DEPARTEMENT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Zorginspectie
Koning Albert II-laan 35 bus 31
1030 Brussel
T 02 553 34 34
F 02 553 34 35
www.departementwvg.be
www.zorginspectie.be

BELEIDSRAPPORT

Toezicht in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg 2017-2018

COLOFON

Verantwoordelijke uitgever
Karine Moykens, Secretaris-generaal
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Koning Albert II-laan 35 bus 30
1030 Brussel

Samenstelling
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Zorginspectie

Depotnummer
D/2018/3241/188

Uitgave
Juli 2018

INHOUD

1 Terminologie, afkortingen en definities 5

2 Managementsamenvatting 6

3 Inleiding 9

4 Context 10

4.1 Toezicht in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg 10

4.2 Referentiekader 10

5 Methodiek en rapportage 12

5.1 Voorbereiding 12

5.2 Inspectiebezoeken 12

5.3 Bronnen 12

5.3.1 Dossiers 13

5.3.2 Systeem 14

5.4 Individuele inspectieverslagen 14

5.5 Beleidsrapport 15

6 Scope van de inspectieronde 16

6.1 Overzicht van de bezochte deelwerkingen en teams 16

6.2 Algemene gegevens betreffende de gecontroleerde dossiers 18

6.2.1 Aantal gecontroleerde dossiers 18

6.2.2 Doorlooptijden 19

6.2.3 Aantal face-to-facecontacten 20

7 Behandelplan 21

7.1 Achtergrond 21

7.2 Vaststellingen 22

7.2.1 Aanwezigheid van een behandelplan 22

7.2.2 Verloop vóór opstellen 1e behandelplan 22

7.2.3 Hulpvraag, hypothese en doelstellingen 28

7.2.4 Overzicht van de klachten en problemen 29

7.3 Reflecties 30

8 Multidisciplinaire werking 33

8.1 Achtergrond 33

8.2 Vaststellingen 35

8.2.1 Toegankelijkheid van het dossier voor de verschillende disciplines 35
8.2.2 FTF door verschillende disciplines in de loop van de volledige zorgperiode....36
8.2.3 Betrokkenheid CGG-psychiater via FTF of behandelplanbespreking 37
8.2.4 Zesmaandelijkse bespreking van het behandelplan....39
8.2.5 Betrokkenheid van de cliënt en zijn context 44
8.2.6 Communicatie met andere zorgverleners met het oog op continuïteit van zorg 45
8.3 Reflecties....48
9 Uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback 51
9.1 Achtergrond 51
9.2 Vaststellingen....51
9.3 Reflecties....53
10 Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag....54
10.1 Achtergrond 54
10.2 Vaststellingen....54
10.3 Reflecties....58
11 Prioritaire verbeterpunten 59
11.1 Achtergrond 59
11.2 Vaststellingen....59
12 Conclusies....60
13 Slotbedenkingen en aanbevelingen 63
14 Bibliografie 67

1 TERMINOLOGIE, AFKORTINGEN EN DEFINITIES

Afkorting	Uitleg
BHP	Behandelplan
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
EPD	Elektronisch patiëntendossier
FTF	Face-to-face(contact); de term die in de CGG gebruikt wordt voor een persoonlijk gesprek
FTF1	1e face-to-face(contact)
FTF2	2e face-to-face(contact)
MDR	Multidisciplinaire richtlijn (voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag)
ROM	Routine Outcome Monitoring
VIKZ	Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg
VLESP	Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie

2 MANAGEMENTSAMENVATTING

Context

Zorginspectie inspecteerde in elk van de 20 Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) één volwassenenteam van een willekeurig gekozen vestigingsplaats. De inspecties hadden betrekking op vier thema's:

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

Bij de inspecties baseerde Zorginspectie zich op het "Referentiekader Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg" dat door Zorg en Gezondheid in samenspraak met de CGG-sector werd opgemaakt en dat in 2015 gecommuniceerd werd aan alle CGG. Daarnaast werd ook gebruik gemaakt van de "Multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag", die in maart 2017 werd gelanceerd door het Vlaamse Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP). Verder bekeek Zorginspectie binnen de vier thema's ook een aantal elementen die niet expliciet aan bod komen in het referentiekader of in de MDR, maar die een belang hebben voor de kwaliteit van de zorg.

De inspecties gebeurden gedeeltelijk onaangekondigd: enkele maanden vooraf werd 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.

Tijdens de inspectieronde werden voor elk van de vier thema's een aantal elementen getoetst aan de hand van dossiercontroles. Zo werd nagegaan of de concrete praktijk voldoet aan de vooropgestelde verwachtingen inzake kwaliteit van zorg. We beschouwen zorgvuldige dossiervorming als een noodzakelijke voorwaarde voor het invullen van diverse aspecten van kwalitatieve zorgverlening.
Om context te kunnen beschrijven in verband met de vaststellingen uit de dossiercontrole, bekeken we voor elk thema ook de achterliggende systematiek en het (verbeter)beleid.

Per CGG werd een individueel inspectieverslag opgemaakt.

Op basis van de geaggregeerde gegevens uit de individuele verslagen werd dit sectorrapport opgemaakt. Uit de vaststellingen in dit beleidsrapport kunnen we een aantal sectorbrede conclusies formuleren, weliswaar met het voorbehoud dat niet alle conclusies kunnen veralgemeend worden naar de werking van alle teams.

Algemene conclusie

Voor elk van de 4 thema's (behandelplan, multidisciplinaire werking, outcomemonitoring, suïcidebeleid) zagen we goede voorbeelden, maar stellen we ook grote verschillen vast in de werking van de geïnspecteerde teams.

