



Centra voor geestelijke gezondheidszorg

Tweede auditcyclus

2008 – 2012

Inhoud

MANAGEMENTSAMENVATTING	3
1 Inleiding	6
1.1 Situering	6
1.2 Wettelijk kader en werkwijze	7
2 Leiderschap.....	8
3 Beleid en Strategie: de eigen vertaling van de opdrachten van het decreet van 18/5'99 en de invulling van de vereisten van het kwaliteitsdecreet van 2003 ..	10
4 Personeel: het personeelskader dat gefinancierd wordt uit de enveloppe en de extern gefinancierde personeelsleden.	13
5 Middelen: het beschikbare budget en de infrastructuur	15
6 Kernprocessen: het methodisch handelen in de hulpverlening.....	16
7 Tevredenheid van gebruikers.....	23
8 Tevredenheid van medewerkers	24
9 Waardering door maatschappij en samenwerking.....	25
10 Performantie (FTF).....	26
11 Algemene conclusie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Managementsamenvatting

Tussen mei 2008 en juni 2012 voerde Zorginspectie een audit uit bij de 20 centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG), als vervolg op een eerste auditcyclus die liep van 2005 tot 2007.

Het wettelijk kader waarin de CGG opereren is de voorbije jaren niet gewijzigd. Het veld waarin ze werken des te meer: in het ruimere veld van de geestelijke gezondheidszorg is een belangrijke beweging ingezet met de klemtoon op netwerkvorming en vermaatschappelijking van zorg. De CGG kregen ook een aantal personeelsuitbreidingen en er werden heel wat proefprojecten opgestart.

Bij de audits werd – net als in de zelfevaluatie die ter voorbereiding van elk CGG werd gevraagd – het EFQM-stramien gevolgd. Hieronder formuleren we een aantal conclusies voor elk van de domeinen.

1. Leiderschap

Over het algemeen is door CGG-directies sterk geïnvesteerd in de implementatie van een **vestigingsoverschrijdend beleid**. Dit uit zich onder meer in de samenstelling van het directieteam: verantwoordelijken van de vestigingsplaatsen werden de voorbije jaren vaak vervangen door een beperkter aantal vestigingsoverschrijdende doelgroepverantwoordelijken of door een adjunct-directeur. Op inhoudelijk vlak ontstonden er meer procedures op organisatieniveau en meer gemeenschappelijkheid in het omgaan met belangrijke thema's als behandelplan en transparante tijdsbesteding. Toch wordt in zekere mate ook nog het principe van "eenheid in verscheidenheid" gehuldigd, zeker in CGG met geografisch sterk verspreide deelwerkingen.

In vergelijking met de eerste auditcyclus werd over het algemeen een groter **evenwicht** vastgesteld **tussen centrale aansturing enerzijds en participatie** (en motivatie) van medewerkers anderzijds.

2. Beleid en Strategie: de eigen vertaling van de opdrachten van het decreet van 18/5/99 en de invulling van de vereisten van het kwaliteitsdecreet van 2003

Het **algemene beleid** van een CGG wordt beschreven in het beleidsplan dat driejaarlijks wordt opgesteld voor en besproken met het Agentschap Zorg en Gezondheid. Dit document heeft binnen de CGG aan betekenis gewonnen in het kader van de eigen beleidsvoering.

Op het vlak van **kwaliteitsbeleid** stellen we vast dat de organisatieprocessen over het algemeen behoorlijk gedocumenteerd zijn. Het methodisch opvolgen, verbeteren en evalueren van een aantal relevante klinische en operationele thema's gebeurt evenwel niet overal even systematisch. Vaak komt het werken met de indicatoren van het beleidsplan het dichtst in de buurt, maar de daarin opgevolgde thema's omvatten niet het volledige terrein van de kwaliteitszorg. Vooral de concepten doelgerichte, doelmatige, maatschappelijk aanvaarde en continue zorg wachten nog steeds op operationalisering. Thema's als instroombeleid, diagnostiek, werken met behandelplannen (inclusief periodieke evaluatie van behandelingen), niet-op-afspraak-beleid (NOA), transparante tijdsbesteding en uitkomstenmanagement krijgen meer aandacht, maar de mate van methodische opvolging varieert sterk.

Tijdens deze auditcyclus werd aan elk CGG een **zelfevaluatie** gevraagd aan de hand van een aantal aandachtspunten per EFQM-domein. Iets meer dan de helft van de CGG heeft de audit gebruikt als een uitnodiging voor een vrij grondige zelfevaluatie; in andere gevallen bleef deze te zeer aan de oppervlakte.

3. Personeel

In veel CGG zijn de **loon- en arbeidsvoorwaarden** in de verschillende deelwerkingen ondertussen volledig geharmoniseerd; elders wordt een uitdoofscenario gehanteerd.

De beschikbaarheid van de **psychiatrische functie** in de CGG krimpt verder, vooral in de kleinere en excentrisch gelegen CGG.

4. Middelen

Het voorbije decennium was er een zeer positieve ontwikkeling in de kwaliteit van de **huisvesting** van de CGG. Toch werd in de tweede cyclus in 12 van de 20 CGG een tekortkoming geformuleerd over minstens 1 vestiging. In het kader van de beleidsplannen 2012 – 2014 bleken nog 3 CGG niet te voldoen aan de huisvestingsvereisten voor één of meerdere vestigingen, zonder dat er op korte termijn uitzicht is op een oplossing.

Ook op het vlak van **informatica** heeft de CGG-sector een heel positieve evolutie doorgemaakt. Het invoeren van het Elektronisch PatiëntenDossier (EPD) was hier een belangrijke faciliterende (maar ook dwingende) factor. Waar dit **EPD** in eerste instantie als registratie-instrument werd gebruikt, is dit de voorbije jaren trouwens duidelijk geëvolueerd tot een geïntegreerd patiëntendossier dat als werkinstrument wordt gehanteerd.

5. Kernprocessen: het methodisch handelen in de hulpverlening

Net als in de eerste auditcyclus was het **instroombeleid** van elk CGG opnieuw een aandachtspunt. We stellen onder meer vast dat in meerdere CGG – onder druk van de wachtlijsten – een vorm van telefonische screening door hulpverleners is ingevoerd, waarbij in principe zonder face-to-face (FTF) gesprek, en al dan niet na teamoverleg, een inschatting gebeurt of de cliënt al dan niet kan instromen. In de hele sector is wel het principe ingevoerd dat de wachttijd tussen de aanmelding en het eerste FTF-gesprek of screening zo kort mogelijk gehouden wordt en in principe niet meer dan 14 dagen bedraagt. De wachttijd vooraleer de eigenlijke behandeling kan starten duurt evenwel op veel plaatsen nog meerdere maanden. Sowieso dient over het algemeen te worden vastgesteld dat het fenomeen van de **wachttijden** in de CGG niet significant is verminderd, ondanks de investeringen die zijn gebeurd.

Een aantal CGG beschikt niet over duidelijk geëxpliciteerde **in- en exclusiecriteria**. Het voordeel van een sterkere profilering weegt voor hen niet op tegen de flexibiliteit om alle hulpvragen individueel te kunnen beluisteren en zo gepaste hulp te kunnen helpen opzetten.

De **openingsuren en de beschikbaarheid buiten de kantooruren** lijken overal voldoende ruim ingevuld te zijn, met minimaal 2 avondpermanenties. Er is extra aandacht besteed aan de optimalisering van de beschikbaarheid van kinderen- en jongerentherapeuten op woensdag.

In de tweede auditcyclus werd **(psycho)diagnostiek** als apart aandachtspunt vooropgesteld. Psycho-diagnostiek is in de CGG steeds therapiegericht en staat dus nooit op zichzelf. Behoudens een aantal uitzonderingen wordt er over het algemeen weinig psychodiagnostisch materiaal gebruikt, is er weinig specifieke competentie aanwezig, en is de houding vrij sceptisch. De situatie in de kinder- en jongerenteams is op dit vlak over het algemeen wel een stuk gunstiger.

Het gebruik van **behandelplannen** is opgenomen in de overeenkomsten met de Vlaamse overheid. Veel medewerkers staat hier positief tegenover, maar dit is niet bij iedereen het geval. De directies hebben grote inspanningen geleverd om het concept behandelplan te introduceren, maar de manier waarop ze dit gebruik opvolgen – waarbij een inhoudelijke evaluatie slechts uitzonderlijk voorkomt – laat niet toe om te besluiten dat de beoogde doelstellingen inderdaad bereikt zijn.

De wenselijkheid van voldoende **diversiteit qua beschikbare hulpverleningsmethodieken** wordt over het algemeen aanvaard, maar niet realiseerbaar geacht tot op het niveau van elk team. Daarnaast is het geloof in het belang van de therapeutische relatie doorgaans groter dan dat in de richtlijnen.

Alle CGG hebben een **deontologische code**, maar een actualisering is in een aantal CGG wenselijk.

Multidisciplinariteit en teamwerking blijft een wezenlijk kenmerk van de CGG-werking. Vaak is het evenwel zoeken naar een evenwicht tussen vergaderefficiëntie enerzijds en het creëren van voldoende tijd en ruimte voor het ontwikkelen van een vertrouwensklimaat anderzijds.

Het **NOA-beleid** is door de sector op een actieve wijze opgenomen, zowel door het ontwikkelen als door het toepassen van bepaalde methodieken. Toch verwacht men over het algemeen niet dat het NOA-beleid tot een significante vermindering van het probleem zal leiden.

De **preventiewerkers voor drugs en alcohol** hebben doorgaans het gevoel in een coherent kader te werken. Ook binnen het eigen CGG ervaren zij voldoende ondersteuning en ruimte.

De **suïcidepreventiewerkers** ervaren hun kader als een stuk minder coherent, met veel verschillende en interfererende niveaus van aansturing. Mogelijk heeft het grote verloop in deze functies hier mee te maken. Het valt af te wachten of het recent hertekende landschap een gunstig effect zal ressorteren.

6. Tevredenheid van gebruikers

Het in kaart brengen van de **gebruikerstevredenheid** is een opdracht van het kwaliteitsdecreet. De ambitie om de meting in de hele sector zoveel mogelijk met één instrument te doen, bleek niet realistisch. Een scenario met verschillende methodieken en instrumenten is denkbaar, maar er blijft op dit vlak nog een hele weg af te leggen.

