



**MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP**  
**DEPARTEMENT WVG**  
*IVA Inspectie*  
*Team GGZ*

## **AUDIT CGG**

### **NOORD WEST-VLAANDEREN**

**16, 18 en 19 maart 2010**

Opdrachtnr. : 2010/003/IT/CGG

1. LEIDERSCHAP
2. BELEID EN STRATEGIE
3. PERSONEEL
4. MIDDELEN
5. KERNPROCESSEN
6. TEVREDENHEID VAN DE GEBRUIKERS
7. TEVREDENHEID VAN DE MEDEWERKERS
8. WAARDERING DOOR DE MAATSCHAPPIJ
9. PERFORMANTIE
10. BIJLAGE: FINANCIËEL VERSLAG

## Identificatie van de voorziening

Maatschappelijke zetel: Langestraat 113 8000 Brugge

Vestigingsplaatsen:

- Langestraat 113 8000 Brugge
- Moerkerksesteenweg 116 8310 Brugge
- Frère Orbanstraat 143 8400 Oostende

Antennepunt in Torhout

Email-adres: frank.schillewaert@cgg.be

Werkgebied: de arrondissementen Brugge en Oostende

Aantal inwoners in het werkgebied: 425 000

Subsidie-enveloppe 2009: 2 401 450 euro.

Aantal medewerkers in voltijdse eenheden op 1/1/2009: 44 VTE

Voorzitter Raad van Bestuur: Jozef Desein

Directeur: Frank Schillewaert

### 1.2. Het auditteam

Patrick Stevens, auditor (psycholoog)

Els Ceulemans, auditor (psychologe)

Bert Schroyen (financieel auditor)

Nele Roelandt (observator)

### 1.3. Toepassingsgebieden

In het auditplan worden de 9 domeinen van het EFQM-model onderscheiden. Voor elk van de 9 domeinen werden vooraf een aantal aandachtspunten van de toezichthoudende overheid geformuleerd. Er wordt aan de organisatie gevraagd om ten aanzien van deze verschillende aandachtspunten zichzelf te evalueren. De inspectie verwacht dus dat voor elk aandachtspunt de organisatie een stand van zaken beschrijft en deze onderwerpt aan een eigen kritische blik. Op basis van deze informatie worden in dit rapport de bevindingen en de eventuele conclusies geformuleerd.

Aan de meeste conclusies wordt een kwalificatie gekoppeld volgens de volgende categorieën:

- Een **non-conformiteit** is het niet respecteren van een duidelijk identificeerbare norm, in casu dus een bepaling van het decreet, van het uitvoeringsbesluit of de algemene wetgeving (NC)
- Een **tekortkoming** is een organisatorisch of functioneel aspect waarvoor het centrum onvoldoende scoort, en waarvoor de auditoren zich niet baseren op een wettelijke bepaling maar op hun professionele expertise, hun ervaring in de sector en vergelijking tussen centra (TK)
- Een **aanbeveling** is een element dat volgens het auditteam voor verbetering vatbaar is, maar niet dwingend is en niet gebonden aan normering. Het zijn de adviezen die de auditoren wensen mee te geven ter verbetering van de kwaliteit van de zorg. (A)
- Een **sterk punt** is een aspect waarop het centrum opvallend hoger scoort dan het gemiddelde van de sector, of dat vanuit de historiek als een meerwaarde voor het centrum wordt beschouwd. (SP)

Het agentschap Zorg en Gezondheid zal op basis van deze informatie de definitieve kwalificatie van de vaststellingen alsook, met betrekking tot sommige non-conformiteiten, de uiterlijke termijnen bepalen tegen wanneer de instelling gevolg moet geven aan de opmerkingen. Indien er geen termijn aan gekoppeld werd, dient de non-conformiteit weggewerkt te worden tegen de volgende audit.

Non-conformiteiten en tekortkomingen zullen steeds het voorwerp uitmaken van een opvolging.

*Een auditrapport voor een CGG tracht de vaststellingen die werden gedaan tijdens de gesprekken met de directie en de medewerkers te toetsen aan een referentiekader dat wordt ingevuld vanuit verschillende bronnen:*

- *de reglementering (die in deze sector weinig gedetailleerd is)*
- *een vergelijking met het sectorbeeld*
- *een aantal wetenschappelijke onderzoeksresultaten*
- *een aantal beleidsmatige verwachtingen*
- *de resultaten van de vorige auditcyclus*

*In de praktijk komen daarbij vooral die zaken in beeld die ten aanzien van één of meerdere onderdelen van het referentiekader niet goed scoren of minstens mogelijkheden bieden tot verbetering. Daarbij bestaat het risico dat het geheel een wat te kritische indruk maakt en dat de positieve inzet van medewerkers onvoldoende wordt weergegeven.*

# 1. Leiderschap

Dit domein omvat de diverse aspecten van de bestuurlijke organisatie

## Aandachtspunten

- *Organogram*
- *Raad van bestuur : samenstelling en functioneren*
- *Algemeen directeur en coördinatoren : mandaat en vaardigheden als leidinggevende.*
- *Stafmedewerkers*
- *Is er in de fusie-organisatie een zichtbare groei naar gemeenschappelijke doelstellingen en methodes?*
- *Is er een balans tussen centrale aansturing en participatie van medewerkers, die de realisatie van een aantal vereisten op het vlak van transparante tijdsbesteding en methodisch handelen mogelijk maakt?*
- *Zijn er voldoende communicatiemogelijkheden tussen bestuur, directie en personeel?*

## Bevindingen

- Het organogram van CGG NWVL is duidelijk uitgewerkt. Naast de algemeen directeur is er een directeur zorgverlening die tevens kwaliteitscoördinator is. Er zijn geen doelgroep- of vestigingsverantwoordelijken, maar de psychiaters hebben een centrale verantwoordelijkheid in de teamwerking. In het organogram zijn ook de preventiewerkingen en het activeringscentrum opgenomen, met de respectievelijke directiecolleges waaraan ook externe organisaties deelnemen.
- De Raad van Bestuur is samengesteld uit acht leden die actief zijn in verschillende organisaties uit de welzijns- en de gezondheidszorg. Er is een aanzet gegeven tot een vernieuwing en verruiming van de algemene vergadering en de RVB, die tegen eind 2010 moet afgerond zijn. De RVB komt 5 maal per jaar samen.
- Er is een omstandig uitgeschreven taakverdeling voor de algemeen directeur en de directeur zorgverlening. Ook voor de verschillende overlegmomenten zijn de doelstellingen, de frequentie en de deelnemers uitgetekend.
- Er is een formele medische adviesraad waarin alle belangrijke ontwikkelingen door de directie worden toegelicht en afgetoetst. Er is wel niet direct een document beschikbaar waarin de betekenis van de medische eindverantwoordelijkheid wordt verduidelijkt.
- CGG NWVL wil een sterk geïntegreerde organisatie zijn, waarin de aandacht meer gaat naar gemeenschappelijke inhoudelijke thema's dan naar de verschillen tussen de locaties. Er is een duidelijke centrale aansturing die de realisatie van actuele doelstellingen en van zorgvernieuwend ontwikkelingen mogelijk maakt.
- Over het algemeen zijn de opbouw en het functioneren van de bestuurlijke organisatie, evenals de leiderschapstijl van CGG NWVL goed gedocumenteerd in de beschikbare documenten.
- Er is formeel voorzien in een aantal communicatiemogelijkheden in het huishoudelijk reglement en via het intranet. In de zelfevaluatie wordt aangegeven dat de communicatie tussen de medewerkers en de directie een blijvend aandachtspunt is.
- Er is sinds 2008 een ethisch comité opgericht dat als opdracht heeft om zich te beraden over ethische en deontologische vragen die zich voordoen binnen de organisatie.