De zorg die cliënten ontvangen verschilt sterk van CGG tot CGG, op tal van vlakken, zonder dat daar duidelijke argumenten voor zijn. Afspraken over cruciale aspecten van een zorgtraject (verwachtingen over termijn voor opstellen van een behandelplan, over behandelplanbesprekingen, over communicatie naar externe zorgverleners, …) ontbreken regelmatig of verschillen inhoudelijk sterk tussen CGG. De implementatie van afspraken wordt vaak onvoldoende opgevolgd. Tijdens de inspecties bleek voor verschillende thema's dat veel CGG op papier weliswaar een bepaald beleid omschrijven, maar dat dit in de praktijk te weinig systematisch wordt toegepast. CGG zijn zich daar vaak niet van bewust omdat ze geen of onvoldoende zicht op hebben op de praktijk.

Er bleek verder ook een grote variatie in de kwaliteit van dossiervorming, die onder meer een weerspiegeling is van uiteenlopende visies op de functie van het dossier.

Er werden tijdens de inspecties 409 dossiers van lopende zorgperiodes en 307 dossiers van afgesloten zorgperiodes bekeken. Hieronder worden de belangrijkste vaststellingen op basis van deze steekproef samengevat.

Behandelplan

- Nagenoeg alle gecontroleerde dossiers bevatten (los van inhoudelijke criteria) een behandelplan.
- Over alle geïnspecteerde teams heen vinden gemiddeld 5 FTF-contacten plaats voordat een behandelplan wordt opgesteld. De termijn voor opmaak van een behandelplan verschilt echter zeer sterk van team tot team (van gemiddeld 1 tot gemiddeld 12 FTF). Binnen sommige teams wordt in alle dossiers eenzelfde termijn toegepast, terwijl er in andere teams grote verschillen zijn van dossier tot dossier.
- De basiselementen zoals hulpvraag, hypothese/diagnose en doelstelling waren in bijna alle dossiers te vinden. De meeste CGG scoren erg goed op deze 3 gecontroleerde aspecten uit het referentiekader, op enkele uitzonderingen na.
- De volledigheid van het overzicht van klachten en problemen werd nagegaan door het opzoeken van notities over een steekproef van 5 onderwerpen binnen het psychisch, psychiatrisch en somatisch domein (historiek gebruik psychofarmaca, actueel medicatiegebruik, somatische klachten, historiek van de psychische problemen en middelenmisbruik). Driekwart van de gezochte items werd gevonden in het totaal aantal gecontroleerde dossiers. Er werden grote verschillen gezien tussen de verschillende teams (van 50 tot 91% gevonden items) en tussen de 5 gecontroleerde onderwerpen (van 53 tot 96% gevonden items).

Multidisciplinaire werking

- De toegankelijkheid van de cliëntendossiers voor het multidisciplinair team bleek nagenoeg overal in orde.
- De multidisciplinaire werking van een CGG kan op verschillende manieren ingevuld worden: zowel door betrokkenheid van meerdere disciplines via FTF-contacten, als door multidisciplinaire cliëntbesprekingen. Het aandeel cliënten dat zowel door de psychiater als door een andere therapeut via FTF-contacten wordt behandeld, varieert sterk tussen de bezochte teams, met een spreiding tussen 5 en 67% (met een gemiddelde van 29% over alle dossiers heen).
- De CGG-psychiater wordt in het referentiekader omschreven als eindverantwoordelijke voor de behandeling. Hoe de psychiater deze verantwoordelijkheid moet invullen, wordt niet gespecificeerd. Wanneer we de betrokkenheid van een psychiater bij de cliënten gecombineerd beoordelen, door FTF-contacten van de psychiater met de cliënt of door aanwezigheid van de psychiater op behandelplanbesprekingen, dan zien we sterke verschillen, van 19% tot 95% betrokkenheid van een psychiater in de gecontroleerde dossiers van de bezochte teams.
- Volgens het referentiekader moet elk zorgproces dat langer dan 6 maanden loopt, minstens halfjaarlijks intercollegiaal besproken worden. In totaal voldeed ongeveer een vierde van de gecontroleerde dossiers aan deze eis. De cijfers per team variëren tussen 5 en 62%. Ook binnen teams worden grote verschillen vastgesteld inzake de frequentie van behandelplanbesprekingen per dossier.
- Het referentiekader vermeldt geen eisen over de (schriftelijke) communicatie met huisartsen en andere externe hulpverleners. Op het vlak van doorstroming van informatie van de CGG naar andere zorgver-

leners is er nog veel verbetermogelijkheid. In een kwart van de gecontroleerde dossiers werd schriftelijke communicatie met de huisarts gevonden. Een afsluitbrief (bv. naar vervolgzorg, verwijzer of huisarts) werd slechts in 16% van de gecontroleerde afgesloten dossiers gevonden.

Uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback

Hoewel twee derde van de CGG in hun beleidsdocumenten stellen dat ze door metingen zicht willen krijgen op de evolutie van de behandeling van cliënten, werden slechts in 40% van de gecontroleerde dossiers hierover gegevens gevonden. In ongeveer de helft van de bezochte teams bleek er bij de dossiercontrole weinig of geen systematiek te bestaan m.b.t. uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback; bij de andere helft van de teams werden in de helft of meer dossiers resultaten gevonden.

Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag

6 CGG voldoen in hun uitgeschreven suïcidepreventiebeleid aan alle gecontroleerde inhoudelijke aanbevelingen van de "Multidisciplinaire richtlijn detectie en behandeling van suïcidaal gedrag" van het VLESP. Uit de dossiercontroles bleek dat nog niet alle aanbevelingen uit de richtlijn systematisch in de notities gevonden worden.

