

Jeugdzorg Ter Elst	<b>Wegwijzer</b>  <b>Beschrijving van het aanbod van de voorziening.</b>	KHB 2 WW 3.B	1 / 5
<b>eigenaar:</b>	<b>versiedatum:</b>	<b>vorige versiedatum:</b>	
Dir. Zorg	4/09/2013	14/11/2011	
<b>zoekwoorden:</b>			

## **Deel 1: Beschrijving van ons aanbod**

Jeugdzorg Ter Elst biedt als observatie- en behandelingscentrum hulp aan voor 96 minderjarigen, tussen 3 en 18 jaar (instroomleeftijd). Er dient minstens een ernstig vermoeden van gedrags- en emotionele stoornissen te zijn en niet rechtstreeks toegankelijke hulp moet worden geïndiceerd door de toegangspoort. Naast de module breedsporige begeleiding bieden we vrijwel steeds diagnostiek en therapie én de mogelijkheid van residentiële opvang.

De jongeren aan wie we residentiële opvang bieden verblijven in één van de 8 gemengde leefgroepen met capaciteit 12. Sinds 1 maart 2011 zijn twee van onze plaatsen gereserveerd voor jongeren uit een Gemeenschapsinstelling. Met ingang van 1 april 2012 werden 8 plaatsen omgezet in ambulante begeleidingen, zodat residentieel werken kan als dit het beste is, maar dat ook kan gestart worden met of geschakeld naar ambulante en mobiele werking. Met deze aanbodsverbreding bereiden we ons voor op de overgang naar de werking als multifunctioneel centrum ("MFC") wat de norm wordt in de minderjarigensectoren van het VAPH en Jongerenwelzijn. Met ingang van 1 september 2012 hebben we de mogelijkheid om aan jongvolwassenen (+18 jaar) die eerder in onze voorziening verbleven, laagfrequente mobiele begeleiding te bieden (maximum 40 begeleidingen per jaar).

Met ingang van 1 januari 2013 stapten we samen met alle minderjarigenvoorzieningen in de provincie Antwerpen in een crisisopvangnetwerk. In de pare jaren zijn we aanspreekbaar voor een crisisopvangvraag ("mogelijk aanbod"), maar zonder dat we hiervoor een plaats vrijhouden of verzekeren. In de onpare jaren (2013, 2015,...) bieden we bovendien één plaats verzekerd aanbod crisisopvang binnen onze erkende capaciteit.

Eind 2014, begin 2015 (afhankelijk van bouwwerken) wordt overgeschakeld naar kleinere en meer leeftijdsgerichte units die ook een meer gediversifieerd orthopedagogisch klimaat zullen hebben. Tegelijkertijd opent dan onze leefgroep voor 8 zogenaamde GES+ jongeren. De klemtoon zal er liggen op individuele begeleiding, eerder dan op een leefgroepaanbod.

Tenslotte vermelden we dat we elk jaar een kleine capaciteit aan logeerdagen hebben, waardoor we korte opvang kunnen bieden aan jongeren die een VAPH erkenning hebben maar niet door ons begeleid worden.

Een aanmelding kan elektronisch of telefonisch gebeuren bij onze instroomcoördinator. Daarop volgt een onderzoek van de aanmeldingsgegevens door het instroomteam en beslissing om de betrokkene al dan niet op onze interne wachtlijst op te nemen. In het positieve geval volgt een netwerkintake waarin onze medewerkers, ouders, verwijzers

Jeugdzorg Ter Elst	<b>Wegwijzer</b> <b>Beschrijving van het aanbod van de voorziening.</b>		KHB 2 WW 3.B	2 / 5
<b>eigenaar:</b>		<b>versiedatum:</b>	<b>vorige versiedatum:</b>	
Dir. Zorg		4/09/2013	14/11/2011	
<b>zoekwoorden:</b>				

en/of andere betrokken partijen de basis leggen voor de verdere samenwerking. In heel dit proces volgen we de voorkeursregels van de zorgregie en het RIG (voor de jongeren uit de Gemeenschapsinstellingen en de GES+ jongeren).

Aan elke cliënt wordt een kernteam toegewezen dat bestaat uit een individueel begeleider, een netwerkbegeleider en een zorgverantwoordelijke. Voor het cliëntoverleg zijn gedurende minstens drie maanden ook een kinderpsychiater en een psycholoog/orthopedagoog aan het kernteam verbonden. Via observaties, gesprekken, en op indicatie via psycho-diagnostisch, medisch en paramedisch onderzoek worden de goed lopende en de probleemgebieden bij de jongere en in de bredere context in kaart gebracht.

Indien wenselijk worden andere gespecialiseerde diensten zoals kinderneurologie en kinderpsychiatrie geconsulteerd. Deze informatie wordt tenslotte aangevuld vanuit de samenwerking met scholen en Centra voor Leerlingenbegeleiding.

Op basis van deze gegevens formuleert het team denksporen die de basis vormen van het zorgplan dat de medewerkers met de gebruikers bespreken.

