

VGGZ

Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg v.z.w.  
Maatschappelijke zetel VGGZ vzw: Groenplein 5 – 3500 Hasselt

# JAARVERSLAG 2007

Voorgelegd aan de Algemene Vergadering van 18/06/2008

## Inhoudstafel:

<b>1</b>	<b>VOORWOORD</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>MISSIE</b> .....	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>SOCIAAL VERSLAG</b> .....	<b>6</b>
<b>3.1</b>	<b>Tabel 1: Aantal* medewerkers per team en volgens geslacht</b> .....	<b>6</b>
<b>3.2</b>	<b>Tabel 2: Aantal personeelsleden per leeftijdscategorie</b> .....	<b>7</b>
<b>3.3</b>	<b>Tabel 3: Aantal personeelsleden per soort contract/ per team</b> .....	<b>8</b>
<b>3.4</b>	<b>Tabel 4: Aantal personeelsleden per jobtime / per team</b> .....	<b>8</b>
<b>3.5</b>	<b>Tabel 5: aantal medewerkers per doelgroep en functie</b> .....	<b>9</b>
<b>3.6</b>	<b>Totaal overzicht categorie medewerkers</b> .....	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>OPLEIDINGEN</b> .....	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>KWALITEITSBELEID</b> .....	<b>12</b>
<b>5.1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>12</b>
<b>5.2</b>	<b>Operationele indicatoren</b> .....	<b>15</b>
<b>5.3</b>	<b>Klinische indicatoren</b> .....	<b>15</b>
<b>6</b>	<b>OVERZICHT EPILEPSIEWERKING</b> .....	<b>21</b>
<b>6.1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>21</b>
<b>6.2</b>	<b>Aantal cliënten</b> .....	<b>22</b>
<b>6.3</b>	<b>Herkomst</b> .....	<b>23</b>
<b>6.4</b>	<b>Diagnoses</b> .....	<b>23</b>
<b>6.5</b>	<b>Activiteiten</b> .....	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>OVERZICHT ACTIVITEITEN DOELGROEP CATEGORIALE</b> .....	<b>25</b>
<b>7.1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>25</b>
<b>7.2</b>	<b>Preventie</b> .....	<b>25</b>
<b>7.3</b>	<b>Projecten</b> .....	<b>27</b>

<b>7.4</b>	<b>Samenwerkingsverbanden .....</b>	<b>27</b>
<b>7.5</b>	<b>Documentatiecentrum .....</b>	<b>27</b>
<b>8</b>	<b>OVERZICHT SAMENWERKINGSVERBANDEN .....</b>	<b>28</b>
<b>8.1</b>	<b>Formele overeenkomst .....</b>	<b>28</b>
<b>8.2</b>	<b>Functionele samenwerking .....</b>	<b>28</b>
<b>8.3</b>	<b>Overzicht overlegstructuren .....</b>	<b>28</b>

# 1 Voorwoord

Traditiegetrouw dient er bij een jaarverslag een voorwoord geschreven te worden.

Bij de aanzet hiervan probeer ik eerst voor mijzelf een reflectie te geven: wie is die "mens" achter de vele zorgvragen waarmee onze organisatie dagdagelijks in aanraking komt.

Het is waarschijnlijk niet toevallig dat George Carlin in zijn tekst rond de paradox van onze tijd o.a. het volgende stelt :

*"Dit is de tijd van de snelle hap en de trage vertering, van grote mensen met een klein karakter, van een leuk huis, maar een gebroken thuis.*

*Dit is de tijd van de snelle trips, de wegwerpmoraal, de one night stands en de pillen die alles voor je doen.*

*Het is een tijd waarin alles in het uitstalraam ligt, en niets in de voorraadkamer."*

Ik ben er dan ook van overtuigd dat in de paradox van onze tijd de mens meer dan ooit behoefte heeft aan een luisterend oor, aan een kompas. Eén iemand die bereid is om samen met hen op weg te willen gaan. Wat dit ook kan of mag betekenen; de VGGZ vzw heeft hierin een rol te vervullen!

Mag ik jullie dan ook uitnodigen dit jaarverslag 2005 te lezen en achter en tussen de informatie over kwaliteitsbewaking, kostenbeheersing, nieuwe huisvesting, DSM -resultaten...het belang van het "verhaal" van de cliënt te vinden.

Wij hebben prachtige psychotherapeuten en andere medewerkers die dagdagelijks hierin met volle overtuiging het verschil proberen te maken.

Zij streven in de eerste plaats naar het geven van respect en eerbied en alleen hierdoor zal de VGGZ vzw in haar diepste betekenis van haar opdracht, verder ontplooiën en groeien.

Ik wil dan ook iedereen bedanken: de collega bestuurders, de leden van het directiecomité en niet in het minst alle medewerkers voor hun inzet tijdens het voorbije werkjaar 2005 !

M. Claes

Voorzitter VGGZ vzw

## 2 Missie

De VGGZ (Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg) zal aan iedere hulpvrager, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, **verantwoorde zorg** bieden met het oog op het herstel van het psychisch evenwicht of het draaglijk maken van psychische stoornissen voor patiënten en hun leefomgeving, opdat aldus patiënten competenties verwerven of ontwikkelen die de basis vormen voor hun emancipatie en hun maatschappelijk geïntegreerd functioneren.

De VGGZ gelooft dat ieder individu *de kracht tot groei* en verandering in zich draagt. Zij beschouwt het als haar opdracht om die kracht te stimuleren. Verandering verloopt met kleine stapjes, met vallen en opstaan. De mate waarin verandering mogelijk en wenselijk is, bepaalt de patiënt. De vereniging stimuleert het meest haalbare.

Diagnostiek, behandeling en preventie zijn de **kerntaken**. Behandeling kan voornamelijk gericht zijn op voorkomen van verdere achteruitgang, op het bewerkstelligen van een optimale ontwikkeling binnen gegeven beperkingen van patiënt en zijn omgeving. Doelstelling van de behandeling is het handhaven en het bevorderen van de geestelijke gezondheid van de patiënt, het herstellen van de geestelijke gezondheid, het opheffen van stagnaties die de ontplooiing belemmeren, zodat ontwikkeling en (leeftijdsadequaat) functioneren (weer) mogelijk worden en tot slot, het draaglijk maken en houden van psychische/psychiatrische problematieken. Diagnostiek helpt daarbij de juiste keuzes te maken. Preventie werkt steeds meer via organisaties. Niet enkel kennisoverdracht maar emancipatie en participatie zijn hierbij sleutelwoorden

Naast de patiënt zijn er dus ook andere **belanghebbenden**. Een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) werkt in een zorgcircuit waarbij andere organisaties en professionals in de GGZ betrokken partijen zijn als co-behandelaar en/of verwijzer. Een CGG werkt ook in opdracht van de Vlaamse overheid, waardoor ook de maatschappij in zijn geheel cliënt is van een CGG.

De hulpverlening is gebaseerd op **respect** voor de persoonlijke levenssfeer van de patiënt. Zij zal maximaal een beroep doen op de medeverantwoordelijkheid en de zelfredzaamheid van de patiënt en zo gebruik maken van de minst ingrijpende behandeling om ten aanzien van de vastgestelde problematiek het gewenste effect zo maximaal mogelijk te bereiken. Elke patiënt heeft recht op respectvolle aandacht voor zijn persoon, zijn hulpvraag en zijn visie daarop. Binnen de context van de patiënt dient er voortdurend gezocht te worden naar de betekenis en de invloed van bepaalde gedragingen en cognities.

Elke patiënt heeft recht op **informatie** over en **inspraak** in de vooropgestelde hulpverlening. Elk kind/jongere heeft er recht op dat zijn ouders (rechtstreeks of onrechtstreeks) bij de hulpverlening betrokken worden. Hij/zij heeft binnen bepaalde en bespreekbare grenzen ook het recht dit te weigeren.

Binnen de teamwerking en binnen de wettelijke begrenzings heeft de hulpverlener **recht op zijn/haar autonomie** en deskundig handelen. Elke hulpverlener respecteert te allen tijde de Rechten van het Kind (decreet rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp, goedgekeurd in mei 2004 en van kracht sinds 1 juli 2006) en de Rechten van de Mens (cfr. art. 5 + 6 van het Decreet betreffende de GGZ, d.d. 99-05-18).

### 3 Sociaal verslag

#### 3.1 Tabel 1: Aantal\* medewerkers per team en volgens geslacht

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Volwassenenteam + daderteam	6	11	17
Kinderteam	2	6,5	8,5
Categoriaal	9	10,5	19,5
Overhead**	1	8,5	9,5
Organisatie VGGZ***	2	2,5	4,5
<b>Totaal:</b>	<b>20</b>	<b>39</b>	<b>59</b>

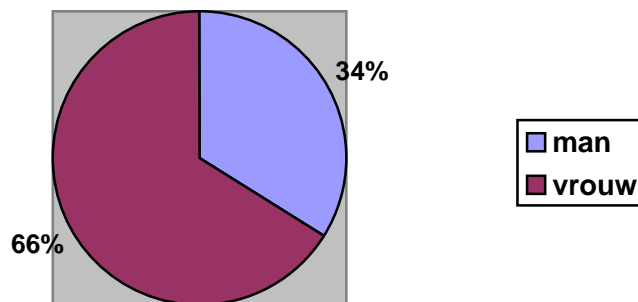
Tabel 1: Aantal medewerkers per team en volgens geslacht

\* Het gaat wel degelijk over aantallen en niet VTE. Indien echter één persoon deels in één categorie valt en deels in een andere wordt die persoon gespreid over de twee categorieën. Ook in de volgende tabellen wordt dit zo toegepast.

