DEPARTEMENT
WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie
Koning Albert II-laan 35 bus 31
1030 BRUSSEL
T 02 553 34 34
F 02 553 34 35
contact@zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg

INSPECTIEPUNT	
Naam	CGG Waas en Dender
Adres	Grote Peperstraat 15, 9100 Sint-Niklaas
Telefoon	078 35 34 35
E-mail	info@cggwaasendender.be
Website	www.cggwaasendender.be
Erkenningsnummer	405

INRICHTENDE MACHT	
Naam	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Waas en Dender
Juridische vorm	vzw
Adres	Grote Peperstraat 15, 9100 Sint-Niklaas
Telefoon	078 35 34 35
E-mail	info@cggwaasendender.be

UITBATINGSPLAATS	
Naam	Vestiging Dendermonde
Adres	Koning Albertstraat 14, Dendermonde

OPDRACHT	
Nummer	O-2018-MAPU-0007
Datum	08/01/2018
Inspecteurs	XXXX
	XXXX

VERSLAG	
Nummer	V-2018-LIKU-0002
Datum	15/1/2018

INSPECTIEBEZOEK	
Soort	Aangekondigd bezoek op 12/1/2018 van 9u00 tot 14u30

INHOUD

1 Afkortingenlijst ... 3

2 Inleiding ... 4

2.1 Toezicht door Zorginspectie ... 4
2.2 Focus van deze inspectieronde ... 4
2.3 Inspectieproces en -methodiek ... 5
2.4 Situering van de voorziening ... 8

3 Algemene gegevens betreffende de gecontroleerde dossiers ... 9

3.1 Aantal gecontroleerde dossiers ... 9
3.2 Doorlooptijden ... 9
3.3 Aantal face-to-face-contacten ... 10

4 Thema's ... 11

4.1 Behandelplan ... 11
4.2 Multidisciplinaire werking ... 16
4.3 Uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback ... 24
4.4 Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag ... 26

5 Prioritaire verbeterpunten ... 29

1 AFKORTINGENLIJST

Afkorting	**Uitleg**
BHP	Behandelplan
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
EPD	Elektronisch patiëntendossier
FTF	Face-to-face(-contact)
FTF1	1e face-to-face(-contact)
MDR	Multidisciplinaire richtlijn (voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag)
VLESP	Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie

2 INLEIDING

2.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse overheid, en is bevoegd voor het toezicht op (onder meer) voorzieningen die door het Departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund of gesubsidieerd worden. Hiertoe behoren de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), die worden erkend en gesubsidieerd door het agentschap Zorg en Gezondheid.

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

- toezicht houden op de naleving van gestelde eisen;
- concrete beleidsadvisering op basis van de inspectievaststellingen;
- een beeld schetsen van een hele sector op basis van inspectievaststellingen.

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- het verbeteren van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van de voorzieningen;
- het rechtmatig besteden van overheidsmiddelen;
- een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

2.2 FOCUS VAN DEZE INSPECTIERONDE

Tijdens deze inspectieronde in de CGG focussen we op vier thema's:

1. behandelplan
2. multidisciplinaire werking
3. uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback
4. detectie en behandeling van suïcidaal gedrag.

De gekozen thema's betreffen vanzelfsprekende aspecten van een goede hedendaagse zorgpraktijk.
De eerste drie thema's komen expliciet aan bod in het referentiekader dat het agentschap Zorg en Gezondheid in 2015 aan de sector heeft bekendgemaakt (raadpleegbaar via **https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-centra-geestelijke-gezondheid**).
Het luik rond het thema detectie en behandeling van suïcidaal gedrag is dan weer gebaseerd op elementen uit de "Multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag" (**https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/pdf/richtlijn.pdf**). Deze richtlijn werd door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie gelanceerd op 30/3/2017; via een ministeriële omzendbrief dd. 4/7/2017 werden alle voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg geïnformeerd dat de toepassing van deze richtlijn deel zou uitmaken van het toezicht door Zorginspectie.

Binnen de vier thema's bekijken we ook een aantal elementen die niet expliciet aan bod komen in het referentiekader of in de MDR. Waar dit het geval is, geven we dit duidelijk aan in dit inspectieverslag. Deze vaststellingen hebben de bedoeling een zicht te geven op de stand van zaken daaromtrent, met de bedoeling het beleid en/of het referentiekader daar in de toekomst op af te stemmen indien aangewezen.

Bij deze inspectieronde beperken we ons tot de werking voor de doelgroep volwassenen (18 tot 60 jaar); de werking voor jongeren en deze voor ouderen valt dus buiten de scope. De werking werd beoordeeld bij een

willekeurig gekozen team dat de volwassen doelgroep bedient, waarbij we de teams met een exclusieve gespecialiseerde werking voor zeer specifieke doelgroepen buiten beschouwing lieten (bv. forensische werking, teams verslavingszorg, teams voor mensen met een verstandelijke beperking).

De keuze voor een aantal beperkingen van de scope (enkel de niet-gespecialiseerde werking voor een specifieke leeftijdsdoelgroep, welbepaalde thema's waarbinnen een selectie van elementen werd geïnspecteerd in een beperkt aantal dossiers van één team) heeft een effect op de mogelijke interpretatie van de resultaten. Deze kunnen niet zomaar geëxtrapoleerd worden naar het functioneren van de andere teams die werken vanuit dezelfde vestigingsplaats, of naar het betrokken CGG als geheel. De conclusies in het inspectieverslag zeggen dus enkel iets over de werking van het geselecteerde team.

2.3 INSPECTIEPROCES EN -METHODIEK

Voorbereiding

In juni 2017 ontvingen alle CGG een e-mail waarin de inspectieronde werd aangekondigd. Er werd gevraagd een vragenlijst in te vullen, met een opsomming van alle vestigingsplaatsen, de teams die op de verschillende vestigingsplaatsen actief zijn, de leeftijdsdoelgroep(en) die deze teams bedienen, en welke specialisatie de betreffende teams eventueel hebben. Aan de hand van deze lijst bepaalde Zorginspectie willekeurig welke vestigingsplaats werd bezocht (er uiteraard voor zorgend dat op die vestigingsplaats een team actief was voor de doelgroep volwassenen, dat niet exclusief voor een zeer gespecialiseerde doelgroep werkte), en welk team het voorwerp van de inspectie zou uitmaken.

Op 4 september 2017 organiseerde Zorginspectie een communicatiemoment, waarop alle CGG werden uitgenodigd. Hierbij werden de inhoud, de methodiek en de praktische elementen van de inspecties toegelicht.

Bij het opmaken van de inspectie-instrumenten werd input gevraagd aan het Vlaams Patiëntenplatform en aan het Familieplatform Geestelijke Gezondheid.

Inspectiebezoeken

De inspecties van de verschillende CGG werden gepland vanaf oktober 2017 tot het voorjaar van 2018.

Onaangekondigd inspecteren heeft een duidelijke meerwaarde in functie van het krijgen van een zo goed mogelijk zicht op de dagelijks geleverde zorg. In een ambulante context is de vereiste aanwezigheid van bepaalde medewerkers echter niet evident. Daarom koos Zorginspectie in haar methodiek voor een gedeeltelijk aangekondigde inspectie: enkele maanden voor de inspectie werd met elk CGG een inspectiedatum afgesproken, maar pas de werkdag vóór de inspectie werd aan het CGG bekend gemaakt welke vestigingsplaats zou bezocht worden en welk team daarbij zou geïnspecteerd worden.

De inspecties werden telkens door minstens twee inspecteurs uitgevoerd, onder wie minstens één arts.

Bronnen

Rond elk van de vier thema's worden in eerste instantie een aantal elementen getoetst aan de hand van dossiercontroles. Op deze manier wordt nagegaan of de concrete praktijk voldoet aan de vooropgestelde verwachtingen inzake kwaliteit van zorg. We beschouwen zorgvuldige dossiervorming hierbij als hulpmiddel en noodzakelijke voorwaarde voor het invullen van diverse aspecten van kwalitatieve zorgverlening.

