolgens zitten alle betrokkenen om de zes maanden samen voor de evaluatie van de geformuleerde doelstellingen en de bijsturing hiervan. Waar nodig worden nieuwe doelstellingen geformuleerd met inspraak van alle betrokkenen
- Afsluiting en nazorg: niveau 2 blijft behouden
- Pedagogisch profiel: ‘Samen goed opvoeden – de zorg voor een positief opvoedingsklimaat’ blijft binnen onze organisatie een belangrijk basisthema. We positioneren ons momenteel op niveau 3, met één indicator van niveau 4.
- Gebruikersdossier: niveau 2 blijft behouden. We hebben in de loop van 2018 de eerste contacten gehad met Scapta in het kader van de opstart van het elektronisch dossier Kalena 365. We hoopten hiermee van start te kunnen gaan na de zomervakantie van 2018. Helaas hebben we deze doelstelling niet gehaald. We nemen deze doelstelling mee naar 2019 en hopen in de loop van dat jaar een doorstart te kunnen maken.

## KWALITEITZORG

<b>Groeiniveaus (0-5)</b>	<b>Kwaliteitszorg: organisatie en visie</b>	<b>Kwaliteitszorg: betrokkenheid</b>	<b>Kwaliteitszorg: methodieken en instrumenten</b>	<b>Kwaliteitszorg: verbetertraject</b>
0	De organisatie heeft geen visie op kwaliteitszorg.	Binnen de organisatie is er geen betrokkenheid inzake kwaliteitszorg.	De organisatie hanteert geen methodieken noch instrumenten voor de kwaliteitszorg.	De organisatie formuleert geen verbetertrajecten.
	De organisatie onderneemt geen acties om te komen tot een adequate kwaliteitszorg.	De organisatie onderneemt geen acties om de betrokkenheid te vergroten.		
1	Er is structureel overleg inzake de kwaliteitszorg van de organisatie	De organisatie betreft de directie en de medewerkers op ad-hocbasis bij het beleid.	De organisatie hanteert alleen ad-hoc methodieken en instrumenten voor de kwaliteitszorg.	De organisatie formuleert ad-hoc verbetertrajecten.
	De organisatie heeft een basiskennis van de basisprincipes en modellen van integrale kwaliteitszorg.			
2	De organisatie heeft een of meer personeelsleden die kwaliteitszorg als eindverantwoordelijkheid in hun takenpakket hebben.	De organisatie betreft de medewerkers bij het beleid.	De organisatie beschikt over een kwaliteitshandboek waarin een kwaliteitsbeleid is opgenomen.	De organisatie ontwikkelt SMART-geformuleerde verbetertrajecten.
	De organisatie heeft een visie op integrale kwaliteitszorg.	De organisatie betreft de bestuursorganen bij het beleid.	De organisatie beschikt over een methodiek of instrument voor zelfevaluatie.	De organisatie informeert de medewerkers over de verbetertrajecten.
	Integrale kwaliteitszorg beslaat minimaal de volgende domeinen van de organisatie: leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen, kernprocessen, gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten.			
3	Kwaliteitszorg is geïntegreerd in de dagelijkse werking van alle activiteitencentra van de organisatie.	Alle functiegroepen participeren in de kwaliteitszorg.	Het kwaliteitshandboek is gebruiksvriendelijk en bevat alle elementen volgens artikel 5, §4, van het kwaliteitsdecreet.	De verbetertrajecten zijn SMART gedefinieerd en als dusdanig opgesteld dat de PDCA-cyclus herkenbaar is.
	Alle elementen van kwaliteitszorg zijn op elkaar afgestemd en vormen een geheel.	De organisatie bepaalt op een doordachte wijze waar de gebruiker bij de kwaliteitszorg betrokken wordt.	Alle functiegroepen passen het kwaliteitshandboek toe.	De organisatie stelt verantwoordelijken aan voor de uitvoering en voortgang per verbetertraject.
		De organisatie bepaalt op een doordachte wijze waar de externe partners (verwijzers, andere hulpverleners,...) bij de kwaliteitszorg betrokken worden.	De zelfevaluatie gebeurt op basis van een vooraf vastgelegde en gestandaardiseerde manier, waarin de PDCA-cyclus duidelijk aanwezig is en waarin minimaal de volgende	De organisatie overloopt systematisch minimaal de volgende domeinen van een organisatie (leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen,

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

31/12/2018 Kwaliteitszorg – In 2018 waren er geen significante wijzigingen op dit vlak. We behouden voor alle thema's het niveau van 2017

- Organisatie en visie: niveau 2 wordt bevestigd
- Betrokkenheid: niveau 2 wordt bevestigd en één indicator van niveau 3
- Methodieken en instrumenten: niveau 3 wordt behaald
- Verbetertrajecten: niveau 2 wordt bevestigd en twee indicatoren van een hoger niveau