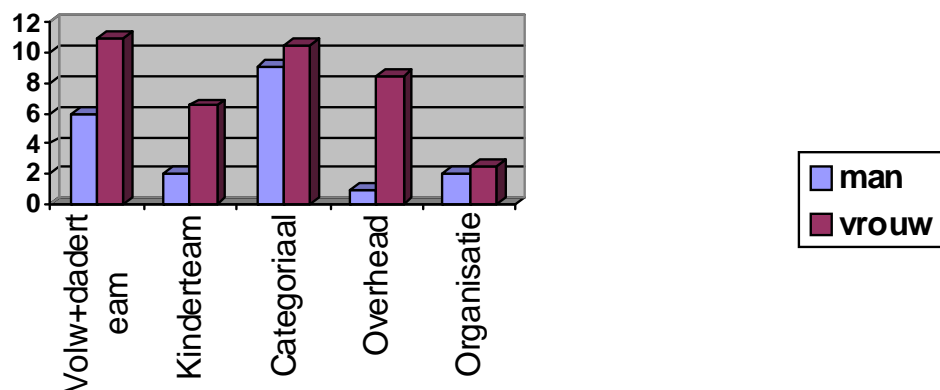
\*\* onthaal en secretaresses

\*\*\* directie, staffuncties (boekhouding, personeelsdienst, I.T., teamc.) en onderhoud

#### Medewerkers per geslacht - VGGZ



Grafiek 1: medewerkers per geslacht - vggz



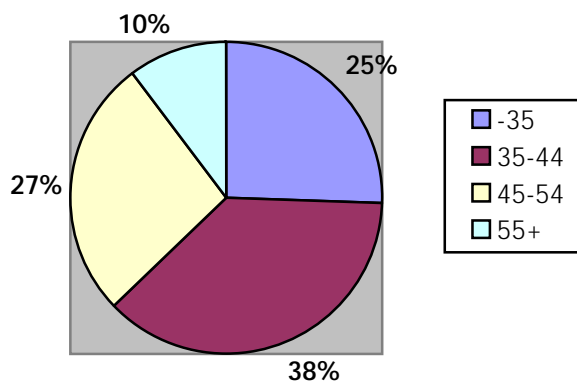
Grafiek 2: medewerkers per geslacht per vestiging

### 3.2 Tabel 2: Aantal personeelsleden per leeftijdscategorie

	-35	35-44	45-54	+55	Totaal
Volwassenenteam + Daderteam	7	5	2	3	17
Kinderteam	3,5	2	3	0	8,5
Categoriaal	3	10	4,5	2	19,5
Overhead	1,5	2,5	4,5	1	9,5
Organisatie VGGZ	0	2,5	2	0	4,5
<b>Totaal</b>	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>59</b>

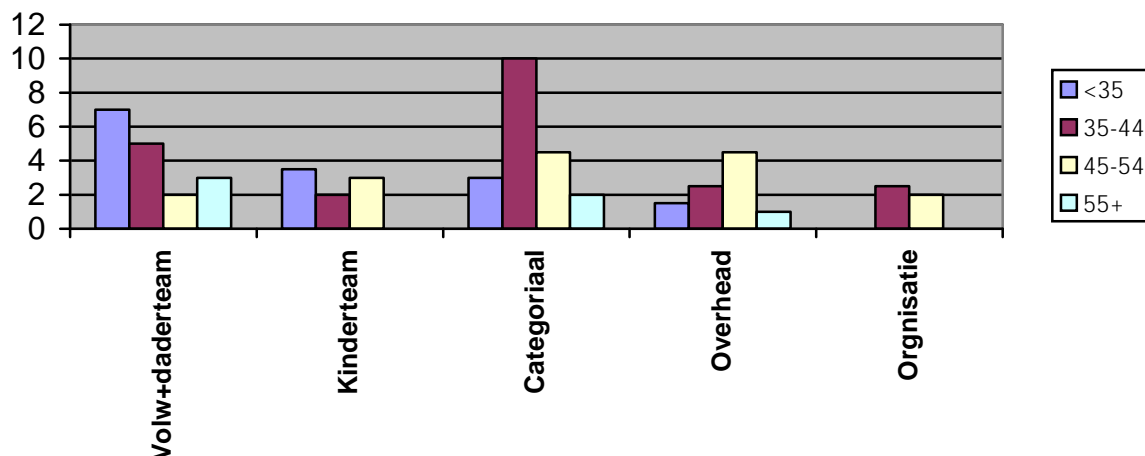
Tabel 2: Aantal personeelsleden per leeftijdscategorie

#### Werkenemers per leeftijdscategorie - VGGZ



Grafiek 3: werknemers per leeftijdscategorie - VGGZ

## Werknemers per leeftijdscategorie per vestiging



Grafiek 4: werknemers per leeftijdscategorie per vestiging

### 3.3 Tabel 3: Aantal personeelsleden per soort contract/ per team

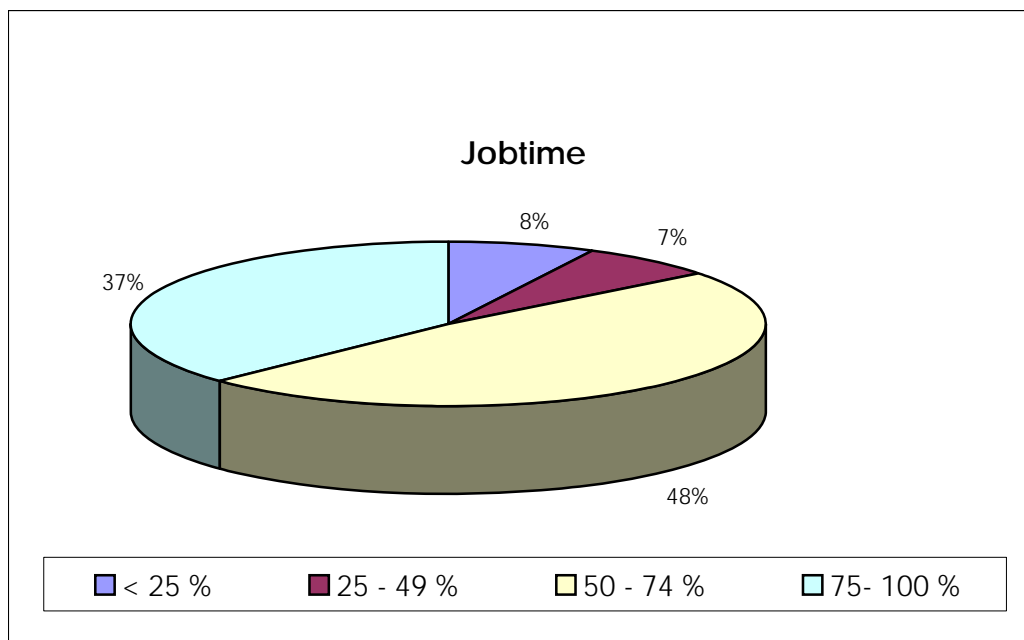
	Onbepaalde duur	Bepaalde duur	Vervanging	Totaal
Volwassenenteam + Daderteam	16	0	1	17
Kinderteam	6	0	2,5	8,5
Categorieaal	15	3	1,5	19,5
Overhead	9	0	0,5	9,5
Organisatie VGGZ	4,5	0	0	4,5
<b>Totaal</b>	<b>50,5</b>	<b>3</b>	<b>5,5</b>	<b>59</b>

Tabel 3: aantal personeelsleden per soort/contract/per team

### 3.4 Tabel 4: Aantal personeelsleden per jobtime / per team

Volwassenenteam + Daderteam		Kinderteam		Categorieaal		Overhead		Organisatie VGGZ	
%	P	%	P	%	P	%	P	%	P
10,52	1	50	3,5	20	1	10	0,5	25	1
15,78	1	63,16	1	30	0,5	50	5	50	2,5
21,05	1	75	1	40	0,5	70	1	100	1
42,10	1	80	2	42,10	1	75	1		
50	10	10	1	50	5,5	80	1		
100	3			75	1	100	1		
				80	4				
				100	6				

Tabel 4: aantal personeelsleden per jobtime/per team



Grafiek 5: Jobtime

### 3.5 Tabel 5: aantal medewerkers per doelgroep en functie

Volwassenenteam + daderteam	Functie	VTE	Aantal	Procentueel
	Hulpverlener	7,89	16	74,15%
	Overhead	2,75	4	25,85%
	Totaal	10,64	20	100,00%
	Sociale Maribel hulpverlening	1	1	

Kinderteam	Functie	VTE	Aantal	Procentueel
	Hulpverlener	5,98	8	77,86%
	Overhead	1,7	2,5	22,14%
	Totaal	7,68	10,5	100,00%
	Sociale Maribel administratie	0,5	0,5	

Categoriaal	Functie	VTE	Aantal	Procentueel
	Hulpverlener	5,17	8	32,99%
	Preventiewerkers	3,3	4	21,06%
	Overhead	1,9	3	12,13%
	DAC hulpverlening	1	1	6,38%
	DAC administratie	4,3	6	27,44%
	Totaal	15,67	22	100,00%
	Sociale Maribel administratie	0,5	0,5	