Voor de selectie van de steekproef van patiëntendossiers werd steeds dezelfde werkwijze gebruikt.

Op voorhand werd aan het CGG gevraagd twee lijsten klaar te leggen:

- een lijst met alle lopende zorgperiodes van het geselecteerde team;
- een lijst met alle zorgperiodes van het geselecteerde team die werden afgesloten in de 12 maanden voorafgaand aan de inspectie.

Uit beide lijsten maken de inspecteurs bij het begin van de inspectie een selectie van dossiers die effectief worden gecontroleerd, in aanwezigheid van een CGG-medewerker, die desgewenst toelichting kan verschaffen.

Bij de selectie worden onderstaande criteria gehanteerd.

- Enkel dossiers van volwassen cliënten komen in aanmerking (+18 jaar en -60 jaar).
- Forensische dossiers worden uitgesloten, wegens de specificiteit van deze hulpverleningsvorm.
- Uit de lijst met lopende zorgperiodes worden dossiers met verschillende looptijden geselecteerd:
  - begeleidingen die een half tot 1 jaar lopen op het moment van de inspectie;
  - begeleidingen die 1 tot 2 jaar lopen op het moment van de inspectie;
  - begeleidingen die langer dan 2 jaar lopen op het moment van de inspectie.

  Om de looptijd te bepalen wordt geteld vanaf het tweede face-to-face-gesprek (FTF2).
  Dossiers met minder dan 4 FTF-contacten worden geëxcludeerd.

In de ingekeken dossiers worden de verschillende aspecten nagegaan, zoals hieronder weergegeven onder het luik "dossiers" bij elk thema. Daarbij wordt het volledige patiëntendossier mee in overweging genomen, hetzij elektronisch, hetzij op papier, hetzij een gecombineerd systeem.

Met het oog op de nodige contextualisering van de vaststellingen uit de dossiercontrole nemen we voor elk thema ook de achterliggende systematiek en het (verbeter)beleid in ogenschouw, onder het luik "systeem". Dit gebeurt in deze inspectieronde via een beoordeling van interne beleidsdocumenten (procedures, rapporten, databanken, …), die elk CGG op vraag van Zorginspectie op voorhand heeft klaargelegd.

Bij de verschillende onderdelen van de inspectie is telkens minstens één medewerker van het CGG aanwezig, zodat de nodige duiding kan gegeven worden.

Bij het beschrijven van zowel de praktijk als het (verbeter)beleid, beogen we maximaal objectieve aantoonbaarheid. We zoeken de antwoorden op de inspectievragen voor elk van de vier thema’s dan ook vooral in patiëntendossiers en beleidsdocumenten.

Individueel inspectieverslag

Het inspectieverslag van elk CGG is geordend per thema.

Per thema worden de vaststellingen (zowel op basis van de dossiercontrole als op basis van de systeemaspecten) weergegeven.

Voor elk element van de dossiercontrole dat gebaseerd is op een item uit het referentiekader wordt in principe een score van 100% verwacht. Uiteraard kunnen factoren in de realiteit maken dat de werkelijke score hier van afwijkt. We opteren er daarom voor om de afzonderlijke vaststellingen niet als "in orde" of als "verbeterpunt" te benoemen. Per thema formuleren we wel telkens een aantal conclusies, mede op basis van de systeemelementen. Aan de hand van dit alles kan elk CGG de elementen identificeren waarrond verbeteracties zijn aangewezen. Daarnaast kan het agentschap Zorg en Gezondheid ook nog andere op te volgen verbeterpunten aanduiden, hetzij voor een individueel CGG, hetzij op sectorniveau.

Voor vier items werd een te behalen minimum bepaald. Deze aspecten zijn rechtstreeks gelinkt aan de kwaliteit van de zorg en/of de patiëntveiligheid. Het niet halen van volgende scores zal dan ook resulteren in opvolging door de Vlaamse overheid:

1. 85% van de gecontroleerde dossiers is voldoende toegankelijk voor het behandelend team;
2. 70% van de gezochte basisinformatie-items over de klachten en problemen van de cliënten werd gevonden;
3. in 85% van de gecontroleerde dossiers gebeurde een inschatting van suïcidaliteit in de loop van de zorgperiode;
4. in 70% van de gecontroleerde dossiers waarin sprake was van verhoogde suïcidaliteit, werd een plan met waarschuwingssignalen en gerelateerde acties gevonden.

In het laatste hoofdstuk wordt duidelijk benoemd of deze prioritaire verbeterpunten al dan niet werden vastgesteld in dit CGG.

Het ontwerpverslag wordt per e-mail bezorgd aan de voorziening. Vervolgens is een periode van 14 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het inspectieverslag te formuleren, via een gemotiveerde reactienota. Op basis hiervan kan het ontwerpverslag aangepast worden.

In het kader van actieve openbaarheid zal Zorginspectie alle inspectieverslagen publiceren op de website https://www.departementwvg.be/zorginspectie. Dit zal gebeuren na afronding van de inspectieronde in alle CGG, samen met de publicatie van het beleidsrapport dat Zorginspectie over deze inspecties zal opmaken (cfr. infra). Publicatie van de inspectieverslagen bevordert de transparantie over inspectieresultaten en draagt bij tot de maatschappelijke aandacht voor kwaliteit en veiligheid van zorg in de geestelijke gezondheidszorg. We moedigen de CGG ook aan om open en actief te communiceren over hun toezichtresultaten en bijhorende verbeteracties.

Elk definitief inspectieverslag wordt ook aan het agentschap Zorg en Gezondheid bezorgd, dat zal instaan voor de verdere opvolging van de vastgestelde verbeterpunten (cfr. supra).

Beleidsrapport

Zorginspectie maakt een beleidsrapport op bij het afronden van de inspectieronde. In dit beleidsrapport worden de belangrijkste inspectievaststellingen sectorbreed gegroepeerd en besproken. Hiermee wil Zorginspectie:

- een bijdrage leveren aan transparantie over de kwaliteit van zorg in de CGG;
- sectorbrede cijfers aanleveren die de CGG en het agentschap Zorg en Gezondheid toelaten om verbeterpunten te identificeren of afwijkende resultaten te situeren, hetzij bij de individuele CGG, hetzij sectorbreed;
- beleidsgerichte input leveren.

2.4 SITUERING VAN DE VOORZIENING

Directiecomité

Algemeen directeur	XXXX

Overzicht vestigingsplaatsen en teams

Hoofdzetel en directiesecretariaat		
Grote Peperstraat 15 9100 Sint-Niklaas		
Vestigingsplaats	**Team**	**Leeftijdsdoelgroep**
Vestiging Dendermonde Koning Albertstraat 14 9200 Dendermonde	Volwassenenteam	18-65
	Dagactiviteitencentrum De Loft	18-65
Vestiging Lokeren Uebergdreef 12 9160 Lokeren	Kinder- en jongerenteam Lokeren	5-18
	Netwerk geestelijke gezondheid RADAR – zorgprogramma crisis	0-18
	Volwassenenteam Lokeren	18-65
Vestiging Sint-Niklaas 1 Antwerpse Steenweg 187, bus 1 9100 Sint-Niklaas	Kinder- en jongerenteam Sint-Niklaas	5-18
	Netwerk geestelijke gezondheid RADAR – zorgprogramma crisis	0-18
	Volwassenenteam Antwerpse Steenweg	18-65
	Zorgouderenteam Waas en Dender	+65
Vestiging Sint-Niklaas 2 Grote Peperstraat 15 9100 Sint-Niklaas	Volwassenteam Peperstraat	18-65
	Vroeginterventiewerking	12-25
	VDIP	16-35

Inspectiepunt

Tijdens deze inspectie werd volgende vestigingsplaats bezocht:

Vestiging Dendermonde
Koning Albertstraat 14
9200 Dendermonde

De inspectie had betrekking op de werking van het Volwassenenteam.

