

UITVOERINGSBESLUIT VOOR DE PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN EN DE CENTRA VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

- 1. Hoe is het uitvoeringsbesluit tot stand gekomen?**
- 2. Aan welke vereisten moet het kwaliteitshandboek voldoen?**
 - 2.1 Inleiding: het kwaliteitsbeleid tussen 1991 en 2005
 - 2.2 Kwaliteitsbeleid
 - 2.2.1. Missie
 - 2.2.2. Visie
 - 2.2.3. Doelstellingen
 - 2.2.4. De strategie
 - 2.3. Kwaliteitsmanagementssysteem
 - 2.3.1. De organisatorische structuur, bevoegdheden en verantwoordelijkheden
 - 2.3.2. Procedures
 - 2.4. De zelfevaluatie
 - 2.4.1. De klinische performantie
 - 2.4.2. De operationele performantie
 - 2.4.3. Evaluatie door de gebruiker
 - 2.4.4. Evaluatie door de medewerker
- 3. Aan welke vereisten moet het evaluatierapport voldoen?**
- 4. Welke sancties zijn voorzien?**

Uitvoeringsbesluit voor de psychiatrische ziekenhuizen en de centra voor geestelijke gezondheidszorg

1. Hoe is het uitvoeringsbesluit tot stand gekomen?

Het is bij decreet bepaald dat de uitvoering van het decreet in overleg met de sector moet gebeuren. De bijkomende bepalingen met betrekking tot het kwaliteitshandboek, de mogelijke sancties bij het decreet en de overgangsbepalingen worden na overleg in uitvoering gebracht.

Naast het uniformiseren van het kwaliteitsbeleid binnen de welzijnssector en de sector verzorgingsvoorzieningen, maakt dit decreet het ook mogelijk om het kwaliteitsbeleid nog meer dan voorheen open te trekken naar alle geledingen binnen de voorziening. Uit evaluatie bleek dat het kwaliteitsbeleid soms integraal werd gedelegeerd naar de kwaliteitscoördinator. Het nieuwe decreet heeft de juiste verantwoordelijkheden opnieuw gedefinieerd en legt verplichte functie van kwaliteitscoördinator niet meer op.

Na overleg met de sector van de algemene, universitaire en categorale ziekenhuizen werd het uitvoeringsbesluit voor deze sectoren afgekondigd op 14 mei 2004 en gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 30 juli 2004. Voor de sector psychiatrie werd dezelfde filosofie en werkwijze aangehouden.

2. Aan welke vereisten moet het kwaliteitshandboek voldoen?

Het kwaliteitshandboek bevat drie grote hoofdstukken: het kwaliteitsbeleid, het kwaliteitsmanagementsysteem en de zelfevaluatie. De eerste belangrijke wijziging is dat er voortaan geen sprake meer is van een kwaliteitshandboek en een kwaliteitsplan, maar dat er nog slechts één document is waarin het volledige dossier is vevat. Er worden geen doorgedreven vormvereisten opgelegd. Omdat we ervan uitgaan dat er voldoende kennis en kunde is binnen de sector, dient er geen nieuwe goedkeuring van de minister te worden gevraagd. De wijzigingen dienen niet systematisch te worden voorgelegd aan de administratie. Het dossier zal besproken en beoordeeld worden tijdens de inspectie van de instelling. Wel kan de administratie het kwaliteitshandboek van de voorziening te allen tijde opvragen indien hiertoe een aanleiding zou zijn. De inleiding van het kwaliteitshandboek bevat de evaluatie van het gevoerde kwaliteitsbeleid tussen 1997 en 2005.

2.1. Inleiding: het kwaliteitsbeleid tussen 1997 en 2005

2005 is een overgangsjaar waarin de voorzieningen de link tussen het vorige en het nieuwe decreet voor zichzelf duidelijk moeten maken. Dit wil zeggen dat de activiteiten met betrekking tot het registreren van de verplichte en vrije thema's zoals bepaald in het vorige decreet mogen worden stopgezet. Het spreekt voor zich dat ziekenhuizen die na een zelfevaluatie het nuttig vinden, verder kunnen werken rond de bestaande thema's. De ziekenhuizen maken in 2005 een evaluatie van het gevoerde beleid tussen 1997 en 2005. Onder meer de relevante resultaten en resterende knelpunten van de behandelde verplichte en vrije thema's worden beschreven. Deze gegevens zijn de basis voor het aanpassen van het kwaliteitshandboek conform de bepalingen van het nieuwe decreet.

