

Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming

Onderwijsinspectie

Hendrik Consciencegebouw
Koning Albert II-laan 15
1210 BRUSSEL

doorlichtingssecretariaat@ond.vlaanderen.be
www.onderwijsinspectie.be

Verslag over de opvolgingsdoorlichting van GO! CLB Deinze-Eeklo te EEKLO

Hoofdstructuur centra voor leerlingenbegeleiding

Instellingsnummer 114462

Instelling GO! CLB Deinze-Eeklo

Directeur Raymonde VAN WETTERE en Brenda Callens

Adres Eikelstraat 42 - 9900 EEKLO

Telefoon 09-377.36.93

Fax 09-378.24.90

E-mail clb.eeklo@g-o.be

Website www.clbgoeeklo.be

Bestuur van de instelling GO! scholengroep Deinze-Tielt-Waregem

Adres Polderdreef 42 - 9840 DE PINTE

Dagen van het opvolgingsbezoek 03-05-2016

Einddatum van het opvolgingsbezoek 03-05-2016

Datum bespreking verslag met de instelling 03-05-2016

Samenstelling inspectieteam

Inspecteur-verslaggever Regine VANDERVEE

Teamleden Marleen DOBBELS

INHOUDSTAFEL

INLEIDING.....	3
1 HISTORIEK.....	4
2 TE REMEDIEREN TEKORT(EN)	4
3 ZIJN DE TEKORTEN GEREMEDIEERD?	4
3.1 Infrastructuur: Infrastructuur: taken kwaliteitsvol uitvoeren en privacy garanderen	4
3.2 Kinderrechten: Decreet rechtspositie minderjarigen respecteren	5
3.3 Kwaliteitsbeleid: Kwaliteitsbeleid conform hoofdstuk XI DCLB	6
4 ADVIES EN REGELING VOOR VERVOLG	8

INLEIDING

Dit verslag is het resultaat van de opvolgingsdoorlichting van het centrum door de onderwijsinspectie van de Vlaamse Gemeenschap. Het decreet betreffende de kwaliteit van onderwijs van 8 mei 2009 geeft haar de opdracht hiertoe.

Als het centrum bij een doorlichting een beperkt gunstig advies kreeg, volgt na de periode, vermeld in het advies, een opvolgingsdoorlichting. Tijdens een opvolgingsdoorlichting gaat de onderwijsinspectie na of de bij de voorgaande doorlichting vastgestelde tekortkomingen voldoende werden geredimeerd.

Het referentiekader dat de onderwijsinspectie gebruikt bij een (opvolgings)doorlichting is opgebouwd rond de componenten context, input, proces en output:

- context: de omgevingskenmerken en de kenmerken van administratieve, materiële, bestuurlijke en juridische aard die het centrum karakteriseren
- input: kenmerken van het personeel en van de leerlingen of cursisten van het centrum
- proces: initiatieven die het centrum neemt om output te realiseren, rekening houdend met haar context en input
- output: de resultaten die het centrum met haar leerlingen of cursisten bereikt.

Meer info over het CIPO-referentiekader vindt u op www.onderwijsinspectie.be.

Tijdens het opvolgingsbezoek verzamelt het inspectieteam bijkomende informatie via observaties, gesprekken en analyse van documenten.

De opvolgingsdoorlichting resulteert in een opvolgingsverslag dat bestaat uit een concluderend gedeelte en een advies.

Het concluderende gedeelte omvat de conclusies van de opvolging.

Het opvolgingsverslag eindigt met een advies dat betrekking heeft op de volledige organisatie. De onderwijsinspectie kan twee adviezen uitbrengen:

- een gunstig advies: het inspectieteam adviseert gunstig over de verdere erkenning van het centrum.
- een ongunstig advies: het inspectieteam adviseert om de procedure tot intrekking van de erkenning van het centrum op te starten.

Bij een ongunstig advies beoordeelt de onderwijsinspectie bovendien of het centrum de vastgestelde tekorten zelfstandig kan wegwerken.