Via een waaier aan methodieken waaronder leefgroepswork, schoolbegeleiding, vrije tijd, ouderbegeleiding, pedagogische thuisbegeleiding, individuele therapieën en andere, ontwikkelen de medewerkers in samenspraak met alle betrokkenen sporen tot verandering. Regelmatige evolutiebesprekingen sturen het zorgplan voortdurend bij en streven naar de meest optimale benadering.

Indien aan het eind van onze zorg, verdere hulpverlening noodzakelijk blijkt, begeleiden wij desgevraagd de overgang naar de meest aangewezen module(s) in de rechtstreekse of de niet rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp of in het aanbod naar jongvolwassenen.

Meer informatie is te vinden op onze website [www.jeugdzorgterelst.be](http://www.jeugdzorgterelst.be) en in de onthaalbrochure voor ouders die via deze website kan gedownload worden. In het kader van de Integrale Jeugdhulp staat onze module op [www.jeugdhulpwijzer.be](http://www.jeugdhulpwijzer.be) bij modulenummer 07054 “residentiële en mobiele diagnostiek, behandeling en training voor schoolgaande kinderen en jongeren met gedrags- en emotionele stoornissen”.

## **Deel 2: Kwaliteitsbewaking van de beschrijving en bekendmaking van ons aanbod**

### **Doel van deze procedure**

Jeugdzorg Ter Elst	<b>Wegwijzer</b>  <b>Beschrijving van het aanbod van de voorziening.</b>	KHB 2 WW 3.B	3 / 5
<b>eigenaar:</b>	<b>versiedatum:</b>	<b>vorige versiedatum:</b>	
Dir. Zorg	4/09/2013	14/11/2011	
<b>zoekwoorden:</b>			

1) Waarborgen dat het aanbod van onze voorziening bij potentiële verwijzers, gebruikers, het netwerk van voorzieningen, bij de toezichthoudende overheid en in het brede zorgveld afdoende bekend is, zodat gericht kan worden doorverwezen.

2) Waarborgen dat een passende registratie bruikbare gegevens oplevert voor een jaarlijkse evaluatie van de bekendheid van ons aanbod bij deze partijen én van de mate waarin ons aanbod tegemoet komt aan hun noden en verwachtingen.

3) Waarborgen dat waar nodig bijgestuurd wordt op vlak van bekendmaking en/of op vlak van het aanbod zelf.

## Acties

### Naar verwijzers:

-Verwijzers worden, eventueel via het elektronisch aanmeldingsformulier, naar onze website geleid. Deze website geeft een volledig en actueel beeld van ons aanbod en verwijst hen voor verdere vragen naar onze instroomcoördinator (KSF 1).

-Onze directieleden en medewerkers participeren actief aan overlegfora (ROG, RIG, IROJ...) en hebben daarbij oog voor mogelijkheden om ons aanbod naar aanwezige verwijzers te verduidelijken en onze instroomcoördinator en netwerkbegeleiders bevragen bij gelegenheid of de verwijzer een correct beeld heeft van ons aanbod en sturen waar nodig bij (KSF 2).

-Jaarlijks wordt minstens één infomoment voor een groep van verwijzers gepland, waarbij de keuze bepaald wordt door de analyse van de registraties (zie verder)

### Naar gebruikers:

-Hoewel ons aanbod op de website in voor cliënten begrijpelijke taal moet beschreven worden, zullen potentiële gebruikers wellicht minder naar de website gaan om ons aanbod te onderzoeken, gelet op het niet rechtstreeks toegankelijk karakter van onze zorg. Voor hen zijn het voorstellen van ons aanbod naar aanleiding van het intakegesprek en via de infomap (KSF 3) met de onthaalbrochure en het charter van wederzijdse rechten en plichten en de hulpverleningsovereenkomst, de voornaamste instrumenten.

### Naar collega voorzieningen en overheid:

De algemeen directeur en de directeur zorg nemen actief deel aan de eerder vermelde overlegfora waar ook zorgafstemming en zorgplanning voor de regio gebeurt. Zowel wederzijdse bekendmaking van het aanbod, als bespreking van samenwerking tussen voorzieningen, van leemtes in het aanbod, van ontwikkelingen in het zorglandschap en in het overheidsbeleid komen hier aan bod. Hier worden ook persoonlijke contacten gelegd die tot meer wederzijdse bekendheid en samenwerking kunnen leiden.

Jeugdzorg Ter Elst	<b>Wegwijzer</b> <b>Beschrijving van het aanbod van de voorziening.</b>	KHB 2 WW 3.B	4 / 5
<b>eigenaar:</b>	<b>versiedatum:</b>	<b>vorige versiedatum:</b>	
Dir. Zorg	4/09/2013	14/11/2011	
<b>zoekwoorden:</b>			

Naar het brede zorgveld:

Naast de bovengenoemde belanghebbenden, zijn er ook andere potentiële geïnteresseerden en partners zoals studenten, sollicitanten, sympathisanten, vrijwilligers, lokale beleidsverantwoordelijken, sponsors en zo meer. Een breed informatieve en actuele website is hier dé kritische succesfactor. We zullen daarnaast onze eerste stappen zetten op vlak van de sociale netwerken om onze partners blijvend te informeren en met hen in gesprek te gaan over ons aanbod.

