

**Zorginspectie**

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

[contact@zorginspectie.be](mailto:contact@zorginspectie.be)

////////////////////////////////////  
**INSPECTIEVERSLAG Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg**  
////////////////////////////////////

**INSPECTIEPUNT**

Naam	Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (DAGG)
Adres	Leopoldlaan 159, 3920 Lommel
Telefoon	011 54 23 62
E-mail	<a href="mailto:administratie@dagg-cgg.be">administratie@dagg-cgg.be</a>
Website	<a href="http://www.dagg-cgg.be">www.dagg-cgg.be</a>
Erkenningsnummer	702

**INRICHTENDE MACHT**

Naam	Dienst voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
Juridische vorm	vzw
Adres	Guffenslaan 22, 3500 Hasselt
Telefoon	011 54 23 62
E-mail	<a href="mailto:administratie@dagg-cgg.be">administratie@dagg-cgg.be</a>

**UITBATINGSPLAATS**

Naam	Vestigingsplaats Sint-Truiden
Adres	Diestersteenweg 106, 3800 Sint-Truiden

**OPDRACHT**

Nummer	O-2017-MAPU-0742
Datum	17/10/2017
Inspecteurs	Michaëla Daelemans Kurt Lievens

**VERSLAG**

Nummer	V-2017-MIDA-0015
Datum	5/12/2017

**INSPECTIEBEZOEK**

Soort	Aangekondigd bezoek op 4/12/2017 van 9u tot 15u
-------	---

# INHOUD

<b>1</b>	<b>Afkortingenlijst.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>4</b>
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
<b>3</b>	<b>Algemene gegevens betreffende de gecontroleerde dossiers .....</b>	<b>10</b>
3.1	Aantal gecontroleerde dossiers .....	10
3.2	Doorlooptijden.....	10
3.3	Aantal face-to-face-contacten .....	11
<b>4</b>	<b>Thema's.....</b>	<b>12</b>
4.1	Behandelplan .....	12
4.2	Multidisciplinaire werking .....	16
4.3	Uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback .....	23
4.4	Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag .....	26
<b>5</b>	<b>Prioritaire verbeterpunten .....</b>	<b>31</b>

# 1 AFKORTINGENLIJST

<b>Afkorting</b>	<b>Uitleg</b>
BHP	Behandelplan
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
EPD	Elektronisch patiëntendossier
FTF	Face-to-face(-contact)
FTF1	1 <sup>e</sup> 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 ook 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>), en dat als basis diende voor de inspectievragen. 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" die op 30/3/2017 werd gelanceerd door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. Deze richtlijn is raadpleegbaar via <https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/pdf/richtlijn.pdf>.

Binnen de eerste drie thema's bekijken we ook een aantal elementen die niet expliciet aan bod komen in het referentiekader. 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 INSPECTIEPROCEN EN -METHODIEK**

### **Vorbereiding**

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 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 nalevingstoezicht. Nalevingstoezicht toetst of de concrete praktijk voldoet aan de vooropgestelde verwachtingen inzake kwaliteit van zorg. In deze inspectieronde gebeurt dit via controle van een steekproef van patiëntendossiers. Voor de selectie van de steekproef 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 6 tot 12 maanden lopen op het moment van de inspectie;
  - begeleidingen die 12 tot 24 maanden lopen op het moment van de inspectie;
  - begeleidingen die langer dan 24 maanden 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 beoordeeld zoals hieronder weergegeven onder het luik "nalevingstoezicht" bij elk thema. Daarbij wordt het volledige patiëntendossier mee in overweging genomen, hetzij elektronisch, hetzij op papier, hetzij een gecombineerd systeem. Persoonlijke nota's van individuele hulpverleners worden uiteraard buiten beschouwing gelaten.

Met het oog op de nodige contextualisering van de vaststellingen uit het nalevingstoezicht voorzien we voor elk thema ook een luik systeemtoezicht. Systeemtoezicht beoordeelt het kwaliteitssysteem en het (verbeter) beleid achter de geleverde zorg. 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.

Zowel bij het nalevingstoezicht als bij het systeemtoezicht is minstens één medewerker van het CGG aanwezig, zodat de nodige duiding kan gegeven worden.

Dit alles maakt dat de vaststellingen in dit inspectieverslag zijn gebaseerd op inzage in patiëntendossiers, op inzage in procedures en in beleidsdocumenten, en op gesprekken met zorgverleners, stafmedewerkers en/of leidinggevenden.

### **Individueel inspectieverslag**

Het inspectieverslag van elk CGG is geordend per thema.