- In nagenoeg alle (97%) gecontroleerde dossiers werd een risico-inschatting gevonden. Van de cliënten met een risico-inschatting waren er 41% waarbij sprake was van een verhoogd suïciderisico.
- In een minderheid van de dossiers (14%) werden na de eerste inschatting nog andere inschattingen gevonden.
- In de meerderheid (84%) van de dossiers met een verhoogd suïciderisico was een inhoudelijke argumentatie terug te vinden over de risico-inschatting.
- In een minderheid (13%) van de dossiers met een verhoogd suïciderisico werden er specifieke acties of interventies ter preventie van suïcide gevonden.
- Nog niet alle CGG-medewerkers hebben vorming gevolgd over de (aanbevelingen uit de) VLESP-richtlijn.

Aanbevelingen

Op basis van deze inspectieronde formuleert Zorginspectie een aantal aanbevelingen voor de CGG:

- het maken van duidelijke afspraken, verwachtingen en minimale kwaliteitseisen;
- het nagaan of de afspraken worden gevolgd;
- het zorgvuldig bijhouden van een dossier;
- het regelmatig intercollegiaal toetsen van de aanpak en de voortgang in elk dossier;
- het aantoonbaar maken van resultaten van de behandeling;
- het systematisch organiseren van stakeholdersbevragingen;
- het meer onderling delen van expertise en goede praktijken tussen CGG.

Verder lijkt het aangewezen om met de sector een grondig debat te voeren over de functies, de doelstellingen en de minimale inhoud van een patiëntendossier.
Nieuw overeengekomen kwaliteitsverwachtingen worden best verankerd in het referentiekader voor de CGG.

3 INLEIDING

Zorginspectie is bevoegd voor het toezicht op de 20 Vlaamse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.
Van elk van de 20 CGG werd één vestigingsplaats bezocht tussen begin oktober 2017 en eind februari 2018.
Bij deze inspectieronde beperkten 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 bij elk CGG beoordeeld bij een team dat de volwassen doelgroep bedient, waarbij we de teams met een exclusieve gespecialiseerde werking voor zeer specifieke doelgroepen buiten beschouwing lieten.

Enkele maanden voor de inspectie werd een inspectiedatum gecommuniceerd, maar pas de werkdag vóór de inspectie werd bekend gemaakt welke vestigingsplaats zou bezocht worden en welk team daarbij zou geïnspecteerd worden.

Tijdens deze inspectieronde werd gefocust op vier thema's:

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

De eerste drie thema's komen expliciet aan bod in het "Referentiekader Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg" dat werd opgemaakt door het agentschap Zorg en Gezondheid, in samenspraak met het kabinet van de minister bevoegd voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, met Zorginspectie, en met betrokkenheid van de CGG-sector (koepels en individuele voorzieningen). Dit referentiekader werd in 2015 gecommuniceerd naar alle CGG. Het luik rond het thema detectie en behandeling van suïcidaal gedrag is gebaseerd op elementen uit de "Multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag" die in maart 2017 werd gelanceerd door het Vlaamse Expertisecentrum Suïcidepreventie.
Bij de inspecties baseerde Zorginspectie zich op dit referentiekader en op de MDR voor detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Binnen de vier thema's bekeken we ook een aantal elementen die niet expliciet aan bod komen in het referentiekader of in de MDR, maar die mogelijk een belang hebben voor de kwaliteit van de zorg.

Door de beperking in de scope kunnen de vaststellingen in dit rapport niet allemaal veralgemeend worden naar de werking voor andere doelgroepen (bv. zorg voor kinderen en jongeren, forensische zorg, verslavingszorg, ouderenzorg).

Tijdens de inspectieronde werden in eerste instantie in elk van de vier thema's een aantal elementen getoetst aan de hand van dossiercontroles. Op deze manier werd nagegaan of de concrete praktijk voldoet aan de vooropgestelde verwachtingen inzake kwaliteit van zorg. Om context te kunnen beschrijven in verband met de vaststellingen uit de dossiercontrole, bekeken we voor elk thema ook de achterliggende systematiek en het (verbeter)beleid.

Per CGG werd een individueel inspectieverslag opgemaakt dat geordend is per thema. In het kader van actieve openbaarheid worden alle inspectieverslagen gepubliceerd op de website van Zorginspectie.

4 CONTEXT

4.1 TOEZICHT IN DE CENTRA VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

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.

Tijdens deze inspectieronde in de CGG hebben we gefocust 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.

4.2 REFERENTIEKADER

Van de 4 thema's waarop in deze inspectieronde wordt gefocust, komen de eerste drie expliciet aan bod in het "Referentiekader Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg" dat in 2013-2014 werd opgemaakt door het agentschap Zorg en Gezondheid, in samenspraak met het kabinet van de minister bevoegd voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, met Zorginspectie, en met betrokkenheid van de CGG-sector (koepels en individuele voorzieningen). Het definitief referentiekader werd begin 2015 overgemaakt aan alle CGG en begin 2017 gepubliceerd op de website van het agentschap Zorg en Gezondheid.

Het luik rond het thema detectie en behandeling van suïcidaal gedrag is gebaseerd op elementen uit de "Multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag". Deze richtlijn werd door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) 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 vanaf het najaar van 2017 deel zou uitmaken van het toezicht door Zorginspectie.

Bij de inspecties baseerde Zorginspectie zich op dit referentiekader en op de MDR voor detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Een aantal van de kwaliteitsverwachtingen werden bij het opstellen van de inspectievragen geconcretiseerd.