Vandaag heeft elk CGG wel een **klachtenprocedure**, maar er wordt weinig gebruik van gemaakt.

7. Tevredenheid van medewerkers

Over het algemeen is in elk CGG voldaan aan deze opdracht van het kwaliteitsdecreet, hetzij via een systematische bevraging en remediëring van de **medewerkerstevredenheid** (in iets meer dan de helft van de CGG), hetzij via andere kanalen om onvrede te capteren.

De laatste jaren wordt steeds meer gebruik gemaakt van een specifiek instrument dat op maat van de sector is ontworpen en dat vergelijking van resultaten tussen verschillende CGG mogelijk maakt.

8. Waardering door maatschappij en samenwerking

Op het vlak van samenwerking wordt de agenda van de CGG al enige tijd beheerst door de projecten in het kader van de operationalisering van **artikel 107** van de ziekenhuiswet (en dus de organisatie van de GGZ in zorgcircuits en –netwerken). Dit blijft ook de komende jaren waarschijnlijk het geval. CGG zien zich in dit verband voor enkele belangrijke uitdagingen gesteld.

- De vraag van het beleid om ten volle te participeren aan de projecten zonder dat dit weegt op de kernactiviteit (ambulante face-to-face behandeling), wordt als contradictorisch ervaren.
- Sommige CGG zijn actief in de werkingsgebieden van twee of zelfs drie verschillende projecten 107. Op termijn dient de vraag misschien gesteld of afstemming tussen de werkingsgebieden van bepaalde GGZ-netwerken en die van bepaalde CGG opportuun is.
- De rol van de CGG wordt vooral in de eerste functie gesitueerd (preventie, promotie van de GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling). Er is in de sector onduidelijkheid en discussie in hoeverre participatie aan functie 2 (ambulante behandelteams) opportuun is.
- De kernactiviteit van de CGG – ambulante FTF-behandeling – is niet expliciet opgenomen in het beleidsmatig kader dat toch geacht wordt het hele (gesubsidieerde) GGZ-landschap te omvatten.

9. Performantie: face-to-face (FTF)

In meerdere CGG is er onvrede over de wijze waarop de algemene performantie van de organisatie werd gereduceerd tot het segment FTF, alsook over de techniciteit van de berekening.

Over het algemeen is duidelijk dat de oorspronkelijke norm van 36% FTF voor het geheel van de sector niet wordt gehaald, en de meerderheid van de directies geeft aan dat dit ook onmogelijk te realiseren is. Elementen die hier een rol spelen zijn leeftijd en verlofdagen, het NOA-probleem, de tijd die besteed wordt aan dienstverlening en outreach, evenals participatie aan tijdsintensieve projecten.

1 Inleiding

1.1 Situering

In dit rapport worden een aantal globale conclusies geformuleerd over de audits die in de periode van midden 2008 tot midden 2012 werden uitgevoerd in de CGG.

Bij de start van de tweede ronde in 2008 werden volgende uitgangspunten vooropgesteld:

- Er werd aangekondigd dat de tweede cyclus zou lopen over een periode van vier jaar. Dit is in principe ook gerealiseerd van midden 2008 tot midden 2012. Als de voorbereiding en dit rapport meegerekend worden is het in de praktijk bijna 5 jaar. Wettelijk gezien voldoet dit aan de vereisten: het decreet van 18/05/1999 verplicht een minimaal zesjaarlijkse doorlichting en het uitvoeringsbesluit van het kwaliteitsdecreet voorziet een vijfjaarlijkse evaluatie van het kwaliteitsbeleid door de inspectie.

Het spreekt vanzelf dat de vergelijkbaarheid van vaststellingen en conclusies niet groter wordt naarmate er meer tijd tussen ligt. Indien het de bedoeling zou zijn om in de toekomst rapporten te maken die meer gebaseerd zijn op actuele gegevens verdient het dus aanbeveling om naar een wat kortere looptijd te streven, of een werkwijze te ontwikkelen waarbij de opvolging beter kan worden geïntegreerd.

- Bij de aankondiging van de tweede cyclus werd sterk de nadruk gelegd op de zelfevaluatie die door het CGG diende opgesteld te worden op basis van een lijst met aandachtspunten die EFQM geordend waren. De uitdrukkelijke bedoeling was daarbij dat niet enkel feitelijke informatie werd verstrekt over de stand van zaken, maar dat het CGG ook het eigen “zelfevaluerend vermogen” zou hanteren om sterktes, zwaktes en wenselijke ontwikkelingen te formuleren. Over het algemeen moet worden vastgesteld dat deze verwachting maar ten dele uitgekomen is. Een aantal CGG hebben effectief een uitgewerkte SWOT opgesteld, maar andere zijn meer op de vlakte gebleven. Dit is een belangrijke vaststelling waarop nog terug gekomen wordt.
- Tenslotte werd de hoop geformuleerd dat in de toekomst de objectiveerbare basis voor het toezicht in de CGG groter zou worden op grond van een aantal wenselijke ontwikkelingen:
 - *Het tot stand komen van uitvoeringsbesluiten over aangelegenheden die in het decreet zijn voorzien, maar die nog niet zijn uitgewerkt.*
Dit is evenwel in de voorbije vijf jaar niet het geval geweest. Het uitvoeringsbesluit over de cliëntbijdrage is nu wel in een eindfase.
 - *Overleg tussen overheid en sector over ontwikkeling van een aantal standaarden rond goede kwaliteit van zorg, zoals bijvoorbeeld het gebruik van behandelplannen.*
Deze samenwerking is gerealiseerd en heeft een degelijke basis gelegd voor het werken met behandelplannen in de CGG. Het invoeren en ook nuttig gebruiken van behandelplannen is evenwel een “work in progress” dat nogal wat tijd vraagt. De samenwerking is wellicht onvoldoende gerealiseerd rond de betekenis van internationale richtlijnen voor de GGZ.
 - *De resultaten van een onderzoeksopdracht aan het steunpunt voor beleidsrelevant wetenschappelijk onderzoek rond ontwikkeling van indicatoren voor kwaliteitsbeleid.*
Dit onderzoek is wel doorgegaan, maar de resultaten zijn van geringe betekenis geweest voor het kwaliteitsbeleid van de CGG en voor het toezicht daarop.

In de tweede cyclus zijn de audits uitgevoerd op volgende data (of op data binnen volgende periodes):

1.	VGGZ	29/5 – 3/6	2008
2.	Mandel en Leie	2/9 – 5/9	2008
3.	Prisma	30/9 – 3/10	2008
4.	Zuid Oost-Vlaanderen	4/11 – 7/11	2008
5.	Vlaams-Brabant-Oost	2/10 – 8/10	2009
6.	Passant	10/11–13/11	2009
7.	Waas en Dender	10/12 – 17/12	2009
8.	Kempen	9/2 – 12/2	2010
9.	Noord-West-Vlaanderen	16/3 – 19/3	2010
10.	RCGG Deinze-Eeklo-Gent	18/5 – 21/5	2010
11.	DAGG	5/10 – 8/10	2010
12.	Brussel	30/11 – 3/12	2010
13.	Ahasverus	8/2 – 11/2	2011
14.	De Drie Stromen	17/5 – 20/5	2011
15.	Eclips	5/7 – 8/7	2011
16.	De Pont	1/9 – 6/9	2011
17.	LITP	4/11 – 10/11	2011
18.	Andante	13/3 – 16/3	2012
19.	Largo	4/5 – 10/5	2012
20.	Vagga	19/6 – 22/6	2012

1.2 Wettelijk kader en werkwijze

Er hebben zich in de periode 2008 – 2012 geen wezenlijke veranderingen voorgedaan in het wettelijk kader. Er zijn geen wijzigingen aangebracht in de ter zake geldende decreten of uitvoeringsbesluiten. In het ruimere GGZ-landschap is er wel veel gebeurd: de lang verwachte uitvoering van artikel 107 van de ziekenhuiswet, het VDIP-project, de evolutie van het suïcidepreventieproject...zijn allemaal ontwikkelingen waar de CGG bij betrokken zijn.

De werkwijze die bij de tweede cyclus werd gevolgd verschilde niet sterk in vergelijking met de eerste. De tijdsduur werd steeds beperkt tot 3 dagen waarbij op dag 1 de directieleden (en eventueel stafmedewerkers) werden bevroegd over de verschillende EFQM-geordende domeinen van de zelfevaluatie. Op dag 2 werden de beschikbare medewerkers van de verschillende vestigingen bevroegd over de kernprocessen van de hulpverlening. Op dag 3 werd de bespreking van de zelfevaluatie afgerond in combinatie met de beschikbare feedback vanuit de vestigingsbezoeken.

De vaststellingen en conclusies zijn dan geformuleerd in een voorlopig auditrapport dat aan de directie werd toegestuurd. De mogelijkheid werd steeds voorzien om de bevindingen en de conclusies te bespreken op een terugkomdag in Brussel. Na eventuele aanpassingen werd het definitief rapport overgemaakt. De termijnen voor remediëring werden bepaald door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG), en ook de opvolging gebeurt door het VAZG.

De globale conclusies worden verder geordend volgens de EFQM domeinen en de aandachtspunten zoals zij in de audits werden bevroegd.

2 Leiderschap

- Organogram
- Raad van bestuur : samenstelling en functioneren.
- Algemeen directeur en coördinatoren : mandaat en vaardigheden als leidinggevende.
- 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 een systematisch uitgewerkt kwaliteitsbeleid, transparante tijdsbesteding en methodisch handelen mogelijk maakt?
- Zijn er voldoende communicatiemogelijkheden tussen bestuur, directie en personeel?

In de periode 2008 – 2012 is de leiding van de CGG verder geprofessionaliseerd, waardoor de afstand tussen directie en medewerkers wat groter geworden is, en waarbij het aantal personeelsleden met een gemengde functie van deeltijds leidinggevende en deeltijds collega-hulpverlener is verminderd. Omdat in de sector voor de schaalvergroting een organisatiecultuur bestond waarin leidinggeven vrijwel afwezig was, is dit thema nog steeds van betekenis.