3 ALGEMENE GEGEVENS BETREFFENDE DE GECONTROLEERDE DOSSIERS

3.1 AANTAL GECONTROLEERDE DOSSIERS

totaal aantal gecontroleerde **dossiers van lopende zorgperiodes** (verder "**actieve dossiers**" genoemd)	**21**
actieve dossiers met een looptijd van een half tot 1 jaar	*8*
actieve dossiers met een looptijd van 1 tot 2 jaar	*8*
actieve dossiers met een looptijd van meer dan 2 jaar	*5*

De meeste elementen werden nagegaan in de actieve dossiers.
Sommige items uit het hoofdstuk "behandelplan" werden enkel bekeken in de actieve dossiers met een looptijd van een half tot 2 jaar, en dus niet in de dossiers met een looptijd van meer dan 2 jaar.

Het aantal dossiers waarin een bepaald item werd gecontroleerd, wordt in het verslag telkens aangegeven.

totaal aantal gecontroleerde **dossiers van afgesloten zorgperiodes** (verder "**afgesloten dossiers**" genoemd)	**16***
afgesloten in wederzijds overleg tussen cliënt en CGG	*10*
afgesloten na een eenzijdige beslissing van de cliënt	*4*
afgesloten na een eenzijdige beslissing van het CGG	*0*
afgesloten na overlijden van de cliënt	*1*

* in één dossier kon niet achterhaald worden hoe dit werd afgesloten

3.2 DOORLOOPTIJDEN

	actieve dossiers	afgesloten dossiers	actieve en afgesloten dossiers
gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding en FTF1 *(mediaan)*	24,81 *(22)*	29,69 *(29)*	26,92 *(24)*
gemiddeld aantal dagen tussen FTF1 en FTF2 *(mediaan)*	59,57 *(59)*	62,75 *(36)*	60,95 *(40)*
gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding en FTF2 *(mediaan)*	84,38 *(72)*	92,44 *(64,5)*	87,86 *(71)*
gemiddeld aantal dagen tussen FTF1 en meest recente of laatste FTF *(mediaan)*	527,24 *(491)*	732,88 *(317)*	
laagste aantal dagen	*239*	*64*	
hoogste aantal dagen	*1.008*	*4.289*	

3.3 AANTAL FACE-TO-FACE-CONTACTEN

	actieve dossiers	afgesloten dossiers	actieve en afgesloten dossiers
gemiddeld aantal FTF per dossier *(mediaan)*	16 *(15)*	19,25 *(8)*	17,41 *(14)*
laagste aantal FTF	*6*	*4*	*4*
hoogste aantal FTF	*32*	*105*	*105*
gemiddeld aantal FTF per 100 dagen looptijd (geteld vanaf FTF1 tot meest recente of laatste FTF)	3,60	3,52	3,57
gemiddeld aantal FTF per 100 dagen looptijd (geteld vanaf FTF2 tot meest recente of laatste FTF)	3,76	4,21	3,95

4 THEMA'S

4.1 BEHANDELPLAN

4.1.1 Dossiers

Aanwezigheid van een behandelplan

In het referentiekader wordt omschreven dat het CGG als resultaat van de indicatiestellingsfase voor elke cliënt een behandelplan opstelt dat de weergave is van een zorgverlening op maat van de cliënt, aangeboden door het CGG. In de steekproef van actieve dossiers met een minimale looptijd van een half jaar sinds FTF2, waarbij we er van uitgaan dat de periode van indicatiestelling voorbij is, verwachten we in elk dossier een behandelplan.

Om te kunnen nagaan of het CGG zijn eigen doelstellingen haalt m.b.t. het aantal FTF waarna (of de termijn waarbinnen) een behandelplan wordt verwacht, werd ook bekeken hoeveel FTF (en hoeveel dagen) plaats vonden vóór een eerste versie van het behandelplan werd opgesteld.

aantal gecontroleerde dossiers	21
aantal dossiers met een behandelplan	21
percentage dossiers met een behandelplan	100%
gemiddeld aantal FTF voor het opstellen eerste versie behandelplan *(mediaan)*	7,14 *(5)*
gemiddeld aantal dagen tussen FTF1 en opstellen eerste versie behandelplan *(mediaan)*	189,90 *(185)*
gemiddeld aantal dagen tussen FTF2 en opstellen eerste versie behandelplan *(mediaan)*	130,33 *(90)*

Hulpvraag, diagnose en doelstellingen

In het referentiekader worden onder meer de hulpvraag en hulpverwachting van de cliënt, de diagnose en hypothesen en de doelstellingen als minimale elementen van het behandelplan omschreven. We controleerden de aanwezigheid van deze 3 onderwerpen in elk dossier waarin we ook een behandelplan zochten (m.n. in de actieve dossiers met een looptijd van minder dan 2 jaar).

	gevonden / gezocht	% gevonden
aantal dossiers waarin de hulpvraag en de hulpverwachting van de cliënt waren genoteerd	16 / 16	100%
aantal dossiers waarin een diagnose en/of hypothesen stonden genoteerd	16 / 16	100%
aantal dossiers waarin doelstellingen stonden genoteerd	15 / 16	94%

Overzicht van de klachten en problemen

Het referentiekader stelt dat het behandelplan een overzicht van de klachten en problemen moet bevatten. Hierbij moet er niet alleen aandacht zijn voor de psychische/psychiatrische problematiek, maar ook voor problemen op andere levensgebieden, in het bijzonder voor problemen met een weerslag op het psychisch evenwicht.
In het overzicht van klachten en problemen hebben we (in de actieve dossiers met een looptijd van minder dan 2 jaar) een aantal aspecten nagegaan die een weerslag kunnen hebben op het psychisch evenwicht of die van belang kunnen zijn voor het verloop van het verdere zorgtraject, zowel binnen het psychisch, psychiatrisch als het somatisch domein[1].

- informatie over vroeger psychofarmacagebruik;
- informatie over actueel medicatiegebruik;
- informatie over somatische problemen of klachten;
- gegevens over de historiek op het vlak van psychische problemen;
- gegevens over het gebruik van middelen.

Er moet minstens kunnen aangetoond worden dat deze aspecten bevraagd werden. Hierbij hanteren we de visie dat het niet enkel belangrijk is om rond de bevraagde onderwerpen de aanwezige problemen te vermelden, maar dat het evenzeer van belang is om te noteren wanneer er zich geen problemen stellen. Zo is het altijd duidelijk welke onderwerpen reeds werden bevraagd en welke nog niet. In het andere geval kan afwezigheid van informatie zowel betekenen dat dit item niet werd bevraagd, als dat het werd bevraagd maar dat er zich geen probleem stelt.

Ondanks de bepaling in het referentiekader dat het overzicht van klachten en problemen deel moet uitmaken van het behandelplan, werden deze gegevens in het volledige dossier gezocht.

	gevonden / gezocht	% gevonden
informatie over vroeger psychofarmacagebruik	*13 / 16*	*81%*
informatie over actueel medicatiegebruik	*15 / 16*	*94%*
informatie over somatische klachten of problemen	*16 / 16*	*100%*
gegevens over de historiek op het vlak van psychische problemen	*15 / 16*	*94%*
gegevens over het middelengebruik	*6 / 16*	*38%*
aantal gevonden items / totaal aantal gezochte items	65 / 80	81%

[1] De keuze voor deze vijf aspecten werd onder meer gebaseerd op de "Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults (Third Edition)" van de American Psychiatric Association (2016) en op de "Richtlijn Psychiatrische Diagnostiek (tweede, herziene versie)" van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2015)

Betrokkenheid van de context

De betrokkenheid van context en naasten van de cliënt bij het zorgtraject is niet beschreven in het referentiekader. Hoewel de betrokkenheid van naasten niet voor alle CGG-cliënten een meerwaarde inhoudt (en er tijdens deze inspectie dan ook geen streefwaarde wordt voorop gesteld), zijn er toch een aantal indicaties waarbij betrokkenheid verwacht wordt. Om zicht te krijgen op de mate waarin naasten betrokken worden bij de hulpverlening, werd dit onderwerp mee in kaart gebracht tijdens de inspecties, m.b. in de actieve dossiers met een looptijd van minder dan 2 jaar.

	gevonden / gezocht	% gevonden
aantal dossiers waarin kon aangetoond worden dat de context betrokken werd (of dat de cliënt dit niet wou)	4 / 16	25%

Notities bij FTF-contacten

In het referentiekader wordt omschreven dat de dossiervorming de multidisciplinaire werking ondersteunt. Dit betekent onder meer dat elke betrokken hulpverlener minimaal de informatie in het dossier noteert die van belang is voor de interdisciplinaire bespreking, dat de conclusies van de interdisciplinaire bespreking in het dossier worden genoteerd en dat alle betrokken CGG-hulpverleners toegang hebben tot deze informatie.
Er worden hierbij geen verwachtingen omschreven over de notities over FTF-contacten. Tijdens onze inspecties zijn we nagegaan in hoeverre psychiaters en andere therapeuten van elk FTF notities maken in het dossier, vanuit het oogpunt dat het patiëntendossier de nodige informatie dient te bevatten voor de multidisciplinaire werking en voor continuïteit van zorg.