## 2. Beleid en Strategie

Hieronder wordt de eigen vertaling van de opdrachten van het decreet van 18/5/99 en de invulling van de vereisten van het kwaliteitsdecreet van 2003 verstaan.

### Aandachtspunten:

- *Bestaat het (kwaliteits-)beleid uit een geactualiseerde missie, visie, doelstellingen en een strategie?*
- *Is er in het geheel van de activiteiten een geargumenteerde balans inzake doelgroepen en werkmethodes, die rekening houdt met een omgevingsanalyse (aanbod) en met de epidemiologie (vraag)?*
- *Is het kwaliteitsdenken en het kwaliteitsbeleid geïntegreerd in de volledige organisatie en niet enkel op directieniveau? En hoe wordt dit bewerkstelligd?*
- *Welke kwaliteitsdoelstellingen inzake operationele en klinische performantie worden vooropgesteld (vereisten van het kwaliteitsdecreet)? Wat is de verantwoording voor die keuzes, en wat is de planning voor de uitwerking?*
- *Is er participatie van de psychiaters in de beleidsvoering van de organisatie?*

### Bevindingen:

- CGG NWVL beschikt over een uitgeschreven en gepersonaliseerde missie. Deze werd in 2007 in samenwerking met een delegatie van medewerkers opgemaakt.
- Naast de missietekst zijn ook verschillende visieteksten ontwikkeld ten aanzien van bepaalde doelgroepen, zoals bijvoorbeeld voor kinderen en jongerenwerking, voor problematische alcoholgebruik bij volwassenen en over rehabilitatie. Deze visieteksten zijn inhoudelijk sterk uitgewerkt.
- De directeur zorgverlening is ook de kwaliteitscoördinator. Sinds 2009 is er een 'stuurgroep kwaliteitsbeleid' opgericht. Deze stuurgroep is samengesteld uit een selectie van medewerkers, onder het voorzitterschap van de kwaliteitscoördinator. Dit orgaan werkt adviserend ten aanzien van het directiecollege en alle beslissingen van deze stuurgroep worden voorgelegd aan de medische adviesraad en teruggekoppeld naar de Raad van Bestuur.  
De leden van de stuurgroep krijgen ongeveer 5 uur per week de tijd om taken uit te voeren binnen het kader van deze opdracht.
- Om zowel het algemene beleid als het kwaliteitsbeleid te structureren, wordt gebruik gemaakt van het EFQM-model.
- Het kwaliteitshandboek geeft per EFQM-domein een aantal doelstellingen, evenals een beschrijving van de geldende procedures en werkwijzen.  
Hiermee geeft CGG NWVL invulling aan het niveau van kwaliteitsbeleid in ruime zin, namelijk hetgeen elke organisatie aan zichzelf verplicht is, ook indien er helemaal geen kwaliteitsdecreet zou bestaan. Het gaat daarbij om het expliciteren en documenteren van alle relevante processen.  
Kwaliteitsbeleid in specifieke zin moet dan tegemoet komen aan de vereisten van het kwaliteitsdecreet. Dat betekent dat op basis van een grondige reflectie en onderbouwd met gegevens een aantal belangrijke processen geselecteerd en verder uitgewerkt worden, met het doel om een hoger niveau van performantie te bereiken. Binnen CGG NWVL is er een behoorlijke invulling gegeven aan dit niveau van het kwaliteitsbeleid. Volgende thema's worden opgevolgd:
  - Vanuit vorige werkjaren:
    - Tijdsbesteding medewerkers.

- Communicatie met (huis)artsen.
- Wachttijden
- Lange zorgperiodes
- Meting adviesgesprekken
- Meting afsluiting van de zorg
- Meting zelfevaluatie stille dossiers
- Metingen multidisciplinariteit
- Voor dit jaar werden vanuit een prioriteitenbepaling van de stuurgroep volgende thema's geselecteerd:
  - Verhogen van de toegang tot het informatica-materiaal
  - Actualiseren van de patiëntenbrochure
  - Evalueren van het voordeurteam
  - Introductie van het behandelplan
  - Opmaken van richtlijnen voor specifieke doelgroepen
  - Analyses en verbeteracties omtrent 'no-shows'.
  - Outcomemetingen

Met een aantal van deze thema's komt men ook in de buurt van het derde niveau van kwaliteitsbeleid, namelijk het in kaart brengen van de eigenlijke kwaliteit van zorg. Dit laatste is een gerichte focus die in de zorgverlening het omkaderende gebeuren even op het tweede plan zet en naar de essentie wil gaan van de kwaliteit van zorgen die door de hulpverlener worden verstrekt.

- Over het algemeen is er binnen het kwaliteitsbeleid van CGG NWVL een evenwichtige mix van enerzijds een beschrijvende en anderzijds een op meting gerichte benadering van de thema's.
- De artsen nemen een vrij centrale plaats in binnen de organisatie. In hun positie als medisch eindverantwoordelijken leiden zij de multidisciplinaire teams. De artsen maken deel uit van een medische adviesraad, die, onder voorzitterschap van de algemeen directeur op regelmatige basis advies verleent aan de directie. Degevallend kan de directie beslissen om een dergelijk advies te agenderen op een RVB.
- CGG NWVL heeft ter voorbereiding van de audit een zelfevaluatiedocument opgemaakt waarin er per EFQM-domein een stand van zaken geschetst werd, alsook een eigen evaluatie van de verschillende aandachtspunten. Hierin wordt blijk gegeven van een degelijk zelfevaluerend vermogen.

### **Conclusies:**

- Sterk punt:
  1. Een sterk inhoudelijk uitgewerkt kwaliteitsbeleid. (outcomemanagement; kwaliteit van zorg)
  2. Een behoorlijk uitgewerkte zelfevaluatie.

### 3. Personeel

Het personeelskader dat gefinancierd wordt uit de enveloppe en de extern gefinancierde personeelsleden.