Direct na de fusie was een organogram gebruikelijk met een directiecomité bestaande uit de algemeen directeur (AD) en de locatieverantwoordelijken van de verschillende deelwerkingen. Daarbij deed zich frequent de situatie voor dat een medewerker tegelijk deeltijds leidinggevende en collega-hulpverlener was. De combinatie van deze beide functies in één persoon werd in veel CGG als niet ideaal gezien. Een directiecomité dat naast de algemeen directeur ook was samengesteld uit vestigingsverantwoordelijken bleek dikwijls ook moeite te ervaren met het implementeren van vestigingsoverschrijdende beleidslijnen. Daarom is een tendens ontstaan om hulpverlenende en leidinggevende functies te scheiden, en te werken met een beperkter directiecomité dat bestond uit de AD en doelgroepcoördinatoren, of adjunct-directeurs.

Over het algemeen is het in de sector geen eenvoudige opgave gebleken om een organogram tot stand te brengen dat volgende elementen met elkaar in evenwicht kon brengen:

- het duidelijk profileren van de leidinggevende functies
- het niet overmatig laten oplopen van de overhead
- het stimuleren van een vestigingsoverschrijdend beleid
- het behoud van directe communicatie tussen directie en deelwerkingen
- het voorzien in een dagdagelijkse leiding in de verschillende teams.

Op het ogenblik van de audit was in ongeveer de helft van de CGG een organogram in voege met een directiecomité dat enkel bestond uit voltijds leidinggevend. Daarnaast waren in deze organisaties per team of locatie meestal ook nog functies aanwezig onder de naam team- of locatie-verantwoordelijke of aanspreekpersoon, waarbij het mandaat soms nog niet erg duidelijk ingevuld was.

In de andere helft bleef een organogram bestaan met in het directiecomité naast de AD ook deeltijdse lokale coördinatoren. Hoewel de meeste CGG oog hadden voor de nadelen van een gecombineerde functie collega-leidinggevende, bijvoorbeeld voor het implementeren van een geobjectiveerd personeelsbeleid met functioneringsgesprekken en elementen van evaluatie, werd toch geopteerd voor dit type organogram als het best haalbare binnen een gegeven context van organisatie-omvang, en daarmee samenhangende invulling van de overhead. Op meerdere plaatsen werd nog gewezen op het voordeel van een organogram waarbij de afstand tussen hulpverleners en leidinggevend niet te groot zou worden. Tegelijk wordt door meerdere directies het verder professionaliseren van de leiding een wenselijke en waarschijnlijke ontwikkeling genoemd.

Er is variatie in de wijze waarop de Raden van Bestuur (RVB) hun verantwoordelijkheid opnemen in de CGG, hetgeen zich onder meer manifesteert in de frequentie van vergaderen, variërend van 4 tot 10 maal per jaar. Over het algemeen ondersteunen de RVB de maatschappelijke opdracht zonder een actieve rol op te nemen op het operationele vlak. De interferenties op het vlak van leidinggeven

tussen RVB en directie die tijdens de eerste auditcyclus nog werden vastgesteld treden nu minder op, hoewel zij nog steeds waarneembaar zijn.

Er is door CGG-directies flink geïnvesteerd in de implementatie van vestigingsoverschrijdend beleid. Het spreekt voor zich dat het werken met doelgroepcoördinatoren hier toe bijdraagt, maar ook met andere organogrammen is werk gemaakt van het uittekenen van organisatiebreed beleid. Dit manifesteert zich in een gemeenschappelijke instroomprocedure en in het omgaan met belangrijke thema's zoals behandelplan en transparante tijdsbesteding. Toch wordt in zekere mate ook nog het principe van "eenheid in verscheidenheid" gehuldigd, zeker in CGG met deelwerkingen op ver uit elkaar liggende locaties, waarbij de plaatselijke context ook sterk kan verschillen, zoals de aanwezigheid van een CAW of andere lokale actoren.

Over het algemeen is de nog steeds zeer belangrijke balans tussen centrale aansturing enerzijds en participatie (en motivatie) van medewerkers anderzijds, meer in evenwicht dan tijdens de eerste cyclus kon worden vastgesteld. We kunnen evenwel nog niet spreken van een volledige consolidatie. De functie van algemeen directeur wordt in 17 op 20 CGG op een continue wijze ingevuld. In 3 is er meermaals een wisseling geweest.

CGG-directies doen behoorlijke inspanningen om beleidsintenties en beslissingen actief te communiceren naar medewerkers, maar aan de ontvangende kant blijft dikwijls de opinie bestaan dat verbetering op dit punt nog mogelijk is.

3 **Beleid en Strategie: de eigen vertaling van de opdrachten van het decreet van 18/5/99 en de invulling van de vereisten van het kwaliteitsdecreet van 2003**

- 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?

Het algemene beleid van een CGG wordt beschreven in het beleidsplan dat driejaarlijks wordt opgesteld voor het VAZG bij het vernieuwen van de overeenkomst. Hoewel er bij CGG-directies lange tijd enig voorbehoud heeft bestaan over de mogelijkheid om het eigen beleid goed weer te geven in een opgelegd sjabloon, wordt vastgesteld dat dit document aan betekenis heeft gewonnen.

Het beleidsplan wordt om de drie jaar met de verantwoordelijken van VAZG besproken. Daarna volgt een formele goedkeuring en ook een feedbackbrief met aanduiding van sterke en minder sterke punten. In de jaarlijkse voortgangsrapporten worden de verschillende indicatoren en thema's dan verder opgevolgd. In de CGG-audits is door Zorginspectie geen eigen evaluatie gemaakt van dit document. Er wordt wel aandacht besteed aan de thema's die het VAZG in de feedbackbrief als nader op te volgen heeft aangeduid.

De vraag naar een geargumenteerde balans inzake doelgroepen en werkmethodes die bovendien ook rekening houdt met een omgevingsanalyse en met epidemiologische gegevens, bleek voor de meeste CGG moeilijk invulbaar. Het geformuleerde aandachtspunt was wellicht ook wat te theoretisch en te hoog gegrepen. Slechts enkele hebben voor het eigen werkgebied een studie gemaakt waarin zij op basis van wetenschappelijke epidemiologische gegevens het (waarschijnlijke) voorkomen van GGZ-problemen in kaart gebracht hebben. Overigens bleek dit enkel uitvoerbaar voor werkgebieden die voldoende geografisch coherent waren. Uit een dergelijke studie kwam onveranderd naar voren dat de CGG-capaciteit onvoldoende sterk was om het gespecialiseerde ambulante zorgaandeel volledig te kunnen opnemen. Gestructureerde omgevingsanalyses werden in de audits ook niet voorgelegd, waarbij soms als verklaring werd aangebracht dat het volledig in kaart brengen van alle mogelijke zorgpartners in een regio op zich al niet eenvoudig is, maar dat het inschatten van welk aandeel elke zorgpartner geacht wordt ook op zich te nemen quasi onmogelijk is.

In de periode 2008 – 2012 is de actualiteit van het kwaliteitsdecreet van 2003 en zijn uitvoeringsbesluit, en van het kwaliteitsdenken als een aparte oefening geleidelijk aan minder geworden. De functie van kwaliteitscoördinator is in veel CGG maar op een beperkte wijze ingevuld geweest, in een tijdsbestek tussen 4 en 19 u per week.

In het syntheserapport over de eerste cyclus werd al aangegeven dat een verhelderend onderscheid kan gemaakt worden tussen drie verschillende (maar deels overlappende) niveaus van kwaliteitsbeleid:

- Kwaliteitsbeleid in ruime zin omvat het geordend documenteren van alle organisatieprocessen, hetgeen ook wenselijk zou zijn zonder kwaliteitsdecreet. Over het algemeen wordt dit niveau behoorlijk ingevuld, waarbij EFQM meestal als ordeningsprincipe wordt vooropgesteld. In de praktijk wordt de EFQM-ordening evenwel zelden consequent volgehouden. Veelal evolueert deze

dimensie van het kwaliteitshandboek naar een set van documenten op het intranet van het CGG, die geacht worden goed toegankelijk te zijn voor de medewerkers.

- Kwaliteitsbeleid in specifieke zin gaat om het selecteren, in het kader van de gevraagde zelfevaluatie, van een aantal relevante thema's in de klinische en de operationele sfeer die dan op een methodische wijze worden opgevolgd met de bedoeling om een verbetertraject te doorlopen dat in principe tot meetbare resultaten leidt. In het uitvoeringsbesluit van het decreet wordt daar een werkwijze voor aangegeven:

In deze zelfevaluatie toont de voorziening minimaal aan:

1° hoe ze op systematische wijze gegevens verzamelt en registreert over de kwaliteit van de zorg;

2° hoe ze de verzamelde en geregistreerde gegevens aanwendt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren;

3° welk stappenplan met tijdsplan ze opstelt om de kwaliteitsdoelstellingen te bereiken;

4° hoe en met welke frequentie ze evalueert of de kwaliteitsdoelstellingen bereikt zijn;

5° welke stappen ze onderneemt indien een kwaliteitsdoelstelling niet bereikt is.

In de praktijk wordt een strikte toepassing van deze eerder schematische werkwijze niet waargenomen, wellicht omdat in de geestelijke gezondheidszorg niet elk aspect van kwaliteitsbeleid goed meetbaar is, maar ook omdat de in een CGG beschikbare expertise gemakkelijker leidt tot het beschrijven van processen en wenselijk ontwikkelingen dan tot het hanteren van een PDCA-cyclus. In principe komt het werken met de indicatoren van het beleidsplan voor VAZG het dichtst in de buurt van de werkwijze uit het uitvoeringsbesluit, maar de daarin opgevolgde thema's zijn direct gebaseerd op een aantal opdrachten en werkingsmodaliteiten uit het CGG-decreet, en omvatten niet het volledige terrein van kwaliteitszorg. Dit laatste gaat ook over moeilijk te operationaliseren concepten als doelgerichte, doelmatige, maatschappelijk aanvaarde en continue zorg. Het is opmerkelijk dat er na 15 jaar aandacht voor kwaliteit weinig met het concretiseren en inhoud geven aan deze begrippen is gedaan in de GGZ.