Concreet werden in elk actief dossier (met een looptijd van minder dan 2 jaar) de laatste 10 FTF-contacten van zowel de therapeut als de CGG-psychiater gecontroleerd, voor zover deze plaats vonden binnen het laatste jaar voor de inspectie (waarbij er uiteraard niet noodzakelijk in elk dossier 10 contacten van beide disciplines plaats vonden); bij elk geregistreerd FTF-contact werd nagekeken of er inhoudelijke notities konden gevonden worden.

	gevonden / gezocht	% gevonden
totaal aantal gecontroleerde FTF met notities	109 / 139	78%
aantal gecontroleerde FTF van therapeuten met notities	*96 / 126*	*76%*
aantal gecontroleerde FTF van CGG-psychiaters met notities	*13 / 13*	*100%*
aantal dossiers met inhoudelijke notities voor alle gecontroleerde FTF-contacten	12 / 16	75%

4.1.2 Systeem

Volgende beleidsdocumenten over het thema behandelplan werden opgevraagd:

- model van behandelplan;
- procedure met beschrijving van:
  - de inhoudelijke criteria waaraan dit behandelplan moet voldoen;
  - hoe lang na de opstart of op welk moment een behandelplan verwacht wordt.

- de meest recente cijfergegevens over het gebruik van behandelplannen;
- de meest recente cijfergegevens over de inhoud van de behandelplannen;
- documenten m.b.t. verbeteracties die de voorbije 5 jaar werden opgezet omtrent het werken met behandelplannen, waarom deze acties werden geselecteerd, en hoe ze werden uitgevoerd, opgevolgd en geëvalueerd;
- procedure met de verwachtingen omtrent het betrekken van de cliënt en zijn context.

Op basis van deze documenten en op basis van gesprek met een medewerker werden onderstaande elementen gescoord voor het geselecteerde team.

gecontroleerd element	**ja / nee**
Er zijn duidelijke verwachtingen qua gebruik van een model van behandelplan.	ja
Er is beleidsmatig vastgelegd dat de behandelplannen onderstaande elementen moeten bevatten:	
▪ klachten en problemen van de cliënt;	ja
▪ (hulpvraag en) hulpverwachting van de cliënt;	ja
▪ diagnose of hypothesen;	ja
▪ doelstellingen;	ja
▪ behandeling en begeleiding (geplande acties en interventies);	ja
▪ datum eerstvolgende evaluatie;	ja
▪ afstemming met cliënt.	ja
Er is formeel vastgelegd op welk moment een behandelplan moet opgesteld zijn.	ja
Deze termijn is concreet en duidelijk toetsbaar geformuleerd.	ja, nl: na FTF4
Er zijn schriftelijke afspraken over het noteren van informatie in het multidisciplinair dossier:	
m.b.t. medische gegevens	ja
m.b.t. psycho-emotionele gegevens	ja
m.b.t. verwachtingen van de cliënt	ja
m.b.t. notities van FTF-contacten	nee
m.b.t. verslag van de multidisciplinaire behandelplanbespreking	ja
Er zijn recente gegevens beschikbaar (maximaal 5 jaar oud) over het al dan niet werken met behandelplannen.	ja
Er zijn recente gegevens beschikbaar over de inhoud van de behandelplannen.	nee
Er werden de voorbije 5 jaar verbeteracties opgezet rond het werken met behandelplannen.	ja

Er werden de voorbije 5 jaar verbeteracties opgezet rond onderstaande onderwerpen:	
▪ verbeteracties m.b.t. inhoudelijke aspecten;	ja
▪ verbeteracties m.b.t. het gebruik van een model van behandelplan;	ja
▪ verbeteracties m.b.t. registratie van gebruik van behandelplan;	ja
▪ vorming rond het gebruik van behandelplannen.	ja
Er kan voor de voorbije 5 jaar objectief verbetering aangetoond worden m.b.t. het gebruik van behandelplannen.	ja
Er is beleidsmatig vastgelegd bij welke indicaties de context van de cliënt moet betrokken worden in de loop van de zorgperiode.	ja

4.1.3 Conclusie

- Voor het team bestaat een model van behandelplan waarin alle gecontroleerde elementen worden opgesomd. In alle gecontroleerde dossiers werden behandelplannen gevonden.
  - De hulpvraag en de hulpverwachting van de cliënt, de diagnose of hypothese en de doelstellingen werden in nagenoeg alle dossiers gevonden.
  - Het overzicht van klachten en problemen bleek minder volledig. 81% van de gezochte items werd gevonden in de dossiers. Somatische gegevens waren in alle dossiers genoteerd. Gegevens over middelengebruik ontbraken het vaakst (aanwezig in 38% van de dossiers). De historiek op het vlak van psychische problemen en het actueel medicatiegebruik ontbraken telkens in één van de dossiers. De gegevens over vroeger psychofarmacagebruik ontbraken in meerdere dossiers.
    Er zijn schriftelijke afspraken over (de plaats voor) het noteren van de intake-informatie in het multidisciplinair dossier.
- De verwachtingen i.v.m. de termijn voor het opstellen van een behandelplan zijn formeel vastgelegd: er wordt verwacht dat een behandelplan wordt opgemaakt ten laatste na FTF4. Deze doelstelling van het CGG wordt in de gecontroleerde dossiers niet gehaald: in de gecontroleerde dossiers werd gemiddeld na 7,14 FTF een eerste versie van behandelplan opgesteld (mediaan = 5).
- Er is beleidsmatig vastgelegd hoe de context moet betrokken worden (de context dient gecontacteerd te worden bij suïcidale patiënten). In 25% van de gecontroleerde dossiers kon de betrokkenheid van context aangetoond worden.
- Er zijn geen formele afspraken over het maken van notities over FTF-contacten.
  Over 78% van alle FTF-contacten die in de actieve dossiers werden nagekeken, werden inhoudelijke notities gevonden.
- Het CGG verzamelt verschillende cijfergegevens over het werken met behandelplannen, niet over de inhoud van behandelplannen. Er konden verbeteracties over het werken met behandelplannen worden aangetoond; er kon objectiveerbare verbetering aangetoond worden tijdens het voorbije jaar.

4.2 MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

4.2.1 Dossiers

Toegankelijkheid van het dossier voor de verschillende disciplines

Volgens het referentiekader moet het CGG voor elk cliëntsysteem waaraan hulpverlening wordt verstrekt een multidisciplinair dossier aanleggen. De dossiervorming ondersteunt zo de multidisciplinaire werking. Verder moeten alle betrokken CGG-hulpverleners toegang hebben tot de informatie in het dossier.