Per thema worden na de beschrijving van de werkwijze de vaststellingen (zowel op basis van het nalevings- toezicht als op basis van het systeemtoezicht) weergegeven.

Voor elk gecontroleerd element van het nalevingstoezicht 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 vaststellingen uit het luik systeemtoezicht. Op basis 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 medische en psycho-emotionele gezondheid 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	Hans Schröter
Zorgcoördinator kinderen en jongeren	Marc Goossens
Zorgcoördinator volwassenen en ouderen	Marc Geebels

### Overzicht vestigingsplaatsen en teams

<b>Hoofdzetel en directiesecretariaat</b>		
Vestigingsplaats Lommel Leopoldlaan 159 3920 Lommel		
<b>Vestigingsplaats</b>	<b>Team</b>	<b>Leeftijdsgroep</b>
Vestigingsplaats Lommel Leopoldlaan 159 3920 Lommel	Kinder- en jongerenteam	-18
	Team Volwassenen	18-60
	Ouderenteam Noord-Limburg	+60
Vestigingsplaats Maaseik Koningin Astridlaan 105 Maaseik	Kinder – en jongerenteam	-18
	Volwassenteam	18-60
	Ouderenteam Noord Limburg	+60
Vestigingsplaats Sint-Truiden Diestersteenweg 106 3800 Sint-Truiden	Kinder- en Jongerenteam	-18
	Volwassenteam	18-60
	Team (en consulente(n)werking) mentale handicap	-65
Antennes volwassenenzorg in OCMW Bocholt, OCMW Hamont-Achel, OCMW Neerpelt, OCMW Bree en Meeuwen		18-60

### Inspectiepunt

Tijdens deze inspectie werd volgende vestigingsplaats bezocht:

Vestigingsplaats Sint-Truiden  
Diestersteenweg 106  
3800 Sint-Truiden

De inspectie had betrekking op de werking van het team Volwassenen Sint-Truiden (VOLS).



**Aantal zorgperiodes in 2016 van cliënten tussen 18 en 59 jaar**

	<b>DAGG</b>	<b>Volwassenteam Sint-Truiden</b>
nieuwe zorgperiodes	342	94
oude zorgperiodes	389	139
totaal aantal actieve zorgperiodes	731	233

Een nieuwe zorgperiode is een zorgperiode die gestart werd in 2016.

Een oude zorgperiode werd reeds gestart in 2015 of vroeger, maar was nog actief in 2016.

### 3 ALGEMENE GEGEVENS BETREFFENDE DE GECONTROLEERDE DOSSIERS

#### 3.1 AANTAL GECONTROLEERDE DOSSIERS

totaal aantal gecontroleerde <b>dossiers van lopende zorgperiodes</b> (verder " <b>actieve dossiers</b> " genoemd)	<b>21</b>
<i>actieve dossiers met een looptijd van 6 tot 12 maanden</i>	<i>8</i>
<i>actieve dossiers met een looptijd van 1 tot 2 jaar</i>	<i>8</i>
<i>actieve dossiers met een looptijd van meer dan 2 jaar</i>	<i>5</i>

Bepaalde items werden niet gecontroleerd 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 duidelijk aangegeven.

totaal aantal gecontroleerde <b>dossiers van afgesloten zorgperiodes</b> (verder " <b>afgesloten dossiers</b> " genoemd)	<b>16</b>
<i>afgesloten in wederzijds overleg tussen cliënt en CGG</i>	<i>10</i>
<i>afgesloten na een eenzijdige beslissing van de cliënt</i>	<i>6</i>
<i>afgesloten na een eenzijdige beslissing van het CGG</i>	<i>0</i>
<i>afgesloten na overlijden van de cliënt</i>	<i>0</i>

#### 3.2 DOORLOOPTIJDEN

	actieve dossiers	afgesloten dossiers	actieve en afgesloten dossiers
gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding en FTF1 <i>(mediaan)</i>	62,10 <i>(25)</i>	79,44 <i>(29,5)</i>	69,59 <i>(29)</i>
gemiddeld aantal dagen tussen FTF1 en FTF2 <i>(mediaan)</i>	76,57 <i>(36)</i>	97,69 <i>(26)</i>	85,70 <i>(36)</i>
gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding en FTF2 <i>(mediaan)</i>	138,67 <i>(99)</i>	177,13 <i>(103,50)</i>	155,30 <i>(99)</i>
gemiddeld aantal dagen tussen FTF1 en meest recente of laatste FTF <i>(mediaan)</i>	614,52 <i>(501)</i>	486,69 <i>(464)</i>	
<i>laagste aantal dagen</i>	<i>169</i>	<i>34</i>	
<i>hoogste aantal dagen</i>	<i>1.938</i>	<i>1.362</i>	