Organisatie VGGZ	Functie	VTE	Aantal	Procentueel
	Directeur	1	1	44,45%
	Boekhoudster	0,5	1	22,22%
	Informaticus	0,5	1	22,22%
	Onderhoud	0,25	1	11,11%

	Totaal	2,25	4	100,00%
	Sociale Maribel personeelsadministratie	0,5	0,5	

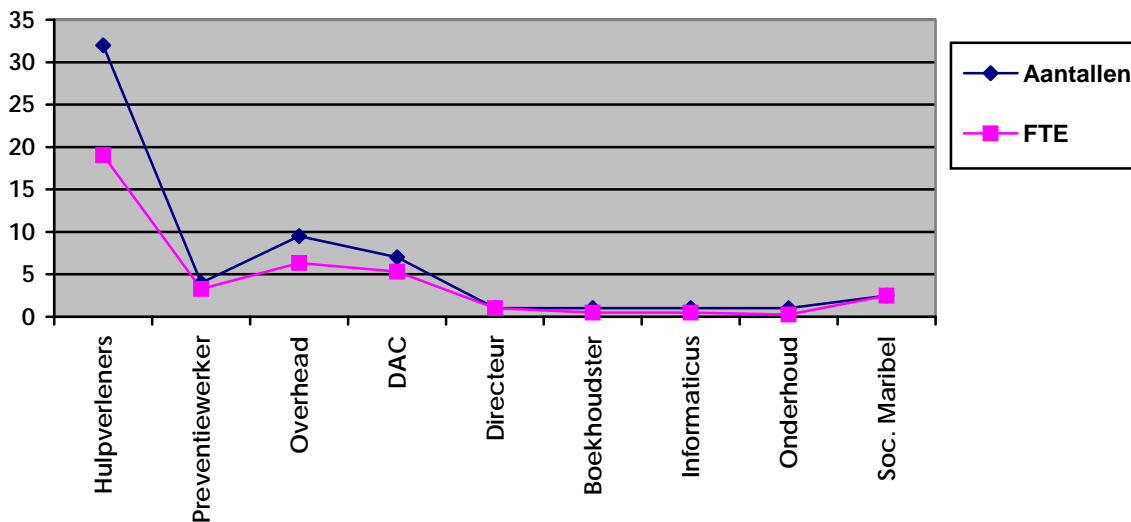
Tabel 5: aantal medewerkers per doelgroep en functie

### 3.6 Totaal overzicht categorie medewerkers

Functieomschrijving	Aantallen	Financieringsbron	FTE	%
Hulpverlener	32	Vlaamse Overheid	19,04	56,63 %
Preventiewerker	4	Vlaamse Overheid	3,3	7,07 %
Overhead	9,5	Vlaamse Overheid	6,35	16,81 %
DAC	7	Vlaamse Overheid	5,3	12,38 %
Directeur	1	Vlaamse Overheid	1	1,80 %
Boekhoudster	1	Vlaamse Overheid	0,5	1,80 %
Informaticus	1	Vlaamse Overheid	0,5	1,80 %
Onderhoud	1	Vlaamse Overheid	0,25	1,80 %
Totaal	56,5	Vlaamse Overheid	36,24	100 %
Sociale Maribel	2,5	Fonds Sociale Maribel	2,5	
<b>Totaal VGGZ vzw</b>	<b>59</b>		<b>38,74</b>	

Tabel 6: totaal overzicht categorie medewerkers

Aantallen en FTEQ per categorie medewerkers



Grafiek 6: aantallen en FTEQ per categorie medewerkers

## 4 OPLEIDINGEN

In het nieuwe VTO-beleid wordt vorming gestimuleerd als een gedeelde verantwoordelijkheid van de werkgever en werknemer. Er wordt gestreefd naar een aanbod van interne en externe vorming, kort- en langdurend. Over de jaren heen wordt getracht de middelen evenredig over de teams te verdelen.

Jaarlijks wordt een personeelsdag voor de totale organisatie georganiseerd, waarbij getracht wordt externe sprekers aan te trekken die rond een actueel thema komen spreken. In 2007 ging het om Prof. Hutsebaut die over beroepsgeheim, spreekrecht en –plicht kwam praten.

Daarnaast zijn er op teamniveau minstens één teamdag per jaar. Ook zijn intervisiemomenten opgestart als aanvulling op de teamvergaderingen.

2007 was bovendien het opstartjaar van het Elektronisch Patiëntendossier (EPD). Om te zorgen voor een goede introductie van dit EPD werd gekozen voor een opleiding voor elke hulpverlener en secretariaatsmedewerker in kleine groepjes (april-mei 2007).

Van extern gevolgd opleidingen werden er 81u voorzien in het volwassenenteam, 121u in het kinderteam, en 20 u. in het forensisch team.

---

## 5 Kwaliteitsbeleid

### 5.1 Inleiding

Kwaliteit is in de eerste plaats een attitude: een attitude om via continue toetsing van eigen functioneren te komen tot een zorgaanbod dat mee evolueert met veranderende noden en maatschappij.

Dit doel proberen we binnen de VGGZ te bereiken via

- 1/ kwaliteitsstructuren
- 2/ kwaliteitssystemen.

De structuur omvat een kwaliteitsstuurgroep, -werkgroep en -kringen.

De kwaliteitsstuurgroep wordt gevormd door de directeur en teamcoördinatoren, in overleg met de voorzitter van de Raad van Bestuur. De kwaliteitswerkgroep bestaat uit de directeur, een vertegenwoordiging per team, aangevuld met secretariaatsondersteuning. De kwaliteitskringen worden over de grenzen van de VGGZ gevormd in overlegplatforms als RPL en samenwerking met de Universiteit Hasselt via de werkgroep Limburgse Registratieverantwoordelijken,...

De systemen omvatten:

toetsingsystemen: allerlei meetinstrumenten zoals EPD, tevredenheidsvragenlijsten, ...

kwaliteitsnormen, vorming en opleiding, sensibilisatie en informatie: intraweb, teamvergaderingen, personeelsdagen, ...

Het kwaliteitsdecreet van 1999 werd in 2005 buiten werking gesteld waardoor de jaarlijks metingen van de indicatoren van de verschillende kwaliteitsthema's niet dienden gerapporteerd te worden. Vanwege de Vlaamse Overheid werd er wel een eindrapport gevraagd over de periode van 2000 – 2005.

Ondanks deze overgangsfase naar een nieuw kwaliteitsdecreet zijn wij binnen de VGGZ vzw blijven werken met verschillende werkgroepen. Zonder afbreuk te doen aan de belangrijkheid van eender welke werkgroep is er vooral aandacht gegaan naar wachttijden en onderzoek naar werklast binnen de VGGZ en dit in overleg en in samenwerking met de universiteit van Hasselt en de andere provinciale cgg's van Limburg. Aandacht voor wetenschappelijk onderbouw was voor alle betrokken cgg's een prioriteitsgegeven.

In de loop van 2007 werd een aantal indicatoren geselecteerd die zowel de organisatorische als de zorginhoudelijke werking beschrijven en opvolgen.

Het werken met indicatoren past ook in de ontwikkelingen op Vlaams niveau en in de rest van de sector. Door de overheid werd er in 2005 een audit uitgevoerd binnen de werking van de VGGZ vzw. In 2008 zal opnieuw een audit gehouden worden.

In het auditplan worden 7 modules onderscheiden, die overeenkomen met de domeinen uit het EFQM-model. Voor elke module worden vooraf een aantal algemene **verwachtingen** van de toezichthoudende overheid geformuleerd die fungeren als evaluatiekader. In dit rapport worden die verwachtingen als uitgangspunt genomen voor het kaderen van de relevante **bevindingen** en voor het formuleren van eventuele **conclusies**.

De modules zijn:

- Algemeen beleid
- Personeelsbeleid

- ICT-beleid en registratie
- Kwaliteitsbeleid
- Financieel beleid
- Werking op vestigingsniveau
- Werking op fusieniveau

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)

Aan de conclusies die per module geformuleerd worden dient gevolg gegeven te worden binnen een bepaalde termijn. Tenzij in het rapport zelf anders is vermeld bedraagt de algemene termijn 1 jaar, te rekenen vanaf de datum dat het definitieve rapport wordt toegestuurd. Na 1 jaar is een opvolgingsbezoek voorzien waarbij de opvolging van alle conclusies zal worden geëvalueerd, en waarbij desgevallend nieuwe termijnen zullen worden vastgelegd per individuele conclusie.

De belangrijkste conclusies uit dit rapport van de audit uit 2005 waren de volgende:

- CGG VGGZ heeft een bestuurlijke organisatie en een algemene werking die positief worden beoordeeld.
- Het is wenselijk om inzake opvolging van productiviteit van medewerkers een gelijkaardig systeem te hanteren binnen de hele organisatie.
- De nieuwe bestuurlijke en financiële afspraken over de verhouding tussen VZW VGGZ en VZW CAD dienen toekomstgericht te zijn en de potentiële meerwaarden van de schaalvergroting zoveel mogelijk te benutten.
- Er moet over gewaakt worden dat het aandeel overhead en administratie in het totale personeelskader niet te hoog oploopt.

Het volledig auditrapport werd ter bespreking en kennisgeving voorgelegd aan alle medewerkers van de VGGZ vzw.