#### Aandachtspunten

- *Is er een harmonisering van de arbeidsvoorwaarden binnen de organisatie?*
- *Welke middelen worden ingezet voor de personeelsadministratie/personeelszorg?*
- *Wat is de verdeling van de personeelsmiddelen over de 4 categorieën van het beleidsplan: hulpverlening, preventie, projectwerking en dienstverlening, overhead.*
- *Wat is de verdeling van de personeelsmiddelen over de verschillende disciplines?*
- *Wat is de verdeling van de personeelsmiddelen over de verschillende doelgroepen?*
- *Zijn er functiebeschrijvingen en worden functioneringsgesprekken georganiseerd? Is er een evaluatiesysteem?*
- *Wat zijn de inhoudelijke en praktische uitgangspunten van het vormingsbeleid? Zijn er mogelijkheden voor intervisie?*

#### Bevindingen

- De arbeidsvoorwaarden zijn binnen CGG NWVL van bij de start van de fusie geharmoniseerd. Er wordt wel een probleem gesignaleerd met het verschil in arbeidsvoorwaarden van personeelsleden die vanuit verschillende organisaties gedetacheerd worden naar samenwerkingsverbanden en netwerken. De modaliteiten inzake bijvoorbeeld zwangerschapsverlof zijn sterk verschillend indien de werkgever een ziekenhuis of een CGG is.
- In het kwaliteitshandboek van CGG NWVL zijn de verschillende elementen van het personeelsbeleid goed gedocumenteerd.
- In de verdeling van de personeelsmiddelen over de categorieën van het beleidsplan valt op dat het aandeel overhead hoger ligt dan het sectorgemiddelde. De reden daarvoor ligt niet in een ongewone investering in directie- of staffuncties maar in een groter aantal administratieve en logistieke functies. Dit wordt verantwoord door het toebedelen van een aantal “kwaliteitsgerelateerde taken aan administratief personeel”. Voor de administratieve overhead wordt evenwel een evaluatie en desgevallend een reorganisatie aangekondigd.
- De verdeling van de personeelsmiddelen over de verschillende disciplines is niet verschillend van het algemene sectorbeeld. Binnen CGG NWVL is in de volwassenenwerking een voldoende beschikbaarheid van de psychiatrische functie gerealiseerd. In de kinderen en jongerenwerking is er een tekort.
- In het kader van de samenwerkingsovereenkomst met het andere CGG in het zelfde werkingsgebied is een berekening gemaakt van de beschikbare versus de noodzakelijke capaciteit van de personeelsmiddelen in de verschillende subregio's en voor de doelgroepen kinderen en jongeren, en volwassenen en ouderen. Toch ontbreekt het in de zelfevaluatie enigszins aan een gefundeerde beschouwing over de prioriteiten en criteria die men wenst te hanteren bij het toewijzen van de middelen aan de verschillende doelgroepen en locaties. Uit de betreffende indicator van het beleidsplan blijkt wel dat er verhoudingsgewijs voldoende ingezet wordt voor kinderen en jongeren.
- Voor alle functies zijn er functiebeschrijvingen beschikbaar. Voor de hulpverlenende functies is er gedifferentieerd naargelang discipline en doelgroep. In een cyclus van 18 tot 20 maanden worden alle personeelsleden gehoord in een gesprek dat elementen bevat van functionering en evaluatie. Er is een document met

de werkwijze bij functioneringsgesprekken. Er wordt daarbij ook gebruik gemaakt van geregistreerde gegevens over tijdsbesteding en NOA's.

- De praktische afspraken rond het vormingsbeleid zijn opgenomen in het huishoudelijk reglement. In de zelfevaluatie wordt aangegeven dat er geen geëxpliciteerd vormingsbeleid is, en dat er op lange termijn meer moet geïnvesteerd worden in een verwetenschappelijking van het aanbod. Er zijn evenwel aanwijzingen dat er vanuit de directie toch een zekere sturing gehanteerd wordt opdat de investeringen in (langdurige) vorming niet enkel zouden aansluiten bij het individuele traject van medewerkers, maar ook rekening zou houden met de vereisten van de organisatie. Toch lijkt het aangewezen om die uitgangspunten meer te expliciteren.

### **Conclusies:**

#### Tekortkoming:

Er is een tekort aan kinderpsychiatrische uren binnen de kinderen- en jongerenwerking.

#### Aanbevelingen:

1. In aansluiting bij de oefening die is gemaakt voor de samenwerkingsovereenkomst met het andere CGG in het werkgebied is het aangewezen om de uitgangspunten die aan de basis liggen van de verdeling van de personeelsmiddelen over de verschillende locaties en doelgroepen meer te expliciteren
2. In het kader van de aandacht binnen de organisatie voor een wetenschappelijke basis voor het zorgaanbod is het wenselijk om de inhoudelijke uitgangspunten van het vormingsbeleid meer te expliciteren. Het vertrekpunt daarbij is de vraag welke competenties anno 2010 gewenst en noodzakelijk zijn binnen een CGG aanbod voor de diverse doelgroepen.



## 4 Middelen

Binnen dit domein wordt het beschikbare budget en de infrastructuur bekeken.

### Aandachtspunten:

- *Het financieel beleid is onderwerp van een aparte bevraging door een medewerker van de financiële inspectie*
- *Voldoet de beschikbare infrastructuur aan de vereisten inzake ruimte en functionaliteit?*
- *Voldoet de beschikbare informatica aan de vereisten van de organisatie?*
- *Is er een website en zijn de cliëntgegevens voldoende beveiligd?*
- *Is er een beleid in ontwikkeling met betrekking tot de communicatie met en hulpverlening aan cliënten via internet?*

### Bevindingen

- Financieel beleid (volledig verslag: zie afzonderlijk document in bijlage)
- De deelwerking Brugge beschikt over twee zeer goed gelegen gebouwen die goed zijn ingericht. In het gebouw van de volwassenen en ouderenwerking is er een tekort aan ruimte op momenten dat iedereen aanwezig is. Voor beide gebouwen werd bij de audit in 2006 vastgesteld dat zij partieel met eigen en met VIPA-middelen werden aangekocht en uitgebreid, en niet aan de fusie-vzw werden overgedragen. Tussen de betrokken vzw's is een overeenstemming bereikt waarbij het pand in de Moerkerksesteenweg volledig eigendom zal worden van de vzw NWVL. De vestiging in de Langestraat blijft eigendom van een verwante vzw, maar kan aan gunstige voorwaarden verder gebruikt worden door het CGG. De praktische uitwerking van deze transferten is evenwel door het VIPA nog niet goedgekeurd. Het principe van de overeenkomst voldoet wel aan de uitgangspunten die ten aanzien van deze aangelegenheid steeds door het auditteam werden vooropgesteld. Op termijn zal worden nagegaan of CGG NWVL het gebouw in de Langestraat kan aankopen.
- De deelwerking Oostende functioneert in een gebouw dat eigendom is van een congregatie die het evenwel in erfpacht heeft gegeven aan de vzw die vóór de fusie organisator was van het CGG. Die verhuurt het aan gunstige voorwaarden aan CGG NWVL. Het is wenselijk om met alle betrokken partijen te onderzoeken of op termijn CGG NWVL ook erfpachthouder of eigenaar kan worden van het gebouw. Aan de functionele tekortkomingen is ondertussen voor een deel verholpen, maar volgens de personeelsleden is er nog steeds een restant van geluidshinder. Rekeninghoudend met de geplande herschikking van personeelsmiddelen naar Torhout is er in het gebouw voldoende ruimte.
- Verder beschikt CGG NWVL nog over twee gebouwen in Brugge en Oostende voor de organisatie van dagactiviteiten.
- CGG NWVL heeft in 2006 beslist om over te schakelen naar een MAC omgeving, zodat er nu gewerkt wordt met een gemengd netwerk van Windows en Mac computers. Door medewerkers wordt aangegeven dat de beschikbaarheid van hardware groter zou mogen zijn om het gebruik van het EPD te faciliteren. Op directieniveau stelt men daar tegenover dat het bestaande materiaal optimaler zou kunnen gebruikt worden. Toch is het wat merkwaardig dat er nog geen centrale server beschikbaar is. Er wordt ook gewerkt aan de installering van een systeem van gepersonaliseerde e-mailadressen voor de medewerkers. Binnen de organisatie

bestaat de intentie om niet meer met papieren dossiers te werken. Er is in het personeelskader een functie opgenomen met specifieke IT deskundigheid.