Binnen een termijn van dertig kalenderdagen na ontvangst van het definitieve opvolgingsverslag informeert de directeur van het centrum alle personeelsleden over de mogelijkheid tot inzage.

Binnen de dertig kalenderdagen na ontvangst moet de directeur van het centrum het verslag volledig bespreken tijdens een personeelsvergadering. Het bestuur van het centrum of zijn gemandateerde tekent het verslag voor gezien. Het bestuur stuurt het binnen dertig kalenderdagen na ontvangst terug naar de onderwijsinspectie en maakt eventueel melding van zijn opmerkingen.

Het centrum mag het verslag niet gebruiken voor publicitaire doeleinden.

Meer informatie?

www.onderwijsinspectie.be en www.doorlichtingsverslagen.be

1 HISTORIEK

Het vorige doorlichtingsbezoek vond plaats van 28-01-2013 tot 01-02-2013 en werd afgesloten met een beperkt gunstig advies. Vanaf 01-02-2016 moet het centrum kunnen aantonen dat tekort(en) die aan de basis lagen van dit advies, in voldoende mate werden geremedieerd. Dit verslag beschrijft in welke mate het centrum daarin is geslaagd.

2 TE REMEDIEREN TEKORT(EN)

- de erkenningsvoorwaarde '**voldoen aan de onderwijsdoelstellingen**'

Infrastructuur

Infrastructuur: taken kwaliteitsvol uitvoeren en privacy garanderen

Kwaliteitsbeleid

Kwaliteitsbeleid conform hoofdstuk XI DCLB

Kinderrechten

Decreet rechtspositie minderjarigen respecteren

3 ZIJN DE TEKORTEN GEREMEDIEERD?

3.1 Infrastructuur: Infrastructuur: taken kwaliteitsvol uitvoeren en privacy garanderen

Voldoet

Het centrum heeft op alle locaties de nodige aanpassingswerken uitgevoerd waardoor de auditieve en visuele privacy gegarandeerd worden.

<i>algemene hygiëne, comfort en veiligheid</i> <i>auditieve privacy</i> <i>visuele privacy</i> <i>functioneel circuit</i>	Tijdens de tussentijdse controle van 11 juni 2014 is gebleken dat de tekorten op drie locaties voldoende geremedieerd zijn. In de volgende locaties werden grondige renovatiewerken uitgevoerd waardoor de auditieve en visuele privacy gegarandeerd zijn:
---	--

- Hoofdzetel Eeklo
- Vestigingsplaats Waregem
- Vestigingsplaats De Pinte

Op de campus in Tielt zijn de werken nog in uitvoering. Vanaf oktober 2014 kunnen daar consulten doorgaan. Tijdens de opvolgingsdoorlichting van 3 mei 2016 wordt door het beleid bevestigd dat de medische infrastructuur in deze locatie ook volledig aangepast is.

Het medisch circuit in Deinze wordt niet meer gebruikt. Vanaf 1 september 2014 gaan de consulten door in de vestigingsplaats in De Pinte.

In de school voor buitengewoon onderwijs gebeurden de nodige aanpassingen om de visuele privacy te garanderen. Bij de bespreking van de afsprakennota wordt afgesproken voor welke leerlingen het opportuun is het onderzoek op school te laten doorgaan.

3.2 Kinderrechten: Decreet rechtspositie minderjarigen respecteren

Voldoet

Het centrum respecteert de rechten van de minderjarigen en de ouders.