Concreet betekent dit dat kwaliteitsbeleid en kwaliteitsmanagementsysteem geactualiseerd dienen te zijn tegen 31 december 2005 zodat de metingen voor de zelfevaluatie van start kunnen gaan op 1 januari 2006.

Elk ziekenhuis moet ook nadenken over het kader waarbinnen het ziekenhuis vanaf 2006 zal werken met de vier domeinen van zelfevaluatie. Ook de wijze waarop het bestaan van het evaluatierapport zal worden bekendgemaakt, dient te worden vastgelegd in een procedure.

De inleiding van het geactualiseerde kwaliteitshandboek bevat:

- de algemene evaluatie van het gevoerde kwaliteitsbeleid 1997-2005
- de evaluatie van de verplichte en vrije thema's 1997-2005
- de argumentatie met betrekking tot de gemaakte keuzes voor het beleid vanaf 2006.

2.2. Kwaliteitsbeleid

Het kwaliteitsbeleid omvat de intenties van een voorziening met betrekking tot kwaliteit en de wegen daar naartoe, formeel uitgedrukt in een verklaring van het management. Het kwaliteitsbeleid dient in overeenstemming te zijn met het algemeen beleid van de voorziening en moet een basis leggen voor formulering van de kwaliteitsdoelstellingen. Het steunt op de deelname van alle medewerkers en streeft naar voordelen voor de gebruikers, de medewerkers, de voorziening en de samenleving.

Het kwaliteitsbeleid bevat minimaal:

- missie
- visie
- doelstellingen
- strategie.

2.2.1. Missie

De missie, ook wel opdrachtverklaring of "mission statement" genoemd, geeft een beschrijving van de bestaansredenen van een organisatie, de focus, de waarden... De missie zegt wat de organisatie doet, welke haar kernopdracht is en waar ze voor staat. Rekening houdend met haar wettelijk of decretaal bepaalde opdrachten, beschrijft iedere voorziening haar eigen missie, haar plaats en haar opdracht in het huidige en toekomstige zorgveld. Een opdrachtverklaring impliceert de inzet van alle betrokkenen in de voorziening en kan zowel dienen voor de profilering van de voorziening naar buiten toe als voor intern gebruik. Deze verklaring dient door de hoogste leiding binnen de voorziening geformaliseerd te worden.

2.2.2. Visie

De visie van een organisatie is haar lange termijn ambitie. Een visie betreft overtuigingen die men heeft over hoe dingen in elkaar zitten, wat wenselijk is, hoe het zou moeten zijn... Een visie omvat een brede zienswijze die gevormd is door de eigen ervaringen, waarden, normen, theorieën en maatschappelijke ontwikkelingen.

2.2.3. Doelstellingen

Met een doelstelling geeft een organisatie aan wat ze precies wil bereiken, wat ze wil realiseren, welke resultaten ze wil behalen. Doelstellingen dienen concreet en meetbaar geformuleerd te worden. Doelstellingen zijn "SMART" geformuleerd: specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, resultaatgericht en tijdgebonden.

2.2.4. De strategie

De strategie is de weg die men wil afleggen om de vooropgestelde doelstellingen, binnen de vooropgestelde termijnen te bereiken.

2.3. Kwaliteitsmanagementsysteem

In een tweede hoofdstuk wordt het systeem beschreven dat de instelling hanteert om het kwaliteitsbeleid in de instelling te sturen. Het kwaliteitsmanagementsysteem is nodig voor de vaststelling en uitwerking van het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsdoelstellingen en om die doelstellingen vervolgens te bereiken.

Het systeem bestaat uit:

- de organisatorische structuur, bevoegdheden en verantwoordelijkheden
- procedures.

2.3.1. De organisatorische structuur, bevoegdheden en verantwoordelijkheden

De organisatiestructuur wordt in beeld gebracht aan de hand van een organogram waarin alle verantwoordelijken in hiërarchische verhoudingen opgenomen zijn. De wijze waarop kwaliteitszorg georganiseerd wordt dient eveneens aangegeven te worden (de vermelding van werkgroepen en comités die werken rond kwaliteit). Ook de verantwoordelijkheden over het beheer, beoordelen en actualiseren van het kwaliteitshandboek worden hier beschreven.

2.3.2. Procedures

Verder bevat dit hoofdstuk een lijst van alle bestaande en gevalideerde procedures in de instelling. Met uitzondering van de procedure voor het opstellen en verspreiden van procedures, bevat het kwaliteitshandboek dus geen procedures meer. De lijst kan opgesteld zijn in een "boomstructuur" en vermeldt de vindplaatsen van alle procedures.

