

**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 De Pont                          |
| Adres            | Lange Ridderstraat 20, 2800 Mechelen |
| Telefoon         | 015 42 08 32                         |
| E-mail           | mechelen@cggdepont.be                |
| Website          | www.cggdepont.be                     |
| Erkenningsnummer | 103                                  |

**INRICHTENDE MACHT**

|                 |                                                  |
|-----------------|--------------------------------------------------|
| Naam            | Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg De Pont |
| Juridische vorm | vzw                                              |
| Adres           | Lange Ridderstraat 20, 2800 Mechelen             |
| Telefoon        | 015 42 08 32                                     |
| E-mail          | mechelen@cggdepont.be                            |

**UITBATINGSPLAATS**

|       |                                      |
|-------|--------------------------------------|
| Naam  | Vestiging Mechelen                   |
| Adres | Lange Ridderstraat 20, 2800 Mechelen |

**OPDRACHT**

|             |                  |
|-------------|------------------|
| Nummer      | O-2017-MAPU-0452 |
| Datum       | 24/7/2017        |
| Inspecteurs | XXXX             |
|             | XXXX             |

**VERSLAG**

|        |                  |
|--------|------------------|
| Nummer | V-2017-KOFI-0008 |
| Datum  | 06/11/2017       |

**INSPECTIEBEZOEK**

|       |                                                    |
|-------|----------------------------------------------------|
| Soort | Aangekondigd bezoek op 27/10/2017 van 9u tot 15u45 |
|-------|----------------------------------------------------|

# 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 .....                                      | 17        |
| 4.3      | Uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback.....                         | 25        |
| 4.4      | Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag .....                    | 27        |
| <b>5</b> | <b>Prioritaire verbeterpunten .....</b>                               | <b>30</b> |

# 1 AFKORTINGENLIJST

| Afkorting | Uitleg                                                                              |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 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**

### **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 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

### Beleidsoverleg

|                                                    |      |
|----------------------------------------------------|------|
| Algemeen directeur                                 | XXXX |
| Directiesecretaresse en administratief coördinator | XXXX |
| Zorgcoördinator kinderen- en jongerenwerking       | XXXX |
| Zorgcoördinator volwassenenwerking                 | XXXX |
| Zorgcoördinator Pros, forensisch en ouderenteam    | XXXX |
| Beleidsmedewerker                                  | XXXX |

### Overzicht vestigingsplaatsen en teams

| Hoofdzetel en directiesecretariaat                 |                                       |                |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| Lange Ridderstraat 20<br>2800 Mechelen             |                                       |                |
| Vestigingsplaats                                   | Team                                  | Leeftijdsgroep |
| Mechelen<br>Lange Ridderstraat 20<br>2800 Mechelen | Baby-peuterteam                       | 0-2            |
|                                                    | Kinderteam Mechelen                   | 3-17           |
|                                                    | Volwassenen Team Mechelen             | 18-59          |
|                                                    | Ouderenwerking Mechelen, Boom en Lier | +60            |
|                                                    | Forensische werking                   | 18-60          |
|                                                    | Preventie: ADT + suicide              | +0             |
|                                                    | Problemen op school (PrOS)            | 12-25          |
|                                                    | Mobiel crisisteam                     | 0-17           |
|                                                    | Mobiel careteam                       | 0-17           |
|                                                    | Tender arbeidszorg Mechelen-Lier      | 18-59          |
|                                                    | Eerstelijns Mechelen, Boom en Lier    | 18-59          |
| Boom<br>Colonel Silvertopstraat 10<br>2850 Boom    | Kinderteam Boom                       | 3-17           |
|                                                    | Volwassenenteam Boom                  | 18-59          |
| Lier<br>Paradeplein 2/b3<br>2500 Lier              | Kinderteam Lier                       | 3-17           |
|                                                    | Volwassenenteam Lier                  | 18-59          |

**Inspectiepunt**

Tijdens deze inspectie werd volgende vestigingsplaats bezocht:

Vestiging Mechelen

Lange Ridderstraat 20

2800 Mechelen

De inspectie had betrekking op de werking van het volwassenenteam Mechelen.