### 3.3 AANTAL FACE-TO-FACE-CONTACTEN

	actieve dossiers	afgesloten dossiers	actieve en afgesloten dossiers
gemiddeld aantal FTF per dossier <i>(mediaan)</i>	20,76 <i>(19)</i>	16,06 <i>(9)</i>	18,73 <i>(13)</i>
<i>laagste aantal FTF</i>	5	4	4
<i>hoogste aantal FTF</i>	51	75	75
gemiddeld aantal FTF per 100 dagen looptijd (geteld vanaf FTF1 tot meest recente of laatste FTF)	3,38	3,30	3,35
gemiddeld aantal FTF per 100 dagen looptijd (geteld vanaf FTF2 tot meest recente of laatste FTF)	3,67	3,87	3,74

## 4 THEMA'S

### 4.1 BEHANDELPLAN

#### 4.1.1 Nalevingstoezicht

##### *Werkwijze*

In de actieve dossiers werd nagegaan of een behandelplan aanwezig was.

In elk dossier werd bekeken of volgende aspecten van het behandelplan aanwezig waren:

- een overzicht van de klachten en problemen van de cliënt;  
deze verwachting uit het referentiekader werd geoperationaliseerd door te zoeken naar informatie over klachten en problemen op medisch vlak enerzijds en op psycho-emotioneel vlak anderzijds (waarbij minstens moest kunnen aangetoond worden dat deze bevraagd werden); deze aspecten werden verder gedetailleerd:
  - voor het medisch domein:
    - informatie over vroeger psychofarmacagebruik;
    - informatie over actueel medicatiegebruik;
    - informatie over andere somatische elementen;
  - voor het psycho-emotionele domein:
    - gegevens over de historiek op het vlak van psychische problemen;
    - gegevens over het gebruik van middelen;
- de hulpvraag en hulpverwachting van de cliënt;
- een diagnose en/of hypothese;
- doelstellingen (nagestreefde resultaten van de behandeling);
- de datum van de eerstvolgende multidisciplinaire bespreking van de behandeling / begeleiding.

De gegevens werden niet enkel gezocht in de rubriek die of het document dat als behandelplan wordt gehanteerd, maar in het volledige dossier.

Daarnaast werden ook nog een aantal items nagegaan die niet expliciet in het referentiekader vermeld zijn maar die een invloed kunnen hebben op de kwaliteit van de zorgverlening:

- op welke datum een eerste versie van het behandelplan werd opgesteld;
- na hoeveel FTF een eerste versie van het behandelplan werd opgesteld.
- of er over elk persoonlijk contact van de cliënt met een hulpverlener van het CGG inhoudelijke notities konden gevonden worden in het dossier;  
concreet werden in elk dossier 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.
- of uit het dossier kon afgeleid worden dat de context van de cliënt werd betrokken in de loop van de zorgperiode (of dat de cliënt dit niet wou).

## Vaststellingen

### Aantal dossiers met een behandelplan

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)	8,24 (5)
gemiddeld aantal dagen tussen FTF1 en opstellen eerste versie behandelplan (mediaan)	271,48 (101)
gemiddeld aantal dagen tussen FTF2 en opstellen eerste versie behandelplan (mediaan)	194,90 (48)

### Overzicht van de klachten en problemen op medisch vlak en op psycho-emotioneel vlak

	gevonden / gezocht	% gevonden
aantal dossiers met alle gezochte items in het overzicht van de klachten en problemen van de cliënt op medisch vlak en op psycho-emotioneel vlak	6 / 16	38%
aantal dossiers met alle gezochte informatie over het <b>medische</b> domein	10 / 16	63%
<i>informatie over vroeger psychofarmacagebruik</i>	11 / 16	69%
<i>informatie over actueel medicatiegebruik</i>	16 / 16	100%
<i>andere somatische elementen</i>	13 / 16	81%
aantal dossiers met alle gezochte informatie over het <b>psycho-emotionele</b> domein	11 / 16	69%
<i>gegevens over de historiek op het vlak van psychische problemen</i>	16 / 16	100%
<i>gegevens over het middelengebruik</i>	11 / 16	69%
aantal gevonden items / totaal aantal gezochte items	67 / 80	84%