2.4. De zelfevaluatie

Een zelfevaluatie is een systematische evaluatie van de processen, structuren en resultaten van de voorziening en wordt door de voorziening zelf verwezenlijkt. De voorziening toont door middel van een zelfevaluatie aan hoe ze haar processen, structuren en resultaten bewaakt, beheerst en voortdurend verbetert.

De zelfevaluatie bevat minimaal:

- een periodieke evaluatie van de klinische performantie
- een periodieke evaluatie van de operationele performantie
- een periodieke evaluatie door de gebruikers
- een periodieke evaluatie door de medewerkers.

Hierbij wordt telkens een beschrijving gegeven van de 5 stappen beschreven in het kwaliteitsdecreet Art. 5 §3. Het is de bedoeling om aan de hand van de gemeten resultaten een verbeterproces in kaart te brengen en de link te leggen met gevalideerde procedures of andere beleidsingrepen.

2.4.1. De klinische performantie

Artikel 6 van het kwaliteitsdecreet stelt dat de Vlaamse regering per sector een lijst kan opstellen van aspecten van zorg die een bijzondere maatschappelijke waarde hebben.

Voor de algemene en universitaire ziekenhuizen vond een wetenschappelijk onderzoek naar klinische performantie-indicatoren plaats. Voor de sectoren van de categorale en psychiatrische ziekenhuizen werd telkens een expertenwerkgroep samengesteld. Beide werkgroepen hadden als opdracht om voor eind 2005 een lijst van indicatoren voor te stellen.

De set van performantie-indicatoren¹ voor de sector psychiatrie bestaat uit twee delen.

1. Een eerste deel vermeldt indicatoren die kunnen worden ingevuld met gegevens uit MPG. Deze indicatoren zullen door de administratie via een elektronische feedback aan elk psychiatrisch ziekenhuis geleverd worden. Het ziekenhuis kan deze gegevens gebruiken bij de zelfevaluatie. De zwakke punten moeten worden besproken en zijn de basis voor verbeteracties. In principe horen de ziekenhuizen alle zwakke punten aan te pakken, tenzij er te veel punten zijn om tegelijk aan te werken. In dat geval dient het ziekenhuis prioriteiten te stellen voor het komende jaar en een planning op te stellen om de resterende zwaktes gefaseerd aan te pakken. Als de voorziening geen zwaktes kan vinden in de teruggekoppelde data, dan spreekt het voor zich dat er ook geen verbeterprojecten uit voort moeten vloeien.
2. De tweede lijst bevat een hele reeks indicatoren waarvoor een extra registratie noodzakelijk is. Voor dit soort indicatoren is de werkgroep uitgegaan van de hoofdprocessen binnen het traject dat een patiënt doorloopt binnen een psychiatrisch ziekenhuis, namelijk "opname", "therapie" en "ontslag". Zoals u zal merken, worden telkens de doelstelling en de indicator duidelijk omschreven en worden ook de meetmethode en meetfrequentie precies aangegeven.
Naast verbetermogelijkheden die uit de teruggekoppelde data gehaald kunnen worden (zie vorige paragraaf), vraagt de overheid om een gedegen sterktezwakteanalyse te doen van de klinische zorg. De instelling moet dus actief op zoek gaan naar eigen verbetermogelijkheden op het vlak van de klinische zorg. Nadien dienen de verbetermogelijkheden te worden geprioriteerd naar relevantie en haalbaarheid. Er moet minimaal één verbeteractie georganiseerd worden. Als de voorziening verbeteracties nodig acht binnen één of meer indicatoren uit de set, dan wordt verwacht dat de metingen gebeuren aan de hand van de hierin aangegeven methodologie. De cijfers die worden bekomen uit deze ratio's, die de ziekenhuizen op vrijwillige basis hebben gekozen, moeten jaarlijks worden overgemaakt aan de administratie. Op deze manier is het mogelijk om een overzicht te maken van welke indicatoren en ratio's frequent gekozen worden door de ziekenhuizen en welke niet. Als voldoende ziekenhuizen dezelfde ratio's kiezen, kunnen cijfers teruggekoppeld, geaggregeerd en verwerkt worden. Indien het ziekenhuis zich absoluut niet kan vinden in deze indicatorenset, dient het aan te tonen hoe op systematische wijze en aan de hand van wetenschappelijk valide en betrouwbare indicatoren de gegevens verzameld en geregistreerd zullen worden.