CGG stellen wel steeds een lijst met kwaliteitsthema's op. De meest voorkomende zijn: werken met behandelplannen, het NOA-beleid, diagnostiek, instroombeleid en transparante tijdsbesteding. De mate waarin de opvolging methodisch kan genoemd worden is zeer variabel. Sectorbreed zijn voor elk van de genoemde thema's degelijke praktijkvoorbeelden vastgesteld, maar er is ook frequent een gebrek aan methodische opvolging als tekortkoming geformuleerd.

- Het derde niveau van kwaliteitsbeleid focust op de eigenlijke kwaliteit van zorg, zoals die verstrekt wordt door de hulpverleners aan de cliënten. Uiteraard zijn de traditionele fundamenten daarvoor van blijvend belang: degelijke en orthodoxe opleidingen, teamoverleg, intervisie...

Het werken met een behandelplan, en het daaraan inherente concept van periodieke evaluatie van lopende behandelingen is potentieel een belangrijke factor, die evenwel nog verder moet ontwikkelen.

Sinds een paar jaar is er een toegenomen belangstelling voor uitkomstenmanagement en voor de verschillende instrumenten die daarvoor gecreëerd zijn. Er zijn duidelijk verschillende snelheden in de wijze waarop CGG met dit concept omgaan. Een aantal centra hebben van bij het begin een rol gespeeld in de opbouw en validatie van de TUM (Tool voor Uitkomstenmanagement) van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg. Andere hebben zelf een experiment opgezet met beschikbare instrumenten zoals de SRS (Session Rating Scale) en de ORS (Outcome Rating Scale). Een veel gehoorde conclusie daarbij is dat er in de teams eerst moet gewerkt worden aan een cultuur van evaluatie, en dat zonder die fase het van boven af opleggen van het gebruik van welk instrument dan ook, niet goed zal werken.

Het gebruik van instrumenten voor zelfevaluatie van de globale werking en organisatie zoals PROZA is wat op de achtergrond geraakt.

Als voorbereiding op de audit werd van elk CGG verwacht om een zelfevaluatie te maken over een lijst met EFQM-geordende aandachtspunten. Vergelijkenderwijs liet dit ook toe om een beeld te

krijgen van het “zelfevaluerend vermogen” van een organisatie. In iets meer dan de helft van de audits werd vastgesteld dat het CGG de audit had gebruikt als een uitnodiging om een vrij grondige zelfevaluatie, meestal in de vorm van een SWOT-analyse, te maken. In andere gevallen is om wellicht diverse redenen de zelfevaluatie al te zeer aan de oppervlakte gebleven. Dat is een wat spijtige vaststelling, omdat hier appel gedaan werd, niet zozeer op de letter van het kwaliteitsdecreet (de hoger vermelde 5 stappen-werkwijze), maar op de filosofie van een zelfevaluatie in brede zin. Dit is een methode die in andere organisaties nochtans ingang heeft gevonden.

In het kader van aandacht voor de kwaliteit van zorg is in elk CGG sterk aanbevolen om de eigen werking te toetsen aan de richtlijnen die voor een toenemend aantal psychiatrische stoornissen zijn opgesteld door een kenniscentrum zoals het Trimbosinstituut. De richtlijnen van Trimbos werden hier als referentie genomen omdat zij opgesteld zijn voor gebruik in een multidisciplinaire context, en omwille van de eenvoudige beschikbaarheid. Over het algemeen werd daarbij vastgesteld dat de kennis van richtlijnen beperkt was in de sector, en dat er snel een aantal weerstanden werden geformuleerd. Richtlijnen werden gepercipieerd als verplichtingen die geassocieerd worden met het “werken volgens protocollen”. Het Trimbosinstituut definieert haar richtlijnen evenwel eerder bescheiden als “aanbevelingen voor de beste kwaliteit van zorg” en lezing van de teksten leert ook dat bestaande onzekerheden ook als zodanig worden vermeld.

In elke audit werd de wenselijkheid en de mogelijkheid van participatie van de psychiaters in de beleidsvoering van het CGG bevestigd. Over het algemeen is die participatie eerder beperkt. De verminderde invulling van de psychiatrische functie op sectorniveau heeft tot gevolg dat de beschikbare uren eerder worden ingezet voor cliëntenwerking en teambesprekingen dan voor beleidstaken. De meeste psychiaters stemmen ook in met deze prioriteitstelling. Slechts in enkele grotere CGG neemt een beleidspychiater systematisch deel aan het directiecomité: het contingent psychiatertijd is daar voldoende groot om iemand deeltijds vrij te stellen voor organisatiebeleid. In een paar centra werd bij psychiaters onvrede vastgesteld over de formule waarop zij bij het organisatiebeleid betrokken werden. Er werden evenwel geen tekortkomingen geformuleerd over de wijze waarop CGG-directies met dit thema omgaan binnen het gegeven wettelijk kader.

4 Personeel: het personeelskader dat gefinancierd wordt uit de enveloppe en de extern gefinancierde personeelsleden.

- Is er een harmonisering van de arbeidsvoorwaarden binnen de organisatie?
- Welke middelen worden ingezet voor de personeelsadministratie en 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?

In de eerste auditcyclus werd vastgesteld dat in een aantal CGG moeilijkheden bestonden in verband met de harmonisering van verworven rechten of andere verschillen in loon- en arbeidsvoorwaarden tussen medewerkers die uit verschillende deelwerkingen kwamen. Op een aantal plaatsen is een volledige harmonisering gerealiseerd, en op andere is een uitdoofscenario gehanteerd met de bedoeling om op termijn tot een geharmoniseerd personeelsstatuut te komen. Over het algemeen is in de sector met deze aangelegenheid omgegaan vanuit een zorg om arbeidsrechtelijke conflicten te vermijden.

De verdeling van de personeelsmiddelen over de verschillende criteria (de vier categorieën van het beleidsplan, de disciplines en de doelgroepen) werden door Zorginspectie niet geëvalueerd omdat deze gegevens ook in het beleidsplan voor het VAZG zijn opgenomen. Wel werd meermaals de aanbeveling geformuleerd om de verdeling van de personeelsmiddelen over de verschillende deelwerkingen te objectiveren op basis van een aantal parameters zoals bevolkingscijfers. Er werd evenwel nergens een manifeste onvrede vastgesteld over dit punt bij lokale verantwoordelijken.

Er werd vastgesteld dat de beschikbaarheid van de psychiatrische functie in de CGG verder krimpt en dat dit zich vooral laat voelen in de kleinere CGG die ook nog excentrisch liggen ten opzichte van de grote agglomeraties. Over het algemeen doen CGG verantwoordelijken aanhoudende inspanningen om voldoende psychiatertijd te werven, hoewel er grenzen zijn aan de mate waarin men mee wil gaan in het concurrentieel opbod dat bestaat tussen verschillende GGZ-voorzieningen.

Vrijwel alle CGG hebben een systeem van periodieke functioneringsgesprekken tussen de medewerker en de directe leidinggevende. Dit gebeurt aan de hand van functiebeschrijvingen die meestal voor de hulpverlenende functies weinig gedifferentieerd zijn tussen de verschillende disciplines. Het ontwikkelen van een evaluatiesysteem wordt meermaals als een wenselijke ontwikkeling geformuleerd, maar is zelden aanwezig in de praktijk. Toch zijn er overal procedures beschikbaar die in werking treden indien medewerkers op een bepaald ogenblik niet meer aan afgesproken verwachtingen voldoen. De EPD-registratiegegevens laten toe om cijfermateriaal te genereren dat dit thema kan objectiveren.

Over het VTO-gebeuren (= Vorming, Training en Opleiding) is steeds een beleidsnota beschikbaar die in eerste instantie de algemene uitgangspunten beschrijft en daarna ook gedetailleerd ingaat op de praktische modaliteiten, zoals het beschikbare budget en de procedures voor het aanvragen en goedkeuren van vorming. Meestal wordt als basisprincipe geformuleerd dat het beleid een evenwicht wenst tussen de vormingswensen en affiniteiten van individuele medewerkers en teams aan de ene kant en de competentiebehoeften van de organisatie aan de andere kant. Het gebeurt evenwel nauwelijks dat dit laatste ook verder geëxpliciteerd wordt. Vooral in het segment van de langdurige opleidingen, waar de grootste financiële en tijdsinvesteringen mee gepaard gaan, is het ontbreken van een explicitering van inhoudelijke uitgangspunten vrijwel steeds als een tekortkoming geformuleerd.

Met die inhoudelijke uitgangspunten werd bedoeld:

- het expliciteren van de mate van diversiteit van verschillende therapierichtingen die men wenst aan te bieden
- het al dan niet voorzien in systematische vormen van kortdurende therapie.

In de audits werd steeds een overzicht gevraagd van de gevolgde langdurige opleidingen door hulpverleners. Het totaalbeeld dat daaruit naar voren komt, stemt overeen met de vaststellingen uit de eerste cyclus. Het bijscholingsniveau van medewerkers is degelijk omdat de noodzaak van (langdurige) opleidingen als evident wordt gezien, en omdat daarvoor faciliteiten beschikbaar zijn. De gevolgde opleidingen zijn orthodox als men daarbij het advies van 2005 van de Hoge Gezondheidsraad over psychotherapie als referentie neemt. Indien men daarnaast ook rekening houdt met de aanbevelingen van de Trimbos GGZ-richtlijnen, is er nog steeds sprake van een ondervertegenwoordiging van de cognitieve gedragstherapie. In de mate dat dit laatste in het verleden verband hield met een tekort aan opleidingsmogelijkheden, is er nu een inhaalbeweging ingezet. In de mate dat ook een terughoudendheid bij hulpverleners meespeelde over al te zeer geprotocolleerde behandelingen, komen nieuwe ontwikkelingen binnen de cognitieve gedragstherapie hieraan tegemoet. In elk geval blijft de fundamentele betekenis van de “therapeutische werkaliantie” steeds op de voorgrond staan.