Tijdens de inspectie werd nagegaan of alle gezochte informatie in de actieve dossiers die een half tot 2 jaar liepen, toegankelijk was voor alle disciplines. De informatie werd als (deels) niet toegankelijk beschouwd als deze zich buiten de vestigingsplaats bevond of als ze zich bevond in een ruimte of kast die niet toegankelijk was voor alle teamleden.
We gaan er van uit dat een volledig elektronisch patiëntendossier de toegankelijkheid kan garanderen; ter informatie gingen we daarom ook na of alle informatie in het EPD werd gevonden, dan wel deels op papier.

	gevonden / gezocht	%
aantal dossiers (met een duurtijd van minder dan 2 jaar) waarbij alle gecontroleerde informatie toegankelijk was voor alle disciplines	16 / 16	100%
*aantal dossiers waar alle informatie in het **EPD** werd gevonden (en voor alle disciplines toegankelijk was)*	*1 / 16*	*6%*
*aantal dossiers waarbij, naast de informatie in het **EPD**, sommige gegevens op **papier** werden gevonden, maar wel in een centraal bewaard dossier (en dus voor alle disciplines toegankelijk)*	*15 / 16*	*94%*

Betrokkenheid van verschillende disciplines

Volgens het referentiekader moet het CGG multidisciplinair werken en de cliënten minimaal vanuit psychiatrische, psychologische, agogische en sociale disciplines benaderen. Elk team dient te werken onder de eindverantwoordelijkheid van een psychiater en in voldoende mate beroep kunnen doen op een psychiater, zowel voor individuele medische behandeling als voor interdisciplinaire bespreking.

De multidisciplinaire benadering van cliënten werd tijdens de inspecties op twee manieren verkend, in alle actieve dossiers: enerzijds door zicht te krijgen op de disciplines die betrokken waren bij de cliënt via face-to-face-gesprekken, anderzijds door zicht te krijgen op het aantal intercollegiale behandelplanbesprekingen per cliënt, het aantal deelnemers en de deelname van een psychiater aan deze besprekingen. De betrokken disciplines werden bij de dossiercontrole in 2 groepen onderverdeeld: de psychiaters en de andere disciplines.

De manier waarop de rol en eindverantwoordelijkheid van de CGG-psychiater wordt ingevuld, werd geconcretiseerd door in de actieve dossiers te kijken of een CGG-psychiater bij elk dossier betrokken was, hetzij via minstens 1 FTF-contact, hetzij door aanwezigheid van de psychiater bij minstens één behandelplanbespreking (BHP-bespreking). Bij de dossiers die een half tot 2 jaar liepen, werd de volledige behandelperiode bekeken; in de dossiers met een behandelduur van langer dan 2 jaar, werd de betrokkenheid tijdens de laatste 24 maanden voor de inspectie gecontroleerd.

FTF door verschillende disciplines

	gevonden / gezocht	% gevonden
aantal actieve dossiers waarbij FTF-contacten met een CGG-psychiater plaats vonden in de loop van de volledige zorgperiode	3 / 21	14%
aantal actieve dossiers waarbij FTF-contacten met een andere discipline plaats vonden in de loop van de volledige zorgperiode	21 / 21	100%
aantal actieve dossiers waarbij zowel FTF-contacten met een CGG-psychiater als met een andere discipline plaats vonden	3 / 21	14%

Behandelplanbesprekingen en deelname

totaal aantal gecontroleerde BHP-besprekingen in alle actieve dossiers	8	
	gevonden / gezocht	%
aantal keer dat meer dan 1 aanwezige aantoonbaar was	8 / 8	100%
aantal waarbij de aanwezigheid van een CGG-psychiater aantoonbaar was	5 / 8	63%

Betrokkenheid van een CGG-psychiater

	gevonden / gezocht	%
aantal actieve dossiers waarbij FTF-contacten met een CGG-psychiater plaats vonden in de loop van de zorgperiode (of in de laatste 24 maanden voor de inspectiedatum bij langlopende dossiers)	3 / 21	14%
aantal dossiers met minstens één BHP-bespreking in de gecontroleerde periode waarbij de aanwezigheid van een CGG-psychiater kon aangetoond worden	3 / 21	14%
aantal actieve dossiers waarbij de betrokkenheid van de psychiater kon aangetoond worden door aanwezigheid bij minstens 1 BHP-bespreking en/of door minstens 1 FTF-contact in de gecontroleerde periode	6 / 21	29%

Zesmaandelijkse bespreking van het behandelplan

Volgens het referentiekader moet elk zorgproces dat langer dan 6 maanden loopt in het CGG, minstens half-jaarlijks intercollegiaal besproken worden, waarbij de doelstellingen, de behandelstatus en de opportuniteit van verdere behandeling/begeleiding aan bod komen. Om hierop zicht te krijgen werd tijdens de inspecties de frequentie van intercollegiale behandelplanbesprekingen in elk actief dossier nagegaan. Enerzijds werd bekeken of een zesmaandelijkse frequentie al of niet gehaald werd, anderzijds werd het aantal periodes van meer dan 6 maanden beschreven qua duur en qua fase in het zorgproces.

Concreet werd het aantal BHP-besprekingen tijdens de 24 maanden voorafgaand aan de inspectie nagegaan, evenals de lengte van de periodes tussen de BHP-besprekingen en tussen de laatste BHP-bespreking en de inspectiedatum (met daarbij de vraag hoeveel keer deze periode meer dan zes maanden duurde). Enkel de besprekingen die plaats vonden na de datum van opstellen van het eerste behandelplan werden meegeteld.

som van de duur van de zorgperiodes (tijd tussen FTF2 en inspectiedatum; bij langlopende dossiers beperkt tot de laatste 24 maanden), in maanden	346 (= 58 keer 6 maanden)
totaal aantal gecontroleerde BHP-besprekingen in alle actieve dossiers	8

	gevonden / gezocht	%
aantal dossiers waarin nooit een periode van meer dan zes maanden voorkwam zonder dat een behandelplan werd opgesteld of besproken	1 / 21	5%

		aantal periodes van meer dan 6 maanden waarin geen BHP werd opgesteld of besproken (opgedeeld in periodes van 6-12, 12-18 en 18-24 maanden)		
looptijd dossiers	**aantal dossiers**	**6-12 maanden**	**12-18 maanden**	**18-24 maanden**
een half tot 1 jaar	8	8	n.v.t.	n.v.t.
1 tot 2 jaar	8	1	3	3
meer dan 2 jaar	5	0	0	5
		9	**3**	**8**
		20		

In alle dossiers samen werd in totaal 20 keer een periode van meer dan zes maanden opgemerkt waarin geen behandelplan werd opgesteld of besproken. In 9 gevallen duurde deze periode 6 tot 12 maanden, in 3 gevallen 12 tot 18 maanden en in 8 gevallen 18 tot 24 maanden.

toelichting bij de periodes van meer dan 6 maanden waarin geen BHP werd opgesteld of besproken	
aantal periodes van meer dan 6 maanden doordat het dossier geen BHP bevat	0
aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen FTF2 en het opstellen van het eerste behandelplan	5
aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen de opmaak en de eerste bespreking van het behandelplan	10
aantal daarvan waarbij in de gecontroleerde periode geen BHP-bespreking gevonden werd	*8*
aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen het moment dat 2 jaar voor de inspectie viel en de eerste daaropvolgende BHP-bespreking (bij dossiers met een looptijd van meer dan 2 jaar)	5
aantal daarvan waarbij in de gecontroleerde periode geen BHP-bespreking gevonden werd	*3*
aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen 2 behandelplanbesprekingen	0

aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen de meest recente BHP-bespreking en de inspectiedatum	0
	20

Communicatie met externe zorgverleners met het oog op continuïteit van zorg

Volgens het referentiekader moet het CGG zorgen voor een goede doorstroming van de nodige informatie met het oog op het opstarten of verderzetten van een begeleiding of behandeling en met het oog op het afstemmen van parallelle hulpverlening, mits akkoord van de cliënt en met respect voor het beroepsgeheim.