¹ Indicatoren zijn weliswaar zeer waardevol en worden meer en meer worden beschouwd als onmisbare instrumenten om kwaliteit van zorg te meten, maar, zeker in het domein van de geestelijke gezondheidszorg, moeten de resultaten van indicatoren grondig moeten worden geanalyseerd. Aansluitend kan hierover tijdens de inspectie een dialoog ontstaan tussen de inspecteur en het ziekenhuis. Binnen de expertenwerkgroep werd dan ook besloten voor niet-meetbare kwaliteitsaspecten een aantal vragen en bemerkingen te suggereren om de dialoog rond kwaliteit te stofferen. Op deze manier krijgen zowel meetbare als niet-meetbare kwaliteitsaspecten hun plaats in het kwaliteitsgebeuren.

Bovendien maakte de expertenwerkgroep twee patiëntentevredenheidsenquêtes op: één vragenlijst kan worden afgenomen bij patiënten die opgenomen zijn in het ziekenhuis, de andere lijst kan gebruikt worden als exitenquête. De werkgroep heeft ervoor geopteerd om de vragenlijsten relatief kort te houden, zodat elk ziekenhuis desgewenst specifieke vragen kan toevoegen. Ook op het vlak van patiëntentevredenheid kunnen verbeteracties worden opgezet!

Kort samengevat, worden van de ziekenhuizen de volgende acties verwacht:

- analyse van de gegevens die de Vlaamse overheid aan de voorziening bezorgt
- sterktezwakteanalyse van de klinische performantie
- knelpunten blootleggen
- prioriteiten stellen en keuzes beargumenteren.

Bij deze evaluatie toont de voorziening minimaal aan:

- 1° hoe ze op systematische wijze gegevens verzamelt en registreert over de klinische performantie;
- 2° hoe ze deze gegevens aanwendt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren;
- 3° welk stappenplan met tijdsplan ze opstelt om deze doelstellingen te bereiken;
- 4° hoe en met welke frequentie ze evalueert of de doelstellingen bereikt zijn;
- 5° welke stappen ze onderneemt indien een doelstelling niet bereikt is.

Deze cyclus wordt elke 5 jaar doorlopen.

2.4.2. De operationele performantie

Naast de klinische zorg als kernactiviteit, steunt de goede organisatie van een ziekenhuis ook op een onuitputtelijk aantal nevenprocessen. Operationele performantie verwijst naar de algemene organisatie van de zorgvoorziening. Voor een goede organisatie van het geheel dienen de nevenprocessen te voldoen aan kwaliteitsvereisten. Operationele performantie wordt in kaart gebracht aan de hand van operationele performantie-indicatoren. We denken hierbij aan planning van somatische onderzoeken in én buiten het eigen ziekenhuis, wachttijd tussen opnameaanvraag en opname², organisatie en resultaten van keuken of schoonmaak, ...

Operationele performantie kan en mag dus geïnterpreteerd worden in de meest ruime zin. Het is de voorziening zelf die het niveau van deelaspecten bepaalt. Ook hier zal tijdens de inspectie moeten worden aangetoond dat realistische en relevante verbetermogelijkheden worden gekozen én dat een verbetering werd gerealiseerd in een cyclus van maximum vijf jaar.

Bij deze evaluatie toont de voorziening minimaal aan:

- 1° hoe ze op systematische wijze gegevens verzamelt en registreert over de operationele performantie;
- 2° hoe ze deze gegevens aanwendt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren;
- 3° welk stappenplan met tijdsplan ze opstelt om deze doelstellingen te bereiken;
- 4° hoe en met welke frequentie ze evalueert of de doelstellingen bereikt zijn;
- 5° welke stappen ze onderneemt indien een doelstelling niet bereikt is.

Deze cyclus wordt elke 5 jaar doorlopen.

² Cfr. indicator ontwikkeld door de expertenwerkgroep: opnameaanvraag – de wachtermijn tot opname staat in relatie tot het dringendheidskarakter ervan.

2.4.3. Evaluatie door de gebruiker

De evaluatie door de gebruiker begint bij de identificatie van de gebruikers. Wie zijn de gebruikers van de voorziening? Vervolgens dient te worden nagegaan welke de verwachtingen, noden, behoeften en waarden zijn van deze gebruikers om tenslotte te kunnen nagaan hoe tevreden de gebruiker over het geleverde resultaat is.

De voorziening heeft de keuze om het niveau waarop gewerkt wordt zelf te bepalen. Tijdens de inspectie zal worden geoordeeld of de belangrijkste knelpunten werden geïdentificeerd en of er relevante resultaten werden geboekt.

