

De auditcyclus Centra Geestelijke Gezondheidszorg: met een slakkengang op weg naar kwaliteitsverbetering

Jos Delimon

Inleiding

Op 5 november 2012 plaatste Zorginspectie¹ twee rapporten online over haar bevindingen in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) in de periode 2008-2012. Tijdens deze vier jaar vond zowel een financiële inspectieronde (Zorginspectie, 2012a) als een tweede inhoudelijke auditcyclus (Zorginspectie, 2012b) plaats. In deze bijdrage richten wij onze aandacht hoofdzakelijk op de resultaten van de inhoudelijke audits die plaatsvonden van midden 2008 tot midden 2012, maar we vermelden ook enkele interessante conclusies van de financiële inspectie [F.I.]. Als de voorbereidingstijd en de periode die nodig was voor de afronding van de rapportage meegerekend worden, dan neemt deze auditcyclus vijf jaar in beslag. Hiermee wordt wettelijk gezien voldaan aan de vereisten: het decreet van 18 mei 1999 (Vlaamse Regering, 1999) verplicht een minimaal zesjaarlijkse doorlichting en het uitvoeringsbesluit van het Kwaliteitsdecreet (Vlaamse Regering, 2006) voorziet in een vijfjaarlijkse evaluatie door de inspectie.

Het proces

De auditcyclus, waarin alle twintig CGG's gevisiteerd werden, strekte zich uit over een lange periode waarin geen wezenlijke veranderingen optraden in het wettelijke kader: de decreten en de uitvoeringsbesluiten. De werkwijze die werd gevolgd, was vergelijkbaar met de eerste cyclus (2005-2007). De visitatie van een centrum, die gebaseerd was op een zelfevaluatie, nam telkens drie dagen in beslag. Gesproken werd met de directieleden, eventueel met stafmedewerkers, en met medewerkers van de verschillende vestigingen. Een bezoek aan de vestigingen maakte deel uit van de visitatie. De bevindingen en conclusies werden geformuleerd in een conceptrapport dat aan de directie werd voorgelegd en dat op een terugkomdag in Brussel besproken kon worden. Vervolgens volgde het definitieve rapport. De bepaling van de termijnen voor het aanbrengen van verbeteringen en de bewaking hiervan zijn in handen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG).

Omdat de bestaande wetgeving te weinig uitgangspunten bood om een audit op te baseren, werd gekozen voor een formule waarbij de CGG's werd gevraagd om een zelfevaluatie te maken over een lijst zorgorganisatorische en zorginhoudelijke topics. Hierbij werd het 'Excellence Model' van de European Foundation for Quality Management (EFQM; www.efqm.org) als ordeningsprincipe gehanteerd. Het was de uitdrukkelijke bedoeling dat de CGG's niet enkel feitelijke informatie over de stand van zaken zouden verstrekken, maar het eigen 'zelfevaluerend vermogen' zouden inzetten om sterktes, zwaktes en wenselijke ontwikkelingen te formuleren.

Het hier besproken rapport bevat de samenvattende conclusies van de twintig audits en beslaat 27 pagina's, waarvan er vijf ingenomen worden door de inhoudstafel en een managementsamenvatting. Het gaat dan ook om globale conclusies die volgens de EFQM-domeinen geordend zijn en de aandachtspunten bespreken die tijdens de visitaties werden onderzocht.

Globale conclusies

Het rapport is zo compact dat zowat elke zin van belang is. In deze paragraaf presenteren we slechts een aantal saillante conclusies. We volgen de ordening van de EFQM-items², met een uitzondering voor de kernprocessen, die in een volgende paragraaf meer ruimte krijgen. Tussen haakjes wordt naar het besproken item verwezen.