Kwaliteit maakt geïntegreerd deel uit van de werking van de VGGZ op alle niveaus. Interne metingen laten vanaf de eerste meting op elk vlak uitstekende resultaten zien en waar verbetering mogelijk is, zien we ook een stijgende trend. Zoals in het auditrapport gesteld werd door de overheid is één van de vele sterke punten het volgende:

*“Het CGG VGGZ beschikt over een strategische planning die zich zowel op het organisatorische als op het zorginhoudelijke niveau manifesteert in uitgeschreven documenten die duidelijk gecommuniceerd worden.”*

In de toekomst zal deze traditie verder gezet worden en nog meer gestalte krijgen binnen het nieuwe kwaliteitsdecreet.

Dit alles staat in functie van het kunnen bijsturen van beleid op objectieve basis om also het welzijn van onze cliënten en onze medewerkers nog beter te profileren.

De gegevens van de indicatoren zullen op één plaats verzameld worden in een rapportagetool, die na bespreking op staf en de teams voor iedereen beschikbaar zal zijn. Hierin vind je niet alleen de gegevens, maar ook een definiëring van de indicatoren. De gegevens zullen geregeld teruggekoppeld worden naar de staf en de teams. Ook kunnen ze aanvullende informatie geven op het voortgangsrapport van de overheid dat ook met (gelijkaardige) indicatoren werkt.

Bepaalde indicatoren (zoals KPI, caseload, e.d.) zullen op individueel niveau met de medewerkers besproken worden tijdens functioneringsgesprekken.

Gebied	Doelstellingen	Indicatoren	Meetinstrumenten
<b>Organisatorisch</b>		<u>1/ Operationele indicatoren</u>	
	- Financieel-economisch	Financiële indicatoren	OBASI
	- Personeelsbeleid	Opvolging ziekte- en andere verloven	RAA
	- Communicatie	Uniforme stijl en classificatie procedures	Vademecum
<b>Zorginhoudelijk</b>		<u>2/ Klinische performantie-indicatoren</u>	
	- Zorgregio	Woonplaats	EPD
	- Zorgidentiteit	DSM IV-classificatie	EPD
	- Zorgproces	KPI	EPD
	- Functionele samenwerking	Caseload	EPD
	eerste, tweede en derde lijn	In- en uitstroom	EPD
		Wachttijden en wachtlijsten	EPD
		Drop-out	EPD
		Aantal preventieactiviteiten per sector	Ginger
		<u>3/ Tevredenheid gebruiker</u>	
		Tevredenheid patiënt	Tevredenheidsvragenlijst
		Tevredenheid werknemer	Tevredenheidsvragenlijst Itineris

## 5.2 Operationele indicatoren

Financieel-economische gegevens worden per kwartaal en per jaar opgevolgd volgens de OBASI-boekhouding. Naast de balans, resultatenrekening, budgettering en investeringen worden een aantal ratio's als solvabiliteit, liquiditeit en rentabiliteit opgevolgd. Ook wordt gekeken naar de verhouding personeelkosten en werkingskosten.

Het personeelsbeleid houdt het opvolgen in van de aan- en afwezigheden. Bij afwezigheden wordt meer specifiek gekeken naar de evolutie en spreiding van ziekte- en ander verlof (wettelijk, ADV,...). Het variabele uurroostersysteem werd in 2007 geïntroduceerd.

Communicatie structureren is nodig om de aanwezige informatie (over procedures, nieuws, ...) toegankelijk te maken op een eenvoudige en eenduidige manier. Hiertoe werden in 2007 het *vademecum* ontwikkeld, een tool die alle procedures samenbrengt en op alfabetische manier toegankelijk maakt. Ook kan gezocht worden via trefwoorden. Begin 2008 werd een *blog* geopend, om op die manier informatie over de organisatie gelijktijdig aan iedereen bekend te maken. Daarnaast was er reeds langer een *mapstructuur* voor iedereen toegankelijk, waarin informatie verzameld is volgens de domeinen van het EFQM-model.

## 5.3 Klinische indicatoren

Voor het eerst kunnen we onze werking op zorginhoudelijk vlak presenteren aan de hand van de indicatoren. We onderscheiden operationele indicatoren (organisatorisch), klinische prestatie-indicatoren (zorginhoudelijk) en tevredenheidsindicatoren (tevredenheid gebruiker: patiënt en medewerker).

Bedoeling is de werking op een objectieve manier op te volgen en te analyseren op een aantal kernpunten, die gemeten worden via indicatoren. Hiervoor wordt in Limburg ook samen met de andere CGG (CGG/LITP en DAGG) samengewerkt met de UHasselt.

### 5.3.1 AANTALLEN

Alle cijfers voor het categoriale team (en dus ook de totale VGGZ) zijn met inbegrip van de medewerkers die dankzij het samenwerkingsakkoord met de CAD vzw meewerken.

Er stond op het moment van verwerking van deze jaargegevens nog geen gestandaardiseerde rapportagetool op punt. Hierdoor is de verwerking van de gegevens onder enig voorbehoud.

Ook al is het geen indicator op zich, toch geven we om te beginnen de aantallen weer van behandelingen of zorgperiodes die per team en voor de volledige VGGZ gedaan zijn.

---

	Team						
Jaar	1	2	3	4	5	6	VGGZ
2005	535	327	335	255	1183	117	2752
2006	521	312	320	288	1585	148	3174
2007	455	312	236	234	1648	170	3055

---

Tabel 7: aantal actieve zorgperiodes hoofdcliënten per team en VGGZ

Legende:

1	VT Hasselt (met inbegrip van epilepsiewerking)
2	VT Tongeren
3	KT Hasselt
4	KT Tongeren
5	Cat. team verslavingszorg
6	Forensisch team

Daarnaast zijn er nog zorgperiodes van nevencliënten.

Jaar	Team						VGGZ
	1	2	3	4	5	6	
2005	28	9	450	320	236	2	1045
2006	41	10	399	379	297	0	1126
2007	29	15	306	258	324	0	932

Tabel 8: aantal actieve zorgperiodes nevencliënten per team en VGGZ

Traditioneel wordt vooral in de kinderteams veel gewerkt met nevencliënten. Meer nog dan in andere teams wordt (een deel van) het systeem behandeld.

### 5.3.2 INDICATOR 1: REGIO

De VGGZ is erkend voor aan aantal gemeenten in Midden- en Zuid-Limburg. Deze regio geldt niet voor forensisch en categoriaal team verslavingszorg. Vandaar dat we deze indicator enkel berekenen voor het kinder- en volwassenenteam.

		VT Hasselt	VT Tongeren	KT Hasselt	KT Tongeren
<b>Indicator 1</b>	2005	88,51	95,72	94,61	97,65
<b>Regio</b>	2006	91,10	95,83	95,61	95,83
	2007	92,02	96,47	95,76	97,86
	07KW1	84,01	95,36	97,68	96,24
	07KW2	88,13	94,74	96,12	95,87
	07KW3	90,28	94,78	98,29	98,25
	07KW4	90,55	95,72	96,12	98,29

Tabel 9: Percentage zorgperiodes binnen regio VGGZ

Volwassenenteam Hasselt is aan een inhaalbeweging bezig, terwijl de andere teams al langer 95% of meer zorgperiodes uit de VGGZ-regio hebben.

### 5.3.3 INDICATOR 2: DSM-IV CLASSIFICATIE

Elk team heeft een profilering opgesteld gebaseerd op de DSM-classificatie. Die profilering omvat een omschrijving van welke problematieken behandeld worden en welke niet. Deze laatste worden dan wel zorgvuldig verwezen. Per team kan er nu gekeken worden in hoeveel percent van de gevallen de DSM-classificatie (hoofddiagnose) bij intake overeenkomt met deze profilering.

2007	1	2	3	4	5	6
<b>Binnen profilering</b>	69,29	71,59	42,59	50	88,54	80,6 17,91 (+)

Tabel 10: Percentage hoofddiagnoses bij intake binnen profilering per team

In 2007 is voor het eerst de profilering toegepast binnen kinder- en volwassenenteam.

Bij de interpretatie dient men ook rekening te houden dat personen die in het begin van hun behandeling doorverwezen worden (omdat ze bv. niet binnen de profilering passen), ook in deze tabel opgenomen zijn.

Bij het forensisch team onderscheiden we de strikte profilering (daders seksuele misdrijven) en problematieken rond stalking en agressie die extra bij de profilering opgenomen zijn (17,91%).

### 5.3.4 INDICATOR 3: KEY PERFORMANCE INDEX (KPI)

De KPI heeft de bedoeling een zicht te geven op hoeveel tijd er naar directe hulpverlening gaat. Directe hulpverlening zijn activiteiten waarbij de patiënt live aanwezig is. De KPI bestaat uit een teller en een noemer. De teller omvat alle directe tijd van hulpverleners, zoals geregistreerd in EPD. De noemer omvat de totale werktijd van die hulpverleners. Intern berekenen we drie KPI. In KPI 1 nemen we enkel het door de Vlaamse overheid gesubsidieerd personeel in rekening. Het door andere middelen gefinancierd personeel (sociale maribel bv.) wordt mee gerekend in KPI 2. In KPI 3 belichten de samenwerking in het categoriale team verslavingszorg met de CAD vzw, door ook de externe personeelsleden die in EPD registreren mee te tellen.