### 3 ALGEMENE GEGEVENS BETREFFENDE DE GECONTROLEERDE DOSSIERS

#### 3.1 AANTAL GECONTROLEERDE DOSSIERS

|                                                                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| totaal aantal gecontroleerde <b>dossiers van lopende zorgperiodes</b><br>(verder " <b>actieve dossiers</b> " genoemd) | <b>21</b> |
| <i>actieve dossiers met een looptijd van een half tot 1 jaar</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>  |

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 <b>dossiers van afgesloten zorgperiodes</b><br>(verder " <b>afgesloten dossiers</b> " genoemd) | <b>16</b> |
| <i>afgesloten in wederzijds overleg tussen cliënt en CGG</i>                                                                | <i>8</i>  |
| <i>afgesloten na een eenzijdige beslissing van de cliënt</i>                                                                | <i>7</i>  |
| <i>afgesloten na een eenzijdige beslissing van het CGG</i>                                                                  | <i>1</i>  |
| <i>afgesloten na overlijden van de cliënt</i>                                                                               | <i>0</i>  |

#### 3.2 DOORLOOPTIJDEN

|                                                                                             | actieve<br>dossiers | afgesloten<br>dossiers | actieve en<br>afgesloten<br>dossiers |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|--------------------------------------|
| gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding en FTF1<br>( <i>mediaan</i> )                      | 85,19<br>(48)       | 158,06 *<br>(30,5)     | 116,7<br>(40)                        |
| gemiddeld aantal dagen tussen FTF1 en FTF2<br>( <i>mediaan</i> )                            | 34,90<br>(16)       | 112,06 **<br>(46)      | 68,27<br>(26)                        |
| gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding en FTF2<br>( <i>mediaan</i> )                      | 120,09<br>(106)     | 270,13<br>(115,5)      | 184,97<br>(110)                      |
| gemiddeld aantal dagen<br>tussen FTF1 en meest recente of laatste FTF<br>( <i>mediaan</i> ) | 521<br>(440)        | 921<br>(925)           |                                      |
| <i>laagste aantal dagen</i>                                                                 | <i>72</i>           | <i>151</i>             |                                      |
| <i>hoogste aantal dagen</i>                                                                 | <i>1.728</i>        | <i>2.232</i>           |                                      |

\*Bij 1 dossier besloeg deze periode 1.936 dagen, wat het gemiddelde sterk beïnvloedt.

\*\* Bij 1 dossier besloeg deze periode 618 dagen, wat het gemiddelde sterk beïnvloedt.

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

|                                                                                                     | actieve<br>dossiers  | afgesloten<br>dossiers | actieve en<br>afgesloten<br>dossiers |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|--------------------------------------|
| gemiddeld aantal FTF per dossier<br><i>(mediaan)</i>                                                | 19,75<br><i>(17)</i> | 35,94<br><i>(36,5)</i> | 26,08<br><i>(19)</i>                 |
| <i>laagste aantal FTF</i>                                                                           | 4                    | 5                      | 4                                    |
| <i>hoogste aantal FTF</i>                                                                           | 51                   | 113                    | 113                                  |
| gemiddeld aantal FTF per 100 dagen looptijd<br>(geteld vanaf FTF1 tot meest recente of laatste FTF) | 4,32                 | 3,96                   | 4,16                                 |
| gemiddeld aantal FTF per 100 dagen looptijd<br>(geteld vanaf FTF2 tot meest recente of laatste FTF) | 4,35                 | 4,79                   | 4,54                                 |