## Andere elementen uit het behandelplan

	gevonden / gezocht	% gevonden
aantal dossiers waarin de hulpvraag en de hulpverwachting van de cliënt waren genoteerd	14 / 16	88%
aantal dossiers waarin een diagnose en/of hypothesen stonden genoteerd	16 / 16	100%
aantal dossiers waarin doelstellingen stonden genoteerd	16 / 16	100%
aantal dossiers waarin kon aangetoond worden dat de context betrokken werd (of dat de cliënt dit niet wou)	11 / 16	69%

## Notities bij FTF-contacten (10 meest recente FTF per dossier per discipline, in laatste 12 maanden)

	gevonden / gezocht	% gevonden
aantal dossiers met inhoudelijke notities voor alle gecontroleerde FTF-contacten	11 / 16	69%
totaal aantal gecontroleerde FTF met notities	135 / 141	96%
<i>aantal gecontroleerde FTF van therapeuten met notities</i>	<i>118 / 124</i>	<i>95%</i>
<i>aantal gecontroleerde FTF van CGG-psychiaters met notities</i>	<i>17 / 17</i>	<i>100%</i>

### 4.1.2 Systeemtoezicht

#### Werkwijze

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.

## Vaststellingen

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.	nee
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	ja
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.	ja
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.	nee

#### 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.
  - Aan de inhoudelijke verwachtingen bleek nagenoeg altijd voldaan te worden in de gecontroleerde dossiers. De diagnose of hypothese en de doelstellingen werden in alle dossiers gevonden, de hulpvraag en de hulpverwachting van de cliënt werd in de meeste dossiers gevonden.
  - Het overzicht van klachten en problemen bleek iets minder volledig. 84% van de gezochte items werd gevonden in de dossiers. De historiek op het vlak van psychische problemen gegevens en het actueel medicatiegebruik werden in alle dossiers genoteerd. De somatische gegevens, de gegevens over vroeger psychofarmacagebruik en middelengebruik ontbraken in meerdere dossiers.  
In 38% van de gecontroleerde dossiers waren er notities over alle gezochte onderwerpen.  
Er zijn schriftelijke afspraken over het noteren van de intake-informatie in het multidisciplinair dossier, met een specifieke plaats voor notities over de psycho-emotionele en medische gegevens.
- 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 8,24 FTF een eerste versie van behandelplan opgesteld (mediaan=5).
- Er is beleidsmatig niet vastgelegd hoe de context moet betrokken worden. In 69% van de gecontroleerde dossiers kon de betrokkenheid van context aangetoond worden.
- Er zijn formele afspraken over het maken van notities over FTF-contacten.
  - In 69% van de gecontroleerde dossiers werden notities teruggevonden voor alle FTF-contacten die plaats vonden.
  - Over 96% 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 en over de inhoud van behandelplannen. Er konden verbeteracties over het werken met behandelplannen worden aangetoond. Er kon objectieveerbare verbetering betreffende het werken met behandelplannen over de laatste jaren aangetoond worden.



## 4.2 MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

### 4.2.1 Nalevingstoezicht

#### **Werkwijze**

Als elementen van de multidisciplinaire werking bekeken we volgende items:

- de toegankelijkheid van de actieve dossiers voor alle medewerkers;
- het aantal behandelplanbesprekingen (BHP-besprekingen) tijdens de 24 maanden voorafgaand aan de inspectie, 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); tevens werd gecontroleerd of de aanwezigheid van meerdere hulpverleners bij de BHP-bespreking kon aangetoond worden; enkel de BHP-besprekingen die plaats vonden na de datum van opstellen van het eerste behandelplan werden meegeteld;
- de manier waarop de rol en eindverantwoordelijkheid van de CGG-psychiater wordt ingevuld; dit werd geconcretiseerd door in de actieve dossiers te kijken of een CGG-psychiater bij elk dossier betrokken was, hetzij via FTF-contacten, hetzij door deelname aan de BHP-besprekingen.

Goede zorgverlening vereist niet enkel regelmatige interne intercollegiale bespreking, maar ook – zeker in het kader van de netwerkvorming in de geestelijke gezondheidszorg – goede communicatie met verwijzers en met de vervolgzorg. Ondanks het feit dat het referentiekader hier weinig over vermeldt, werd aanvullend onderstaande informatie gezocht in de afgesloten dossiers:

- de aanwezigheid van informatie over de huisarts van de cliënt (de naam van de huisarts, het feit dat de cliënt geen huisarts heeft of het bezwaar van de cliënt tegen contactname met de huisarts);
- of er in de loop van de zorgperiode schriftelijk gecommuniceerd werd met de huisarts;
- de aanwezigheid van een eindsynthese, in eender welke vorm (bv. een intern eindverslag, een afsluitbrief, een brief aan een adviserende arts);
- in de gevonden eindsyntheses werd bekeken of volgende informatie was opgenomen:
  - 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.
- 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.