Binnen de vier thema's bekeken we ook een aantal elementen die niet expliciet aan bod komen in het referentiekader of in de MDR, maar die mogelijk een belang hebben voor de kwaliteit van de zorg. Deze vaststellingen hebben als doel een zicht te geven op de stand van zaken daaromtrent, m.b.t. individuele CGG, maar vooral op sectorniveau, om het beleid en/of het referentiekader daar in de toekomst op af te stemmen indien aangewezen.

De inspecties zijn gestart in oktober 2017, dus 6 maanden na de lancering van de VLESP-richtlijn en geruime tijd na de communicatie en publicatie van het referentiekader.

5 METHODIEK EN RAPPORTAGE

5.1 VOORBEREIDING

Ter voorbereiding van de inspecties werd in het voorjaar van 2017 verschillende keren overlegd met vertegenwoordigers van de sector, waarbij zowel procesmatige als inhoudelijke aspecten van de inspectiemethodiek aan bod kwamen. Er werd ook input gevraagd aan het Vlaams Patiëntenplatform en aan het Familieplatform Geestelijke Gezondheid.

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 de specialisatie die de betreffende teams eventueel hebben. Aan de hand van deze lijst bepaalde Zorginspectie welke vestigingsplaats werd bezocht en welk team geïnspecteerd zou worden. De keuze van de bezochte vestigingsplaatsen gebeurde at random.
Bij deze inspectieronde beperkten 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 telkens beoordeeld bij een 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).

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. Verdere transparantie werd gerealiseerd door het verslagsjabloon op de website van Zorginspectie te publiceren.

5.2 INSPECTIEBEZOEKEN

Van elk van de 20 CGG werd één vestigingsplaats bezocht tussen begin oktober 2017 en eind februari 2018 (zie 6.1).

Onaangekondigd inspecteren heeft een duidelijke meerwaarde in functie van het krijgen van een zo realistisch mogelijk zicht op de dagelijks geleverde zorg. In een ambulante context is de, voor de inspectie vereiste, aanwezigheid van bepaalde medewerkers echter niet evident. Daarom koos Zorginspectie 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 twee of drie inspecteurs uitgevoerd, onder wie steeds ten minste één arts.

5.3 BRONNEN

Tijdens de inspecties werden rond elk van de vier thema's een aantal elementen getoetst aan de hand van dossiercontroles. Op deze manier werd nagegaan of de concrete praktijk voldoet aan de vooropgestelde verwachtingen inzake kwaliteit van zorg.

Om context te kunnen beschrijven in verband met de vaststellingen uit de dossiercontrole, bekeken we voor elk thema ook de achterliggende systematiek en het (verbeter)beleid.

Bij het beschrijven van zowel de praktijk als het (verbeter)beleid, streefden we maximaal naar objectieve aantoonbaarheid. De antwoorden op de inspectievragen voor elk van de vier thema's werden daarom vooral gezocht in patiëntendossiers en beleidsdocumenten. Bij de verschillende onderdelen van de inspectie was telkens minstens één medewerker van het CGG aanwezig, zodat – indien nodig – direct duiding kon gegeven worden.

5.3.1 Dossiers

Zoals hierboven beschreven, werden rond elk van de vier thema's een aantal elementen getoetst aan de hand van dossiercontroles, om na te gaan of de concrete praktijk voldoet aan de vooropgestelde verwachtingen inzake de kwaliteit van de zorg.

We beschouwen zorgvuldige dossiervorming hierbij als hulpmiddel en noodzakelijke voorwaarde voor het invullen van diverse aspecten van kwalitatieve zorgverlening. Via zorgvuldige dossiervorming kan men voorkomen dat bepaalde acties niet worden uitgevoerd of onnodig herhaald worden, het bevordert systematisch werk en faciliteert coördinatie van zorg. Een dossier is ook een communicatietool waarmee de continuïteit van de zorg kan gegarandeerd worden en waarmee fouten beperkt worden op het vlak van het doorgeven van essentiële informatie over de zorg.
Tijdens de inspecties gingen we dan ook steeds uit van de vraag of de nodige relevante gegevens steeds vlot te vinden waren in het patiëntendossier (bv. door een andere therapeut, na verloop van vele maanden behandeling, in een crisissituatie, bij doorverwijzing, …).

Voor de selectie van de dossiersteekproef werd steeds dezelfde werkwijze gebruikt. Op voorhand werd aan elk 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 maakten de inspecteurs bij het begin van de inspectie een selectie van dossiers die effectief werden gecontroleerd, in aanwezigheid van een CGG-medewerker, die toelichting kon verschaffen.

Bij de selectie werden onderstaande criteria gehanteerd.

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

  Om de looptijd te bepalen werd geteld vanaf het tweede face-to-facegesprek (FTF2).
  Dossiers met minder dan 4 FTF-contacten werden niet opgenomen in de steekproef.

Bij het maken van de steekproeven werd gestreefd naar voldoende spreiding over de verschillende hulpverleners van het team. De dossiersteekproeven waren evenwel te klein om te stratificeren, bv. in functie van leeftijd, geslacht, diagnose, hulpverlener of andere beïnvloedende factoren.

In de ingekeken dossiers werden de verschillende aspecten beoordeeld zoals verder beschreven. Daarbij werd het volledige patiëntendossier mee in overweging genomen, hetzij elektronisch, hetzij op papier, hetzij met een gecombineerd systeem.

5.3.2 Systeem

Om context te kunnen beschrijven in verband met de vaststellingen uit de dossiercontrole, bekeken we voor elk thema ook de achterliggende systematiek en het (verbeter)beleid. Dat gebeurde in deze inspectieronde via een beoordeling van interne beleidsdocumenten (procedures, rapporten, databanken, …), die elk CGG op vraag van Zorginspectie op voorhand had klaargelegd.