- (1) De samenstelling van de directieteams is de voorbije jaren gewijzigd. Het aanstellen van vestigingsoverschrijdende doelgroepverantwoordelijken of adjunct-directeuren heeft geleid tot de implementatie van vestigingsoverschrijdend beleid. In de loop van de tijd is het aantal leidinggevendenden die tevens als collega-hulpverlener werkzaam zijn, beduidend verminderd. Voor 'eenheid in verscheidenheid' kwamen organisatiebrede procedures.
- (2) Van een CGG wordt verwacht dat het van de opdrachten van het decreet van 18 mei 1999 (Vlaamse regering, 1999) een eigen vertaling maakt en invulling geeft aan de vereisten van het Kwaliteitsdecreet van 2003 (Vlaamse Regering, 2003). Het algemeen beleid moet driejaarlijks in een beleidsplan worden vastgelegd. Dat document heeft voor de eigen beleidsvoering van de CGG aan belang gewonnen. Na bespreking met het VAZG wordt in jaarlijkse voortgangsrapporten verantwoording afgelegd aan de hand van indicatoren en thema's. Op het gebied van kwaliteitsbeleid wordt vastgesteld dat de organisatieprocessen meestal behoorlijk gedocumenteerd zijn, maar dat een systematische (EFQM-)ordening vaak wordt losgelaten en verwordt tot een (onsamenhangende) set documenten op intranet. Thema's als instroombeleid, diagnostiek, behandelplannen en periodieke evaluatie, niet-op-afpraak-beleid (NOA), transparante tijdsbesteding en uitkomstenmanagement krijgen aandacht, maar de mate van methodische controle, met de bedoeling om een verbetertraject te doorlopen dat in principe tot meetbare resultaten leidt, varieert sterk. De concepten doelgerichte, doelmatige, maatschappelijk aanvaarde en continue zorg wachten na vijftien jaar aandacht voor kwaliteit echter nog steeds op operationalisering.
- (3) In veel CGG's zijn de loon- en arbeidsvoorwaarden geharmoniseerd, met andere woorden: de verschillen zijn via een uitdoofscenario opgelost. Arbeidsrechtelijke conflicten werden hierbij zo veel mogelijk vermeden. De beschikbaarheid van psychiaters neemt verder af. Extra financiële beloningen lijken dat tij niet te keren [zie F.I.].

- (4) De kwaliteit van de huisvesting van de CGG's is de laatste jaren aanzienlijk verbeterd. Toch werden bij twaalf CGG's nog tekortkomingen geconstateerd: bij ten minste één vestiging en bij drie CGG's was er op korte termijn geen uitzicht op een oplossing van het probleem. Op het vlak van informatica kan een zeer positieve evolutie worden vastgesteld. De invoering van het elektronisch patiëntendossier (EPD) was hierbij een faciliterende maar tevens dwingende factor. Het EPD is geëvolueerd van registratie-instrument naar een geïntegreerd patiëntendossier dat als werkinstrument wordt gehanteerd. Tijdens de financiële inspectieronde werden geen ernstige aanwijzingen van onrechtmatige besteding of afwending van overheidsmiddelen gevonden [zie F.I.]. Procedures met betrekking tot cliëntenbijdragen voorzagen altijd in een verlaagd tarief voor bepaalde categorieën, maar vertoonden verder grote onderlinge verschillen [zie F.I.].
- (6) Het Kwaliteitsdecreet (Vlaamse Regering, 2003) draagt de CGG's op de gebruikerstevredenheid in kaart te brengen. Nadat er eerst lang gewacht werd op een aangepaste versie van de Nederlandse 'GGZ-thermometer'³, zorgden scepsis en de keuze voor andere prioriteiten ervoor dat slechts in één CGG een meerjarige enquête werd uitgevoerd die de mogelijkheid bood de effecten van bepaalde maatregelen te toetsen. De ambitie om in de hele sector één instrument te gebruiken en aan benchmarking te doen is niet gerealiseerd. Wel heeft elk CGG nu een klachtenprocedure, waar evenwel nauwelijks gebruik van wordt gemaakt.
- (7) Het systematisch in kaart brengen en verbeteren van de medewerkerstevredenheid is wel grotendeels gerealiseerd. Hierbij wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van een specifiek instrument – welk wordt niet vermeld – waardoor een vergelijking tussen CGG's mogelijk wordt.
- (8) In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt de laatste jaren gestreefd naar de ontwikkeling van zorgcircuits en zorgnetwerken voor personen met (langdurige) psychiatrische problemen. Toepassing van artikel 107 van de ziekenhuiswetgeving (www.psy107.be) moet dat proces van vermaatschappelijking faciliteren. Voldoen aan de vigerende face-to-face norm en tegelijkertijd ten volle participeren in dergelijke projecten wordt echter binnen veel CGG's als contradictorisch ervaren. Verder zorgt de verwachting dat CGG's vooral een rol krijgen bij activiteiten inzake preventie, promotie van de GGZ, vroegdetectie en -interventie, screening en diagnosestelling – de zogenaamde eerste functie – terwijl de participatie in ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychiatrische patiënten – de tweede functie – ter discussie staat, voor onduidelijkheid. Ook het feit dat ambulante face-to-face behandeling, toch de kernactiviteit van CGG, niet expliciet in het beleidskader is opgenomen, zorgt voor enige onrust.
- (9) In meerdere CGG's bestaat onvrede met het feit dat de beoordeling van prestaties ('performantie') enkel gerelateerd wordt aan het gemeten percentage face-to-face gesprekken. De norm die hierbij aan de sector wordt opgelegd, wordt als onhaalbaar beschouwd. De impact van leeftijd en aantal vakantiedagen, de NOA-problematiek, outreachend werken, dienstverlening en participatie in artikel 107-projecten worden gezien als onoverkomelijke hinderpalen om de oorspronkelijk vastgelegde norm – 36% face-to-face gesprekken voor de sector als geheel – te halen.