## 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                                                    | 19              |
| percentage dossiers met een behandelplan                                                | 90%             |
| gemiddeld aantal FTF voor het opstellen eerste versie behandelplan<br>(mediaan)         | 7,63<br>(5)     |
| gemiddeld aantal dagen tussen FTF1 en opstellen eerste versie behandelplan<br>(mediaan) | 157,63<br>(112) |
| gemiddeld aantal dagen tussen FTF2 en opstellen eerste versie behandelplan<br>(mediaan) | 109,90<br>(92)  |

*De gemiddelden in bovenstaande tabel worden sterk beïnvloed door twee dossiers, waarin respectievelijk 33 en 39 FTF-contacten plaats vonden vóór een 1<sup>e</sup> versie van het BHP werd opgemaakt. Als deze dossiers buiten beschouwing worden gelaten, bedroeg het gemiddelde aantal FTF vóór het opstellen van de 1<sup>e</sup> versie van het BHP 4,29. Als we deze dossiers ook buiten beschouwing laten voor het berekenen van het gemiddeld aantal dagen tussen FTF1 resp. FTF2 en het opstellen van de 1<sup>e</sup> versie van het BHP, dan daalt dat aantal naar 115,35 respectievelijk 77,18.*

##### 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 | 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%       |

## 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<sup>1</sup>.

- 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 /<br>gezocht | % gevonden |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|
| <i>informatie over vroeger psychofarmacagebruik</i>                    | 12 / 16               | 75%        |
| <i>informatie over actueel medicatiegebruik</i>                        | 12 / 16               | 75%        |
| <i>informatie over somatische klachten of problemen</i>                | 10 / 16               | 63%        |
| <i>gegevens over de historiek op het vlak van psychische problemen</i> | 16 / 16               | 100%       |
| <i>gegevens over het middelengebruik</i>                               | 7 / 16                | 44%        |
| aantal gevonden items / totaal aantal gezochte items                   | 57 / 80               | 71%        |

<sup>1</sup> 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) | 2 / 16             | 13%        |

## 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 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                                    | 100 / 128          | 78%        |
| <i>aantal gecontroleerde FTF van therapeuten met notities</i>                    | <i>81 / 96</i>     | <i>84%</i> |
| <i>aantal gecontroleerde FTF van CGG-psychiaters met notities</i>                | <i>19 / 32</i>     | <i>59%</i> |
| aantal dossiers met inhoudelijke notities voor alle gecontroleerde FTF-contacten | 8 / 16             | 50%        |

### 4.1.2 Systeem

Volgende beleidsdocumenten over het thema behandelplan werden opgevraagd:

- model van behandelplan;
- procedure met beschrijving van:
  - o de inhoudelijke criteria waaraan dit behandelplan moet voldoen;
  - o 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.:<br>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                                                                          | nee                 |
| 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 en duidelijke verwachtingen voor het gebruik hiervan. In 90% van de gecontroleerde dossiers werden behandelplannen gevonden.
  - De diagnose of hypothese en de doelstellingen werden in alle dossiers gevonden.
  - De hulpvraag van de cliënt was in 88% van de gecontroleerde dossiers genoteerd.
- Het overzicht van klachten en problemen bleek iets minder volledig. 71% van de gezochte items werd gevonden in de dossiers. De historiek op het vlak van psychische problemen werd in alle dossiers genoteerd, andere aspecten ontbraken in meerdere dossiers.
- Er is niet beleidsmatig vastgelegd hoe de context moet betrokken worden. In 2 van de 16 dossiers kon de betrokkenheid van context aangetoond worden.
- De termijn waarbinnen een eerste behandelplan verwacht wordt, is door het CGG vastgelegd op 4 FTF-contacten. Deze doelstelling wordt in de gecontroleerde dossiers niet gehaald. In de steekproef van 21 actieve dossiers was een eerste BHP (gemiddeld) aanwezig na meer dan 7 FTF-contacten (mediaan = 5). Er verloopt gemiddeld zo'n 110 dagen tussen het tweede FTF-contact en de opmaak van een eerste behandelplan in het dossier (mediaan = 92). Deze gemiddeldes worden wel sterk beïnvloed door twee dossiers met uitzonderlijk hoge waarden.
- Er zijn duidelijke afspraken voor het maken van notities over FTF-contacten. Van alle nagekeken FTF-contacten, in de actieve dossiers, werd in 78% inhoudelijke notities in het dossier aangetroffen.
- Het CGG verzamelt gegevens over het werken met behandelplannen en ook over de inhoud hiervan. Er konden verschillende verbeteracties over het werken met behandelplannen worden aangetoond en er kon ook objectiveerbare verbetering betreffende het werken met behandelplannen over de laatste jaren getoond worden.