KPI 4 is de KPI zoals omschreven door de overheid. KPI4 telt in de teller alle directe tijd van alle hulpverleners en in de noemer alle personeel (ook overhead). Min KPI is de KPI met enkel de effectief doorgegangene activiteiten. Max KPI neemt ook de geplande maar niet doorgegangene activiteiten in rekening.

Voor KPI 1, 2 en 3 hebben we een proefberekening gedaan in 2007. Vanaf 2008 zal deze systematisch gemeten worden per kwartaal. De overheid bezorgt ons de gegevens voor KPI 4. Het streefdoel is 36% (min KPI).

	1	2	3	4	5	6	VGGZ	
<b>KPI1</b>	39,52	42,04	34,07	34,69	23,77	55,56	35,71	
<b>KPI2</b>	39,52	41,65	34,07	34,69	24,72	55,56	37,01	
<b>KPI3</b>	39,52	41,65	34,07	34,69	25,76	55,56	34,33	
							Min	Max
<b>KPI4 2004</b>							23,8	27,2
2005							39,1	43,4
2006							43,7	49,8
2007							--	--

Tabel 11: KPI 1-4 per team en VGGZ

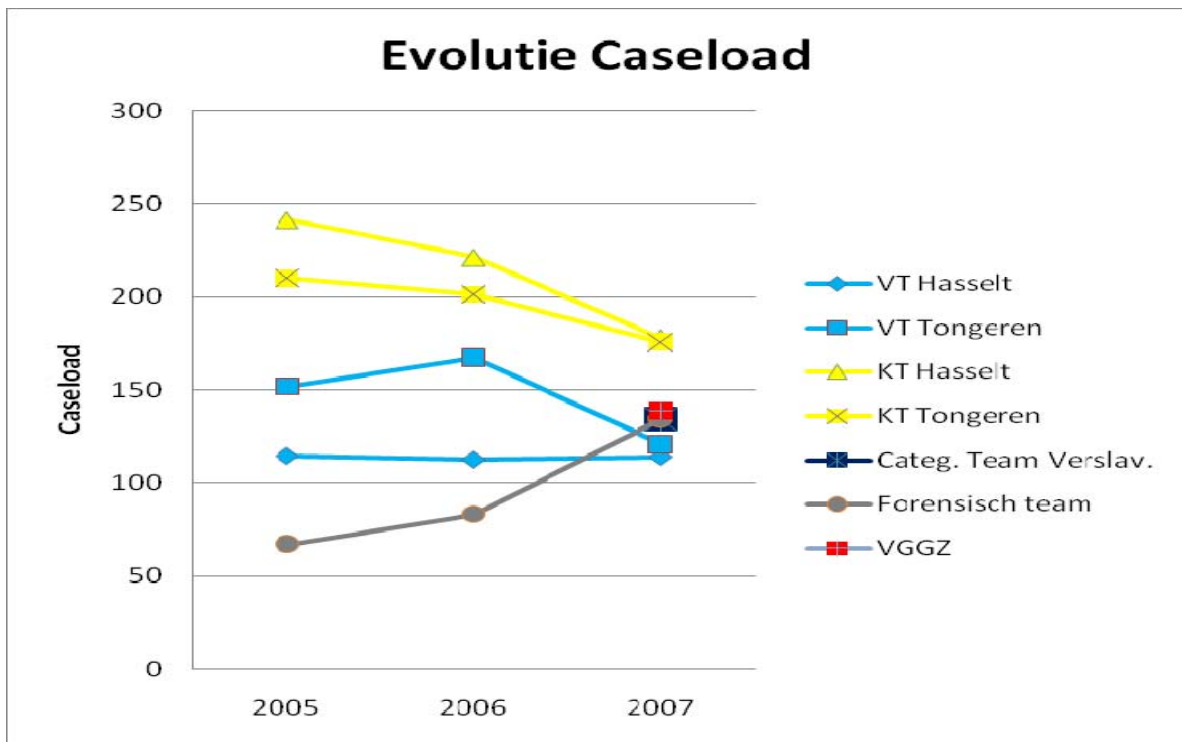
### 5.3.5 INDICATOR 4: CASELOAD

In hoeveel zorgperiodes (hoofd- en nevencliënt) is een hulpverlener per team of VGGZ actief?

Caseload	1	2	3	4	5	6	VGGZ
2005	114,41	152,04	241,54	210,16	*	66,85	*
2006	112,4	167,71	221,23	201,51	*	83,15	*
2007	113,88	120,66	177,7	175,71	134,29	134,81	138,65
07KW1	79,06	73,8	100	103,57	63,26	88,82	75,54
07KW2	69,41	74,17	92,46	89,29	61,69	91,99	71,29
07KW3	59,76	72,69	80,98	64,29	62,51	99,13	66,8
07KW4	61,65	71,59	84,59	65,36	58,9	95,16	65,45

Tabel 12: Caseload per team en VGGZ

\* Personeelsgegevens categoriale werking 2005 en 2006 ontbreken



Grafiek 7: caseload 2005-2007 per team en VGGZ

De caseload is in 2007 meestal iets lager dan voorheen, m.u.v. forensisch team.

Caseload VT Hasselt blijft zeer stabiel over de voorbije jaren.

De caseload van de verschillende teams is duidelijk naar elkaar toegegroeid.

De grootste caseload blijft bij de kinderteams.

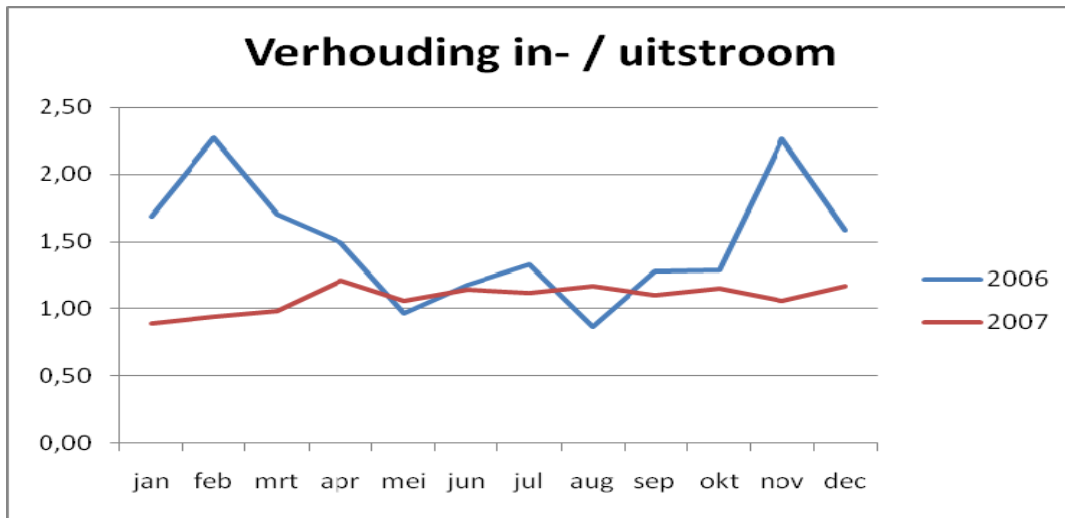
Dit heeft o.a. te maken met de vele nevencliënten en het systemisch werken, dat nog meer dan in andere teams gehanteerd wordt.

### 5.3.6 INDICATOR 5: IN- EN UITSTROOM

Hoeveel mensen beginnen aan een zorgproces in een bepaalde maand/jaar en hoeveel beëindigen hun zorgproces? Deze verhouding tussen in- en uitstroom vindt u in onderstaande tabel. Een verhouding hoger dan 1 werkt wachttijden en wachtlijsten in de hand.

In- en uitstroom	1	2	3	4	5	6	VGGZ
2006	1,6	2,66	1,1	1,54	1,31	2,32	1,42
2007	0,92	1,18	1,08	1,18	1,03	1,66	1,06
jan	0,61	0,72	0,97	1,38	0,82	1,36	0,89
april	0,80	2,11	2,33	1,44	1,02	3,00	1,21
jul	0,70	1,18	1,33	1,36	1,08	1,17	1,12
okt	1,09	1,36	0,75	3,00	1,09	1,00	1,15

Tabel 13: in en Uitstroom



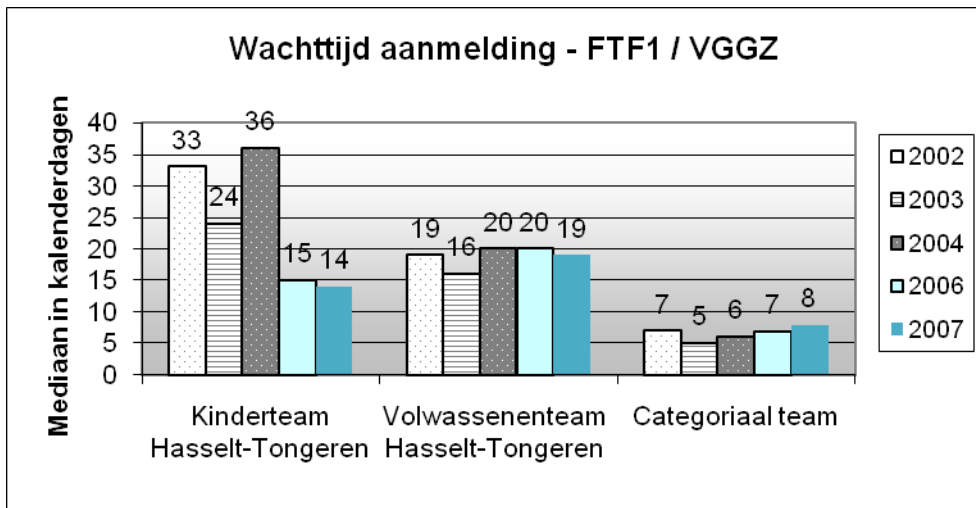
Grafiek 8: verhouding in- vs. uitstroom per maand

Globaal genomen ligt de verhouding lager dan in 2006 en ligt ze dichterbij de ideale verhouding van 1: evenveel in- als uitstroom.