De waardering van de gebruiker kan aangetoond worden aan de hand van kwantitatieve of kwalitatieve tevredenheidsmetingen, klachtenregistraties ...

Bij deze evaluatie toont de voorziening minimaal aan:

- 1° hoe ze op systematische wijze gegevens verzamelt en registreert over de gebruikers (tevredenheid);
- 2° hoe ze deze gegevens aanwendt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren;
- 3° welk stappenplan met tijdsplan ze opstelt om deze doelstellingen te bereiken;
- 4° hoe en met welke frequentie ze evalueert of de doelstellingen bereikt zijn;
- 5° welke stappen ze onderneemt indien een doelstelling niet bereikt is.

Deze cyclus wordt elke 5 jaar doorlopen.

2.4.4. Evaluatie door de medewerker

Via het nieuwe decreet wil de overheid de zorg voor de zorgende accentueren. Ook in dit laatste domein zal de voorziening de (verschillende groepen van) medewerkers moeten identificeren. Ook hun verwachtingen, noden, behoeften en waarden zullen moeten worden geïnventariseerd om toe te laten keuzes te maken in verbetermogelijkheden. De verbeteracties en resultaten zullen tijdens de inspectie worden beoordeeld.

De waardering van de medewerkers kan aangetoond worden aan de hand van kwantitatieve of kwalitatieve tevredenheidsmetingen, informatie over absentisme, ziekteverzuim...

Bij deze evaluatie toont de voorziening minimaal aan:

- 1° hoe ze op systematische wijze gegevens verzamelt en registreert over de medewerkers (tevredenheid)
- 2° hoe ze deze gegevens aanwendt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren;
- 3° welk stappenplan met tijdsplan ze opstelt om deze doelstellingen te bereiken;
- 4° hoe en met welke frequentie ze evalueert of de doelstellingen bereikt zijn;
- 5° welke stappen ze onderneemt indien een doelstelling niet bereikt is.

Deze cyclus wordt elke 5 jaar doorlopen.

3. Aan welke vereisten moet het evaluatierapport voldoen?

Het evaluatierapport is een verslag van de externe beoordeling van de zelfevaluatie van de voorziening en zal dus door de inspecteurs worden opgemaakt. Ter voorbereiding van elke inspectie zal aan het ziekenhuis worden gevraagd om een samenvatting van de zelfevaluatie aan de administratie te bezorgen. Op deze wijze kan de instelling eigen accenten leggen en kunnen de auditoren zich voorbereiden op de inspectie. In een korte tekst zal de instelling een omschrijving geven van de aanleiding voor bepaalde verbeteracties, de benaderingswijze van de problematiek, de resultaten en resterende knelpunten en dit minstens voor de vier domeinen. Na het inspectiebezoek zullen de inspecteurs op basis van deze samenvatting, de evaluatie van de zelfevaluatie opmaken.

Dit rapport dient dan op actieve wijze kenbaar te worden gemaakt aan inrichtende macht, gebruikers en medewerkers. Het rapport zal ongewijzigd blijven tot de volgende inspectie. Om te voorkomen dat belanghebbenden verouderde informatie krijgen, wordt voorgesteld dat de evolutie in het kwaliteitsbeleid aan het rapport kan worden toegevoegd als bijlage.

De drempel om het rapport te consulteren moet laag zijn. De overheid wenst geen manier op te leggen om het bestaan van dit rapport kenbaar te maken, maar laat de keuze hiervoor over aan de instelling zelf. De overheid zal toezicht houden op de procedure voor het informeren van alle belanghebbenden. Heel specifiek zal nagegaan worden of de procedure efficiënt is inzake het bereiken van alle doelgroepen. Zo dient bijvoorbeeld extra aandacht te worden besteed aan het bereiken van ambulante patiënten en van huisartsen.

4. Welke sancties zijn voorzien?

Het voldoen aan de bepalingen van het decreet is nog steeds een erkenningvoorwaarde. Echter, omdat de aard van het probleem vaak niet in evenredigheid is met deze sanctie, namelijk het intrekken van erkenning van de instelling, werden bijkomende maatregelen voorzien in het nieuwe decreet.

De belangrijkste wijziging in het nieuwe decreet is dat aan de voorziening een geldboete kan worden opgelegd als blijkt dat aan de bepalingen van het kwaliteitsdecreet niet wordt voldaan.

Omdat we uitgaan van een vertrouwensrelatie tussen overheid en sector en omdat we overtuigd zijn van de goede intenties van de ziekenhuizen worden de bepalingen over het sanctioneren voorlopig niet in uitvoering gebracht.