- Over het algemeen wordt de invoering van het EPD positief geëvalueerd. Er is een aparte deontologische code uitgewerkt met aandacht voor de bescherming van de patiëntgegevens. Er is ook een afsprakenregeling rond elektronisch verkeer met patiënten, dat tot een minimum beperkt moet worden. Op langere termijn wordt verwacht dat er systemen ter beschikking komen die een grotere bescherming in de communicatie met patiënten mogelijk maken, zodat er nieuwe vormen van internetgerelateerde hulpverlening kunnen ontstaan.
- CGG NWVL heeft de principiële beslissing genomen om deel te nemen aan de bestaande online-hulpverlening voor alcoholproblemen, zoals die door de federale overheid gefinancierd wordt en reeds in 2 CGG operationeel is.
- CGG NWVL beschikt over een informatieve website ([www.cgg.be](http://www.cgg.be)).

## **Conclusies**

### **Tekortkoming**

Er is meer duidelijkheid gewenst in de toekomstige status van het gebouw in de Frère-Orbanstraat in Oostende.

### **Aanbeveling**

Het is aangewezen om het principiële akkoord over de eigendom van de gebouwen van de deelwerking Brugge ook effectief te realiseren.

## 5. Kernprocessen.

Het methodisch handelen in de hulpverlening.

### **Aandachtpunten:**

- *Is er een uitgewerkt instroombeleid met richtlijnen voor de werkwijze bij aanmelding, intake, screening, verwijzing en wachtlijstbeheer.*
- *Zijn er expliciete inclusie- en exclusiecriteria aanwezig?*
- *Zijn de openingsuren en de beschikbaarheid buiten de kantooruren klantvriendelijk georganiseerd?*
- *Is er een duidelijke werkwijze in geval van dringende aanmelding?*
- *Zijn er informatiedragers beschikbaar voor de patiënten met toelichting over het aanbod, de werkwijze, de tarieven, de klachtenprocedure, de rechten en plichten?*

### **Bevindingen:**

- CGG NWVL heeft momenteel zowel in Brugge als in Oostende een volwassenenwerking als een kinderen- en jongerenwerking. In de nabije toekomst zal de kinderen-en jongerenwerking van Oostende toegevoegd worden aan het team in Brugge en zal er van daaruit een antennewerking uitgebouwd worden in de regio Torhout voor wat betreft de doelgroep kinderen en jongeren. CGG NWVL is verder nog actief op het vlak van preventie (suïcide, alcohol en drugs) en activering (zowel in Brugge als in Oostende). Onlangs werd ook een ouderenwerking opgestart.
- Er is een instroombeleid uitgewerkt onder de vorm van een voordeurteam. Het voordeurteamgebeuren kan gezien worden als een soort exploratie- of pretherapeutische fase. Dit betekent dat vanaf de aanmelding tot wanneer de begeleiding door de aangewezen therapeut kan worden opgenomen, de vaste intakers van het voordeurteam de verantwoordelijkheid opnemen om de cliënt op te volgen. Na de aanmelding neemt de intaker contact op met de cliënt voor een (telefonische) screening om een eerste inschatting van de problematiek te maken of een eventuele doorverwijzing voor te stellen. Indien de cliënt niet doorverwezen wordt, volgt een intakegesprek (face to face). Al deze gegevens worden op een teamvergadering van het voordeurteam besproken onder supervisie van een psychiater. Tijdens dit overleg wordt een eerste aanzet tot behandelplan opgesteld en dit voorstel wordt in een adviesgesprek teruggekoppeld aan de cliënt. Hierna volgt dan een wachttijd, tijdens dewelke de intaker de contactpersoon voor deze cliënt blijft. Indien nodig (bvb bij dringende aanmeldingen) kan er in deze fase ook een kortdurende behandeling aangeboden worden door de leden van het voordeurteam. Via het outcomemanagement zijn er reeds enkele metingen voorhanden over de werking van het voordeurteam, maar de cliëntaantallen zijn nog te klein om hierover reeds uitspraken te doen. Medewerkers geven zelf aan dat een groot voordeel van deze werkwijze is dat wanneer een behandeling start, de cliënten meer gemotiveerd en geïnformeerd zijn, waardoor onmiddellijk kan gefocust worden op de behandeldoelen. Op die manier lijkt de drop-out tijdens behandeling te verminderen. Men wil nog graag gerealiseerd zien dat de meest ervaren therapeuten in dit voordeurteam werkzaam zouden zijn en dat de bejegening tijdens de wachttijd wat actiever kan opgenomen worden.
- Er zijn geen duidelijk uitgeschreven inclusie- en exclusiecriteria. Alle aanmeldingen worden beluisterd en door de leden van het voordeurteam besproken. Ook een goede doorverwijzing naar eerste of derde lijn realiseren is een vorm van hulpverlening.

- De wachttijden variëren van 1 maand tot 7 maanden, met een gemiddelde van 3 maanden. In sommige teams hanteert men persoonlijke wachtlijsten en dan kan de wachttijd bij een bepaalde therapeut langer dan 7 maanden zijn.
- Wat de beschikbaarheid buiten de kantooruren betreft is er de afspraak dat een voltijdse medewerker 3 uur per week moet presteren na 17u en een halftijdse 1 uur per week na 17u.
- Op het moment van de audit was er een nieuwe cliëntenbrochure in opmaak. Voordien waren er ook brochures aanwezig, maar deze werden volgens de medewerkers niet systematisch aan de cliënt meegegeven. In de zelfevaluatie geeft men aan dat de brochures voornamelijk aan de verwijzers bezorgd werden om die in het kader van de doorverwijzing met de betrokken cliënt door te nemen en mee te geven.

#### **Aandachtspunten:**

- *Is er een degelijk diagnostisch instrumentarium beschikbaar in het centrum?*
- *Is er in elke vestiging voldoende specifieke diagnostische competentie?*

#### **Bevindingen:**

- Medewerkers geven aan dat het beschikbare testinstrumentarium voldoet
- Verschillende medewerkers hebben de opleiding psycho-diagnostiek gevolgd of zijn daarmee bezig. Dit zowel voor de doelgroep volwassenen als de doelgroep kinderen en jongeren.
- In de zelfevaluatie wordt er aangegeven dat er door gebrek aan tijd vanwege een grote caseload vooral ten aanzien van volwassenen te weinig werk wordt gemaakt van uitgebreide testdiagnostiek. Binnen de werking van het voordeurteam overweegt men nu om een diagnostische module op te starten.