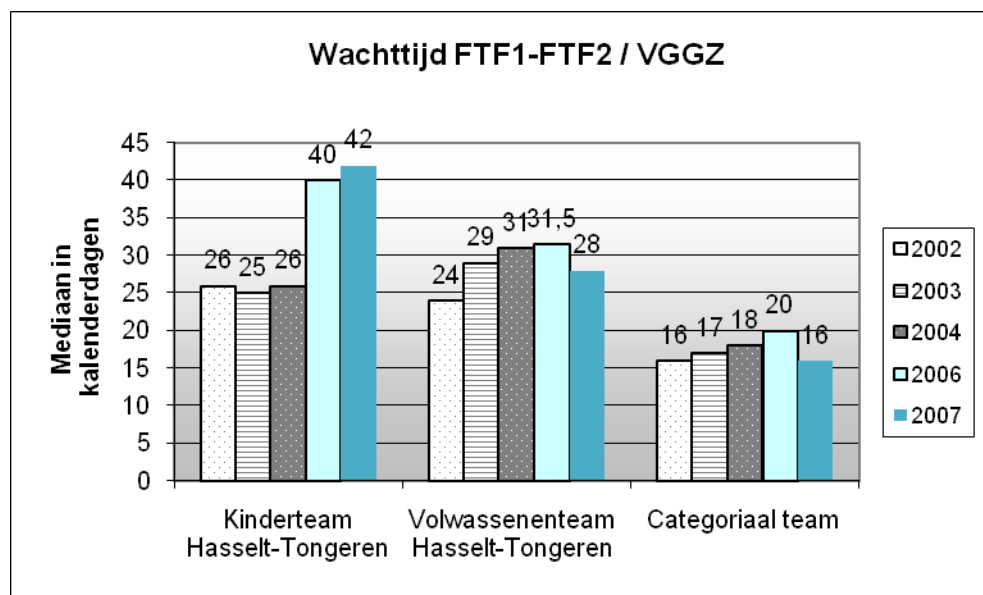
### 5.3.7 INDICATOR 6: WACHTTIJDEN EN -LIJSTEN

Reeds enige jaren volgen we op hoe lang mensen dienen te wachten na aanmelding op een eerste FTF-gesprek en hoe lang ze vervolgens op een tweede FTF-gesprek moeten wachten. Ook wordt een wachtlijst bijgehouden die een zicht geeft hoeveel mensen op een bepaald ogenblik aan het wachten zijn.

De eerste grafiek geeft de eerste wachttijd weer in kalenderdagen sinds 2002 en wordt in mediaan uitgedrukt. De tweede grafiek geeft de tweede wachttijd weer sinds 2002, eveneens in kalenderdagen en mediaan.



Grafiek 9: wachttijd aanmelding - FTF1 / VGGZ



Grafiek 10: wachttijd FTF1-FTF2 / VGGZ

We zien in het kinderteam een verschuiving van wachttijd 1 naar 2 door een verandering in intakeprocedure.

Hoeveel mensen op een bepaald ogenblik aan het wachten zijn wordt opgevolgd in de wachtlijsten per team en geven we hieronder weer (toestand 01/04/08).

<b>Staan op wachtlijst d.d. 01/04/08</b>				
	<i>Totaal</i>	diagnostiek	behandeling	waarvan voorrang
Kinderteam Hasselt	35	16	19	0
Kinderteam Tongeren	33	16	17	4
Volwassenenteam Hasselt	11	-	-	0
Volwassenenteam Tongeren	11	-	-	0
Categorieaal team	0	0	0	0
Forensisch team	0	0	0	0

Tabel 14: wachtlijst per team

### 5.3.8 INDICATOR 7: DROP-OUT EN NO-SHOW

Een opvolging van hoeveel zorgperiodes afgesloten worden zonder onderling overleg (drop-out) en verder onderzoek waar dat mee te maken heeft (DSM-classificatie, sociale status, hulpverleningsaanbod,...) enerzijds maar ook hoeveel mensen die een afspraak maken ook effectief aanwezig helpt om het zorgaanbod zo efficiënt mogelijk te organiseren.

Net geen 30% van de zorgperiodes wordt afgesloten zonder onderling overleg (contacten afgebroken). Van alle gemaakte afspraken gaat 80% effectief door. 11,83% van de afspraken wordt geannuleerd op voorhand (afwezig met bericht, AMB; deze worden herpland als FTF of administratie en registratie) en 7,74% gaat niet door zonder voorafgaandelijk bericht van de patiënt (no-show). Hieronder vindt u een uitsplitsing per team van zowel drop-out als de aan- en afwezigheden van de patiënt.

Jaar	Teamnummer	Niet afgebroken	Drop-out	Eindtotaal
<b>2007</b>	1	61,41%	38,59%	100,00%
	2	58,74%	41,26%	100,00%
	3	86,36%	13,64%	100,00%
	4	78,05%	21,95%	100,00%
	5	70,88%	29,12%	100,00%
	6	67,86%	32,14%	100,00%
<b>VGGZ</b>		70,16%	29,84%	100,00%

Tabel 15: aard van afsluiting per team - 2007

In de kinderteams zijn er duidelijk minder afgebroken contacten dan in de andere teams.

TEAM	Aanwezig	AMB	No-show	Eindtotaal
1	81,24%	13,68%	5,08%	100,00%
2	78,08%	12,86%	9,06%	100,00%
3	80,46%	11,49%	8,05%	100,00%
4	86,54%	9,76%	3,69%	100,00%
5	79,17%	11,28%	9,55%	100,00%
6	83,56%	11,85%	4,59%	100,00%
<b>VGGZ</b>	80,43%	11,83%	7,74%	100,00%

Tabel 16: afgebroken contacten

De recent opgerichte werkgroep therapietrouw zal een beleid ontwikkelen om zowel hulpverleners als patiënten te sensibiliseren rond het thema afsluiting en aanwezigheid.

### 5.3.9 INDICATOR 8: AANTAL PREVENTIEACTIVITEITEN PER SECTOR

Zie verder punt 7.

## 6 OVERZICHT EPILEPSIEWERKING

### 6.1 Inleiding

De werking van de provinciale afdeling van de Vlaamse Liga tegen Epilepsie (V.L.E.) omvat een drietal hoofdaccenten :

- de curatieve werking :

Dit is de psychosociale begeleiding van mensen met epilepsie, hun familieleden en de omgeving. Indien nodig kan hier beroep gedaan worden op de multidisciplinaire aanpak door het team van het CGG VGGZ.

Voor de medische problematiek wordt steeds terug verwezen naar de behandelende geneesheer. Gezien de sterke interferentie tussen het medische en het psychosociale bij de epilepsieproblematiek, gebeurt de begeleiding steeds in nauwe samenwerking met behandelend neuroloog, huisarts, ...

- de consultatieve werking :

Eenzijds ligt het accent hier op de adviserende functie naar hulpverleners van andere diensten, instellingen, ... die moeilijkheden hebben rond de begeleiding van mensen met epilepsie. Anderzijds pogen we een katalysator te zijn in het helpen uitbouwen van occasionele of permanente samenwerkingsverbanden om een zo optimaal mogelijke zorgcoördinatie en netwerkontwikkeling na te streven.

- de preventieve werking :

Geven van informatie rond epilepsie naar een zo ruim mogelijk publiek, gaande van hulpverlener tot belangstellenden. Al naargelang de doelgroep en of de gestelde problematiek wordt deze

informatie aangepast en kan er beroep gedaan worden op deskundigen uit de regio van het te bereiken doelpubliek.

Ondersteunen en adviseren van :

- de provinciale contactgroep Epicentrum vzw
  - manifestaties rond epilepsie in de brede zin van het woord die georganiseerd worden door derden.

Geografisch bestrijkt de werking van de provinciale afdeling van de V.L.E. de gehele provincie.

## 6.2 Aantal cliënten

	Personen		Zorgperiodes		Nevencliënten	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
<b>Oud *</b>	--	--	21	72,41	4	50,00
<b>Nieuw</b>	--	--	8	27,59	4	50,00
<b>Totaal</b>	29	--	29	100,00	8	100,00

Tabel 17: Aantal Personen, Zorgperiodes \*\* bij Hoofdcliënten \*\*\* en Nevencliënten actief \*\*\*\* in 2007

\* Oud = eerste FTF-gesprek van zorgperiode vond plaats vóór 2007

\*\* Het gaat hierbij om 29 "unieke" personen, waarvan er 0 in 2007 twee zorgperiodes lopen hadden.

Bv. bij 1 persoon een behandeling in maart, die eindigt in april en een behandeling in september die nog lopend is op 31/12/2007. Vandaar komen we aan 29 zorgperiodes voor 29 mensen. Alle volgende tabellen gaan steeds over (aantal) zorgperiodes, enkel bij hoofdcliënten.