Ondanks het feit dat het referentiekader niet vermeldt hoe dit dient te gebeuren, en omdat goede zorgverlening – zeker in het kader van de netwerkvorming in de geestelijke gezondheidszorg – goede communicatie met verwijzers en met de vervolgzorg vereist, werd tijdens de inspecties via twee invalshoeken informatie verzameld over communicatie met externe zorgverleners, en dit in de afgesloten dossiers:

- de schriftelijke communicatie met de huisarts tijdens het zorgproces (vanuit de vaststelling dat de taak van de huisarts meer en meer evolueert naar coördinator van de zorg en beheerder van de informatie over het gezondheidsbeeld van de patiënt);
  ter vervollediging van de informatie keken we vooreerst in de dossiers na of er informatie betreffende de huisarts in het dossier was genoteerd (bv. een naam van de huisarts, een weigering van de cliënt tot contactname met de huisarts, of de vermelding dat de cliënt geen huisarts heeft).

- de schriftelijke communicatie naar externe hulpverleners bij beëindiging van een zorgproces, afsluitbrief genoemd; als een afsluitbrief werd gevonden in het dossier, werd nagekeken of deze werd bezorgd aan:
  - de geplande vervolgzorg;
  - de verwijzer;
  - de huisarts;
  - de cliënt of zijn naaste.

  Als tussenstap in het proces tot het opmaken van een afsluitbrief werd in de dossiers ook bekeken of er op het einde van het zorgperiode een eindsynthese werd opgemaakt, in eender welke vorm (bv. een intern eindverslag, een brief aan een adviserende arts, …). De inhoud van deze eindsyntheses werd getoetst aan een aantal onderwerpen die nuttig kunnen zijn in de communicatie met het oog op het verderzetten van een begeleiding:
  - de diagnose of problematiek;
  - een start- en einddatum van de begeleiding in het CGG;
  - het verloop van de behandeling;
  - informatie over al of niet medicatie-inname;
  - informatie over het voorkomen van een suïciderisico tijdens de begeleiding;
  - instructies voor de nazorg;
  - gegevens van contactpersoon voor verdere informatie.

	gevonden / gezocht	% gevonden
aantal dossiers met enige informatie over (communicatie met) de huisarts	15 / 16	94%
aantal dat de naam van de huisarts bevat	*12 / 16*	
aantal waarin stond genoteerd dat de cliënt geen huisarts heeft	*0 / 16*	
aantal waarin stond genoteerd dat cliënt geen communicatie met de huisarts wou	*3 / 16*	
aantal dossiers waarin schriftelijke communicatie met de huisarts kon worden aangetoond in de loop van de zorgperiode	7 / 13	54%

aantal afgesloten dossiers dat een eindsynthese bevat (bv. een intern eindverslag, afsluitbrief, brief voor de adviserend arts, …)	8 / 16	50%
indien eindsynthese aanwezig, bevat deze volgende elementen:		
diagnose / omschrijving van de problematiek	*8 / 8*	
start- en einddatum zorgperiode	*0 / 8*	
verloop van de behandeling	*4 / 8*	
info over medicatie	*0 / 8*	
informatie over suïcidaliteit	*2 / 8*	
instructies voor nazorg / vervolgbehandeling	*2 / 8*	
contactpersoon voor verdere informatie	*7 / 8*	
aantal dossiers waarin de gevonden eindsynthese een afsluitbrief was	0 / 8	
aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief verstuurd werd naar de zorgverlener die zou instaan voor de vervolgzorg (bv. psychiatrisch ziekenhuis, psychotherapeut, …)	*0 / 0*	
aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief verstuurd werd naar de verwijzer	*0 / 0*	
aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief verstuurd werd naar de huisarts	*0 / 0*	
aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief meegegeven werd aan de cliënt of zijn naaste	*0 / 0*	

4.2.2 Systeem

Volgende beleidsdocumenten over het thema multidisciplinaire werking werden opgevraagd:

- Documenten die de multidisciplinaire werking regelen, zoals onder meer:
  - frequentie van het multidisciplinair overleg / de (multidisciplinaire) behandelplanbespreking;
  - aanwezigheid van de verschillende disciplines;
  - te bespreken onderwerpen tijdens het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplan-bespreking;
  - rapportage/dossiervorming door de verschillende disciplines.
- De meest recente cijfers omtrent het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplan-bespreking (frequentie, aanwezigheden van de verschillende disciplines, besproken onderwerpen en rapportage).
- Documenten m.b.t verbeteracties die de voorbije 5 jaar werden opgezet omtrent het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking, waarom deze acties werden geselecteerd, en hoe ze werden uitgevoerd, opgevolgd en geëvalueerd.
- Procedure voor het opmaken en verzenden van afsluitbrieven / eindsyntheses.
- De meest recente cijfers over het opmaken en verzenden van afsluitbrieven / eindsyntheses.
- Documenten m.b.t. verbeteracties die de voorbije 5 jaar werden opgezet rond het opmaken en verzenden van afsluitbrieven / eindsyntheses, waarom deze acties werden geselecteerd, en hoe ze werden uitgevoerd, opgevolgd en geëvalueerd.

Op basis van deze documenten en op basis van gesprek met een medewerker werden onderstaande elementen gescoord voor het geselecteerde team.

gecontroleerd element	**ja / nee**
Het CGG beschikt voor het geselecteerde team over schriftelijke afspraken betreffende het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking	ja
Er zijn schriftelijke afspraken over:	
▪ frequentie van het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplan-bespreking (bv. per dossier/cliënt/zorgperiode)	ja
▪ disciplines die bij het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplan-bespreking aanwezig moeten zijn	nee
Er zijn recente gegevens (2015 of later) beschikbaar omtrent het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking (bv. over de gehaalde frequentie per dossier, over aanwezigheid, over verslaggeving in het dossier).	ja
Er werden de voorbije 5 jaar verbeteracties opgezet omtrent het het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking.	ja
Indien ja, kan er verbetering worden aangetoond in de laatste 5 jaar	nee

Er zijn schriftelijke afspraken betreffende de afsluitbrief	nee
▪ afspraken betreffende termijn voor verzending	nee
de termijn voor verzending is SMART geformuleerd (bv. duidelijke tijdsperiode)	nee
▪ afspraken betreffende inhoud	nee
▪ afspraken betreffende bestemmeling(en)	nee
Er zijn schriftelijke afspraken betreffende communicatie met de huisarts	nee
Er zijn recente (ten laatste van 2015) gegevens beschikbaar over het al dan niet versturen van afsluitbrieven / eindsyntheses	nee
Er zijn recente (ten laatste van 2015) gegevens beschikbaar over de inhoud van de afsluitbrieven / eindsyntheses	nee
Er werden de voorbije 5 jaar (aantoonbare) verbeteracties opgezet omtrent de inhoud en het versturen van afsluitbrieven door het geselecteerde team	ja
Aangetoonde verbeteracties:	
▪ gebruik van een gemeenschappelijk model van afsluitbrief	nee
▪ bepaalde inhoudelijke topics van de afsluitbrief	nee
▪ registratie van het opmaken of versturen van afsluitbrieven	nee
▪ andere aspecten m.b.t. afsluitbrieven	ja
Er kan objectief verbetering worden aangetoond m.b.t. de voorbije 5 jaar.	nee

4.2.3 Conclusie

- De dossiers waren allemaal toegankelijk voor de betrokken medewerkers op de dag van inspectie.
- Het CGG beschikt voor het geselecteerde team over schriftelijke afspraken betreffende de frequentie van de intercollegiale BHP-besprekingen en over de plaats in het dossier om het verslag te noteren, niet over de aanwezige disciplines. Uit de dossiernotities kan bijna altijd afgeleid worden wie bij de intercollegiale besprekingen aanwezig was.
  - In 14% van de actieve dossiers, die voor dit element werden gecontroleerd, kon in de gecontroleerde periode de aanwezigheid van een CGG-psychiater aangetoond worden bij minstens 1 BHP-bespreking. In 71% van de actieve dossiers kon de betrokkenheid van een CGG-psychiater niet aangetoond worden door betrokkenheid bij minstens 1 BHP-bespreking en/of door een FTF-contact in de gecontroleerde periode.
  - In 1 (5%) van de 21 gecontroleerde actieve dossiers werd nooit een periode van zes maanden overschreden zonder dat een behandelplan werd opgesteld of besproken.
- Het CGG verzamelt op gestructureerde wijze gegevens omtrent de praktijk (voor het geïnspecteerde team) betreffende het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire BHP-besprekingen. Er konden over dit onderwerp wel verbeteracties maar geen verbeterresultaten worden getoond.