#### **Aandachtspunten:**

- *Wordt er een vorm van behandelplanning gebruikt die de betrokkenheid van de patiënt maximaal aanspreekt, hypotheses en doelstellingen formuleert, een inschatting maakt van de duur van de behandeling en in regelmatige evaluatie voorziet?*
- *Wordt de diversiteit van de beschikbare hulpverleningsmethodieken en therapierichtingen regelmatig geëvalueerd?*
- *Is de medisch-psychiatrische expertise in de hulpverlening voldoende aanwezig?*
- *Is er aandacht voor integratie van nieuwe inzichten uit wetenschappelijke hoek over psychiatrische, psychotherapeutische en sociale hulpverlening?*

#### **Bevindingen:**

- Er is een nota uitgewerkt rond het thema 'behandelplan in het CGG'. Men kiest ervoor om voor het behandelplan geen apart document te maken, maar de verschillende onderdelen van een behandelplan in te passen in de bestaande flow van vastgelegde overlegmomenten. Een behandeling binnen CGG NNWVL verloopt in fasen, die gekenmerkt of afgebakend worden door vaste overlegmomenten: de intake (adviesgesprek), het eerste behandelteam, het jaarbehandelteam (dossiers die één jaar geopend zijn) en de afsluiting. Op elk van

deze momenten is een evaluatie van de behandeldoelen voorzien, alsook het opmaken van een brief naar de verwijzer en bij elk moment is er een meting binnen het kader van uitkomstenmanagement voorzien.

De hele flow wordt in EPD ingevuld. Voor sommige aspecten hiervan worden metingen uitgevoerd (bvb de communicatie met externe artsen wordt gemeten door na te gaan of de brieven na elk overlegmoment zijn opgemaakt en verstuurd).

De opvolging van welke cliënt op welk teamoverleg moet besproken worden, wordt door het medisch secretariaat opgevolgd.

- Momenteel bevindt men zich inzake het gebruik van behandelplannen nog in een implementatiefase. Onlangs (begin maart 2010) werden opleidingen voor alle medewerkers georganiseerd i.v.m. het formuleren van behandeldoelen.
- CGG NWVL neemt deel aan het onderzoek rond outcomemanagement van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGG). De afname van de verschillende vragenlijsten en de meetmomenten zijn eveneens opgenomen in de structuur van het EPD en het behandelplan. De eerste resultaten/metingen hieromtrent geven aan dat de gebruikte meetinstrumenten wel degelijk veranderinggevoelig zijn en belangrijke informatie kunnen opleveren voor zowel de hulpverlener/cliënt als voor de directie.
- CGG NWVL stuurt in zijn beleid aan op een grotere diversiteit binnen het behandel aanbod. Naast de klassieke psychotherapie en de psychiatrische consultaties zijn ook andere aanbodsvormen die de diversiteit vergroten: bijvoorbeeld de creatieve therapie voor kinderen en jongeren, lichaamsgericht werk, piekergroep, het zorgtraject persoonlijkheidsstoornissen,....  
Binnen de psychotherapeutische opleidingen van de medewerkers is er voldoende diversiteit.
- De medisch-psychiatrische expertise is voldoende aanwezig binnen de hulpverlening, behalve in de kinderen- en jongerenwerking, waar de kinderpsychiater slechts 3 uren per week beschikbaar is. Aan de psychiater wordt een centrale positie als medisch eindverantwoordelijk toegekend. Door de aanwezigheid op de teamvergaderingen en de organisatie van bilateraal overleg tussen de behandelende arts en de therapeut is de psychiater in principe in staat om een overzicht te houden over alle lopende dossiers.
- Er is in de teams nog weinig kennis van het bestaan van richtlijnen zoals zij bijvoorbeeld voor het Nederlandse taalgebied door een Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling zijn ontwikkeld voor een groeiend aantal psychiatrische ziektebeelden.
- Sinds begin 2010 is men in samenwerking met het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw van start gegaan met een zorgtraject voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. De zorgprogramma's zijn zoveel mogelijk evidence-based, maar de werking is nog ten gronde afgetoetst tegenover de richtlijn voor persoonlijkheidsstoornissen, die op de website van het Trimbosinstituut is terug te vinden.

### **Aandachtspunten**

- *Zijn er afspraken binnen de organisatie over de minimale vereisten inzake dossiersamenstelling en bijhouding? Worden die afspraken door de leidinggevenden ook getoetst?*
- *Is de beveiliging van de privacy in het gebruik van papieren en elektronische dossiers voldoende?*

- *Is er een deontologische code aanwezig, die rekening houdt met de bepalingen van de wet op de patiëntenrechten en van het decreet rechtspositie minderjarigen?*

### **Bevindingen**

- De dossiersamenstelling wordt aangestuurd door het EPD. Er is vanuit de directie duidelijk gekozen voor een volledige implementatie van het elektronisch dossier. Het papieren dossier bevat enkel nog het testmateriaal, persoonlijke nota's en eventuele schriftelijke communicatie van externen. Ook dit wil men in de nabije toekomst verminderen door het inscannen van deze documenten.
- Medewerkers en directie geven aan dat een goede voorbereiding en structurering/aanpassing van het bestaande programma, alsook de ondersteuning vanuit het medisch secretariaat, er voor gezorgd hebben dat het EPD vlot geïmplementeerd werd en door medewerkers positief ervaren wordt.
- In de zelfevaluatie beschrijft men dat de algemene opmaak van het dossier voorwerp is van steekproefsgewijze kwaliteitscontroles.
- De dossiergegevens van het EPD worden bewaard op een externe server die gehuurd wordt bij een gespecialiseerde firma. In de deontologische code zijn geformaliseerde afspraken met de medewerkers gemaakt omtrent de toegang tot deze gegevens van op andere plaatsen dan de werkplek.
- De deontologische code van CGG NWVL is gebaseerd op een document dat voorheen ontwikkeld werd door een ander CGG. Reeds bestaande richtlijnen of afspraken binnen CGG NWVL werden in deze tekst geïntegreerd. De belangrijkste thema's worden in de deontologische code beschreven: verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid, geïnformeerde instemming, beroepsgeheim, dossierbeheer, inzagerecht, ... . Ook de bepalingen inzake patiëntenrechten en de rechtspositie van de minderjarige komen hierin aan bod.  
Deze code wordt opgevolgd en bijgewerkt door de directie.

### **Aandachtspunten**

- *Is er een structurering van de teamvergaderingen die een efficiënte bespreking van de agendapunten bevordert?*
- *Wordt er werk gemaakt van een open en constructief klimaat in de teamvergadering die een maximale benutting van de beschikbare competenties mogelijk maakt?*
- *Bestaat er binnen het CGG een beleid om het aantal (al dan niet problematische) NOA's te beperken en wordt dit ook op de werkvloer voldoende toegepast?*

### **Bevindingen**

- Over het algemeen blijkt er in de verschillende teams van CGG NWVL een open en constructief klimaat aanwezig te zijn dat het mogelijk maakt om de beschikbare competenties goed te gebruiken en dat ondersteunend werkt waar dat nodig is.
- In principe worden de teamvergaderingen geleid door de verantwoordelijke psychiater. In de praktijk is dit enkel het geval voor de volwassenenwerking. In de kinderen- en jongerenwerking zijn de beschikbare uren van de psychiater te beperkt en worden de dossiers enkel in een bilateraal overleg tussen de arts en de hulpverlener besproken. De leiding van de teamvergaderingen wordt volgens een beurtrol opgenomen. De moeilijkheid bij dergelijke organisatie is dat niemand echt het mandaat heeft om op inhoudelijk vlak knopen door te hakken. In de mate van het

mogelijke is de directeur patiëntenzorg wel aanwezig en dan neemt hij de verantwoordelijkheid op.