## 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 /<br>gezocht | %   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----|
| aantal dossiers (met een duurtijd van minder dan 2 jaar) waarbij alle gecontroleerde informatie toegankelijk was voor alle disciplines                                                                         | 10 / 16               | 63% |
| <i>aantal dossiers waar alle informatie in het <b>EPD</b> werd gevonden (en voor alle disciplines toegankelijk was)</i>                                                                                        | 6 / 16                | 38% |
| <i>aantal dossiers waarbij, naast de informatie in het <b>EPD</b>, sommige gegevens op <b>papier</b> werden gevonden, maar wel in een centraal bewaard dossier (en dus voor alle disciplines toegankelijk)</i> | 4 / 16                | 25% |

De niet-toegankelijke onderdelen van het patiëntendossier bestonden uit het papieren dossierluik van de CGG-psychiater waarin onder meer notities over FTF-contacten, klachten en problemen, intakegegevens en medicatiegebruik beschreven stonden. Dit papieren luik werd bewaard in een afgesloten kast die normaliter niet toegankelijk is voor de collega's.

#### Betrokkenheid van verschillende disciplines

Volgens het referentiekader moet het CGG multidisciplinair werken en de cliënten minimaal vanuit psychiatische, 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 /<br>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***

| totaal aantal gecontroleerde BHP-besprekingen in alle actieve dossiers | 23                    |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----|
|                                                                        | gevonden /<br>gezocht | %   |
| aantal keer dat meer dan 1 aanwezige aantoonbaar was                   | 16 / 23               | 70% |
| aantal waarbij de aanwezigheid van een CGG-psychiater aantoonbaar was  | 10 / 23               | 43% |

#### ***Betrokkenheid van een CGG-psychiater***

|                                                                                                                                                                                                         | gevonden /<br>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                                                       | 5 / 21                | 24% |
| 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 | 11 / 21               | 52% |

### Zesmaandelijke bespreking van het behandelplan

Volgens het referentiekader moet elk zorgproces dat langer dan 6 maanden loopt in het CGG, minstens halfjaarlijks 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 zesmaandelijke 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 | 329<br>(55 keer 6 maanden) |
| totaal aantal gecontroleerde BHP-besprekingen in alle actieve dossiers                                                                           | 23                         |

|                                                                                                                                    | 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% |

|                     |                 | 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               | 1                                                                                                                                           | n.v.t.        | n.v.t.        |
| 1 tot 2 jaar        | 8               | 2                                                                                                                                           | 4             | 1             |
| meer dan 2 jaar     | 5               | 2                                                                                                                                           | 2             | 2             |
|                     |                 | <b>5</b>                                                                                                                                    | <b>6</b>      | <b>3</b>      |
|                     |                 | <b>14</b>                                                                                                                                   |               |               |