## MEDEWERKERSRESULTATEN

Groei niveaus (0-5)	Medewerkersresultaten: personeelstevredenheid	Medewerkersresultaten: indicatoren en kengetallen (objectieve personeelsgegevens)
0	De organisatie gaat de personeelstevredenheid niet na.	De organisatie houdt geen personeelskengetallen bij.
1	De organisatie gaat ad hoc de personeelstevredenheid na.	De organisatie houdt ad hoc personeelskengetallen bij.
2	De organisatie hanteert een of meer methodieken of instrumenten om de personeelstevredenheid na te gaan.	De organisatie geeft een aanzet tot het systematisch bijhouden van een aantal personeelskengetallen.
3	De organisatie heeft een duidelijke procedure voor of duidelijke afspraken over het meten van de personeelstevredenheid.	De organisatie bepaalt de personeelskengetallen op een doordachte wijze.
	De organisatie meet systematisch de personeelstevredenheid, waarbij ze alle thema's systematisch bevraagt.	De organisatie houdt de verschillende personeelskengetallen systematisch bij en bespreekt ze systematisch op (beleids)overleg.
	De organisatie voert een duidelijk beleid om signalen en input van medewerkers op te vangen, en communiceert daarover.	
	De organisatie bundelt systematisch signalen en input van medewerkers en bespreekt ze op (beleids)overleg.	
	De organisatie gebruikt de gegevens van de tevredenheidsmeting als input voor de beleidsvoering van de organisatie.	
4	De organisatie evalueert systematisch het beleid rond de personeelstevredenheid en rond het omgaan met signalen en input van medewerkers en stuurt het bij.	De organisatie evalueert systematisch de personeelskengetallen en stuurt ze bij.
	De evaluatie gebeurt met inspraak van de medewerkers .	Vanuit de gegevens van de personeelskengetallen zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.
	Op basis van de gegevens van de tevredenheidsmeting en de signalen en de input van medewerkers zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.	De organisatie linkt de resultaten van de personeelskengetallen aan de resultaten van de andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.
	De organisatie linkt de gegevens van de tevredenheidsmeting en de signalen en de input van medewerkers aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.	
5	Een onafhankelijke externe evalueert de tevredenheidsmeting. De organisatie communiceert de resultaten en stuurt de tevredenheidsmeting bij.	Een onafhankelijke externe evalueert de wijze waarop de personeelskengetallen worden verzameld, en de resultaten ervan. De organisatie communiceert de resultaten van die evaluatie en stuurt ze bij.
	De tevredenheidsmeting is wetenschappelijk onderbouwd.	De organisatie gebruikt systematisch de personeelskengetallen om te benchmarken.
	De organisatie stelt de tevredenheidsmeting als model voor andere organisaties.	De organisatie stelt de personeelskengetallen als model voor andere organisaties.

31/12/2018 Medewerkersresultaten:

- Personeelstevredenheid: niveau 2 blijft gehandhaafd
- Indicatoren en kengetallen: niveau 3 wordt behaald en één indicator van niveau 4. Huize Levenslust vzw participeert aan de jaarlijkse bevraging van het Vlaams Welzijnsverbond betreffende de personeelskengetallen. Deze personeelsgetallen worden besproken en zijn zinvol om de organisatie te positioneren ten opzichte van collega-organisaties. We kunnen via deze kengetallen beter zicht krijgen op de samenstelling van ons personeelsteam, op ziekteverzuim, anciënniteit, en zo verder... Op deze manier kunnen we bovendien ons personeelsbeleid beter afstemmen.

## SAMENLEVINGSRESULTATEN

<u>Groeiniveaus (0-5)</u>	<b>Samenlevingsresultaten: waardering strategische partners</b>	<b>Samenlevingsresultaten: maatschappelijke opdracht en maatschappelijke tendensen</b>
0	De organisatie gaat de waardering van de strategische partners niet na.	De organisatie gaat niet na wat haar maatschappelijke opdracht is.
		De organisatie gaat de maatschappelijke tendensen die een impact hebben op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie niet na.
1	De organisatie gaat ad hoc de waardering van de strategische partners na.	De organisatie gaat ad hoc na of haar maatschappelijke opdracht nog actueel ingevuld is.
		De organisatie speelt ad hoc in op maatschappelijke tendensen die impact hebben op het welzijn van de gebruiker en op de werking van de organisatie
2	De organisatie neemt initiatief om de waardering van de strategische partners na te gaan.	De organisatie neemt initiatief om haar maatschappelijke opdracht te actualiseren.
		De organisatie neemt initiatief om in te spelen op de maatschappelijke tendensen en de impact op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie
3	De organisatie verzamelt en analyseert systematisch gegevens over de waardering.	De organisatie actualiseert systematisch haar maatschappelijke opdracht en houdt systematisch rekening met maatschappelijke tendensen en de impact op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie.
	De organisatie communiceert de analyse van de gegevens over de waardering aan de strategische partners.	De organisatie communiceert maatschappelijke tendensen die impact hebben op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie, aan de overheid en andere betrokkenen.
4	Vanuit de analyse van de gegevens over de waardering zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.	Vanuit de actualisatie van de maatschappelijke opdracht, rekening houdend met maatschappelijke tendensen en de impact op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie, zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.
	De organisatie linkt de gegevens over de waardering aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.	De organisatie linkt de actualisatie van de maatschappelijke opdracht, rekening houdend met maatschappelijke tendensen en de impact op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie, aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.
		De organisatie stelt de werking van de bestuursorganen af op de realisatie van de maatschappelijke opdracht.
5	De organisatie neemt initiatief en zet samen met strategische partners acties op om de waardering en de samenwerking te verbeteren.	De organisatie neemt acties om, samen met andere betrokkenen, vanuit haar maatschappelijke opdracht, proactief en constructief maatschappelijke tendensen te beïnvloeden.