- Er is geen uniform NOA-beleid. Vele teamleden geven wel aan dat de werking van het voordeurteam, m.n. de motiverende gesprekken, een positieve invloed hebben op de drop-outs. Als er tijdens een behandeling toch cliënten afbellen of niet komen opdagen, is het afhankelijk van de hulpverlener welke actie zal ondernomen worden. De meeste acties bevinden zich wel eerder op het sanctionerende vlak.

#### **Aandachtspunt:**

- *Voeren de preventiewerkers hun activiteiten uit in overeenstemming met respectievelijk het Vlaams Actieplan voor suïcidepreventie en het samenwerkingsprotocol met de VAD.*

#### **Bevindingen:**

- CGG NWVL heeft een specifieke subsidiëring voor zowel het preventiewerk rond suïcide als rond alcohol- en druggebruik.

#### **Suïcidepreventie:**

- Er is een halftijdse functie voor suïcidepreventie voorzien. Zij is nieuw in deze functie sinds 1/1/2010. Daarnaast is zij ook werkzaam in het curatieve werk, maar niet binnen CGG NWVL. Ze beschikt over een diploma master in de klinische psychologie.  
Het auditgesprek is gevoerd met de suïcidepreventiewerkster.
- Binnen CGG NWVL wordt een duidelijk inhoudelijk onderscheid gemaakt tussen preventie en curatie. De kennisuitwisseling tussen de preventiemedewerkster en de hulpverleners binnen het CGG gebeurt op personeelsvergaderingen en denkdagen, evenals op de jaarlijkse vorming 'suïcidepreventie binnen het CGG'. Bijgevolg heeft de preventiewerker een wat solitaire positie binnen het CGG.
  - De suïcidepreventiewerkster is, samen met de suïcidepreventiewerkers van de andere CGG, meer ingebed in een provinciaal team onder de verantwoordelijkheid van de directeur van CGG Mandel en Leie. De planning en evaluatie gebeurt voornamelijk vanuit dit niveau en het Vlaamse niveau, en niet vanuit de directie van CGG NWVL. De directie van CGG NWVL zetelt wel in een stuurgroep, nl. het Westvlaams directieoverleg, van waaruit ook een zekere sturing kan gebeuren. Deze constructie vergroot de slagkracht en de zichtbaarheid, maar bemoeilijkt de inschakeling in het eigen CGG. In de zelfevaluatie van het centrum geeft men aan dat het een moeilijke constructie is met veel overlegmomenten en structuren. Bovendien is er een overlapping met de werking van de LOGO's.
- Een brede ervaring en enige anciënniteit in het werkveld, alsook didactische vaardigheden worden door de directie als belangrijke kwalificaties voor preventiemedewerkers gesteld.  
In de zelfevaluatie geeft men aan dat door de beperkte betoelaging en de beperkte tewerkstellingsbreuk het niet makkelijk is om een geschikte kandidaat te vinden.
- De samenwerking met de LOGO's loopt niet steeds zoals gewenst. Men dringt erop aan om de respectievelijke opdrachten t.o.v. de suïcidepreventie uit te klaren.
- Het provinciaal preventieteam heeft een open, algemeen opleidingsaanbod naar volgende doelgroepen: politie, CGG, thuiszorg, ziekenhuispersoneel, CLB en huisartsen. Deze vormingen gaan tussen 5 en 10 maal per jaar door. Voor specifiekere vormingsaanvragen wordt vorming op maat aangeboden.
- In de provincie worden er 2 gespreksgroepen georganiseerd (één open en één gesloten groep). Deze groepen worden niet begeleid door de

suïcidepreventiemedewerkster van CGG NWVL, maar door een collega vanuit het provinciale team.

Men geeft zelf aan goede contacten te onderhouden met de algemene ziekenhuizen binnen de regio om het IPEO-project te ondersteunen. Op provinciaal niveau zijn er twee ziekenhuizen die niet instappen in dit project.

- De marketing van het aanbod naar klanten verloopt via folders, die specifiek per vorming worden opgemaakt. Daarnaast wordt ook gebruik gemaakt van mailings. Het is niet duidelijk of er een provinciale database ter beschikking is.
- Gezien de recente indiensttreding van de suïcidepreventiemedewerkster worden de verschillende overlegmomenten, die nodig zijn om een goede samenwerking en afstemming met allerhande organisatie te bewerkstelligen, als nuttig en onmisbaar ervaren.

#### Alcohol- en drugpreventie:

- Voor het alcohol- en drugpreventiewerk is er in de provincie West-Vlaanderen een team gevormd (Middelpunt) met personeelsleden die op de loonlijst staan van CGG NWVL en CGG Largo. Het gaat om een team van in totaal zeven personen, die overwegend een opleiding maatschappelijk werk hebben, en waarvan een beperkt aantal ook een master behaald hebben. De preventiewerkers komen wekelijks samen op woensdag in Oostende of Roeselare. Eén lid heeft de taak van teamverantwoordelijke, zij staat onder meer in voor de functioneringsgesprekken. Eén medewerkster staat in voor secretariaatsondersteuning. Vanuit het team wordt aangegeven dat een mix van bachelor en master-opleidingen wenselijk is, hoewel de loonfinanciering enkel in het bachelor niveau voorziet.
- Er wordt vastgesteld dat er binnen het team een vrij groot personeelsverloop is, ten dele omdat mensen met een zeer beperkte vooropleiding in het preventiewerk instappen en dan soms tot de conclusie komen dat het een minder aantrekkelijke functie is dan de hulpverlening. Op die manier ontstaat er een probleem van continuïteit dat negatief is voor de uitvoering van de opdrachten en de acceptatie door de partners. Door de teamleden wordt aangedrongen op maatregelen die de continuïteit versterken.
- Hoewel de teamvorming in Middelpunt een duidelijke meerwaarde heeft die de herkenbaarheid versterkt, bestaat ook het risico dat het team weggroeit van de hulpverlening en dat er te weinig input is van het ene naar het andere.
- Inzake planning en evaluatie ligt de eindverantwoordelijkheid bij het Directiecollege van Middelpunt, in samenspraak met de teamverantwoordelijke. Er is voorzien dat alle initiatieven geëvalueerd worden door de klant. Centraal is ook de overeenkomst met de VAD en het periodieke directieoverleg op dat niveau. De VAD wordt als een belangrijke partner ervaren. De VAD biedt wel een basisopleiding preventiewerk aan, maar niet de echt langdurige opleidingen rond vorming en coaching. Daarvoor moet beroep gedaan worden op andere opleidingsinstituten.
- Over het algemeen wordt aangegeven dat het kwaliteitsdenken in het preventiewerk nog moet groeien. De directie ziet dit vooral tot stand komen door een link te maken met de stuurgroep kwaliteit.
- De afstemming met de Logo's verloopt eerder moeizaam, en de afstemmingsvergaderingen zijn dan ook stopgezet. Over het algemeen is er in het preventielandschap teveel supercoördinatie en te weinig inzet van middelen in de basiswerking. De samenwerking met de preventiewerkers van de lokale besturen verloopt prima. Samen met hen is het gelukt om in alle scholen van de centrumsteden een drugbeleid te ontwikkelen. Ook de samenwerking met de preventiewerkers van de Sleutel en het JAC verloopt positief.