## Vaststellingen

### Toegankelijkheid van het dossier voor de verschillende disciplines

	gevonden / gezocht	%
aantal dossiers (met een duurtijd van minder dan 24 maanden) waarbij alle gecontroleerde informatie toegankelijk was voor alle disciplines	16 / 16	100%
<i>aantal dossiers waar alle informatie in het EPD werd gevonden (en voor alle disciplines toegankelijk was)</i>	<i>0 / 16</i>	<i>0%</i>
<i>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)</i>	<i>16 / 16</i>	<i>100%</i>

### 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	8 / 21	38%
aantal actieve dossiers waarbij FTF-contacten met een andere discipline plaats vonden in de loop van de volledige zorgperiode	20 / 21	95%
aantal actieve dossiers waarbij zowel FTF-contacten met een CGG-psychiater als met een andere discipline plaats vonden	7 / 21	33%

### Behandelplanbesprekingen en deelname

som van de duur van de zorgperiodes (tijd tussen FTF2 en inspectiedatum; bij langlopende dossiers beperkt tot de laatste 24 maanden), in maanden	340 (= 57 keer 6 maanden)	
totaal aantal gecontroleerde BHP-besprekingen in alle actieve dossiers	37	
	gevonden / gezocht	%
aantal keer dat meer dan 1 aanwezige aantoonbaar was	31 / 37	84%
aantal waarbij de aanwezigheid van een CGG-psychiater aantoonbaar was	11 / 37	30%

## 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)	8 / 21	38%
aantal dossiers met minstens één BHP-bespreking in de gecontroleerde periode waarbij de aanwezigheid van een CGG-psychiater kon aangetoond worden	7 / 21	33%
aantal actieve dossiers waarbij in de gecontroleerde periode een FTF-contact met een CGG-psychiater plaats vond en/of de aanwezigheid van een CGG-psychiater kon aangetoond worden bij minstens 1 BHP-bespreking	9 / 21	43%
aantal actieve dossiers waarbij de betrokkenheid van een CGG-psychiater niet kon aangetoond worden door betrokkenheid bij minstens 1 BHP-bespreking en/of door een FTF-contact in de gecontroleerde periode	12 / 21	57%

## Zesmaandelijke bespreking van het behandelplan

	gevonden / gezocht	%
aantal dossiers waarin nooit een periode van meer dan zes maanden voorkwam zonder dat een behandelplan werd opgesteld of besproken	8 / 21	38%

looptijd dossiers	aantal dossiers	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)		
		6-12 maanden	12-18 maanden	18-24 maanden
6-12 maanden	8	2	n.v.t.	n.v.t.
12-24 maanden	8	3	4	0
+ 24 maanden	5	3	2	2
		<b>8</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
		<b>16</b>		

In alle dossiers samen werd in totaal 16 keer een periode van meer dan zes maanden opgemerkt waarin geen behandelplan werd opgesteld of besproken. In 8 gevallen duurde deze periode 6 tot 12 maanden, in 6 gevallen 12 tot 18 maanden en in 2 gevallen 18 tot 24 maanden.

<b>toelichting bij de periodes van meer dan 6 maanden waarin geen BHP werd opgesteld of besproken</b>	
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	2
aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen de opmaak en de eerste bespreking van het behandelplan	3
<i>aantal daarvan waarbij in de gecontroleerde periode geen BHP-bespreking gevonden werd</i>	<i>0</i>
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)	6
<i>aantal daarvan waarbij in de gecontroleerde periode geen BHP-bespreking gevonden werd</i>	<i>1</i>
aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen 2 behandelplanbesprekingen	3
aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen de meest recente BHP-bespreking en de inspectiedatum	2
	<b>16</b>