5.4 INDIVIDUELE INSPECTIEVERSLAGEN

Per CGG werd een verslag opgemaakt dat geordend is per thema. Per thema worden de vaststellingen (zowel op basis van de dossiercontrole als op basis van de systeemelementen) weergegeven.

Er werd gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd inspectie-instrument en inspectieverslag om een gestandaardiseerde en vergelijkbare beoordeling mogelijk te maken.

Voor elk element van de dossiercontrole dat gebaseerd is op een item uit het referentiekader wordt in principe verwacht dat het voor 100% in orde is. Uiteraard kunnen factoren in de realiteit maken dat de werkelijke score hier van afwijkt. We opteerden er daarom voor om de afzonderlijke vaststellingen niet als "in orde" of als "verbeterpunt" te benoemen. Per thema formuleerden we telkens wel een aantal conclusies, mede op basis van de systeemelementen. Aan de hand van de cijfergegevens en de daaraan verbonden conclusies kan elk CGG de elementen identificeren waarrond verbeteracties zijn aangewezen.

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-behalen van onderstaande minimumscores zal 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 klachten en problemen van de cliënten werd in het dossier 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, werden mogelijke acties of interventies gekoppeld aan alarmsignalen.

Het verslag werd per e-mail bezorgd aan de voorziening. Vervolgens had het CGG 14 kalenderdagen tijd voor het opsturen van een gemotiveerde reactienota met opmerkingen en bedenkingen. Op basis hiervan kon het verslag aangepast worden. 16 van de 20 CGG bezorgden een reactienota.

In het kader van actieve openbaarheid publiceert Zorginspectie de 20 inspectieverslagen op haar website, gelijktijdig met de publicatie van dit beleidsrapport. 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 instaat voor de verdere opvolging van de vastgestelde verbeterpunten.

5.5 BELEIDSRAPPORT

Dit beleidsrapport werd opgemaakt op basis van de geaggregeerde inspectiegegevens. Daarbij wordt tevens een bredere context omschreven die de vaststellingen in de individuele verslagen beter kan kaderen. Om deze reden werd gekozen om de publicatie van de individuele inspectieverslagen te laten samengaan met de bekendmaking van het beleidsrapport.

Na de inleidende hoofdstukken in dit beleidsrapport wordt dieper ingegaan op de vaststellingen van de inspectieronde in de hoofdstukken “Scope van de inspectieronde”, “Behandelplan”, “Multidisciplinaire werking”, “Uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback”, “Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag” en “Prioritaire verbeterpunten”.

In elk hoofdstuk wordt in een luik “achtergrond” de gehanteerde werkwijze bij de inspecties beschreven, en wordt een overzicht gegeven van de toepasselijke verwachtingen uit het referentiekader of uit de MDR detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Vervolgens worden de verzamelde gegevens weergegeven onder een tweede luik “vaststellingen”. Elk hoofdstuk wordt afgerond met een luik “reflecties”.

Afsluitend omschrijft Zorginspectie in de laatste hoofdstukken haar globale conclusies en aanbevelingen.

6 SCOPE VAN DE INSPECTIERONDE

6.1 OVERZICHT VAN DE BEZOCHTE DEELWERKINGEN EN TEAMS

Van elk van de 20 CGG werd één vestigingsplaats bezocht; op elke vestigingsplaats werd één team voor de doelgroep volwassenen geselecteerd. Volwassenen (18 tot 59 jaar) vormen de grootste doelgroep cliënten van de CGG (67% in 2016[1]).

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 de inspectieverslagen zeggen dus enkel iets over de werking van de geselecteerde teams. Op basis van de geaggregeerde gegevens kunnen we in dit beleidsrapport wel een aantal sectorbrede conclusies formuleren, weliswaar met het voorbehoud dat deze niet allemaal kunnen veralgemeend worden naar de werking voor andere doelgroepen (bv. zorg voor kinderen en jongeren, forensische zorg, verslavingszorg, ouderenzorg).

Ter bevordering van de leesbaarheid gebruiken we in de grafieken met cijfergegevens wel de term "CGG", terwijl de cijfers dus enkel een indicatie geven over de werking van de geselecteerde teams. In de grafieken met detailgegevens over de bezochte teams wordt elk CGG voorgesteld door een nummer. CGG krijgen daarbij geen vast nummer: de nummering kan variëren van grafiek tot grafiek.

Onderstaande tabel geeft weer welke teams op welke vestigingsplaatsen werden bezocht.

CGG	Deelwerking	Team	Inspectie
CGG Brussel	Deelwerking Zuid Van Volxemlaan 169 1190 Vorst	Volwassenenteam	6/10/2017
CGG Vlaams-Brabant Oost	Vestiging Aarschot Betekomsesteenweg 47/1 3200 Aarschot	Volwassenen- en ouderenteam	10/10/2017
CGG Kempen	Vestiging Geel Technische Schoolstraat 66 2440 Geel	Volwassenen	26/10/2017
CGG De Pont	Vestiging Mechelen Lange Ridderstraat 20 2800 Mechelen	Volwassenenteam Mechelen	27/10/2017
CGG Prisma	Locatie Oostende Cirkelstraat 4 8400 Oostende	Volwassenenteam Oostende	13/11/2017

[1] Zorg en Gezondheid. Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg – 2016 [online publicatie]. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen, 2016 [geraadpleegd op 9/3/2018]. Beschikbaar op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-centra-voor-geestelijke-Gezondheidszorg