- Er zijn geen schriftelijke afspraken betreffende de afsluitbrief / eindsynthese, niet over de inhoud en over de mogelijke bestemmelingen, noch over de termijn voor versturen. Er zijn ook geen schriftelijke afspraken over de communicatie met de huisarts.
  - In 94% van de gecontroleerde afgesloten dossiers werd informatie over de huisarts gevonden. In 54% van de dossiers waarin de cliënt daar toestemming voor gaf, werd schriftelijke communicatie met de huisarts aangetoond.
  - In 50% van de gecontroleerde afgesloten dossiers was een eindsynthese van de voorbije zorgperiode opgemaakt. In deze eindsyntheses ontbrak vaak informatie over medicatie, over suïcidaliteit, het verloop van de behandeling, de start- en einddatum van de zorgperiode, de instructies voor nazorg.
    In geen enkel van de 16 gecontroleerde dossiers was er een afsluitbrief verstuurd.
- Het CGG verzamelt geen gegevens omtrent de praktijk (voor het geïnspecteerde team) betreffende het verzenden van afsluitbrieven. Er konden verbeteracties aangetoond worden om het versturen van afsluitbrieven te optimaliseren; er kon geen verbetering aangetoond worden voor de voorbije jaren.

4.3 UITKOMSTENMONITORING EN CLIËNTENFEEDBACK

4.3.1 Dossiers

Volgens het referentiekader moet het CGG beschikken over een systeem van uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback om de resultaten van de zorg te verbeteren. Dit systeem brengt de evolutie in kaart m.b.t. één of meerdere van volgende aspecten: de klinische symptomen, het algemeen functioneren / de levenskwaliteit van de cliënt, de tevredenheid van de cliënt over de behandeling, de werkrelatie tussen cliënt en therapeut.

In de actieve dossiers met een looptijd van minder dan 2 jaar, werd gezocht naar een neerslag van een gehanteerd meetinstrument en/of een gestructureerde bevraging van de cliënt over ten minste 1 van de 4 gezochte aspecten, aan de hand waarvan de evolutie in kaart kon worden gebracht.

aantal gecontroleerde dossiers	16
aantal dossiers met resultaten over minstens één van de vier gezochte aspecten (klinische symptomen, algemeen functioneren, tevredenheid van de cliënt, werkrelatie cliënt-therapeut)	0 (0%)

In de dossiers waar we resultaten van uitkomstmonitoring en of systematische cliëntfeedback vonden, gingen we na van welke van de vier aspecten we notities vonden en op welke manier deze gegevens verzameld werden (aan de hand van een meetinstrument ingevuld door de therapeut op basis van diens eigen inschatting, aan de hand van een gestructureerde bevraging van de cliënt (mondeling of schriftelijk), of aan de hand van beide).

resultaten van systematische **uitkomsten-monitoring** en/of **cliëntenfeedback** die de evolutie in kaart brengt m.b.t. volgende aspecten:	aantal dossiers met gegevens	*aantal met gegevens op basis van meetinstrument ingevuld door therapeut*	*aantal met gegevens op basis van gestructureerde bevraging van de cliënt*	*aantal met gegevens op basis van beide*
de klinische symptomen	0	*0*	*0*	*0*
het algemeen functioneren van de cliënt	0	*0*	*0*	*0*
de tevredenheid van de cliënt over de behandeling	0	*0*	*0*	***0***
de werkrelatie tussen cliënt en therapeut	0	*0*	*0*	*0*

4.3.2 Systeem

Volgende beleidsdocumenten over het thema uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback (op cliëntniveau) werden opgevraagd:

- werkwijze m.b.t. het gebruik van uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback (op cliëntniveau);
- meetinstrument dat wordt ingevuld door therapeut;
- meetinstrument dat wordt ingevuld door cliënt;
- de meest recente resultaten van de uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback (bv. indicatoren, PROM, audit, patiëntervaring-enquêtes,…);

- documenten die aantonen dat de resultaten van de uitkomstenmonitoring en de cliëntenfeedback gebruikt worden voor de bijsturing van het beleid (bv. projectfiches van verbeteracties, analyse van gegevens, verslagen directiecomité, verslagen teamvergadering, cliëntdossiers,…) zowel op individueel (cliënt)niveau als op team-, doelgroep- en/of CGG-niveau).

Op basis van deze documenten en op basis van gesprek met een medewerker werden onderstaande elementen gescoord voor het geselecteerde team.
Periodieke anonieme gebruikerstevredenheidsbevragingen werden hierbij buiten beschouwing gelaten, aangezien deze geen informatie bieden in functie van individuele behandeltrajecten.

gecontroleerd element	**ja / nee**
Het CGG verwerft in de loop van de behandeling op structurele en geobjectiveerde wijze zicht op de outcome van de behandeling door het geselecteerde team	
▪ systematisch verzamelde uitkomstenmonitoring gescoord door de therapeut aan de hand van meetinstrument	nee
▪ cliëntenfeedback, verzameld aan de hand van een gestructureerde cliëntenbevraging	nee
Er zijn cijfergegevens beschikbaar omtrent het gebruik van uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback	
▪ op cliëntenniveau (bv. bijsturing van de doelstellingen of van de aanpak op basis van de resultaten)	nee
▪ op teamniveau (bv. bijsturing van de aanpak op basis van de geaggregeerde resultaten)	nee
De resultaten worden op CGG-niveau benut (bv. gebruikt voor beleidsbeslissingen, geagendeerd op overleg managementorgaan, …)	
▪ resultaten van de uitkomstenmonitoring (gescoord door de therapeut aan de hand van een meetinstrument)	nee
▪ resultaten van de cliëntenfeedback (verzameld aan de hand van een gestructureerde cliëntenbevraging)	nee

4.3.3 Conclusie

- Het CGG verwerft niet op systematische wijze op cliëntenniveau gegevens over de outcome van de behandeling door het geselecteerde team aan de hand van gestructureerde bevraging van de cliënt of door gebruik van een meetinstrument door de therapeut.
- In geen enkel van de gecontroleerde dossiers werden resultaten gevonden over systematische uitkomstenmonitoring over minstens één van de gezochte onderwerpen: de klinische symptomen, het algemeen functioneren van de cliënt, de tevredenheid van de cliënt en de werkrelatie tussen cliënt en therapeut.

4.4 DETECTIE EN BEHANDELING VAN SUÏCIDAAL GEDRAG

4.4.1 Dossiers

De multidisciplinaire richtlijn detectie en behandeling van suïcidaal gedrag (MDR) geeft aan dat er binnen de geestelijke gezondheidszorg bij elke persoon een risico-inschatting suïcide dient te gebeuren. We gingen dan ook na in hoeveel van de gecontroleerde actieve dossiers (met een looptijd van minder dan twee jaar) we dergelijke risico-inschatting konden vinden.

Suïciderisico fluctueert over de tijd. Het MDR geeft dan ook aan dat het belangrijk is dit op verschillende momenten te evalueren. We gingen na in welke dossiers we de datum van de eerste risico-inschatting konden vinden en in welke dossiers we later nog nieuwe inschattingen konden vinden. We berekenden tevens de gemiddelde verstreken tijd (in dagen) sinds de meest recente risico-inschatting.

Aantal gecontroleerde dossiers	16	
Aantal dossiers met eender welke risico-inschatting, -omschrijving of -score m.b.t. suïcidaliteit van de cliënt	16 / 16	100%
aantal dossiers waarin de datum van de eerste risico-inschatting inzake suïcidaliteit stond genoteerd	13 / 16	81%
Aantal dossiers waarin de evolutie van de verschillende risico-inschattingen konden worden gevonden	0 / 16	0%
Gemiddelde verstreken tijd sinds (notities over) de meest recente risico-inschatting, in dagen	kon in geen enkel dossier nagegaan worden: de herevaluatie wordt niet systematisch in het dossier genoteerd	

Omdat er volgens de MDR beperkt wetenschappelijk bewijs is voor de validiteit, betrouwbaarheid of bruikbaarheid van een risico-formulering op basis van gradaties, gingen we in de gecontroleerde dossiers met een verhoogd risico na of er enige inhoudelijk argumentatie voor de risico-inschatting genoteerd stond (en bv. niet enkel een score).