#### **Communicatie met andere zorgverleners met het oog op continuïteit van zorg**

	gevonden / gezocht	% gevonden
aantal dossiers met enige informatie over (communicatie met) de huisarts	15 / 16	94%
<i>aantal dat de naam van de huisarts bevat</i>	<i>15 / 16</i>	
<i>aantal waarin stond genoteerd dat de cliënt geen huisarts heeft</i>	<i>0 / 16</i>	
<i>aantal waarin stond genoteerd dat cliënt geen communicatie met de huisarts wou</i>	<i>0 / 16</i>	
aantal dossiers waarin schriftelijke communicatie met de huisarts kon worden aangetoond in de loop van de zorgperiode	2 / 16	13%

aantal afgesloten dossiers dat een eindsynthese bevat (bv. een intern eindverslag, afsluitbrief, brief voor de adviserend geneesheer ...)	14 / 16	88%
indien eindsynthese aanwezig, bevat deze volgende elementen:		
<i>diagnose / omschrijving van de problematiek</i>	<i>11 / 14</i>	
<i>start- en einddatum zorgperiode</i>	<i>1 / 14</i>	
<i>verloop van de behandeling</i>	<i>4 / 14</i>	
<i>info over medicatie</i>	<i>1 / 14</i>	
<i>informatie over suïcidaliteit</i>	<i>2 / 14</i>	

<i>instructies voor nazorg / vervolgbehandeling</i>	4 / 14
<i>contactpersoon voor verdere informatie</i>	4 / 14
aantal dossiers waarin de gevonden eindsynthese een afsluitbrief was	2 / 14
<i>aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief verstuurd werd naar de zorgverlener die zou instaan voor de vervolgzorg (bv. PZ, psychotherapeut, ...)</i>	1 / 2
<i>aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief verstuurd werd naar de verwijzer</i>	0 / 2
<i>aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief verstuurd werd naar de huisarts</i>	1 / 2
<i>aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief meegegeven werd aan de cliënt of zijn naaste</i>	0 / 2

#### 4.2.2 Systeemtoezicht

##### **Werkwijze**

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 behandelplanbespreking;
  - rapportage/dossievorming door de verschillende disciplines.
- De meest recente cijfers omtrent het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking (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.

## Vaststellingen

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:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ frequentie van het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking (bv. per dossier/cliënt/zorgperiode)</li> </ul>	ja
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ disciplines die bij het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking aanwezig moeten zijn</li> </ul>	ja
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 multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking.	ja
Indien ja, kan er verbetering worden aangetoond in de laatste 5 jaar	nee

Cliënten nemen (soms) deel aan het multidisciplinair overleg	nee
Cliënten hebben schrijfrecht in hun dossier.	nee
Er zijn schriftelijke afspraken betreffende de afsluitbrief	ja
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ afspraken betreffende termijn voor verzending</li> </ul>	nee
de termijn voor verzending is SMART geformuleerd (bv. duidelijke tijdsperiode of na aantal FTF-contacten)	nvt
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ afspraken betreffende inhoud</li> </ul>	ja
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ afspraken betreffende bestemming(en)</li> </ul>	nee
Er zijn schriftelijke afspraken betreffende communicatie met de huisarts	ja
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:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gebruik van een gemeenschappelijk model van afsluitbrief</li> </ul>	ja

▪ bepaalde inhoudelijke topics van de afsluitbrief	ja
▪ registratie van het opmaken of versturen van afsluitbrieven	nee
▪ andere aspecten m.b.t. afsluitbrieven	nee
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, over de aanwezige disciplines en over de plaats in het dossier om het verslag te noteren. Uit de dossiernotities kan niet altijd afgeleid worden wie bij de intercollegiale besprekingen aanwezig was.
  - In 33% 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 57% 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 8 (38%) 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 verbeteracties, maar geen verbeterresultaten worden getoond.
- Er zijn schriftelijke afspraken betreffende de afsluitbrief / eindsynthese over de inhoud, maar niet over de mogelijke bestemmingen, noch over de termijn voor versturen. Er zijn schriftelijke afspraken over de communicatie met de huisarts.
  - In alle gecontroleerde afgesloten dossiers, uitgezonderd één, werd informatie over de huisarts gevonden. In 13% van de dossiers werd schriftelijke communicatie met de huisarts aangetoond.
  - In 88% van de gecontroleerde afgesloten dossiers was een eindsynthese van de voorbije zorgperiode opgesteld. In 2 van de 16 gecontroleerde dossiers was er een afsluitbrief verstuurd.
  - In de afsluitbrieven ontbrak de gecontroleerde informatie vaak; enkel de omschrijving van de problematiek was meestal aanwezig.
- 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 over het versturen van afsluitbrieven de voorbije jaren.