Overzicht kritische succesfactoren (KSF)

1. Een informatieve en actuele website vooral voor verwijzers
2. Actieve participatie aan extern overleg door onze medewerkers met oog voor voorstelling van onze werking en voor signalen omtrent relevante aanpassingen ervan.
3. Een volledige en actuele infomap voor cliënten mét bespreking van de inhoud.
4. Een correcte registratie en analyse van de in het dashboard opgenomen indicatoren.

## Controle en evaluatie

We evalueren (de bekendheid van) het aanbod van onze voorziening jaarlijks in de loop van de maand maart. Hierbij baseren we ons op:

de volgende registraties en analyses (KSF 4) uit het dashboard van kritische performantie-indicatoren (KPI)(ref.) over het vorige kalenderjaar.

KPI 1: De elektronische bevestigingen door de kwaliteitscoördinator van verwijzers en cliënten, waarin de bekendheid met ons aanbod en de vraag of dit in hun ogen voldoet. aan hun noden en verwachtingen, duidelijk aan bod komen.

\*Als norm geldt (nader te bespreken + SMART?):

\*naar verwijzers...??? (vb dat 50% verwijzers antwoordt dat ze tevreden zijn over de vindbaarheid en de inhoud van de voorstelling van onze werking op de website)

\*naar cliënten...??? (vb 50% geeft aan dat ze goed geïnformeerd zijn over de inhoud van de infomap en hier zelf in op zoek gaan als ze info nodig hebben).

KPI 2: De registratie door de instroomcoördinator van de aanvragen, de begeleidingsovereenkomsten en de weigeringsgronden en de duur tussen aanvraag en opstart of weigering.

\*Als norm geldt (nader te bespreken+SMART?):

\*vb maximaal 25% van de aanvragen en 10% van de zorgregiebesluiten (vanaf ITP) wordt door ons instroomteam als niet passend voor ons aanbod beschouwd.

\*vb de gemiddelde duur tussen aanvraag en weigering of start effectieve hulpverleningsovereenkomst bedraagt maximaal 1 kwartaal.

Jeugdzorg Ter Elst	<b>Wegwijzer</b> <b>Beschrijving van het aanbod van de voorziening.</b>		KHB 2 WW 3.B	5 / 5
<b>eigenaar:</b>		<b>versiedatum:</b>	<b>vorige versiedatum:</b>	
Dir. Zorg		4/09/2013	14/11/2011	
<b>zoekwoorden:</b>				

KPI 3: De registratie van de afgeronde zorgtrajecten, met opgave van de reden van de afronding (door???)

\*Als nom geldt (nader te bespreken+SMART?)

\*Maximaal 10% van de afgeronde zorgtrajecten gebeurt (meerdere factoren mogelijk)

\*acuut ingevolge crisis

\*in een oriëntatierichting tegen ons advies (incl. bij gebrek aan goed oplossing)

\*vroeger of later dan we dit wenselijk achten

KPI 4: De registratie van de verschillende bezettingscijfers.

\*Als norm geldt (nader te bespreken+SMART?)

\*een minimale totaalbezetting van 96%, jaarlijks met 1% stijgend vanaf 2014

\*een minimale ambulante aandeel in de bezetting van 12% (steeds 8 gelijktijdige voltijdse begeleidingen)

KPI 5: De voor dit thema bruikbare registraties die sinds 1995 ten behoeve van het jaarverslag !gebeuren (te selecteren!!!).

\*Als norm geldt (nader te bespreken+SMART?)

\*verder uit te werken na selectie

KPI 6: Een nota van de directie omtrent signalen uit het brede zorglandschap, suggesties vanuit onze medewerkers en voorstellen op welk domein we een aanpassing van ons aanbod moeten overwegen.

\*Als norm geldt (nader te bespreken+SMART?)

\*Het is aantoonbaar dat deze nota is gevoed door extern overleg, door toetsing aan overheidsdoelstellingen en door suggestie van medewerkers.

\*Het is aantoonbaar dat deze nota elk jaar leidt tot minstens één verbeterproject.

## **Bijsturing**

De (algemeen?) directeur (zorg?) (wie is procedure-eigenaar)? legt, waar aangewezen na consultatie van de medewerkers, jaarlijks aan het comité zorg van de Raad van Bestuur de evaluatie voor die het directiecomité maakte omtrent het aanbod van de voorziening en de bekendheid ervan, met desgevallend concrete voorstellen om bij te sturen op een of op beide vlakken. Deze voorstellen worden gerelateerd aan de hierboven beschreven norm, worden SMART geformuleerd en als doelstellingen gekoppeld aan de dashboardindicatoren. Het comité zorg bepaalt welke weg deze voorstellen verder volgen.