In alle dossiers samen werd in totaal 14 keer een periode van meer dan zes maanden opgemerkt waarin geen behandelplan werd opgesteld of besproken. In 5 gevallen duurde deze periode 6 tot 12 maanden, in 6 gevallen 12 tot 18 maanden en in 3 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                            | 2 |
| aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen FTF2 en het opstellen van het eerste behandelplan      | 3 |
| aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen de opmaak en de eerste bespreking van het behandelplan | 2 |

|                                                                                                                                                                                                   |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>aantal daarvan waarbij in de gecontroleerde periode geen BHP-bespreking gevonden werd</i>                                                                                                      | <i>2</i>  |
| aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen het moment dat 2 jaar voor de inspectie viel en de 1 <sup>e</sup> daaropvolgende BHP-bespreking (bij dossiers met een looptijd van meer dan 2 jaar) | 4         |
| <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 2 behandelplanbesprekingen                                                                                                                          | 3         |
| aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen de meest recente BHP-bespreking en de inspectiedatum                                                                                                | 0         |
|                                                                                                                                                                                                   | <b>14</b> |

### **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 /<br>gezocht | % gevonden |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|
| aantal dossiers met enige informatie over (communicatie met) de huisarts                                              | 6 / 16                | 38%        |
| <i>aantal dat de naam van de huisarts bevat</i>                                                                       | 6 / 16                |            |
| <i>aantal waarin stond genoteerd dat de cliënt geen huisarts heeft</i>                                                | 0 / 16                |            |
| <i>aantal waarin stond genoteerd dat cliënt geen communicatie met de huisarts wou</i>                                 | 0 / 16                |            |
| aantal dossiers waarin schriftelijke communicatie met de huisarts kon worden aangetoond in de loop van de zorgperiode | 1 / 16                | 6%         |

|                                                                                                                                                                                                      |        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|
| aantal afgesloten dossiers dat een eindsynthese bevat (bv. een intern eindverslag, afsluitbrief, brief voor de adviserend arts, ...)                                                                 | 6 / 16 | 38% |
| indien eindsynthese aanwezig, bevat deze volgende elementen:                                                                                                                                         |        |     |
| <i>diagnose / omschrijving van de problematiek</i>                                                                                                                                                   | 5 / 6  |     |
| <i>start- en einddatum zorgperiode</i>                                                                                                                                                               | 4 / 6  |     |
| <i>verloop van de behandeling</i>                                                                                                                                                                    | 6 / 6  |     |
| <i>info over medicatie</i>                                                                                                                                                                           | 4 / 6  |     |
| <i>informatie over suïcidaliteit</i>                                                                                                                                                                 | 0 / 6  |     |
| <i>instructies voor nazorg / vervolgbehandeling</i>                                                                                                                                                  | 5 / 6  |     |
| <i>contactpersoon voor verdere informatie</i>                                                                                                                                                        | 6 / 6  |     |
| aantal dossiers waarin de gevonden eindsynthese een afsluitbrief was                                                                                                                                 | 4 / 6  |     |
| <i>aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief verstuurd werd naar de zorgverlener die zou instaan voor de vervolgzorg (bv. psychiatrisch ziekenhuis, psychotherapeut, ...)</i> | 1 / 4  |     |
| <i>aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief verstuurd werd naar de verwijzer</i>                                                                                             | 0 / 4  |     |
| <i>aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief verstuurd werd naar de huisarts</i>                                                                                              | 3 / 4  |     |
| <i>aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief meegegeven werd aan de cliënt of zijn naaste</i>                                                                                 | 0 / 4  |     |

#### 4.2.2 Systeem

Volgende beleidsdocumenten over het thema multidisciplinaire werking werden opgevraagd:

- Documenten die de multidisciplinaire werking regelen, zoals onder meer:
  - o frequentie van het multidisciplinair overleg / de (multidisciplinaire) behandelplanbespreking;
  - o aanwezigheid van de verschillende disciplines;
  - o te bespreken onderwerpen tijdens het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking;
  - o rapportage/dossiervorming 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.