De kernprocessen: methodisch handelen in de hulpverlening (item 5)

De druk van de wachtlijsten blijft hoog. Meerdere CGG's hebben dan ook een vorm van telefonische screening ingevoerd waarbij, in principe zonder face-to-face contact en al dan niet na teamoverleg, ingeschat wordt of een cliënt kan instromen. De tijd tussen aanmelding en een vorm van eerste contact zou gereduceerd moeten worden tot twee weken. Maar ondanks de investeringen die gedaan zijn, bedraagt de wachttijd tot de start van de behandeling meestal nog meerdere maanden. Inclusie- en exclusiecriteria zijn niet altijd duidelijk omschreven en waar dat wel het geval is, wordt er regelmatig 'flexibel' mee omgegaan. Het NOA-probleem is door de sector actief aangepakt; soms zijn financiële prikkels voor cliënten ingevoerd, wat weer op weerstand bij hulpverleners stuit. Maar de verwachting is dat specifiek beleid niet tot een vermindering van dat probleem zal leiden.

Een apart aandachtspunt tijdens deze auditcyclus betrof de (psycho)diagnostiek. De conclusies luiden: CGG's profileren zich uitdrukkelijk niet als diagnostische centra; psychodiagnostiek is altijd therapiegericht; met de kennis, het gebruik en de kwaliteit van psychodiagnostische instrumenten is het in de kinderen- en jongerenteams redelijk gesteld; in de teams voor volwassenen wordt weinig psychodiagnostisch materiaal gebruikt, de houding tegenover psychodiagnostiek is vaak sceptisch en het aanwezige instrumentarium is meestal verouderd; in bijna alle CGG's is met meer of minder enthousiasme een werkgroep diagnostiek aan het werk om beleid omtrent dat thema vorm te geven.

In de overeenkomsten met de Vlaamse overheid is het gebruik van behandelplannen opgenomen. Directies van CGG's hebben zich ingespannen om deze afspraak na te komen en veel medewerkers blijken positief te staan tegenover het gebruik van behandelplannen. Maar het gebrek aan controle en inhoudelijke evaluatie leidt ertoe dat het onduidelijk blijft of de beoogde doelstellingen bereikt zijn. Waar wel een inhoudelijke analyse had plaatsgevonden, leverde dat zeer heterogene resultaten op.

Het belang van de beschikbaarheid van voldoende diversiteit aan hulpverleningsmethodieken wordt aanvaard, maar door de CGG's niet realiseerbaar geacht op het niveau van elk team. Verder is het geloof in het belang van de therapeutische relatie groter dan het gewicht dat aan internationale richtlijnen wordt toegekend.