Er bleek in de sector wat variatie te bestaan inzake de invulling van het begrip intervisie. Intervisie kan gedefinieerd worden als een georganiseerd gesprek tussen mensen die werkzaam zijn in hetzelfde werkgebied waarbij het onderwerp de verrichte werkzaamheden zijn en de daaraan gerelateerde problemen. De doelstelling is om de deskundigheid van de betrokkenen te vergroten en de kwaliteit van het werk te verbeteren, buiten elk hiërarchisch verband. Over het algemeen wordt in de CGG voor intervisie in eerste instantie verwezen naar de mogelijkheden die daarvoor tijdens en na de psychotherapie-opleidingen aangeboden worden. Er wordt ook, zij het relatief weinig, gebruik gemaakt van de mogelijkheid om binnen de eigen organisatie, bijvoorbeeld met medewerkers van andere vestigingen, intervisiegroepen te vormen. In dezelfde context is in de audits ook steeds aandacht besteed aan de verstandhouding en de sfeer in de teams, omdat elementen van intervisie in de dagdagelijkse teamwerking aan de orde kunnen zijn.

5 Middelen: het beschikbare budget en de infrastructuur

- 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?

Op het einde van de eerste cyclus werd gerapporteerd over een positieve ontwikkeling in de kwaliteit van de huisvesting van de CGG. Toen werd gesteld dat uit de vaststellingen ter plaatse gebleken was dat twee derde van de vestigingsgebouwen voldeed aan de hedendaagse verwachtingen op vlak van ruimte en functionaliteit. Tijdens de tweede cyclus werd in 12 van de 20 CGG een tekortkoming geformuleerd over minstens 1 vestiging die niet meer aan de vereisten voldeed.

Door het VAZG is in het kader van de beleidsplannen 2012 – 2014 een synthesesnota gemaakt waarin de huidige stand van zaken wordt weergegeven op het vlak van huisvesting en VIPA-projecten. Daarin wordt de positieve evolutie bevestigd. Er blijken nog 3 CGG niet te voldoen aan de huisvestingsvereisten voor één of meerdere vestigingen, zonder dat er op korte termijn uitzicht is op een oplossing. In de andere gevallen zijn VIPA-dossiers in uitvoering. Men kan wel niet om de vaststelling heen dat in een paar CGG zich hardnekkige knelpunten voordoen met de huisvesting van 1 of meerdere vestigingen en dat oplossingen te lang uitblijven, met negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de dienstverlening.

Op het vlak van informatica heeft de CGG-sector – in tegenstelling tot een decennium geleden – een heel positieve evolutie doorgemaakt. Recente hard- en software is een evidentie geworden, en er is over het algemeen veel aandacht voor de back-up en beveiliging van gegevens. Het invoeren van het EPD was hier een belangrijke faciliterende (maar ook dwingende) factor. Waar het EPD bij de opmaak van het syntheserapport na de eerste auditcyclus in eerste instantie nog als registratie-instrument werd gebruikt, is dit de voorbije jaren duidelijk geëvolueerd tot een geïntegreerd patiëntendossier dat als werkinstrument wordt gehanteerd, en waarin het behandelplan idealiter (maar zeker niet overal) is geïntegreerd (zie ook het hoofdstuk “Kernprocessen”). In het verlengde daarvan zien we sinds enige tijd in steeds meer CGG een sterke toename van de projectie van het EPD aan de hand van laptops en beamers tijdens teamvergaderingen, wat uiteraard de beschikbaarheid van het nodige materiaal vereist.

Bij sommige CGG is een ICT-medewerker met een gespecialiseerde ICT-opleiding in dienst. Andere centra opteren voor externe begeleiding, weliswaar vaak in combinatie met een medewerker die deels vrijgesteld is voor minder specialistische ICT-gerelateerde taken, zoals de nodige directe ondersteuning van hulpverleners.

Ondertussen beschikken alle CGG ook over een eigen website. Vaak zien we wel dat het up-to-date houden van de informatie niet voor alle centra even evident is.

Evenmin evident is het omgaan met de toenemende vragen en verwachtingen van cliënten en voorzieningen m.b.t. het elektronisch communiceren. De meeste CGG hebben richtlijnen opgesteld in dit verband, maar die houden vaak vooral beperkingen inzake dergelijke communicatie in, ter garantie van de nodige beveiliging, de privacy en het beroepsgeheim. Gespecialiseerde beveiligde communicatiesystemen zijn meestal eng-medisch gericht en voldoen daardoor ook niet aan de noden; mede door hun hoge kostprijs zijn ze dan ook vrij zeldzaam in de sector. Er wordt onderzocht of en hoe een luik van het EPD eventueel gebruikt kan worden voor beveiligde communicatie met cliënten en externe hulpverleners, uiteraard zonder de beveiliging van de rest van het EPD te hypothekeren.

6 Kernprocessen: het methodisch handelen in de hulpverlening

- Bestaan er duidelijke procedures rond de instroom en verwijzing van aanmeldingen op basis van inclusie en exclusiecriteria?
- 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?

Vanzelfsprekend is het instroombeleid van elk CGG opnieuw een aandachtspunt geweest in de tweede cyclus. De gehanteerde werkwijze werd daarbij niet getoetst aan een reglementaire bepaling of aan een sectorspecifieke kwaliteitsvereiste, omdat die niet voorhanden zijn, maar wel vergeleken met hetgeen binnen de sector als gangbare praktijk of als trend zichtbaar was.

Het doel van het instroombeleid kan worden omschreven als een combinatie van volgende elementen

- het selecteren uit het geheel van de aanmeldingen van diegene die het best aansluiten bij de eigen opdracht en de beschikbare competenties, daarbij ook eventueel rekening houdend met prioriteit verlening aan bepaalde doelgroepen zoals in eerste instantie financieel zwakkeren
- het hanteren van een goed evenwicht tussen de zorgvuldigheid waarmee elke hulpvraag beluisterd wordt, en de noodzaak om het hele instroomproces ook doelmatig te organiseren, rekening houdend met het verschil tussen vraag en aanbod en de daaruit resulterende wachttijden
- het inzetten van de nodige kennis om gerichte doorverwijzingen te kunnen voorstellen
- het bij dit alles oog hebben voor klantvriendelijkheid.

In vrijwel alle CGG waren duidelijke procedures rond instroom en verwijzing van aanmeldingen aanwezig. Slechts in 2 van 20 CGG was er op het moment van de audit (te) weinig documentatie aanwezig over de manier van werken bij aanmelding en intake.

Het feit dat er uitgeschreven procedures voor de instroom voorhanden zijn, betekent niet automatisch dat dit leidt tot een gemeenschappelijk instroombeleid. In 14 van de 20 CGG was het instroombeleid tot op zekere hoogte verschillend naargelang doelgroep of vestiging. In 6 van de 20 CGG was er wel een meer gelijkvormige manier van werken bij aanmelding.

In een aantal CGG-vestigingen werd nog een klassieke werkwijze vastgesteld, waarbij elke aanmelding aanleiding gaf tot een oriënterend FTF-gesprek, waarna op een teamvergadering beslist werd of de cliënt al dan niet kon instromen. De motivering daarbij was dat enkel in een FTF-gesprek op een voldoende kwalitatieve wijze de informatie kon bekomen worden die nodig was voor een beslissing.

In meerdere CGG is onder druk van de wachtlijsten een vorm van telefonische screening door hulpverleners ingevoerd, waarbij in principe zonder FTF-gesprek, en al dan niet na bijkomend teamoverleg, een inschatting gebeurt of de cliënt kon instromen voor behandeling of diende verwezen te worden.

In 2 CGG was er op het ogenblik van de audit sprake van een 'duidelijk identificeerbaar 'onthaal- of voordeurteam' (onder leiding van een psychiater) dat de instroom filtert en tevens voorziet in mogelijkheden voor kortdurende therapie. Van deze werkwijze werd verwacht dat zij, naast doelmatigheidswinst zou zorgen voor minder drop-out tijdens de behandeling, omdat cliënten beter geïnformeerd en gemotiveerd zijn om aan behandeling te beginnen.

In de hele sector is wel het principe ingevoerd dat de wachttijd tussen aanmelding en FTF1 of screening zo kort mogelijk gehouden wordt en in principe niet meer dan 14 dagen bedraagt. De wachttijd vooraleer de eigenlijke behandeling kan starten duurt evenwel op veel plaatsen nog meerdere maanden.

Indien wachttijden plots sterk afnemen is soms wel nader onderzoek wenselijk welke (positieve en negatieve) factoren daartoe hebben bijgedragen. In één CGG waar voor de doelgroep kinderen en jongeren de wachttijd veel korter geworden was, werd dit veroorzaakt door het niet meer beschikbaar zijn van een kinderpsychiater, waardoor het aantal aanmeldingen sterk was afgenomen.

In meerdere CGG worden de principes van Choice and Partnership Approach bestudeerd, maar er zijn nog geen merkbare effecten daarvan op de wachttijden vastgesteld.

Over het algemeen dient te worden vastgesteld dat het fenomeen van de wachttijden in de CGG niet significant is verminderd, ondanks de investeringen die zijn gebeurd.

Klaarblijkelijk wordt de aangeboden hulpverlening door cliënten en verwijzers hoog gewaardeerd en blijft het aantal aanmeldingen hoog. Er is wel meer dan in het verleden sprake van actief wachtlijstbeheer en van bejegening van cliënten die op de wachtlijst staan.

Wat betreft de dringende aanmeldingen hebben de meeste CGG uitgeschreven afspraken, voornamelijk voor aanmeldingen waar sprake is van suïcide of kindermishandeling. Voor andere dringende aanmeldingen zijn de afspraken niet steeds goed geëxpliciteerd. Deze procedures zijn vaak niet uniform voor alle vestigingen of teams binnen één centrum.

Een aantal CGG beschikken niet over duidelijk geëxpliciteerde in- en exclusiecriteria. Die centra die wel uitgeschreven criteria hebben, geven zelf aan deze op een flexibele manier te hanteren. Als hoofdreden hiervoor wordt aangehaald dat het belangrijk is om iedere hulpvraag te beluisteren en zodoende gepaste hulp te helpen opzetten, eventueel in een andere zorgvoorziening.

Het voordeel van een sterkere profilering lijkt niet op te wegen tegen de flexibiliteit om alle hulpvragen te kunnen beluisteren en zo gepaste hulp te kunnen helpen opzetten

De openingsuren en de beschikbaarheid buiten de kantooruren lijken overal voldoende ruim ingevuld te zijn, met minimaal 2 avondpermanenties tot 19u of 20u. In enkele CGG waren hierover op het moment van de audit geen formele afspraken gemaakt met de medewerkers, maar in de praktijk leidde dit niet tot de onmogelijkheid om in de avonduren te consulteren.