| 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 behandelplanbespreking (bv. per dossier/cliënt/zorgperiode)                                                                                                             |  | ja       |
| ▪ disciplines die bij het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking aanwezig moeten zijn                                                                                                                        |  | 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). |  | nee      |
| 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      |

|                                                                                                                                                     |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Er zijn schriftelijke afspraken betreffende de afsluitbrief                                                                                         | ja     |
| ▪ afspraken betreffende termijn voor verzending                                                                                                     | nee    |
| de termijn voor verzending is SMART geformuleerd (bv. duidelijke tijdsperiode)                                                                      | n.v.t. |
| ▪ afspraken betreffende inhoud                                                                                                                      | nee    |
| ▪ afspraken betreffende bestemming(en)                                                                                                              | ja     |
| 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 | nee    |
| 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                                                                                                             | nee    |
| Er kan objectief verbetering worden aangetoond m.b.t. de voorbije 5 jaar.                                                                           | nee    |

#### 4.2.3 Conclusie

- Niet alle dossiers waren 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 BHP-besprekingen, alsook over de aanwezige disciplines en 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.
  - o In 24% 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 48% 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.
  - o In 8 van de 21 gecontroleerde actieve dossiers (38%) werd nooit een periode van zes maanden overschreden zonder dat een behandelplan werd opgesteld of besproken.
- Het CGG verzamelt niet op gestructureerde wijze gegevens omtrent de praktijk (voor het geïnspecteerde team) betreffende de multidisciplinaire BHP-besprekingen (bv. over de gehaalde frequentie per dossier, over aanwezigheid van disciplines, over verslaggeving in het dossier,...). Er konden over dit onderwerp wel

enkele specifieke verbeteracties worden getoond, maar een eventuele verbetering kon niet worden geobjectiveerd.

- Er zijn schriftelijke afspraken betreffende de afsluitbrief / eindsynthese, meer bepaald over de mogelijke bestemmingen. Over de termijn waarbinnen een afsluitbrief moet verzonden worden en over de inhoud van de afsluitbrief zijn geen verwachtingen geëxpliciteerd. Er zijn ook schriftelijke afspraken over de communicatie met de huisarts.
  - o In 6 van de 16 gecontroleerde afgesloten dossiers kon informatie over de huisarts gevonden worden. In 1 dossier was er schriftelijke communicatie met de huisarts.
  - o In 6 van de 16 gecontroleerde afgesloten dossiers was een eindsynthese van de voorbije zorgperiode opgemaakt. 4 keer ging het om een afsluitbrief die was gericht ofwel naar de huisarts ofwel naar een zorgverlener die moest instaan voor de vervolgzorg.
  - o In de 6 eindsyntheses ontbrak informatie over suïcidaliteit. Andere inhoudelijke gegevens (instructies voor de nazorg, duur van de zorgperiode, diagnose, verloop van de behandeling, medicatie, contactpersoon) konden meestal (67% tot 100%) wel in de eindsynthese gevonden worden.
- Het CGG verzamelt geen gegevens omtrent de praktijk (voor het geïnspecteerde team) betreffende het verzenden van afsluitbrieven. Er konden geen verbeteracties noch verbeterresultaten worden aangetoond om het versturen van afsluitbrieven te optimaliseren.

## 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<br>(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 <b>uitkomsten-monitoring</b> en/of <b>cliëntenfeedback</b> die de evolutie in kaart brengt m.b.t. volgende aspecten: | 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> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 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                                                                       |  | ja       |
| Er zijn cijfergegevens beschikbaar omtrent het gebruik van uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback                                                       |  |          |
| ▪ op cliënniveau (bv. bijsturing van de doelstellingen of van de aanpak op basis van de resultaten)                                                       |  | ja       |
| ▪ op teamniveau (bv. bijsturing van de aanpak op basis van de geaggregeerde resultaten)                                                                   |  | ja       |
| 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)                                                    |  | ja       |