Multidisciplinair werkende teams blijven een essentieel kenmerk van de CGG's. De beschikbaarheid van psychiaters neemt evenwel af en wordt langzamerhand problematisch. Preventiewerkers voor drugs en alcohol ondervinden voldoende ondersteuning en ruimte binnen de CGG's, wat positief afsteekt bij suïcidepreventiewerkers, die klagen over een gebrek aan coherentie en interfererende niveaus van aansturing. Met forensische teams werd gesproken over samenwerking met Centra voor Algemeen Welzijnswerk en over risicotaxatie; conclusies die hieruit getrokken (zouden) kunnen worden, ontbreken in het rapport.

Deontologische codes zijn overal aanwezig, maar behoeven in een aantal gevallen een update.

Commentaar

Het proces

Opvallend is natuurlijk de grote tijdsperiode die verstreken is tussen de eerste visitatie (mei 2008) en de laatste (juni 2012). De wettelijke kaders bleven in deze periode dan wel ongewijzigd, maar dat kan niet gezegd worden van het GGZ-landschap waarin de CGG's opereerden. Voorbeelden hiervan zijn de uitvoering van artikel 107 van de ziekenhuiswetgeving, het project vroege detectie en interventie bij psychiatrische stoornissen, de uitbouw van het suïcidepreventieproject, enzovoort. De vergelijkbaarheid van de bevindingen en het trekken van conclusies worden door het verstrijken van de tijd bemoeilijkt. Hetzelfde deed zich voor bij de financiële inspectie, waar de methodiek grondig wijzigde in de loop van deze tijdruimte [zie F.I.]. Een opmerking van de rapporteurs uit dat laatste rapport is volgens ons dan ook van toepassing op de inhoudelijke cyclus: een kortere periode gericht op dezelfde jaren zou interessantere sectorale informatie kunnen opleveren.

De samenstelling van de auditcommissie blijft vaag. In het rapport wordt hier niets over vermeld. We moeten het dan ook doen met artikel 35 van het decreet van 18 mei 1999 (Vlaamse Regering, 1999) dat bepaalt dat de commissie minimaal bestaat uit ambtenaren en externe deskundigen. Het resultaat is een rapport dat bol staat van ambtelijke taal met impliciete verwijzingen naar wetteksten. In de decreten en uitvoeringsbesluiten was echter te weinig houvast te vinden om een audit op te baseren. De hoop werd dan gevestigd op het zelfevaluerende vermogen van de CGG's aan de hand van een aantal zorgorganisatorische en zorginhoudelijke topics, geordend volgens het EFQM-model. Het was de bedoeling dat de CGG's niet enkel feitelijke informatie zouden aanleveren over de stand van zaken, maar ook een analyse zouden maken van de eigen sterktes, zwaktes en wenselijke ontwikkelingen voor de toekomst. Die opzet is slechts ten dele gelukt: iets meer dan de helft van de CGG's heeft een vrij grondige zelfanalyse aangeleverd, de andere werden als oppervlakkig gekwalificeerd.

De inhoud

Twintig audits samenvatten in iets meer dan twintig pagina's verplicht tot algemene conclusies.

Van echt vergelijkingsmateriaal is geen spoor te bekennen, enkel de grote lijnen zijn weergegeven. Toch laten de rapporteurs weten dat zij omtrent de kwaliteitsthema's – behandelplan, NOA-beleid, diagnostiek, instroombeleid en transparante tijdsbesteding – in de praktijk werkwijzen hebben aangetroffen die als degelijk gekwalificeerd worden en tot voorbeeld kunnen dienen op voorwaarde dat een systematische controlocyclus toegepast wordt. Maar een beschrijving van of verwijzing naar deze 'modelpraktijken' moeten we ontberen.