CGG Mandel en Leie	Vestiging Kortrijk Beverlaai 3B 8500 Kortrijk	Volwassenenteam	16/11/2017
CGG VAGGA	Vestiging Zoersel Handelslei 173 2980 Zoersel	Volwassenenteam	20/11/2017
CGG Noord-West-Vlaanderen	Vestiging Brugge (Langestraat) Langestraat 113 8000 Brugge	Volwassenen	23/11/2017
Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg	VGGZ Tongeren Henisstraat 17 Tongeren	Volwassenenteam werkings-gebied Tongeren	30/11/2017
Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg	Vestigingsplaats Sint-Truiden Diestersteenweg 106 3800 Sint-Truiden	Volwassenenteam	4/12/2017
CGG Largo	Vestiging Ieper Diksmuidestraat 68 8900 Ieper	Volwassenenteam	11/12/2017
CGG LITP	CGG LITP Sint-Truiden Toekomststraat 17 3800 Sint-Truiden	Volwassenen-/ouderenteam	14/12/2017
CGG Ahasverus	Deelwerking Vilvoorde Hendrik Consciencestraat 16 1800 Vilvoorde	Volwassenen- en ouderen-team	9/1/2018
CGG Waas en Dender	Vestiging Lokeren Uebergdreef 12 9160 Lokeren	Volwassenenteam	12/1/2018
CGG Andante	Team Volwassenen Berchem Belpairestraat 17 2600 Berchem	Volwassenenteam	19/1/2018
RCGG Deinze-Eeklo-Gent	RCGG Gent Spellewerkstraat 21 9030 Gent (Mariakerke)	Volwassenen- en ouderenteam	23/1/2018
CGG De Drie Stromen	Vestiging Wetteren Koningin Astridlaan 9230 Wetteren	Volwassenenteam	1/2/2018
CGG PassAnt	Vestiging Halle Beertsestraat 21 1500 Halle	Volwassenenteam	5/2/2018
CGG Zuid-Oost-Vlaanderen	Vestiging Oudenaarde Sint-Jozefsplein 2a 9700 Oudenaarde	Volwassenenteam Vlaamse Ardennen (incl. ouderensub-team Zuid-Oost-Vlaanderen)	8/2/2018
CGG Regio Groot-Gent Eclips	Elyzeese Velden 74 9000 Gent	Volwassenenteam	20/2/2018

TABEL 6-1

6.2 ALGEMENE GEGEVENS BETREFFENDE DE GECONTROLEERDE DOSSIERS

6.2.1 Aantal gecontroleerde dossiers

Bij elke inspectie werden dossiercontroles uitgevoerd in een aantal dossiers van lopende zorgperiodes (in totaal 409 actieve dossiers) en in een aantal dossiers van afgesloten zorgperiodes (307 afgesloten dossiers).

totaal aantal gecontroleerde actieve dossiers	**409**
actieve dossiers met een looptijd van een half tot 1 jaar	155
actieve dossiers met een looptijd van 1 tot 2 jaar	154
actieve dossiers met een looptijd van meer dan 2 jaar	100

TABEL 6-2

Bij 18 van de 20 CGG werden telkens 21 actieve dossiers gecontroleerd (8-8-5): 8 actieve dossiers met een looptijd van een half jaar tot 1 jaar, 8 met een looptijd van 1 tot 2 jaar, en 5 met een looptijd van langer dan twee jaar (telkens gerekend vanaf FTF2 – zie 5.3.1).

Deze aantallen werden vastgelegd na evaluatie van de eerste twee inspecties; bij die eerste twee CGG werden andere aantallen gehanteerd (respectievelijk 6-5-5 en 5-5-5).

De meeste elementen werden nagegaan in 319 actieve dossiers, zijnde de 309 dossiers die een half tot 2 jaar liepen, aangevuld met de 10 langst lopende dossiers (meer dan 2 jaar) van de twee CGG die eerst werden bezocht. Sommige items uit het hoofdstuk "behandelplan" werden enkel bekeken in de 309 actieve dossiers met een looptijd van een half tot 2 jaar.
Een beperkt aantal items (bv. frequentie de behandelplanbesprekingen en de deelnemers) werd nagegaan in alle 409 actieve dossiers, dus inclusief alle dossiers met een looptijd van meer dan 2 jaar.

In het vervolg van dit rapport omschrijven we telkens duidelijk in hoeveel dossiers een bepaald item werd nagegaan.

Bij 17 van de 20 CGG werden telkens 16 afgesloten dossiers gecontroleerd. In één CGG waren dat 15 dossiers (omdat achteraf bleek dat één van de gecontroleerde dossiers niet voldeed aan de steekproefcriteria), en bij de twee CGG die eerst werden bezocht telkens 10 afgesloten dossiers.

totaal aantal gecontroleerde afgesloten dossiers	**307**
afgesloten in wederzijds overleg tussen cliënt en CGG	196
afgesloten na een eenzijdige beslissing van de cliënt	95
afgesloten na een eenzijdige beslissing van het CGG	10
afgesloten na overlijden van de cliënt	3
dossiers waarbij de manier van afsluiten niet kon achterhaald worden	3

TABEL 6-3

In de afgesloten dossiers werd – naast de doorlooptijden en het aantal FTF-contacten – enkel het aspect communicatie met andere zorgverleners met het oog op continuïteit van zorg nagegaan (zie 8.2.6). Alle andere dossiercontroles gebeurden in actieve dossiers.