\*\*\* Zorgperiodes bij hoofdcliënten. Hoofdcliënten zijn cliënten op wiens problematiek de behandeling gericht is. In het kader daarvan kunnen één of meerdere nevencliënten gezien worden. Deze worden minimaal geregistreerd ter verlichting van de registratielast.

\*\*\*\* Actief betekent: er is minimum één activiteit geweest in 2007. Andere selectiecriteria zijn:

Eerste FTF vindt plaats voor 1/1/2007 en Administratieve einddatum valt na 31/12/2006 of is leeg(wat wil zeggen dat zorgperiode op 31/12/2006 nog niet was afgesloten.) Er is tot op heden geen gestandaardiseerde selectie van cliënten en zorgperiodes in het programma EPD. Dit kan aanleiding geven tot andere resultaten indien deze cijfers vergeleken zouden worden met bv. die van overheid.

Het totale aantal behandelde dossiers in 2007 bedraagt 29, waarbinnen we 8 nieuwe aanmeldingen noteren (2006: 14).

We zien echter steeds vaker telefonische en schriftelijke hulpverlening aan mensen die (anoniem) antwoord willen op hun vaak complexe vragen. We noteerden afgelopen werkjaar 54 personen die op dergelijke wijze beroep deden op onze diensten.

### 6.3 Herkomst

We krijgen cliënten vanuit de hele provincie.

Woonplaats	Totaal	%
Binnen Limburg	27	93,1
Buiten Limburg	2	6,9
Onbekend	0	0,00
<b>Totaal</b>	<b>29</b>	<b>100,00</b>

Tabel 18: herkomst cliënt

### 6.4 Diagnoses

Op As 3 vinden we uiteraard diverse diagnoses die verband houden met het verschijnsel epilepsie

As3	Totaal
[!:] Epilepsie	2
[!:] Gegeneraliseerde idiopathische epilepsie	1
Gegeneraliseerde convulsieve epilepsie   [!:]Grand mal	13
Gegeneraliseerde niet-convulsieve epilepsie, petit mal	1
Localisatiegebonden (foc.) (part.) idiopathische epil. en epil. syndr. met aanvallen van lokale oorsprong	2
Overige vormen van gegeneraliseerde epilepsie en epileptische syndromen.	1
Partiële epilepsie, met aantasting van het bewustzijn	5
Geen aandoening op as 3	4
<b>Totaal</b>	<b>29</b>

Tabel 19: DSM IV – as 3 hoofddiagnose

### 6.5 Activiteiten

Activiteiten in verband met de 29 personen met een dossier:

aard	maatsch. werker	adm. bed.	psychiater	totaal
adm. intake	4	4	0	8
sociale anamnese	8	0	0	8
medisch-psychiatrisch onderzoek	-	0	1	1
groepsactiviteit	55	0	0	55
fin./adm./mat.hulp	8	0	0	8
psycho-sociale begeleiding	37	0	0	37
rapportage	6	0	0	6
onderhoud familie	5	0	0	5
onderhoud omgeving	2	0	0	2
onderhoud hulpverlening	1	0	0	1
teambespreking	14	0	0	14
<b>TOTAAL</b>	<b>140</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>145</b>

Tabel 20: activiteiten ivm 29 personen met een dossier

Daarnaast zijn er de telefonische en schriftelijke vragen van mensen zonder dat er een dossier is.

De telefonische en schriftelijke hulpverlening zijn ook meestal arbeidsintensieve contacten : lange telefoongesprekken, veel opzoekwerk, verbonden aan complexe praktische - of informatievragen. Deze categorie blijft stijgen. Mensen proberen op telefonische of schriftelijke wijze een antwoord te krijgen op hun vaak complexe vragen.

Het gaat hier bovendien om arbeidsintensieve contacten : lange telefoongesprekken, veel opzoekwerk verbonden aan de complexe , delicate vragen.

Redenen van contactname : verwerkingsproblemen, praktische problemen rond school of werk, info rond specifieke syndromen of refractaire epilepsie , enzovoort.

- aantal betrokkenen	ivm kinderen	25
	ivm volwassenen	23
	onbekenden (1)	<u>3</u>
	<b>totaal</b>	<b>54</b>

- aantal prestaties :	tel. contacten	18
	schriftel.contacten	3
	ter plaatse	2
	internet	38
	<b>totaal</b>	<b>61</b>

#### De consultatieve werking

Eenzijds ligt het accent hier op de adviserende functie naar hulpverleners van andere diensten, instellingen, die moeilijkheden hebben rond de begeleiding van mensen met epilepsie. Anderzijds pogen we een katalysator te zijn in het helpen uitbouwen van occasionele of permanente samenwerkingsverbanden om een zo optimaal mogelijke zorgcoördinatie en netwerkontwikkeling na te streven .

Er wordt voornamelijk advies gevraagd rond:

- School - , opvoedings - en relatieproblemen
- Beroepskeuze, tewerkstellingsmogelijkheden,
- Technisch advies rond verzekeringen, rijbewijs, vakantie, hulpmiddelen,

Verscheidene diensten deden het voorbije jaar een beroep op ons : CLB, artsen,Reval, Jeugdcentrum,CGG, sociale dienst van de gemeente, CAW, OCMW .

In totaal werden aan 21 diensten advies uitgebracht.

#### De preventieve werking

We geven informatie rond epilepsie naar een zo ruim mogelijk publiek, gaande van hulpverlener tot belangstellenden. In functie van de doelgroep en/of de gestelde problematiek wordt deze informatie aangepast en kan er beroep worden gedaan op deskundigen uit de regio.

Op provinciaal vlak functioneerde de uitleendienst van documentatiemateriaal, werden voordrachten gegeven en informatie verschaft aan studenten, cliënten, diensten. In totaal werden 156 personen bereikt. Er werd deelgenomen aan vergaderingen (stedelijke adviesraad voor anders- validen, overlegvergaderingen van maatschappelijke werkers van de Liga, Algemene vergadering van de Liga, bestuursvergaderingen en ledenvergaderingen).

Tevens werden er 10 vergaderingen georganiseerd met de provinciale contactgroep Epi –centrum.

## 7 OVERZICHT ACTIVITEITEN DOELGROEP CATEGORIALE.

### 7.1 Inleiding

De categoriale werking van de VGGZ maakt geïntegreerd deel uit van de Limburgse ambulante verslavingszorg, en dit zowel voor de curatieve als de preventieve werking. Concreet betekent dit dat de VGGZ en de Centra voor Alcohol en andere Drugproblemen Limburg vzw, afgekort CAD Limburg vzw, de krachten bundelen om naar de Limburgse bevolking toe een geïntegreerd curatief en preventief aanbod te doen. Het is dank zij dit samenwerkingsverband en de extra man/vrouwkracht die CAD Limburg vzw inzet, dat we er samen in slagen om voor gans de provincie een geïntegreerd en deskundig curatief en preventief aanbod te realiseren.

De Categoriale Curatieve Werking telt 5,09 VTE. Ter ondersteuning van de categoriale curatieve equipe zette in 2007 CAD Limburg vzw 7,06 VTE in. Ook zij registreerden in EPD. Voor de categoriale preventieve werking zette de VGGZ 3,30 VTE in (vanaf 1 oktober uitgebreid met 1,5 VTE). Deze werking wordt door CAD Limburg vzw ondersteund met 7,40 VTE ondersteund (vanaf 1 oktober – 1,5), waarvan 1,6 VTE culturele bemiddelaars.

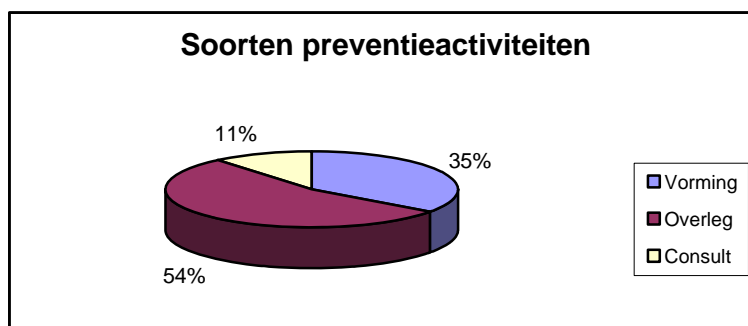
De categoriale werking bestrijkt gans Limburg met regionale kantoren in Tongeren, St. Truiden, Hasselt, Beringen, Hasselt, Genk, Lanaken, Maasmechelen, Lommel en Neerpelt.

De categoriale VGGZ werking wordt gecoördineerd door 0,5 VTE teamcoördinator

In de verdere tabellen zijn de prestaties van het samenwerkingsverband verwerkt. De categoriale werking heeft haar vestiging op de Luikersteenweg 134, 3500 Hasselt. De gegevens van de curatieve werking staan hoger (zie punt 5).

### 7.2 Preventie

In 2007 organiseerden de preventie-equipe van CAD (waarvan de VGGZ-medewerkers deel uit maken) 1051 activiteiten. De registratie gebeurde met Ginger (registratieprogramma voor drugpreventieactiviteiten in Vlaanderen). Een gedetailleerd overzicht hiervan is ter inzage bij het preventieteam. Al deze activiteiten werden gepland, voorbereid en geëvalueerd in samenwerking met of op vraag van onze partners in de 42 gemeenten waar we actief zijn.