Er is extra aandacht besteed aan de optimalisering van de beschikbaarheid van kinderen- en jongeretherapeuten op woensdagnamiddag.

Er is weinig vooruitgang geboekt inzake afspraken die zouden kunnen gemaakt worden tussen scholen en CGG (zowel op het niveau van individuele voorzieningen als op beleidsniveau) over het creëren van mogelijkheden voor hulpverlening aan jongeren tijdens de schooluren, in die gevallen waar dat verantwoord zou zijn gelet op de ernst van de problematiek.

Door de beschikbaarheid van de sectorfolder enerzijds en vooral door het verder ontwikkelen van de websites worden er in een aantal CGG minder eigen folders gemaakt of overhandigd. De folders met toelichting over het specifieke onderwerpen (bv assertiviteitstrainingen, VDIP,...) blijven wel aanwezig.

Onafhankelijk van het feit of de informatiedragers aanwezig zijn in het centrum of niet, blijkt dat er in de praktijk weinig schriftelijke informatie aan cliënten wordt meegegeven (tijdens de intakeperiode).

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

In de tweede auditcyclus werd (psycho)diagnostiek als apart aandachtspunt vooropgesteld, omdat er in wetenschappelijke publicaties ook een vernieuwde aandacht is aan besteed.

De vaststellingen die hierover werden gedaan laten zich als volgt samenvatten:

- CGG profileren zich uitdrukkelijk niet als diagnostische centra. Psychodiagnostiek is steeds therapiegericht.
- In de kinderen en jongerenteams wordt regelmatig gebruik gemaakt van psychodiagnostische instrumenten. Er is daarvoor ook het nodige materiaal aanwezig en het door het regelmatig gebruik is er ook ervaring en competentie opgebouwd. Het volgen van specifieke opleidingen in (psycho)diagnostiek is eerder zeldzaam.
- In volwassenenwerking wordt weinig psychodiagnostisch materiaal gebruikt en er is terughoudendheid om dat te doen. Het beschikbare materiaal is meestal niet geactualiseerd.
- In bijna alle CGG is met meer of minder enthousiasme een werkgroep diagnostiek aan het werk met als opdracht het inventariseren van het beschikbare materiaal en het uitwerken van een beleidstekst over het onderwerp.
- In een paar grotere CGG zijn personeelsleden met een bijzondere belangstelling en competentie voor de materie actief binnen een diagnostiekteam dat een antwoord wil bieden op de vraagstellingen die zich op dat vlak in de cliëntenwerking voordoen.

Er werden door medewerkers ook een aantal kritische bedenkingen geformuleerd over het gebruik van testmateriaal in het kader van een CGG-werking:

- Een aantal van de beschikbare instrumenten zou onbetrouwbaar zijn, of niet gevalideerd voor de populatie.
- Het gebruik van testmateriaal kan storend zijn in het tot stand komen van een therapeutische relatie. Daartoe is het volgens sommigen aangewezen om het testdiagnostisch gebeuren te scheiden van de behandeling en door andere medewerkers te laten uitvoeren, maar daar zijn de meeste teams te kleinschalig voor.
- Het degelijk kunnen hanteren van psychodiagnostische instrumenten veronderstelt een regelmatig gebruik om de nodige competentie en ervaring te ontwikkelen en te onderhouden. Dit is in kleine CGG-teams niet realiseerbaar.

Toch lijkt het aangewezen om de plaats van diagnostiek en meer in het bijzonder van psycho-diagnostische instrumenten in de diagnostische cyclus van de CGG-werking verder te expliciteren:

- Tegen een achtergrond waarin de therapeutische relatie een belangrijk werkmiddel blijft staat wel het toenemend belang van objectiveerbare elementen in de psychiatrische en psychotherapeutische hulpverlening.
- De meeste CGG besteden een deel van het diagnostische werk uit aan gespecialiseerde voorzieningen, waaraan voor de cliënt een aanzienlijke kostprijs kan verbonden zijn. Het is aangewezen dat de CGG-sector ter zake een beleid ontwerpt waarin bepaald wordt welke basisdiagnostiek het zelf moet kunnen uitvoeren en waar duidelijk een meerwaarde ligt in uitbesteding.
- Er is in de toekomst een scenario denkbaar waarin de psychiatrische aanwezigheid in de CGG-teams nog beperkter zal worden. Daarmee dreigt ook de diagnostische competentie te verzwakken. Het is aangewezen om die op een andere wijze te compenseren.
- - 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?

In de tweede cyclus werd het omgaan met behandelplannen in alle teams en bij alle directies bevraagd. Over het algemeen leverde dit volgende vaststellingen op:

- Door de directies zijn grote inspanningen geleverd om het concept “behandelplan” bij de medewerkers te introduceren. Het gebruik ervan is overigens als een verplichting opgenomen in de overeenkomsten met de Vlaamse Overheid.
- Bij een groot aantal medewerkers bestaat een positieve attitude tegenover het werken met behandelplannen. Dit is evenwel niet bij iedereen het geval. Het is op zich niet verwonderlijk dat hulpverleners die een langdurige therapie-opleiding gevolgd hebben in een methodiek die in principe een “open einde” als uitgangspunt hanteert, meer moeite zullen hebben met het formuleren van doelstellingen dan anderen. In die zin kan het nuttig zijn opleidingsinstituten te vragen om rekening te houden met het feit dat het concept “behandelplan” in de door de Vlaamse Overheid erkende GGZ-voorzieningen een vereiste is.
- Er is enige terughoudendheid over het principe om het behandelplan steeds met de cliënt te bespreken. In de mate dat dit gebaseerd is op een professionele afweging of het voor bepaalde cliënten hanteerbaar is om met die informatie om te gaan, is dit begrijpelijk. In de mate waarin het gebaseerd is op de wens om de eigen expertpositie maximaal te behouden, gaat het wat in tegen hedendaagse ontwikkelingen.
- De wijze waarop CGG-directies het effectieve gebruik van behandelplannen in de teams opvolgen laat op vandaag niet toe om te besluiten dat de beoogde doelstellingen inderdaad bereikt zijn. In een aantal gevallen is er een feedback voorzien die niet verder gaat dan het vaststellen of er in het EPD is aangegeven dat er een behandelplan is opgesteld. Op het ogenblik van de audit waren er weinig directies die ook een inhoudelijke opvolging van het behandelplan hadden gerealiseerd, bijvoorbeeld via een analyse van een steekproef in het kader van een kwaliteitsproject. Daar waar die analyse toch was gebeurd leverde zij zeer heterogene resultaten op, variërend van zeer beknopte documenten zonder veel inhoudelijke relevantie tot min of meer uitgebreide casusbesprekingen.
- De tijdsbesteding aan de verwachte periodieke evaluaties van de lopende zorgperiodes wordt zeer dikwijls als een probleem gesignaleerd waarvoor nog geen oplossing is gevonden. Over het algemeen is de beschikbare teamtijd al ingevuld met de bespreking van nieuwe aanmeldingen en met het opstellen van behandelplannen voor de lopende dossiers. Er rest dan onvoldoende tijd om op een kwalitatieve wijze te voorzien in een systematische evaluatie van alle lopende zorgperiodes. Directies zijn meestal niet erg geneigd om de teamtijd significant te verhogen omdat dat de tijdsbesteding aan het directe cliëntenwerk in het gedrang brengt. Oplossingen voor dit dilemma worden verwacht van het gebruiken van een minder narratieve en een meer zakelijke rapporteringsstijl, en van het laten bespreken van dossiers in kleinere groepen dan het volledige team.
- Er is vastgesteld dat er geen eenvormigheid is in de periodiciteit waarmee men de systematische evaluatie van de lopende zorgperiodes wil laten plaatsvinden. Er worden termijnen genoemd van minimum drie maanden tot een jaar. Rekening houdend met de beschikbare gegevens over de gemiddelde duur van een zorgperiode in de CGG lijkt het dat een termijn van maximum zes maanden zou kunnen gebruikt worden.

Hoewel het onmiskenbaar is dat het thema “behandelplan” door de sector op een positieve wijze is opgenomen, mag men niet blind zijn voor de vragen die soms luidop gesteld worden over de kosten-baten verhouding van de tijdsbesteding aan dit onderwerp, en vooral over de al dan niet bestaande betekenis voor de kwaliteit van de hulpverlening.

In een context waarbij het gebruik van behandelplannen als een verplichting is ingevoerd bestaat het risico dat het in een aantal gevallen beperkt blijft tot een sjabloon dat administratief wellicht als behandelplan kan doorgaan, maar inhoudelijk weinig meerwaarde heeft. Daarom lijkt het aangewezen om:

- blijvende inspanningen te voorzien inzake vorming van medewerkers om doelstellingen te formuleren en het bereiken daarvan ook te evalueren
- toekomstgericht en in de diepte te werken door opleidingsinstituten te betrekken bij deze ontwikkeling (hetgeen in zekere mate al gebeurd is)
- te voorzien in een opvolging die ook peilt naar de inhoud en de kwaliteit van het behandelplan in functie van de 4 doelstellingen die van bij het begin werden vooropgesteld.

Het thema “diversiteit” van beschikbare hulpverleningsmethodieken werd ook in alle CGG besproken. Dit werd gekoppeld aan de wenselijkheid om kennis te nemen van de aanbevelingen die in internationale GGZ-richtlijnen geformuleerd worden over hulpverleningsmethodieken die anno 2012 in de GGZ zeker niet mogen ontbreken. Dit thema werd reeds in het deel over de inhoudelijke aspecten van het vormingsbeleid besproken. Over het algemeen wordt in de sector de wenselijkheid van voldoende diversiteit en aanwezigheid van methodieken die door richtlijnen ondersteund worden aanvaard, maar men acht dit niet realiseerbaar tot op het niveau van elk team. Daarnaast is het geloof in het belang van de therapeutische relatie groter dan in de richtlijnen, hoewel die balans in de Angelsaksische wereld die meestal richtinggevend is voor toekomstige ontwikkelingen stilaan toch wat anders wordt ingevuld.