- De preventiewerkers van Middelpunt werken op vraag omdat dit een grotere garantie inhoudt van de betrokkenheid van de klant.
- Middelpunt beschikt over een eigen website met beknopte informatie over het aanbod. De klantengroepen die het moeilijkst bereikt worden zijn : sport, gezondheid, bijzondere jeugdzorg, welzijnswerk en justitie.
- Ongeveer 1/3 van de tijd van de preventiewerkers gaat naar teamvergaderingen en overlegmomenten. Het overleg op provinciaal niveau voldoet niet aan de verwachtingen. Bij nieuwe projecten gaat er veel tijd naar afstemming en taakverdeling. Er is een te uitgebreid niveau van tussenstructuren dat een rechtstreeks contact tussen de klant en de aanbieder bemoeilijkt.

## **Conclusies voor de kernprocessen**

### **Sterk Punt:**

1. CGG NWVL heeft verschillende innoverende initiatieven genomen, voorbeelden hiervan zijn het voordeurteam, het zorgtraject voor persoonlijkheidsstoornissen en de participatie aan het onderzoek rond outcomemanagement.
2. Meerdere aspecten van de hulpverlening worden goed opgevolgd via monitoring en deze informatie wordt gebruikt om eventueel bij te sturen.

### **Tekortkoming:**

Er is geen voldoende uitgewerkt NOA-beleid.

### **Aanbeveling:**

1. De richtlijnen die door een Nederlandse landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling en het Trimbos zijn opgesteld voor een aantal belangrijke doelgroepen zijn, met enige nuancering, bruikbaar om de eigen werking aan te toetsen.
2. Het is belangrijk om voldoende aandacht te besteden aan het systematisch ter beschikking stellen van informatiedragers voor cliënten. Op de terugkomdag wordt meegedeeld dat de nieuwe informatiedragers ondertussen beschikbaar zijn en dat er een systematiek is voorzien voor de verdeling.

## 6. Tevredenheid van gebruikers

### Aandachtspunten

- *Is er een interne en externe klachtenprocedure die duidelijk gecommuniceerd worden aan de gebruikers?*
- *Worden klachten geregistreerd?*
- *Wordt de tevredenheid van patiënten op een systematische manier bevraagd?*

### Bevindingen

- In de (verouderde) informatiebrochure voor cliënten is een beknopte verwijzing opgenomen naar de mogelijkheid om een klacht in te dienen. Er is geen info over het verder verloop van de interne procedure en daarover bestaat binnen het CGG ook geen uitgeschreven werkwijze. Er is een overeenkomst met het Provinciaal Overlegplatform over een externe klachtenprocedure, en de info daarover is terug te vinden in de wachtruimtes. De vaststelling is dat zeer weinig cliënten een klacht indienen.
- CGG NWVL is op 1 mei 2009 gestart met het uitkomstenmanagement-project zoals het in eerste instantie is opgezet door de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg. De bedoeling is om voor elke behandeling die in het CGG wordt aangeboden een aantal klinische en functionele resultaten in beeld te brengen, evenals de algemene waardering door de cliënt. In vergelijking met de oorspronkelijke omschrijving van de resultaatgebieden (de vier kwadranten van Walburg) is het aspect kostprijs dus niet weerhouden. Er zijn een aantal meetinstrumenten geselecteerd onder de vorm van vragenlijsten die door de cliënten worden ingevuld, eventueel met assistentie van een medewerker, bij de aanmelding, de start van de behandeling, na drie maanden, na 1 jaar en bij afsluiten. De verwerking en input gebeuren door secretariaatsmedewerkers en er wordt werk gemaakt van een degelijke verwerking en normering. Het is de bedoeling om de resultaten te gebruiken als monitoring van het therapeutisch proces bij cliënten en als mogelijkheid om meer zicht te krijgen op de sterktes en werkpunten bij therapeuten en teams. Het hele opzet is behoorlijk innoverend en wordt technisch goed ondersteund. CGG NWVL is een pionier inzake participatie.
- De cliënt-thermometer van het Trimbos-instituut behoort tot de meetinstrumenten, zodat binnen het outcomeproject ook op een valabele wijze aan meting van de gebruikerstevredenheid wordt gedaan, zoals vereist wordt door het kwaliteitsdecreet. De invoering is evenwel nog te recent om duidelijke conclusies te kunnen formuleren.
- Na het raadplegen van een aantal stakeholders is bij de VVGG ook het belang in beeld gekomen van het aspect : kwaliteit van de therapeutische relatie. Daarom is werk gemaakt van een nieuw instrument dat ook deze belangrijke invalshoek wil meten, en dat tegelijk een vereenvoudiging impliceert van de oorspronkelijke set van meetinstrumenten. CGG NWVL is evenwel gestart met de oorspronkelijke versie en acht het niet aangewezen om al onmiddellijk de aangebrachte wijzigingen mee op te nemen. Op termijn zal het wellicht wenselijk zijn om het in kaart brengen van de kwaliteit van de therapeutische relatie mee te integreren in de werkwijze.

## **Conclusies**

### **Aanbeveling:**

Het is wenselijk om de werkwijze van de interne klachtenprocedure transparanter te maken.

## 7. Tevredenheid van medewerkers

### **Aandachtspunt:**

- *Wordt de tevredenheid van de medewerkers op een systematische manier bevraagd?*

### **Bevinding**

- Er is in CGG NWVL tot op heden geen systematische en geobjectiveerde bevraging van de medewerkerstevredenheid gebeurd, al dan niet uitgevoerd door een externe organisatie.
- De directie is van oordeel dat deze vereiste van het kwaliteitsdecreet toch ingevuld wordt door de systematiek van de functioneringsgesprekken, waarin de arbeidssatisfactie een vast onderdeel is. Er worden daarbij weinig signalen geregistreerd dat er behoefte zou zijn aan een meer systematische bevraging. Bovendien stelt men zich de vraag wat hiervoor geschikte instrumenten zijn.

### **Conclusie :**

#### Tekortkoming:

Ondanks de wezenlijke betekenis van systematische functioneringsgesprekken in het meten van de medewerkerstevredenheid blijft het toch vereist om periodiek een algemene bevraging te organiseren die een geanonimiseerde weergave van de wijze waarop de medewerkers de verschillende aspecten van de organisatie ervaren, mogelijk maakt.