Verder valt de coulante toonzetting van het rapport op. Al wordt de beweging naar een grotere gemeenschappelijkheid in beleid en procedures ondersteund, toch biedt het rapport erg veel ruimte voor het principe van 'eenheid in verscheidenheid' en dat zowel binnen als tussen CGG's. Scepticisme omtrent het belang van psychodiagnostiek, de gebrekkige monitoring van het werken met behandelplannen, de weerstand tegen 'routine outcome monitoring', aarzelingen om zich behandelmethoden, die in internationale multidisciplinaire richtlijnen

worden aanbevolen, eigen te maken en toe te passen, tezamen met de soms gebrekkige kennis van deze richtlijnen, vormen een aantal voorbeelden waarvan de rapporteurs, soms met enige verwondering maar meestal met een zekere gelatenheid, kennis lijken te nemen. Meer nog, zij zien liever af van het uitoefenen van druk om hierin verandering en – in onze ogen – verbetering te brengen.

De toekomst

De komende jaren zullen naar onze mening een verdere ombuiging te zien geven naar een professioneel management voor de CGG's. Hierbij doet het gevaar zich voor dat inhoudelijk deskundigen uit het management verdwijnen. De kloof tussen beleidsmakers en werkvloer kan dan (te) groot worden en het draagvlak voor noodzakelijke veranderingen ondermijnen. De operationalisering van artikel 107 van de ziekenhuiswetgeving zal worden gecontinueerd. Dat zal niet alleen een beroep doen op de flexibiliteit van CGG-medewerkers maar ook de norm voor het aantal face-to-face gesprekken verder onder druk zetten. Wachtlijsten zullen blijkbaar een onoplosbaar probleem blijven, evenals de NOA-problematiek. De aanwezigheid van de psychiater in de CGG's lijkt marginaal te worden. Betere (psycho)diagnostiek, uniforme 'routine outcome monitoring', kennis en toepassing van internationale multidisciplinaire richtlijnen inclusief de nodige opleiding, kunnen alleen worden bereikt indien de balans tussen wensen en affiniteit van de medewerkers en de competentiebehoefte van de organisatie niet meer krampachtig in evenwicht wordt gehouden, maar uitslaat in de richting van het belang van de organisatie. Wij zijn dan ook nieuwsgierig of de CGG's bij de verdere uitwerking van de eerste functie van artikel 107 van de ziekenhuiswetgeving zo stellig kunnen blijven volhouden dat zij geen diagnostische centra zijn en dat psychodiagnostiek altijd therapiegericht is.

Maar zonder duidelijk omschreven en liefst uniform meetbare criteria waaraan CGG's moeten voldoen, zullen toekomstige audits telkens tot globale en redelijk vrijblijvende conclusies leiden. Een kortere doorlooptijd van de cyclus zal de vergelijkbaarheid tussen CGG's niet echt vergroten. Alleen hardere criteria en uniforme manieren van meting kunnen er – ook bij een langdurende cyclus – voor zorgen dat elk CGG getoetst wordt aan de vigerende normen, waarna een verbeterplan wordt afgesproken en de uitvoering hiervan op afgesproken momenten wordt gecontroleerd. Een snelle vooruitgang is echter naar onze mening slechts mogelijk als men de moed heeft de processen en prestaties uniform en gedetailleerd in kaart te brengen en zo te ordenen dat langzamerhand aan benchmarking⁴ gedaan kan worden.

Maar het feit dat de concepten doelgerichte, doelmatige, maatschappelijk aanvaarde en continue zorg na vijftien jaar aandacht voor kwaliteit nog steeds niet geoperationaliseerd zijn, maakt ons niet optimistisch. Dat wil niet zeggen dat er geen verbetering van kwaliteit plaatsvindt, maar het tempo van een slak zou wel verhoogd kunnen en moeten worden. Zo denken wij dat de paragraaf (artikel 10), opgenomen in de beheersovereenkomst 2012-2014 tussen de Vlaamse Regering en de CGG's, waarin gesteld wordt dat elk CGG "tegen begin 2014 gebruikmaakt van een [niet nader gespecificeerde!] methodiek van uitkomstenmanagement om de resultaten van de zorg te meten en te verbeteren" te vrijblijvend is geformuleerd en weer een gemiste kans is.