<i>recht op informatie</i> <i>recht op inspraak en</i> <i>participatie</i> <i>recht op privacy</i> <i>dossier</i> <i>bekwaamheid</i> <i>toegangsbeleid</i> <i>recht op bijstand</i>	Het centrum startte met behulp van een kwaliteitsplan een verbetertraject op voor de implementatie van het Decreet Rechtspositie van de Minderjarige in de hulpverlening (DRM). De werkgroep DRM, met 2 trekkers, werkte meerdere werkinstructies en procedures uit om zo tot centrumafspraken te komen. Voor de implementatie van deze centrumafspraken wordt met 'rondjes' per team gewerkt (dit is een overlegmethode die het centrum hanteert).
--	---

Voor het informeren van de leerling/ouders over de rechten in de hulpverlening zijn er afspraken gemaakt waardoor elke CLB-medewerker dezelfde informatie geeft. Bij elk intakegesprek geeft de CLB-medewerker aan de hand van een centrumeigen folder toelichting over de werking van het CLB en de rechten rond DRM. Deze toelichting wordt in het LARS-dossier geregistreerd. Daarnaast wordt ook bij elk medisch consult, door middel van een flowchart, de werking van het medisch onderzoek, het beroepsgeheim en het DRM toegelicht.

Inspraak en participatie van de cliënt in het hulpverleningstraject worden gegarandeerd door de toepassing van het handelingsgericht werken en de handelingsgerichte diagnostiek (HGW/HGD). Het centrum zet (opnieuw) in op de implementatie van HGW/HGD. De leerling zelf wordt zoveel mogelijk betrokken (ook jonge kinderen).

In functie van het omgaan met het multidisciplinair dossier van de leerling zijn afspraken gemaakt. De medewerkers gaan op een transparante manier om met de opmaak van het dossier. Leerlingen en ouders worden geïnformeerd over het toegangsrecht en de CLB-medewerker bespreekt met de cliënt welke informatie al dan niet wordt opgenomen. De CLB-medewerkers kregen informatie en vorming over het gebruik van de excepties.

Voor het bepalen van de bekwaamheid van de minderjarige is een ondersteunend document met indicatoren opgemaakt. Wanneer een leerling niet bekwaam wordt geacht in functie van het recht op instemming met buitengerechtelijke jeugdhulp en het recht op toegang tot het dossier, motiveert de CLB-medewerker dit in het LARS-dossier.

Er zijn afspraken gemaakt voor het uitwisselen van informatie over leerlingen zodat de medewerkers weten hoe ze dienen om te gaan met het doorgeven van informatie aan de scholen en externe diensten. Deze werkinstructie wordt momenteel verfijnd. Uit de analyse van de casussen blijkt dat de medewerkers hier op een deontologische manier mee omgaan en in overleg met de cliënt bespreken welke informatie zij kunnen doorgeven.

Naar aanleiding van de 'vertrouwenspersoon' die de minderjarige kan bijstaan bij de uitoefening van zijn rechten in alle contacten met de hulpverlening, heeft het centrum voor de medewerkers een werkinstructie opgesteld. Hierdoor zijn zij op de hoogte van de voorwaarden, de taken en de rechten van de vertrouwenspersoon.

Het verder implementatietraject DRM wordt opgevolgd door de twee 'trekkers' en de directies. Het centrum voorziet 'herhalingsrondjes' DRM voor nieuwe personeelsleden, voor medewerkers die afwezig waren en/of nood aan herhaling aangeven.

De evaluatie en bijsturing gebeurt door middel van steekproeven in LARS-dossiers en interne audits.

In functie van de borging worden de werkinstructies en procedures gebundeld in de procedure leerlingenbegeleiding en opgenomen in de aanvangsbegeleiding.

3.3 Kwaliteitsbeleid: Kwaliteitsbeleid conform hoofdstuk XI DCLB

Voldoet

Het centrum toont aan een verbetertraject doorlopen te hebben om het kwaliteitsbeleid verder uit te bouwen. De kwaliteitsplannen en het kwaliteitshandboek zijn conform de regelgeving. Via het kwaliteitssysteem streeft het centrum naar een kwaliteitsvolle dienstverlening.