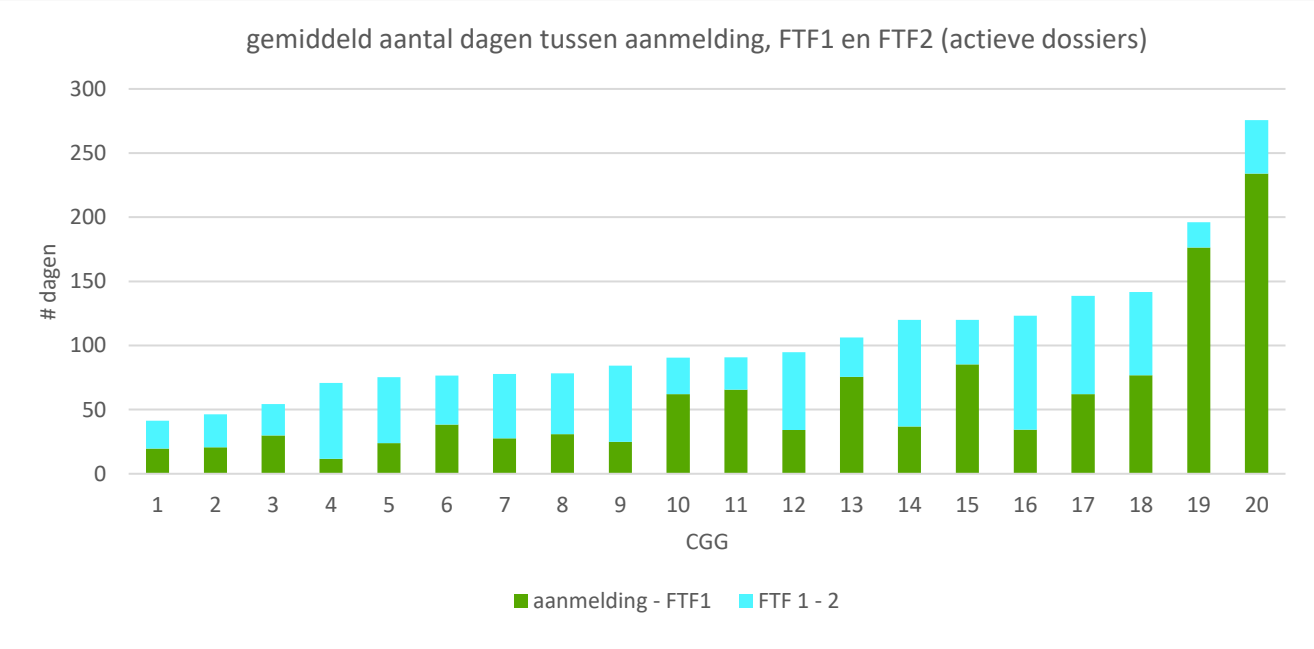
6.2.2 Doorlooptijden

In alle dossiers werden de data van aanmelding, FTF1 en FTF2 nagegaan, evenals de data van het meest recente FTF-contact (bij actieve dossiers) of het laatste FTF-contact (bij afgesloten dossiers). Op basis daarvan konden de doorlooptijden berekend worden, zoals het gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding en FTF1, het gemiddeld aantal dagen tussen FTF1 en FTF2, en de som van beide, namelijk het gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding en FTF2. Ook de mediaan werd telkens berekend.

	actieve dossiers (409)	afgesloten dossiers (307)	actieve en afgesloten dossiers
gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding en FTF1 *(mediaan)*	59,45 *(29)*	64,06 *(27)*	61,43 *(28)*
gemiddeld aantal dagen tussen FTF1 en FTF2 *(mediaan)*	46,80 *(28)*	58,98 *(27)*	52,02 *(27)*
gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding en FTF2 *(mediaan)*	106,25 *(76)*	123,04 *(73)*	113,45 *(74)*
gemiddeld aantal dagen tussen FTF1 en meest recente of laatste FTF *(mediaan)*	589,97 *(494)*	671 *(464)*	625 *(480)*

TABEL 6-4

Onderstaande grafiek visualiseert (voor de actieve dossiers, bij wijze van voorbeeld) de zeer grote verschillen tussen de gemiddelde doorlooptijden van de bezochte teams. Deze verschillen reflecteren o.m. variaties in de lengte van de wachtlijst, maar ook verschillen in de manier van werken (waarbij de cliënt bv. vóór of na FTF1 op de wachtlijst wordt geplaatst).



FIGUUR 6-1

We kunnen concluderen dat er bij elk geïnspecteerd team een wachttijd is tussen aanmelding en FTF1 en tussen FTF1 en FTF2. In het ene team is de tijd tussen aanmelding en FTF1 het grootst, in het andere team de wachttijd tussen FTF1 en FTF2. De gemiddelde tijd tussen aanmelding en start behandeling (FTF2) is voor alle actieve dossiers samen 3,5 maand. De spreiding is groot: van minder dan 1,5 maand in het ene team tot 9 maanden in een ander team.