#### 4.3.3 Conclusie

- Het CGG verwerft op systematische wijze op centraal niveau gegevens over de outcome van de behandelingen door het geselecteerde team door middel van een gestructureerde cliëntbevraging. Er kon worden aangetoond dat het CGG deze informatie benut om het beleid op centraal niveau bij te sturen. De resultaten van de cliëntfeedback worden ook gebruikt voor het team en voor de individuele cliënt. Een (complementaire) uitkomstenmonitoring gescoord door de therapeut aan de hand van een meetinstrument gebeurt niet.
- Hoewel outcomegegevens centraal beschikbaar zijn, kon in geen enkel van de gecontroleerde dossiers een monitoring van de resultaten of een neerslag van een bijsturing van de behandeling op basis van de cliëntfeedback aangetoond worden.

## 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           | 9 / 16  | 56%  |
| Aantal dossiers waarin de evolutie van de verschillende risico-inschattingen konden worden gevonden             | 7 / 16  | 44%  |
| Gemiddelde verstreken tijd sinds (notities over) de meest recente risico-inschatting, in dagen                  | 50      |      |

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                                                                    | 5 / 16 |  |
| aantal dossiers met een verhoogde suïcidaliteit, waarbij volgende elementen werden gevonden:                                     |        |  |
| inhoudelijke argumentatie voor de inschatting                                                                                    | 4 / 5  |  |
| (plan met) acties of interventies                                                                                                | 0 / 5  |  |
| aantal dossiers met acties of interventies met daarin een neerslag van de betrokkenheid van de cliënt bij het opstellen hiervan  | n.v.t. |  |
| aantal dossiers met acties of interventies met daarin een neerslag van de betrokkenheid van de context bij het opstellen hiervan | n.v.t. |  |

#### 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;                                                                                                       | nee      |
| ▪ 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 hierbij met safetyplannen m.b.t. suïcidaliteit.                                                                                                     | 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-inschattingen;     | nee |
| ▪ registratie van suïcidaliteit in het dossier;                           | nee |
| ▪ 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. | nee |

|                                                                                                                                | psychiaters | anderen | totaal |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|--------|
| Aantal medewerkers in het geselecteerde team                                                                                   | 1           | 4       | 5      |
| Aantal van deze medewerkers die gedurende de 24 maanden voor de inspectie een specifieke vorming volgden rond suïcidepreventie | 0           | 2       | 2      |

#### 4.4.3 Conclusie

- In het CGG is er een uitgeschreven suïcidebeleid dat een heel aantal aspecten bevat die voorgesteld worden in de VLESP-richtlijn. Toch zijn er enkele ontbrekende elementen, zoals de afspraken rond herevaluatie van het suïciderisico. Er wordt voor het betrokken team verwacht dat men een safetyplan moet opstellen bij een verhoogd suïciderisico.
- In alle 16 gecontroleerde dossiers was een inschatting van het suïciderisico van de cliënt genoteerd. In 5 gevallen was het risico verhoogd, waarbij 4 keer een inhoudelijke argumentatie voor de verhoogde score kon worden 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 7/16 dossiers toch de evolutie van het suïciderisico van de cliënt nagegaan worden en kon in 9/16 dossiers de datum van de eerste risico-inschatting achterhaald worden.
- Voor de 5 dossiers met een verhoogd suïciderisico, werden in geen enkel geval acties en interventies beschreven, gekoppeld aan alarmsignalen.
- Het CGG verzamelt op gestructureerde en systematische wijze 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, alsook op het aantal cliënten met een verhoogd risico. Er werden in de voorbije 5 jaar enkele verbeteracties opgezet, maar concrete verbetering kon niet 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 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 /<br>gezocht | % gevonden | prioritair<br>verbeterpunt? |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|-----------------------------|
| de dossiers zijn toegankelijk voor het behandelend team                                                                            | 10 / 16               | 63%        | ja                          |
| de basisinformatie over de klachten en problemen van de cliënt is aanwezig in het dossier                                          | 57 / 80               | 71%        | 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 / 5                 | 0%         | ja                          |