De MDR veronderstelt dat er bij een verhoogd risico een beschrijving aanwezig is van mogelijke acties of interventies gekoppeld aan alarmsignalen bij cliënten. We gingen in de dossiers met een verhoogd suïciderisico na of er acties of interventies stonden beschreven en of de cliënt hierbij betrokken was. We bekeken ter informatie ook of de context hierbij betrokken werd.

aantal dossiers waarin sprake was van verhoogde suïcidaliteit	7
aantal dossiers met een verhoogde suïcidaliteit, waarbij volgende elementen werden gevonden:	
inhoudelijke argumentatie voor de inschatting	7 / 7
acties of interventies	0 / 7
aantal dossiers met acties of interventies waarin een neerslag werd gevonden van de betrokkenheid van de cliënt bij het opstellen hiervan	0 / 0
aantal dossiers met acties of interventies waarin een neerslag werd gevonden van de betrokkenheid van de context bij het opstellen hiervan	0 / 0

4.4.2 Systeem

Volgende beleidsdocumenten over het thema detectie en behandeling van suïcidaal gedrag werden opgevraagd:

- procedure m.b.t. detectie en behandeling van suïciderisico;
- de meest recente cijfers over het eigen handelen op vlak van detectie en behandeling van suïcidaal gedrag;
- documenten m.b.t. verbeteracties die de voorbije 5 jaar werden opgezet op het vlak van detectie en behandeling van suïcidaal gedrag, waarom deze acties werden geselecteerd, en hoe ze werden uitgevoerd, opgevolgd en geëvalueerd;
- samenstelling van het team (inclusief psychiaters), met een gedocumenteerd overzicht betreffende de specifieke vorming van de verschillende medewerkers over suïcidepreventie gedurende de 24 maanden voorafgaand aan de inspectie.

Op basis van deze documenten en op basis van gesprek met een medewerker werden onderstaande elementen gescoord voor het geselecteerde team.

gecontroleerd element	**ja / nee**
Het CGG heeft een uitgeschreven suïcidepreventiebeleid.	ja
Dit uitgeschreven beleid bevat volgende elementen:	
▪ de stappen en afspraken bij aanmelding van elke cliënt;	ja
▪ de stappen en afspraken m.b.t. vervolgzorg voor suïcidale personen;	ja
▪ de stappen en afspraken na een suïcidepoging van een cliënt, met vermelding wie verantwoordelijk is;	ja
▪ hoe de basisvorming suïcidepreventie georganiseerd wordt;	ja
▪ hoe en waar het suïciderisico van cliënten gedocumenteerd wordt.	ja
Er wordt verwacht dat suïcidaliteit systematisch wordt bevraagd bij (de start van) elke zorgperiode.	nee
Er zijn duidelijke verwachtingen m.b.t. de te ondernemen acties bij patiënten met een verhoogd suïciderisico.	ja
Het CGG werkt hierbij met safetyplannen m.b.t. suïcidaliteit (crisisplannen).	ja
Er zijn afspraken vastgelegd omtrent de systematische herevaluatie van het suïciderisico bij de cliënten.	nee
Het CGG kent het aantal dossiers die notities bevatten over de risico-inschatting	ja
Het CGG kent het aantal dossiers met een verhoogd suïciderisico.	ja
De voorbije 5 jaar werden verbeteracties opgezet omtrent het eigen handelen op vlak van het interne suïcidebeleid (detectie en behandeling van suïcidaal gedrag).	ja

Er waren verbeteracties rond volgende onderwerpen:	
▪ het inhoudelijk onderbouwen van de toegekende risico-inschatting;	nee
▪ registratie van suïcidaliteit in het dossier;	ja
▪ vorming rond suïcidepreventie / screenen van suïcidaliteit;	ja
▪ andere aspecten m.b.t. detectie en behandeling van suïcidaal gedrag	ja
Er kan objectief verbetering worden aangetoond m.b.t. de voorbije 5 jaar.	ja

	psychiaters	anderen	totaal
Aantal medewerkers in het geselecteerde team	2	9	11
Aantal van deze medewerkers die gedurende de 24 maanden voor de inspectie een specifieke vorming volgden rond suïcidepreventie	1	8	9

4.4.3 Conclusie

- In het CGG is er een uitgeschreven suïcidebeleid, dat alle aspecten bevat die voorgesteld worden in de VLESP-richtlijn.
- In alle gecontroleerde dossiers was een inschatting van het suïciderisico van de cliënt genoteerd. In 7 gevallen was het risico verhoogd, waarbij elke keer een inhoudelijke argumentatie voor de verhoogde risico-inschatting werd gevonden. Er wordt voor het betrokken team verwacht dat men acties en interventies uitwerkt bij een verhoogd suïciderisico. Voor de 7 dossiers met een verhoogd suïciderisico, werden in geen enkel dossier acties en interventies, gekoppeld aan alarmsignalen, gevonden.
- Er bestaat geen eenduidig verband tussen de aanwezige datum op het betreffende tabblad in het EPD en het moment van de genoteerde risico-inschatting. De datum in het EPD wijzigt automatisch als iets (ook iets anders dan de risico-score) in het scherm wordt aangepast.
- Enkel als het suïciderisico ook gedocumenteerd wordt bij de gedateerde neerslag van gesprekken (bv. intakegesprek, FTF), kan de evolutie gevolgd worden. Zo kon in 13/16 dossiers de datum van de eerste risico-inschatting achterhaald worden, maar kon in geen enkel dossier een evolutie van het suïciderisico gevonden worden.
- Het CGG verzamelt gegevens die de dagelijkse praktijk betreffende het detecteren en behandelen van suïcidaal gedrag kunnen objectiveren. Men heeft zicht op het aantal dossiers waarin een risico-inschatting gebeurde bij aanvang van een zorgperiode en op het aantal cliënten met een verhoogd risico. Er werden in de voorbije 5 jaar verbeteracties opgezet; concrete verbetering kon cijfermatig aangetoond worden (i.v.m. de doelstelling om voor alle medewerkers minstens om de 2 jaar in vorming te voorzien en het invullen van suïciderisico in het dossier).

5 PRIORITAIRE VERBETERPUNTEN

Zoals in hoofdstuk 2 beschreven, werd voor vier items een te halen minimum bepaald. Deze aspecten zijn rechtstreeks gelinkt aan de kwaliteit van de zorg en/of de patiëntveiligheid. Het niet-halen van volgende scores zal dan ook resulteren in opvolging door de Vlaamse overheid:

1. 85% van de gecontroleerde dossiers is voldoende toegankelijk voor het behandelend team;
2. 70% van de gezochte basisinformatie-items over de klachten en problemen van de cliënten werd gevonden;
3. in 85% van de gecontroleerde dossiers gebeurde een inschatting van suïcidaliteit in de loop van de zorgperiode;
4. in 70% van de gecontroleerde dossiers waarin sprake was van verhoogde suïcidaliteit, werd een plan met waarschuwingssignalen en gerelateerde acties gevonden.

Hieronder staat aangegeven of deze prioritaire verbeterpunten al dan niet werden vastgesteld in dit CGG.

	gevonden / gezocht	% gevonden	prioritair verbeterpunt?
de dossiers zijn toegankelijk voor het behandelend team	16 / 16	100%	nee
de basisinformatie over de klachten en problemen van de cliënt is aanwezig in het dossier	65 / 80	81%	nee
het dossier bevat een inschatting van suïcidaliteit van de cliënt	16 / 16	100%	nee
bij cliënten met een verhoogd suïciderisico werd een plan met waarschuwingssignalen en gerelateerde acties gevonden in het dossier	0 / 7	0%	ja