## 4.3 UITKOMSTENMONITORING EN CLIËNTENFEEDBACK

### 4.3.1 Nalevingstoezicht

#### **Werkwijze**

In de actieve dossiers werden resultaten gezocht van systematische uitkomstenmonitoring en/of cliëntenfeedback, waarmee de evolutie in kaart wordt gebracht voor volgende aspecten die in het referentiekader staan opgelijst:

- de klinische symptomen;
- het algemeen functioneren/levenskwaliteit van de cliënt;
- de tevredenheid van de cliënt over de behandeling;
- de werkrelatie tussen cliënt en therapeut.

Desgevallend werd telkens nagegaan op welke manier deze gegevens waren verzameld:

- aan de hand van een meetinstrument (gestandaardiseerde methode die de evolutie objectief zichtbaar maakt), gescoord door de therapeut;
- aan de hand van een gestructureerde bevraging van de cliënt (mondeling dan wel schriftelijk);
- aan de hand van beide bovenstaande.

#### **Vaststellingen**

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)					12 / 16 (75%)
aantal dossiers zonder resultaten over één van de vier gezochte aspecten					4 / 16 (25%)
	aantal dossiers zonder gegevens	aantal dossiers met gegevens	<i>aantal met gegevens op basis van meetinstrument ingevuld door therapeut</i>	<i>aantal met gegevens op basis van gestructureerde bevraging van de cliënt</i>	<i>aantal met gegevens op basis van beide</i>
het dossier bevat resultaten van systematische <b>uitkomstenmonitoring</b> en/of <b>cliëntenfeedback</b> die de evolutie in kaart brengt m.b.t. volgende aspecten:					
de klinische symptomen	6 (38%)	10 (63%)	8 (50%)	3 (19%)	1 (6%)
het algemeen functioneren van de cliënt	4 (25%)	12 (75%)	8 (50%)	6 (38%)	2 (13%)
de tevredenheid van de cliënt over de behandeling	9 (56%)	7 (44%)	0 (0%)	7 (44%)	0 (0%)
de werkrelatie tussen cliënt en therapeut	9 (56%)	7 (44%)	0 (0%)	7 (44%)	0 (0%)



### 4.3.2 Systeemtoezicht

#### Werkwijze

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.

#### Vaststellingen

gecontroleerd element	ja / nee
Het CGG verwerft op structurele en geobjectiveerde wijze op centraal niveau zicht op de outcome van zijn behandeling door het geselecteerde team	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ systematisch verzamelde uitkomstenmonitoring gescoord door de therapeut aan de hand van meetinstrument</li> </ul>	nee
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ cliëntenfeedback, verzameld aan de hand van een gestructureerde cliëntenbevraging</li> </ul>	ja
Centraal (bv. door de teamcoördinator, doelgroepverantwoordelijke, kwaliteitscoördinator) wordt opgevolgd in hoeverre de resultaten van de uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback worden benut	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ op cliëtniveau (bv. bijsturing van de doelstellingen of van de aanpak op basis van de resultaten)</li> </ul>	ja
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ op teamniveau (bv. bijsturing van de aanpak op basis van de geaggregeerde resultaten)</li> </ul>	ja
De resultaten worden op CGG-niveau benut (bv. gebruikt voor beleidsbeslissingen, geagendeerd op overleg managementorgaan, ...)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ resultaten van de uitkomstenmonitoring (gescoord door de therapeut aan de hand van een meetinstrument)</li> </ul>	nee
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ resultaten van de cliëntenfeedback (verzameld aan de hand van een gestructureerde cliëntenbevraging)</li> </ul>	nee

### 4.3.3 Conclusie

- Het CGG verwerft op systematische wijze op cliënniveau gegevens over de outcome van de behandeling door het geselecteerde team door gestructureerde bevraging van de cliënt (ORS en SRS), meetinstrumenten ingevuld door de therapeut worden niet systematisch gebruikt, maar wel op initiatief van de therapeut (in de dossiersteekproef werd verschillende keren een HONOS gezien). De gegevens worden voornamelijk benut om het behandelplan bij te sturen.
- In 75% van de gecontroleerde dossiers werden resultaten gevonden over systematische uitkomstenmonitoring over minstens één van de gezochte onderwerpen: metingen betreffende de klinische symptomen waren in 63% van de dossiers aanwezig, en gegevens over het algemeen functioneren van de cliënt waren in 75% van de dossiers aanwezig, terwijl de tevredenheid van de cliënt van de werkrelatie en de werkrelatie tussen cliënt en therapeut in 44 % van de dossiers werd geëvalueerd.