Over de afnemende beschikbaarheid van de psychiatrische functie in de CGG is in het syntheserapport dat door het VAZG over de beleidsplannen is gemaakt afdoende gerapporteerd. Het zal wellicht noodzakelijk zijn dat de sector de competenties die het door dit fenomeen dreigt te verliezen op een actieve wijze tracht te compenseren.

- Zijn er afspraken binnen de organisatie over de minimale vereisten inzake dossiersamenstelling en bewaring? 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?

In alle CGG zijn voor de verschillende onderdelen van het dossier sjablonen opgesteld. Hoewel in de audits bij medewerkers nog regelmatig kritische geluiden werden gehoord over de gebruiksvriendelijkheid van het EPD, wordt de geleidelijke overgang van een papieren naar een grotendeels elektronisch dossier toch zichtbaar. Een bijzondere plaats blijft wel ingenomen door de persoonlijke nota's die hulpverleners maken tijdens de therapie sessies, en die niet tot het eigenlijke dossier behoren, maar waarvan wel een weerslag in het dossier verwacht wordt. De mate waarin leidinggevenden de dossiersamenstelling opvolgen, is verschillend.

Alle CGG hebben een deontologische code, en hoewel sinds jaren het document dat opgesteld is door CGG Andante als standaard heeft gefunctioneerd, wordt vandaag vastgesteld dat er in veel CGG actualiseringen wenselijk zijn. Het zou overigens aanbeveling verdienen om op sectorniveau na te gaan welke generieke elementen in elke code moeten aan bod komen, en daarvoor een regelmatige update te voorzien.

- 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?

De wijze waarop teamvergaderingen georganiseerd worden, varieert per CGG. Een aantal directies zijn van mening dat er op dat vlak nog efficiëntiewinst te halen valt, en zijn daarom niet geneigd om de beschikbare tijd voor teamvergaderingen te verruimen, ook al wordt er bijkomende tijd gevraagd voor de systematische evaluatie van behandelplannen. Ook in een SWOT-analyse die door een werkgroep van de Vlaamse Vereniging van Kinderpsychiaters is gemaakt over de CGG wordt opgemerkt dat er onvoldoende geïnvesteerd is in vergadertechnieken en time-management.

Anderzijds is een open en constructief klimaat in een CGG team een belangrijke voorwaarde om de beschikbare competenties optimaal te kunnen benutten, en wellicht komt dat het best tot stand in een sfeer waarin ook enige ruimte is voor “nuttige overtolligheid”. De verwachting dat meer dan in het verleden de lopende zorgperiodes periodiek zouden geëvalueerd worden op een kwalitatieve manier vereist zeker dat er in de teams een klimaat is van onderling vertrouwen. Daarom werd dit punt ook in alle teams besproken. In de meeste teams werd aangegeven dat er een positieve sfeer aanwezig was. In een aantal gevallen werd zonder meer duidelijk dat dit niet het geval was. In feedback aan directies werd aanbevolen om daar bijzondere aandacht aan te besteden.

- Zijn er duidelijke afspraken over een werkwijze indien de patiënt zonder overleg wegblijft en dit een problematisch karakter kan hebben?
- Bestaat er binnen het CGG een beleid om het aantal NOA's te beperken en wordt dit ook op de werkvloer voldoende toegepast?

Net zoals het thema behandelplan is ook het NOA-beleid door de sector op een actieve wijze opgenomen. Er zijn in veel CGG degelijke en genuanceerde beleidsnota's over dit thema beschikbaar. Er is ook een website waarin good practices worden verzameld.

Er worden ook inspanningen geleverd om de preventieve aspecten van het NOA-beleid te realiseren. Er is bij hulpverleners evenwel een grote terughoudendheid om ook de meer “strengere” aspecten van het beleid uit te voeren, zoals het vorderen van een financiële bijdrage voor een afspraak die niet doorgegaan is, of het stopzetten van een behandeling bij herhaaldelijk niet respecteren van de afspraken. Daarom wordt door een aantal directies overwogen om dit aspect los van de hulpverlener – cliënt relatie te organiseren. Over het algemeen bestaat niet de verwachting dat het NOA-beleid tot een significante vermindering van het probleem zal leiden. Toch wordt door directies soms de merkwaaardige vaststelling gedaan dat er een opvallend verschil is in aantal NOA's bij medewerkers. Dit zou er dan op wijzen dat niet enkel de kenmerken van bepaalde doelgroepen determinerend zijn, maar dat ook elementen meespelen in het aanbod van de hulpverlening. In principe vergroot dit weer de mogelijkheden om een NOA-beleid vorm te geven en er toch resultaat mee te halen.

Naast de hulpverlening werd in de tweede cyclus ook aandacht besteed aan de activiteiten van de preventiewerkers van wie ook een zelfevaluatie werd gevraagd aan de hand van een lijst met topics.

Over het algemeen werd door **de preventiewerkers voor drugs en alcohol** aangegeven dat zij het gevoel hadden in een coherent kader te werken, waarbij de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen als een solide partner werd aanzien voor coaching en ondersteuning. Er bleek ook een grote stabiliteit te bestaan in de invulling van de functies preventiewerk voor deze materie. Alle bevroegde medewerkers gaven aan dat zij ook binnen het eigen CGG voldoende ondersteuning en ruimte kregen. Bij het overzicht van de activiteiten werd steeds benadrukt dat het structureel werken aan organisatiebeleid via intermediairen een valabele optie bleef, en dat in die zin een evaluatie op korte termijn van de resultaten niet realiseerbaar was.

Door **de suïcidepreventiewerkers** werd vrij unaniem gemeld dat zij niet het gevoel hadden in een coherent kader te werken, omdat er teveel verschillende niveaus van aansturing bestonden en omdat

er soms ook interferentie was tussen de niveaus. In de suïcidepreventie bleek ook dat de stabiliteit in de invulling van de functies een stuk minder was, in die mate dat hiervan een negatief effect op de uitvoering van de opdracht te verwachten was. Het valt af te wachten of het nieuwe actieplan er ook kan toe bijdragen dat een aantal medewerkers het opnemen van een suïcidepreventiefunctie minder als een opstap zien voor een hulpverleningsfunctie. Overigens gaven de medewerkers ook wel aan dat de verwevenheid van hulpverlening en preventie die binnen een CGG-context mogelijk is, verrijkend is voor beide.

Tenslotte werden ook **de forensische teams** bevroegd, waarbij o.m. volgende items aan bod kwamen: de samenwerking met CAW en het al dan niet hanteren van risicotaxatie.

7 Tevredenheid van gebruikers

- 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?

In de eerste auditcyclus werd vastgesteld dat in ongeveer de helft van de CGG geen klachtenprocedure aanwezig was. Vandaag heeft elk CGG een klachtenprocedure die meestal als een getrappt systeem is opgebouwd. Cliënten worden uitgenodigd om een eventueel ongenoegen eerst met de hulpverlener te bespreken, en indien dat niet tot een oplossing leidt, zich te wenden tot de leidinggevenden van het CGG. Ook wordt steeds op de mogelijkheid gewezen om een beroep te doen op de ombudsfunctie van de provinciale overlegplatforms. In de rapportering werd een aantal maal een tekortkoming geformuleerd over de cliëntinformatie die over de klachtenprocedure beschikbaar was.

Er wordt zeer weinig van de interne, en nog minder van de externe procedure gebruik gemaakt. In een paar CGG werd wel opgemerkt dat het getrapte systeem een eerder informele afhandeling van cliëntongenoegen bevordert op het niveau van de hulpverlener, en dat daardoor een wat gesystematiseerde inventarisering van waar het om gaat niet beschikbaar is.

Het in kaart brengen van de algemene gebruikerstevredenheid, hetgeen een opdracht is van het kwaliteitsdecreet, is in de CGG-sector tot nu niet probleemloos verlopen. Op het moment van de individuele audits werd vastgesteld dat:

- in 2008 tot begin 2010 vrijwel alle CGG aangaven te wachten tot op sectorniveau aangepaste versies van de Trimbos-thermometers tot stand waren gekomen
- vanaf 2011 de CGG die de bevraging met de Trimbos-thermometer hadden gedaan eerder sceptisch waren over de (voorspelbaarheid van de) resultaten in verhouding tot de kostprijs van de uitvoering
- slechts 1 CGG een eigen meerjarige bevraging had uitgevoerd die de mogelijkheid bood om het effect van bepaalde initiatieven (bijvoorbeeld op het vlak van informatie) te toetsen
- van de theoretische mogelijkheid om resultaten van verschillende voorzieningen met elkaar te vergelijken, geen enkel gebruik was gemaakt
- een aantal CGG die in organisatorische veranderingsprocessen betrokken waren in het geheel geen prioriteit hadden gegeven aan dit thema
- door een aantal verantwoordelijken verwezen werd naar de instrumenten voor uitkomstenmeting als alternatief voor een klassieke bevraging.

Het blijft een opdracht voor CGG, zoals voor alle hulp- en dienstverlenende organisaties, om de tevredenheid van cliënten in beeld te krijgen. Hetgeen tot nu toe op dat vlak werd gerealiseerd, is niet echt voldoening gevend. De ambitie om voor meting in de hele sector zoveel mogelijk één instrument te gebruiken en daar eventueel zelfs benchmarking mee te kunnen doen is niet gerealiseerd. Wellicht is er in de toekomst ruimte voor een scenario waarin verschillende methodieken en instrumenten ingezet worden. Het zou daarbij dan niet uitsluitend om zorginhoudelijke aspecten mogen gaan, zoals met uitkomstenmeting wordt beoogd, maar ook over meer globale aspecten van zorgorganisatie, die een weerslag kunnen hebben op cliëntentevredenheid.

8 Tevredenheid van medewerkers

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

Op het ogenblik van de individuele audits werd in 12 van de 20 CGG vastgesteld dat er een bevraging van de medewerkerstevredenheid had plaatsgevonden die systematisch mocht genoemd worden en waarbij ook over de resultaten was gerapporteerd, inclusief de initiatieven die waren ondernomen om aan knelpunten tegemoet te komen. Met “systematisch” wordt bedoeld dat de bevraging tot doel had om een brede waaier van aspecten van het thema in beeld te brengen, en dat daarbij gebruik gemaakt was van specifieke instrumenten voor dit doel, of van specifieke expertise.