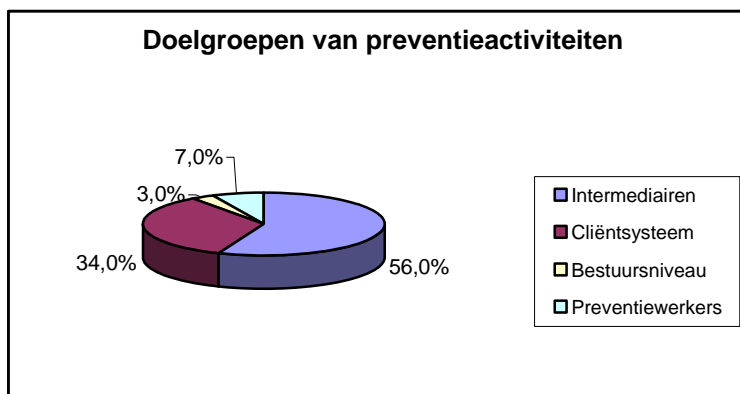
Grafiek 11: soorten preventieactiviteiten

35% van deze preventieactiviteiten zijn vormingen gericht op emancipatie van sleutelfiguren in de diverse maatschappelijke sectoren. Een opmerkelijke stijging (van 30% in 2005 en 33% in 2006) die wijst op een bevestigingen van de eerder gemaakte beleidskeuzes conform criteria voor kwaliteitsvol preventiewerk. We onderstrepen het belang van overleg (54%). We kunnen immers ons werk enkel doen in overleg en met een mandaat van lokale partners. Hier valt echter een significante daling waar te

nemen (van 66% in 2005 en 58% in 2006) als resultaat van een constructieve samenwerking op langere termijn.

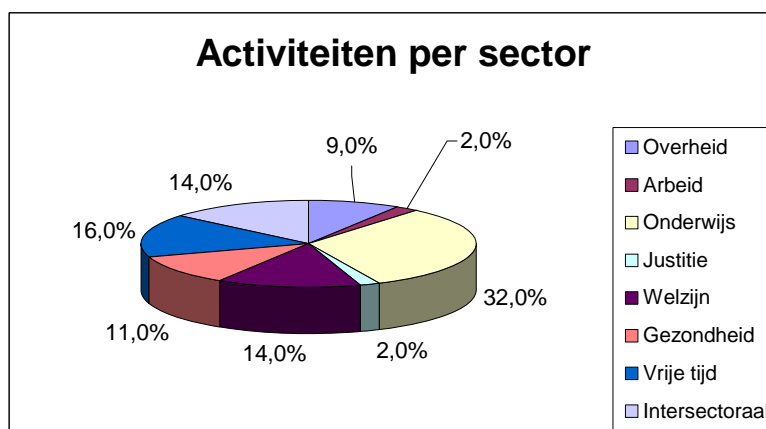
Een planmatige aanpak van preventieactiviteiten (cfr. evidence based werken en planmatige aanpak) vergt steeds een verkenning van de beginsituatie, planning en evaluatie. Via overlegmomenten creëren we een groter draagvlak, bepalen we een gemeenschappelijke strategie en beogen we een multiplicatoreffect. De toename van jaar tot jaar van de tijd geïnvesteerd in *vormingen* en de afname van de investeringen in *overleg* is een evolutie die we toeschrijven aan de samenwerking op langere termijn waardoor de verschillende actoren elkaar beter leren kennen en verwachtingen meer en meer op elkaar afgestemd raken. De consultvragen (nu 11%, 5% in 2005 en 9% in 2006) komen uit diverse sectoren waarbij vragen van deelnemers uit onze Europarents projecten opvallen.

Met dit project (ouders ondersteunen ouders) investeren we in ruime mate in de vorming/training van ouders als peers. Niet alleen omwille van de inhoudelijke weerklank bij de doelgroep, maar ook om de mogelijkheid die zo geboden wordt om lokaal een groter en sterker draagvlak te creëren.



Grafiek 12: doelgroepen van preventieactiviteiten

Continuïteit door te werken met sleutelfiguren! Wij kiezen zeer expliciet voor deze aanpak in plaats van kortstondige 'optredens' van een preventiewerker direct ten behoeve van het cliëntensysteem. Het aantal initiatieven naar intermediairen (56%, en dat is 10% minder dan voor twee jaar!) heeft te maken met het ontginnen van een aantal nieuwe sectoren en moeilijk bereikbare doelgroepen waarin door middel van rechtstreekse service de basis moet gelegd worden voor werken met sleutelfiguren op langere termijn. Het aantal activiteiten voor directe cliëntensystemen is in het afgelopen jaar dan ook toegenomen tot 34% wat ingaat tegen de trend van de laatste jaren. Vanuit het besef dat het hier om voorwaardenscheppende activiteiten (met het oog op grotere autonomie op langere termijn) gaat is dit niet noodzakelijk een negatief gegeven maar wel een aandachtspunt.



Grafiek 13: activiteiten per sector

Onderwijs, welzijn en vrije tijd krijgen veel aandacht. Europees, sport, buitengewoon onderwijs, bijzondere aandacht voor kansengroepen en jeugdwerk ([www.blijftjeplaathangen.be](http://www.blijftjeplaathangen.be)) zijn hierin bepalende factoren. De misvatting als zou drugpreventie iets voor alleen scholen en alleen voor jongeren zijn lijkt ten minste voor een stuk van de baan! We stellen tevens blijvend een toename vast van het aantal vragen uit de bedrijven, met bijzondere aandacht voor de sociale tewerkstelling.

### **7.3 Projecten**

Volgende projecten maakten deel uit van het preventiewerk in 2007: Europees (een hertekening tot een meer haalbaar project), Europarents, Middelen en arbeid, Opleiding motivationele gespreksvoering, interculturele hulpverlening en preventie, Tupper Care, sensibilisering alcohol, groepen voor gedetineerden, deskundigheidsbevordering van intermediairen in verschillende sectoren, Act' Com, Drugs een ramp op kamp, festivalwerking, vroeginterventie en materiaalontwikkeling voor BUSO, ambras in de klas...

Wil je hierover bijkomende informatie, weet dat je steeds welkom bent bij CAD Preventie en Documentatie.

### **7.4 Samenwerkingsverbanden**

Limburgs Platform Verslaving (LPV)

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)

Euro Net (Europees Netwerk voor praktijkgeoriënteerde drugpreventie)

Logo's

### **7.5 Documentatiecentrum**

#### **7.5.1 DOCUMENTATIEMATERIAAL**

Het documentatiecentrum is een kleine mediatheek waar heel wat informatie over verslaving, alcohol, drugs, medicatie, tabak, internetafhankelijkheid e.d. te verkrijgen is. Deze informatie kan men halen uit boeken, rapporten, tijdschriften, brochures, folders, affiches, lespakketten, powerpointpresentaties, spelen en video's. Al dit materiaal kan met uitzondering van de tijdschriften uitgeleend worden. Er is ook een mogelijkheid om op internet info te zoeken.

#### **7.5.2 AANVRAGEN**

In 2007 kregen we 1163 documentatieaanvragen. Van deze 1163 aanvragen kwamen er 393 van buiten de provinciegrens. 206 personen bezochten het documentatiecentrum. Er werden 187 telefonische en 675 schriftelijke aanvragen ingediend. Opvallend aan deze schriftelijke aanvragen is dat  $\frac{3}{4}$  hiervan via mail binnenkwamen. 95 aanvragen verliepen via CAD medewerkers zelf. Het aangevraagde materiaal varieerde van boeken, rapporten, video's, spelen, affiches, brochures, folders, CAD/MSOC info, video-en spellenlijsten, info over preventiemethoden, lespakketten, info rond laatste stand van zaken wetgeving cannabis en infostanden. We kregen tal van vragen van overwegend studenten over de werking van de CAD. De aanvragers zijn studenten, leerkrachten, organisaties (bijv. jeugdhuizen, verenigingen e.d.), scholen, cliënten e.a.

## **8 Overzicht samenwerkingsverbanden**

### **8.1 Formele overeenkomst**

Medisch Centrum Sint-Jozef te Munsterbilzen  
Vertrouwenscentrum  
Hummeltjeshuis  
CLB  
CGG / LITP  
CGG DAGG  
VZW Basis  
CAW Sonar en CAW 't verschil  
CAD / MSOC  
Beschut wonen " De Overstap"  
Kinderpsychiatrie Virga – Jesse ziekenhuis

### **8.2 Functionele samenwerking**

Virga Jesse Ziekenhuis  
vzw Schuilplaats  
BEWEL  
De Tunnel  
Springplank  
PAAZ Virga- Jesse ziekenhuis  
Vesalius ziekenhuis Tongeren

### **8.3 Overzicht overlegstructuren**

Overlegstructuren waaraan de Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg deelneemt

Integrale Jeugdhulpverlening  
SPIL  
Provinciaal CGG overleg  
Daderhulp  
Kindermishandeling  
Zelfmoordpreventie  
Epilepsie  
Stedelijke werkgroep gehandicapten  
Limburgse Preventieve Gezondheidsraad  
Stuurgroep crisisinterventie Stad Hasselt  
Stuurgroep Pergo  
Sit – regio's  
Gigebol, zorgcircuit kinderen en jongeren  
Intra – familiaal geweld