## 4.4 DETECTIE EN BEHANDELING VAN SUÏCIDAAL GEDRAG

### 4.4.1 Nalevingstoezicht

#### **Werkwijze**

In de actieve dossiers werden volgende aspecten van detectie en behandeling van suïcidaal gedrag nagegaan:

- Een risico-inschatting, -omschrijving of -score;
- Inhoudelijke argumentatie van een verhoogde risico-inschatting;
- Datum van de eerste en van de meest recente risico-inschatting;
- Evolutie doorheen de tijd van de risico-inschattingen;
- Aanwezigheid van een safetyplan bij detectie van een verhoogd risico.

#### **Vaststellingen**

Aantal gecontroleerde dossiers	16	
Aantal dossiers met eender welke risico-inschatting, -omschrijving of -score m.b.t. suïcidaliteit van de cliënt	15 / 16	94%
aantal dossiers waarin de datum van de eerste screening inzake suïcidaliteit stond genoteerd	11 / 16	69%
aantal dossiers waarin sprake was van verhoogde suïcidaliteit	8 / 16	50%
aantal dossiers met een verhoogde suïcidaliteit, waarbij volgende elementen werden gevonden:		
inhoudelijke argumentatie voor de inschatting	7 / 8	
een safetyplan (minimaal een koppeling tussen signalen en een vorm van actie of interventie)	3 / 8	
aantal dossiers met een safetyplan waarin een neerslag werd gevonden van de betrokkenheid van de cliënt bij het opstellen van dit safetyplan	3 / 3	
aantal dossiers met een safetyplan waarin een neerslag werd gevonden van de betrokkenheid van de context bij het opstellen van dit safetyplan	0 / 3	
Aantal dossiers waarin de evolutie van de verschillende risico-inschattingen konden worden gevonden	9 / 16	56%
Gemiddelde verstreken tijd sinds (notities over) de meest recente suïcidescreening, in dagen	55	

## 4.4.2 Systeemtoezicht

### Werkwijze:

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.

### Vaststellingen

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.	ja
Er zijn duidelijke verwachtingen m.b.t. de te ondernemen acties bij patiënten met een verhoogd suïciderisico.	ja
Het CGG werkt met safetyplannen m.b.t. suïcidaliteit.	ja
Er is een scoresysteem voor suïcidaliteit vastgelegd, dat een gelijkvormige ernstinschatting inhoudt.	nee
Er zijn afspraken vastgelegd omtrent de systematische herevaluatie van het suïciderisico bij de cliënten.	ja
Het CGG kent de proportie van dossiers met een verhoogd suïciderisico.	ja

▪ Het CGG kent het aantal dossiers die notities bevatten over de suïcidescreening	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:	
▪ gebruik van een eenvormige manier van scoren van suïcidaliteit;	nee
▪ het inhoudelijk onderbouwen van de toegekende scores;	ja
▪ 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	1	6	7
Aantal van deze medewerkers die gedurende de 24 maanden voor de inspectie een specifieke vorming volgden rond suïcidepreventie	0	5	5
Aantal hiervan die minstens één e-learningmodule in het kader van de MDR volgden ( <a href="https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/">https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/</a> ).	0	0	0

#### 4.4.3 Conclusie

- In het CGG is er een uitgeschreven suïcidebeleid, dat alle aspecten bevat die voorgesteld worden in de VLESP-richtlijn.
- In 94% van de gecontroleerde dossiers was een inschatting van het suïciderisico van de cliënt genoteerd. In 8 (50%) gevallen was het risico verhoogd, waarbij 7 keer een inhoudelijke argumentatie voor de verhoogde score kon worden teruggevonden. Er wordt voor het betrokken team verwacht dat men een safetyplan (crisisplan) moet opstellen bij een verhoogd suïciderisico. Voor de 8 dossiers met een verhoogd suïciderisico werd in 3 dossiers een safetyplan opgemaakt.
- Er bestaat geen eenduidig verband tussen de aanwezige datum op het betreffende tabblad in het EPD en het moment van de genoteerde score voor het suïciderisico. 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 11/16 dossiers de datum van de eerste screening achterhaald worden, en kon in 9 dossiers een evolutie van het suïciderisico gevonden worden.
- Het CGG verzamelt niet systematisch 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.

## 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 medische en psycho-emotionele gezondheid 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 medische en psycho-emotionele gezondheid van de cliënt is aanwezig in het dossier	67 / 80	84%	nee
het dossier bevat een inschatting van suïcidaliteit van de cliënt	15 / 16	94%	nee
bij cliënten met een verhoogd suïciderisico werd een plan met waarschuwingssignalen en gerelateerde acties gevonden in het dossier	3 / 8	38%	ja