In een aantal gevallen werd ook gemeld dat in een kleinschalige organisatie de functioneringsgesprekken en de vele contactmogelijkheden tussen medewerkers en leidinggevenden een valabel kanaal waren om onvrede te capteren.

Anderzijds wordt de laatste jaren wel meer gebruik gemaakt van een specifiek instrument dat op maat van de sector is ontworpen en dat vergelijking van resultaten tussen verschillende CGG mogelijk maakt. Over het algemeen is aan deze opdracht van het kwaliteitsdecreet in elk CGG voldaan.

9 Waardering door maatschappij en samenwerking

- 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,...?

Op het vlak van samenwerking wordt de agenda van de CGG (en van de GGZ in het algemeen) al enige tijd beheerst door de projecten in het kader van de operationalisering van artikel 107 van de ziekenhuiswet (en dus de organisatie van de GGZ in zorgcircuits en –netwerken). Naar alle verwachting zal dit ook de komende jaren zo blijven.

CGG zien zich in dit verband voor enkele uitdagingen gesteld.

- De beleidsoptie waarbij de CGG expliciet gevraagd worden om ten volle te participeren aan de in ontwikkeling zijnde projecten rond zorgcircuits en netwerken, zonder dat dit weegt op hun kernactiviteit (namelijk de ambulante face-to-face behandeling van cliënten), wordt in de sector als contradictorisch ervaren.

Waar (of zolang) de projecten zich nog eerder in de conceptuele fase bevinden, probeert men hieraan tegemoet te komen door deelname aan de verschillende overlegorganen te beperken tot directie en stafmedewerkers. Eens een project de fase van de operationalisering bereikt is deze optie evenwel niet langer houdbaar, en moeten ook hulpverleners deelnemen aan projectgroepen.

Daarnaast leiden de opdrachten inzake outreaching en deskundigheidsbevordering in de eerstelijns, die in dit kader hoofdzakelijk aan de CGG toebedeeld worden, ook onvermijdelijk tot een vermindering van de directe cliëntentijd.

- Sommige CGG – vooral diegene met ver uit elkaar liggende vestigingsplaatsen – zijn actief in de werkingsgebieden van twee of zelfs drie verschillende projecten 107. Dit maakt de beheersbaarheid van de participatie aan deze projecten (zoals hierboven beschreven) uiteraard niet eenvoudiger. Op termijn dient de vraag misschien gesteld of enige afstemming tussen de werkingsgebieden van bepaalde GGZ-netwerken en die van bepaalde CGG opportuun is.
- De rol van de CGG wordt algemeen gezien vooral in de eerste functie gesitueerd (preventie, promotie van de GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling). Het blijft in de sector een stuk onduidelijk (en bron van discussie) in hoeverre participatie aan functie 2 (ambulante intensieve behandelteams) opportuun is. Sommige CGG lijken het strategisch belangrijk te vinden om hier een (zij het beperkt) stuk hulpverlenende capaciteit in te zetten, andere opteren er principieel voor om hun participatie te beperken tot functie 1.
- Een andere vaak gehoorde opmerking in dit verband is dat de kernactiviteit van de CGG – ambulante face-to-face behandeling – niet expliciet is opgenomen in het beleidsmatig kader dat door de verzamelde overheden is uitgetekend, en dat toch geacht wordt het hele (gesubsidieerde) GGZ-landschap te omvatten.
- De projecten vergen erg veel vergadertijd. Dat geldt uiteraard voor alle deelnemende voorzieningen, maar gezien hun beperkte schaalgrootte weegt dit voor veel CGG proportioneel zwaarder dan voor veel andere actoren.

10 Performantie (FTF)

- 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?

In principe wordt de performantie – in de betekenis van de tijd die besteed wordt aan FTF-gesprekken, in verhouding tot de totale beschikbare tijd – gemeten met de PI-indicator in de beleidsplannen en voortgangsrapporten. Zeker in de beginfase was dit cijfer onderhevig aan enige instabiliteit en daarom werd in de audits bevraagd welke afspraken er in het CGG bestonden over de tijd die medewerkers-hulpverleners geacht werden te besteden aan FTF en hoe het realiseren van die afspraken werd opgevolgd.

In meerdere CGG werd een onvrede vastgesteld met de wijze waarop de algemene performantie van de organisatie werd gereduceerd tot het segment FTF. Ook over de techniciteit van de berekening werden bedenkingen geformuleerd, zoals het feit dat in CGG met oudere werknemers door hun extra verlofdagen het theoretische aantal van 1550 werkuren per jaar niet gehaald werd.

Over het algemeen is duidelijk dat de oorspronkelijke norm van 36% FTF voor het geheel van de sector niet werd gehaald, en de meerderheid van de directies gaf aan dat dit ook onmogelijk te realiseren was.

Over de binnen het CGG gemaakte afspraken werd vastgesteld dat:

- slechts enkele CGG-directies de norm van 60% gerealiseerde FTF-tijd hanteerden voor de volwassenenwerking
- de meerderheid een interne norm gebruikte die lag tussen 50 en 55% voor de volwassenenwerking
- voor de kinderen en jongerenwerking de normering meestal tussen 5 en 10% lager lag
- op het moment van de audit er bij verschillende vestigingsverantwoordelijken geen duidelijkheid bestond over de afspraken en de normering; soms was er helemaal geen afspraak en werd van de periodieke confrontatie met de registratiecijfers een zelfregulerend effect verwacht
- op verschillende wijze de tijdsbesteding aan NOA werd toegevoegd aan het te realiseren kwantum, in functie van de tijdigheid van de afmelding
- in alle CGG de transparante tijdsbesteding van medewerkers een element was dat opgevolgd werd in de functioneringsgesprekken, op basis van teruggekoppelde EPD-gegevens; er is variatie in de frequentie waarmee dit gebeurt en zeker in de mate waarin door leidinggevendenden ook bijsturing werd beoogd indien de verwachting niet werd gehaald.

In een meerderheid van CGG waren directies van mening dat het geen zin had om de eigen normering te verhogen met het doel om meer in de buurt te komen van de oorspronkelijke streefcijfers omdat uit de opvolging bleek dat ook de eigen (lagere) afspraken niet konden gehaald worden. Naast de hoger vermelde impact van leeftijd en verlofdagen (waarbij zich in een aantal CGG ook het effect voegt van de extralegale verlofdagen die bij de fusie werden meegenomen) worden als belangrijkste redenen genoemd: het NOA-probleem en de tijdsbesteding aan dienstverlening en outreach. Daarnaast is er ook de toenemende investering in arbeidsintensieve projecten zoals VDIP en artikel 107. Door medewerkers zelf werd de toegenomen druk op FTF-prestaties dikwijls beoordeeld als negatief voor de kwaliteit van de hulpverlening.

De meerderheid van de CGG hebben een informatief jaaractiviteitenverslag ter beschikking.

11 Algemene conclusie

Omdat de bestaande wetgeving te weinig uitgangspunten bood om een audit op te baseren, is geopteerd voor een formule waarbij de CGG werden uitgenodigd om een zelfevaluatie te maken rond een lijst met zorgorganisatorische en zorginhoudelijke topics, en waarbij het EFQM-model als ordeningsprincipe werd gehanteerd.

Bij het zorginhoudelijke is onder meer gefocust op het “behandelplan” dat als concept in de reglementering stond, maar een concretere invulling diende te krijgen. Binnen de ruimere context van het behandelplan is ook specifieke aandacht gegaan naar het luik diagnostische cyclus en meer specifiek het gebruik van psychodiagnostische instrumenten.

Daarnaast is ook het thema “uitkomstenmeting” door externe onderzoekers aangebracht als instrument om elementen van het resultaat van behandeling in beeld te brengen, maar dat in wezen eerder een directe feedbackmogelijkheid biedt aan de cliënt over het verloop van het behandelproces en over de kwaliteit van de therapeutische relatie.

Tenslotte is aan alle CGG aanbevolen om kennis te nemen van de GGZ-richtlijnen die door het Trimbos-instituut in Nederland worden opgesteld als aanbevelingen voor de beste kwaliteit van zorg voor een aantal belangrijke doelgroepen in de GGZ. Het is daarbij van belang dat zij zijn opgesteld door multidisciplinaire groepen en bestemd zijn voor multidisciplinair gebruik, hetgeen niet bij alle richtlijnen het geval is.

Behandelplan, (psycho)diagnostiek, uitkomstenmeting en richtlijnen kunnen begrepen worden als instrumenten waarmee het beleid meer verantwoording vraagt voor het therapeutisch handelen dat zich in wezen afspeelt in de beslotenheid van de behandelkamer en van nature uit niet erg transparant kan zijn. Wij denken dat de vraag naar meer transparantie zeer legitiem is, ook al is gebleken dat de vermelde topics niet zeer populair zijn bij CGG-medewerkers.

Toch is het ook noodzakelijk om erover te waken dat die transparantiedruk niet zo hoog opgevoerd wordt (zoals misschien in buurlanden met diagnose-behandelcombinaties gebeurt) dat contraproductieve effecten ontstaan of dat oppervlakkige resultaten worden voorgesteld die geen inhoudelijke meerwaarde hebben. Daarom is het goed om ter afronding het blijvend belang te onderstrepen van wat men een paar minimaal noodzakelijke voorwaarden kan noemen voor kwaliteit in de GGZ:

- een zorgvuldig aanwervingsbeleid, waarbij de potentie om therapeutische relaties aan te gaan met cliënten en de capaciteit om deel te nemen aan teamwerking primordiale aandachtspunten zijn
- een vormingsbeleid dat focust op voldoende diversiteit, weliswaar binnen de orthodoxe methodieken, en dat voorziet in mogelijkheden voor intervisie
- een organisatiecultuur waarbij medewerkers geen te grote afstand ervaren tot het management.

Colofon

Verantwoordelijke uitgever

Marc Morris
Administrateur-generaal
Zorginspectie Koning Albert II-laan 35, bus 31
1030 Brussel

Depotnummer

D/2012/3241/291