Noten

1. Zorginspectie inspecteert de Vlaamse welzijns- en gezondheidsvoorzieningen. De kwaliteit van zorg die deze voorzieningen aanbieden aan hun gebruikers, patiënten of cliënten, staat hierbij centraal. Zorginspectie is een agentschap van de Vlaamse overheid en maakt deel uit van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Na elke inspectie rapporteert Zorginspectie haar bevindingen aan het departement of aan een van de agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Die beslissen of er gevolgen zijn voor de verdere erkenning, vergunning of toekenning van subsidies. Zie ook www.zorginspectie.be.
2. Zorgorganisatorische en zorginhoudelijke items:
 1. Leiderschap: met aandacht voor onder andere organogram en balans tussen centrale aansturing en participatie van medewerkers.
 2. Beleid en strategie: met aandacht voor de eigen vertaling van de opdrachten opgenomen in het decreet van 18 mei 1999 en de invulling van het Kwaliteitsdecreet van 2003.
 3. Personeel: met aandacht onder andere voor de harmonisatie van de loon- en arbeidsvoorwaarden en de beschikbaarheid van de psychiatrische functie.
 4. Middelen: met onder andere aandacht voor huisvesting en informatica.
 5. Kernprocessen: met onder andere aandacht voor instroombeleid en wachttijden, (psycho)diagnostiek, behandelplannen, diversiteit hulpverleningsmethodieken en NOA-beleid.
 6. Tevredenheid gebruikers.
 7. Tevredenheid medewerkers.
 8. Waardering door maatschappij en samenwerking: met onder andere aandacht voor de operationalisering van artikel 107.
 9. Performantie: face-to-face norm.
3. De 'GGZ-thermometer' is een vragenlijst die sectorbreed de waardering van cliënten periodiek peilt. Deze 'GGZ-thermometer' is ontwikkeld door GGZ Nederland in samenwerking met onder meer het Trimbos-instituut. Het inzetten van dat instrument maakt het mogelijk om resultaten te vergelijken met het gemiddelde van alle deelnemende instellingen en een representatief totaalbeeld voor heel de geestelijke gezondheidszorg te krijgen. Zie ook www.ggz nederland.nl/beleid-in-de-ggz/beleidsthemas/kwaliteit-van-zorg/ggz-thermometer.html.
4. Benchmarking maakt het mogelijk de eigen prestaties en werkmethoden te vergelijken met die van 'best practices' met het doel de eigen prestaties te verbeteren.

Literatuur

- Vlaamse Regering. (1999). *Decreet betreffende de GGZ*. Geraadpleegd op 14 januari 2013 via <http://www.zorg-en-gezondheid.be> > regelgeving voor centra voor geestelijke gezondheidszorg > basisregelgeving, programmatie en erkenning > decreet van 18 mei 1999.
- Vlaamse Regering. (2003). *Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen*. Geraadpleegd op 9 januari 2013 via <http://www.zorg-en-beleid.be> > regelgeving voor centra voor geestelijke gezondheidszorg > kwaliteitszorg > decreet van 17 oktober 2003.
- Vlaamse Regering. (2006). *Besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen in de psychiatrische ziekenhuizen en de centra voor geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 9 januari 2013 via <http://www.zorg-en-beleid.be>

> regelgeving voor centra voor geestelijke gezondheidszorg > kwaliteitszorg > besluit van 27 januari 2006.

Zorginspectie. (2012a). *Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg – Financiële inspectieronde 2008-2012*. Geraadpleegd op 9 januari 2013 via <http://www.zorginspectie.be> > Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg: resultaten van 4 jaar inspectiewerk.

Zorginspectie. (2012b). *Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg – Tweede auditcyclus 2008-2012*. Geraadpleegd op 9 januari 2013 via <http://www.zorginspectie.be> > Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg: resultaten van 4 jaar inspectiewerk.

Personalialia

Jos Delimon is klinisch psycholoog en psychotherapeut te Halsteren (NL). Hij is voorzitter van de Kamer Psychotherapeut, onderdeel van het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ (CONO) en onafhankelijk lid van visitatiecommissies van praktijkinstellingen ten behoeve van de post-masteropleidingen gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog. E-mail: jdelimon@wxs.nl.