<i>kwaliteitscoördinator</i> <i>kwaliteitsplan</i> <i>kwaliteitshandboek</i> <i>kwaliteitsbeleid</i> <i>zorg voor kwaliteit</i>	Na de doorlichting startte het centrum een proces om het kwaliteitsmanagementsysteem verder uit te bouwen en te implementeren. De prioritaire doelstellingen in het kader van het kwaliteitsbeleid worden in een strategisch plan, voor een periode van 3 jaar, omschreven. Zij worden bepaald door externe evoluties en bevragingen, tevredenheidsonderzoeken, interne evaluaties ... De operationele doelstellingen worden geconcretiseerd in een kwaliteitsplan, waaraan een actieplan gekoppeld is. Het actieplan wordt aangestuurd door de trekkers van de interne werkgroepen. De voortgang wordt besproken met het voltallige personeel op de jaarlijkse managementvergadering.
---	---

Via 'tafelrondes' werkte het CLB een visie op kwaliteit uit. Ze bevat volgende pijlers:

- Betere dienstverlening en interne werking.
- Streven naar uniformiteit en duidelijkheid in een sterk verspreid werkgebied.
- Participatief en responsabiliserend.

Het centrum optimaliseerde de structuur om het kwaliteitsbeleid verder te ontwikkelen:

- Het kwaliteitskernteam is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit de directie, de kwaliteitscoördinator en de voorzitters van de disciplines. De kwaliteitscoördinator is halftijds vrijgesteld en heeft een functiebeschrijving die aangepast werd aan de huidige invulling.

Om de betrokkenheid van alle personeelsleden bij het bewaken en ontwikkelen van de kwaliteit binnen het centrum te verhogen, sluiten afwisselend 3 personeelsleden aan (de 'lege stoelen') bij het kwaliteitskernteam.

- Daarnaast worden 'rondjes' kwaliteit georganiseerd, waarbij per team zaken rond kwaliteit en het kwaliteitsvol invullen van de processen aan bod komen. Ze worden ook benut voor interne audits waarbij processen geëvalueerd en verbetermaatregelen geformuleerd worden.
- De interne werkgroepen en/of disciplinevergaderingen werken centrumafspraken uit die opgenomen worden in een procedure of werkinstructie en geïmplementeerd via de best passende vergadering. Elke werkgroep staat ook in voor de evaluatie van de procedures en werkinstructies.
- Op de jaarlijkse managementvergadering wordt een stand van zaken i.v.m. kwaliteitszorg gegeven. Daarna volgt een 'tafelronde' waar de lopende thema's geëvalueerd en nieuwe opgestart kunnen worden.

Voor meerdere thema's lopen kwaliteitsplannen, o.a. teamwerking, DRM, vormingsbeleid, M-decreet Deze worden opgevolgd door de kwaliteitscoördinator. De medewerkers worden bewust gemaakt van het belang van de zorg voor kwaliteit en de kwaliteit van zorg via het toepassen van de PDCA-cirkel van Deming.

Het kwaliteitshandboek bevat de visie, de kwaliteitsdoelstellingen, de thema's en het kwaliteitssysteem zoals de regelgeving voorschrijft. Het wordt samen met de procedures, werkinstructies en formulieren via de interne server ter beschikking gesteld van alle medewerkers.

Het CLB is gestart met het benutten van data en de resultaten van tevredenheidsbevragingen in functie van kwaliteitszorg.

Uit het gesprek met de medewerkers blijkt dat zij betrokken worden bij het kwaliteitsbeleid. De duidelijkheid en het streven naar uniformiteit o.a. via de centrumafspraken, dragen volgens hen bij tot een meer kwaliteitsvolle dienstverlening.

4 ADVIES EN REGELING VOOR VERVOLG

In uitvoering van het decreet betreffende de kwaliteit van onderwijs van 8 mei 2009 is het advies voor erkenning van tekort(en) zoals vermeld in punt 2 van dit verslag:

GUNSTIG

Namens het inspectieteam	Voor kennisname namens het bestuur
Regine VANDERVEE de inspecteur-verslaggever	Raymonde VAN WETTERE en Brenda Callens de directeur
Datum van verzending aan de directie en het bestuur van het centrum	