## 8. Waardering door maatschappij en samenwerking

### Aandachtspunten

- *Hoe wordt de samenwerking met de andere CGG in het zelfde of in een naburig werkgebied geëvalueerd?*
- *Hoe verloopt de samenwerking met andere belangrijke actoren in de regio: de huisartsen, het algemeen welzijnswerk, psychiatrische ziekenhuizen,...?*
- *Welke opvolging is gegeven aan de conclusies van het vorige auditrapport?*

### Bevindingen

- De samenwerking met het andere CGG in het zelfde werkgebied is sinds 2009 opnieuw het voorwerp geweest van veelvuldige besprekingen tussen de directies. Dit heeft geleid tot een nieuwe overeenkomst die gebaseerd is op de premisse dat beide centra een gezamenlijke verantwoordelijkheid willen dragen voor de uitvoering van de opdrachten in het werkgebied en voor een optimale spreiding van de huidige capaciteit. Er is voorzien in een regelmatig overleg, in een globaal ambulante forensisch aanbod in de regio, in een gezamenlijk concept inzake ouderenzorg en in een aantal afspraken over de bediening van de verschillende doelgroepen per subregio in de reguliere werking. De herschikking van de kinderen en jongerenwerking en de gezamenlijke bediening van de regio Torhout zijn indicaties voor de opmerkelijke verbetering van het samenwerkingsklimaat.
- Binnen het eigen werkgebied is CGG NWVL in een groot aantal samenwerkingsverbanden en projectwerkingen betrokken. In de zelfevaluatie en de voortgangsrapporten wordt daar uitvoerige informatie over verstrekt. Met de beide andere CGG in de aangrenzende werkgebieden zijn gezamenlijke provinciale teams opgezet voor de preventie van respectievelijk alcohol en drugproblemen en suïcide. Er wordt deelgenomen aan het VDIP project. Er is een opmerkelijk samenwerkingsproject met het PZ Onze Lieve Vrouw rond een zorgtraject voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis dat vanuit een hedendaags theoretisch kader, gebaseerd op schematherapie en cognitieve gedragstherapie, een globaal aanbod wil realiseren. In verschillende contexten toont CGG NWVL zich zeer samenwerkingsbereid.
- Een belangrijk onderdeel van de werking wordt nog steeds ingenomen door de langlopende betrokkenheid bij een activeringsaanbod. In Brugge is voor het activeringscentrum een nieuw gebouw in gebruik genomen dat meer ruimte biedt en functioneler is dan het vorige. Ook in Oostende is met een dagactiviteitencentrum gestart. CGG NWVL neemt actief deel aan de Initiatieven Beschut Wonen in de regio, en stelt daarbij vast dat de federale overheid deze IBW positioneert als aanbieder van de zorg voor de doelgroep, inclusief activering. In de documentatie is een uitvoerig document beschikbaar over rehabilitatie dat theoretische ondersteuning geeft aan de intentie om te “evolueren naar een meer behandelingsgericht activeringsaanbod dat meer aansluit bij de kerntaken van de klassieke cgg-werking”. Met name voor de werking in Brugge lijkt dit een actueel aandachtspunt. Tegelijk is bij het nieuwe initiatief in Oostende vastgesteld dat de lat ook niet te hoog mag gelegd worden. Deze overwegingen geven aan dat CGG NWVL zich ten aanzien van haar inbreng in activering wil laten leiden door strategische en inhoudelijke overwegingen.

- In de context van samenwerking is er nog steeds de vaststelling dat de verwijzingen door huisartsen volgens de gegevens van het laatste jaarrapport wat lager in aantal zijn dan het sectorgemiddelde. Er is wel een kwaliteitsproject dat de communicatie met die groep systematisch wil optimaliseren. Ook de door recente incentives ondersteunde samenwerking met de CAW heeft klaarblijkelijk nog geen optimaal resultaat gehad.
- Aan de conclusies van het vorige auditrapport is door CGG NWVL voldoende gevolg gegeven:
  - Voor de problemen die zich stelden rond de overdracht van het patrimonium zijn op de drie betrokken locaties oplossingen in het vooruitzicht gesteld. Het blijft aangewezen om de verdere realisatie daarvan op te volgen.
  - Er is een overeenkomst met het ander CGG in het zelfde werkgebied die de verwachte samenwerkingsmodaliteiten ook effectief in kaart brengt en invult.
  - Er is uitvoering gegeven aan de opmerkingen over het behandelplan, de ouderenwerking en de consultatiemogelijkheden tijdens de avonduren.

## 9. Performantie

### Aandachtspunten

- *Welke afspraken bestaan er in de organisatie rond transparante tijdsbesteding en hoe worden die opgevolgd?*
- *Beschikt het centrum over een set van kerncijfers die verschillende aspecten van de werking in beeld brengen en die een evaluatie toelaten?*

### Bevindingen

- CGG NWVL hanteert volgende normen: in de kinderen en jongerenwerking moet minimaal 50% van de beschikbare tijd besteed worden aan FTF contacten, en in de volwassenenwerking is dat 55%. Opvallend is dat hierbij de niet verwittigde afwezigheden worden meegerekend als FTF tijd. Aangezien het aantal NOA's eerder hoog ligt moet daaruit worden geconcludeerd dat de effectieve realisatie van FTF tijd een stuk lager ligt dan de normering van 60%. De PI indicator in het voortgangsrapport is over de jaren zo volatiel dat deze, wellicht door moeilijkheden in de registratie en verwerking, geen betrouwbare informatie geeft over de productiviteit inzake FTF. De medewerkers in de volwassenenwerking geven zelf aan dat zij minstens 60% van de tijd bezig zijn met directe patiëntenwerking, en dat zij de NOA's nodig hebben om binnen hun tijdsbesteding voldoende ruimte te hebben voor administratief werk.
- Door de directie wordt op regelmatige tijdstippen voorzien in een opvolging van de tijdsbesteding per medewerker. Er is een document beschikbaar dat de werkwijze daarbij beschrijft.
- Binnen het kwaliteitsbeleid van CGG NWVL worden meerdere relevante aspecten van de werking gemeten en opgevolgd.

### Conclusie:

#### Sterk punt

De tijdsbesteding door de medewerkers wordt in CGG NWVL door de directie goed opgevolgd

#### Tekortkoming

De normering die gehanteerd wordt in de volwassenenwerking is sterk verschillend van de richtnormen die door de subsidiërende overheid worden vooropgesteld

## Algemene conclusie.

De tweede auditcyclus stelt verwachtingen die verder bouwen op de resultaten van de eerste cyclus.

De huidige audit levert volgende aandachtspunten op:

CGG NWVL vertoont als organisatie een balans tussen centrale aansturing en participatie van medewerkers die het mogelijk maakt dat een aantal innoverende initiatieven worden uitgevoerd. Dit is met name het geval voor de deelname aan het project rond outcomemeting en aan het zorgtraject voor persoonlijkheidsstoornissen.

Het kwaliteitsbeleid is sterk uitgewerkt en goed gedocumenteerd, met een evenwichtige verhouding tussen een beschrijvende en een metende benadering. Er is een realistische aandacht voor alle thema's die in de actuele CGG praktijk relevant zijn, zoals het werken met behandelplannen en de wetenschappelijke basis van het zorgaanbod.

Het blijft evenwel aangewezen dat de eigendomstatus van het patrimonium waarvan gebruik gemaakt wordt verder wordt uitgeklaard. Daarnaast is ook aandacht vereist voor het optimaliseren van de afspraken over tijdsbesteding in combinatie met een sterker geprofileerd NOA beleid.

De auditoren,

P. Stevens

E. Ceulemans

i.o. 