	De samenwerkingsacties staan model voor andere organisaties.	De organisatie staat model voor andere organisaties inzake de implementatie van maatschappelijke tendensen en nieuwe evoluties in de eigen werking.
--	--	---

31/12/2018 Samenlevingsresultaten:

- Waardering strategische partners: we positioneren ons op niveau 3. In het kader van ons bouwdoosier werd een Zorgstrategisch Plan opgemaakt. Hierbij wordt de waardering van een aantal strategische partners bevestigd.
- Maatschappelijke opdracht en maatschappelijke tendensen: we positioneren ons op niveau 3. Naar aanleiding van het Zorgstrategisch Plan hebben we een toekomstgerichte visie ontwikkeld. Enerzijds willen we in de toekomst de mogelijkheid bieden aan jongeren die in onze organisatie zijn opgegroeid om via kamertraining een tussenstap in te bouwen en het vertrek uit onze organisatie beter voor te bereiden, binnen de geborgenheid van de organisatie waar nodig en wenselijk. Daarnaast volgen we ook de maatschappelijke tendens inzake het verblijf van erg jonge kinderen in een residentiële setting. We willen binnen onze nieuwe gebouwen meer ruimte voor differentiatie, meer ruimte om in kleinere, leeftijdsgebonden groepjes te werken. We willen daarbij maximaal rekening houden met de noden van onze soms zeer jonge bewoners. Bovendien voorzien we in onze gebouwen een bezoekersstudio. We willen afstappen van de statische, passieve bezoeken en willen de context van de jongeren binnenhalen in de voorziening. In een aparte leefruimte met keukens kunnen ouders of contextfiguren hun kinderen tijd doorbrengen met hun kinderen in een huiselijke omgeving. Ze kunnen samen TV kijken, huiswerk maken, koken, eten,... We zijn van mening dat we op deze manier inspelen op de huidige tendensen in onze sector, met zorg voor de zeer jonge kinderen in een residentiële setting en met zorg voor jongeren die zich voorbereiden om de voorziening te verlaten en op eigen benen te staan.



## 7.2 BIJLAGE 2: OVERZICHT MEDEWERKERS OP 31/12/2018

### DIRECTIE

**Iris Claes**, 0,92 VTE directie

### BEGELEIDING

#### Leefgroep:

**Roeland Gallin**, 1 VTE teamcoördinator

**Daniëlle Mathijs**, 0,50 VTE leefgroepbegeleider

**Julie Rigo**, 1 VTE leefgroepbegeleider (preventieve verwijdering moederschapsbescherming)

**Jana Sacreas**, 1 VTE leefgroepbegeleider

**Leen Segers**, 1 VTE leefgroepbegeleider

**Sanny Van Bruyssel**, 1 VTE leefgroepbegeleider (vervanging Julie Rigo)

**Sara van Erdewijk**, 1 VTE leefgroepbegeleider

**Silke Vanderwaeren**, 0,50 VTE leefgroepbegeleider

**Wendy Vanhellemont**, 0,65 VTE leefgroepbegeleider

#### Contextbegeleiding:

**Hugo Mertens**, 0,80 VTE contextbegeleiding

**Silke Vanderwaeren**, 0,50 VTE contextbegeleiding en Project 'Contextbegeleiding en Alternatieve netwerkvorming'

### ONDERSTEUNENDE DIENSTEN

**Talitha Van den Brande**, 0,80 VTE administratie

**Mia Derese**, 0,58 VTE huishoudfunctie

**Ria De Bie**, 0,50 VTE huishoudfunctie

Totaal personeelsbestand op 31 december 2018: **10,75 VTE effectief**

Waarvan:

0,92 VTE directie

1 VTE teamcoördinator

5,65 VTE leefgroepbegeleiders

1,30 VTE contextbegeleiding

0,80 VTE administratie

1,08 VTE logistiek huishoudfunctie