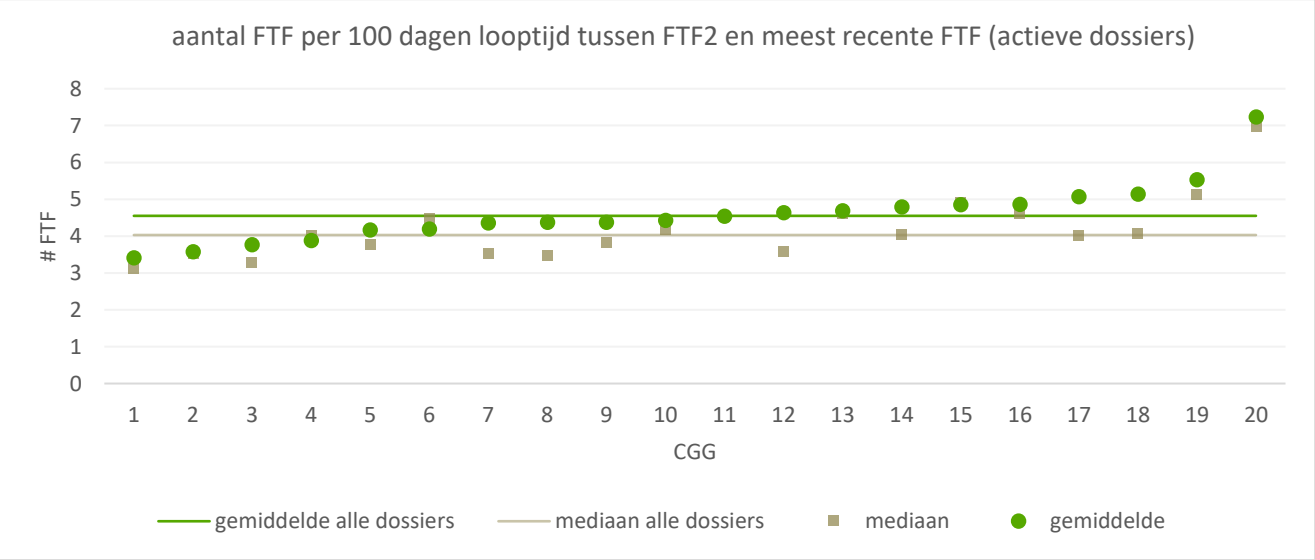
6.2.3 Aantal face-to-facecontacten

Voor elk gecontroleerd dossier werd ook het aantal FTF-contacten genoteerd. Op basis daarvan kon het gemiddeld aantal FTF per dossier worden berekend, evenals het gemiddeld aantal FTF per 100 dagen looptijd (hetzij berekend op de looptijd vanaf FTF1, hetzij vanaf FTF2; de tweede berekening betekent meestal dat de wachtlijstperiode buiten beschouwing wordt gelaten).

	actieve dossiers (409)	afgesloten dossiers (307)	actieve en afgesloten dossiers
gemiddeld aantal FTF per dossier *(mediaan)*	23,94 *(18)*	25,27 *(13)*	24,51 *(16)*
gemiddeld aantal FTF per 100 dagen looptijd (geteld vanaf FTF1 tot meest recente of laatste FTF) *(mediaan)*	4,34 *(3,93)*	4,10 *(3,44)*	4,24 *(3,73)*
gemiddeld aantal FTF per 100 dagen looptijd (geteld vanaf FTF2 tot meest recente of laatste FTF) *(mediaan)*	4,55 *(4,03)*	4,60 *(4,13)*	4,58 *(4,07)*

TABEL 6-5

Ook hier zien we erg grote verschillen naargelang het geïnspecteerde team. Het gemiddeld aantal FTF per 100 dagen looptijd tussen FTF2 en het meest recente FTF (waarbij de verschillen in gemiddelde gespreksfrequentie in principe niet meer veroorzaakt worden door een verschil in wachtlijst) in de gecontroleerde actieve dossiers varieert bijvoorbeeld van 3,41 bij het ene team tot meer dan dubbel zo frequent (7,23) bij het andere team. De medianen wijken over het algemeen weinig af van het gemiddelde, en liggen over het algemeen iets lager.



FIGUUR 6-2

7 BEHANDELPLAN

7.1 ACHTERGROND

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 dossiers met een minimale looptijd van een half jaar sinds FTF2, waarbij we ervan 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 plaatsvonden (en hoeveel dagen verliepen) vóór een eerste versie van het behandelplan werd opgesteld.

Het referentiekader verwacht als minimale elementen van het behandelplan onder meer de hulpvraag en hulpverwachting van de cliënt, de diagnose en hypothesen en de doelstellingen. We controleerden de aanwezigheid van deze 3 aspecten in elk dossier waarin we ook een behandelplan zochten (m.n. in de actieve dossiers met een looptijd van minder dan 2 jaar). De bepaling in het referentiekader dat deze drie aspecten deel moeten uitmaken van het behandelplan, werd soepel gehanteerd. Er werd nagegaan of de gegevens in het dossier stonden genoteerd (al dan niet onder de noemer "behandelplan").

Verder stelt het referentiekader 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 bekeken we een aantal aspecten 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[2]:

- 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 middelengebruik.

Tijdens de inspecties moest minstens kunnen worden aangetoond dat deze aspecten besproken 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 bij de cliënt 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.

Ook hier werd soepel omgegaan met de bepaling in het referentiekader dat het overzicht van klachten en problemen deel moeten uitmaken van het behandelplan. Er werd nagegaan of de gegevens in het dossier stonden genoteerd (al dan niet onder de noemer "behandelplan").

[2] 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).

7.2 VASTSTELLINGEN

Alle CGG hanteren in het bezochte team minstens één model van behandelplan waarin de klachten en problemen, de hulpvraag van de cliënt, de diagnose of hypothese, de doelstellingen, de acties en interventies en de volgende evaluatie staan vermeld.

Alle CGG hebben recente (maximaal 5 jaar oud) cijfergegevens over de aan- of afwezigheid van een behandelplan in de cliëntendossiers.

19 CGG van de 20 hebben de voorbije 5 jaar verbeteracties opgezet rond het werken met behandelplannen:

- 17 CGG hadden verbeteracties m.b.t. inhoudelijke aspecten;
- 17 CGG hadden verbeteracties m.b.t. het gebruik van een model van behandelplan;
- 18 CGG hadden verbeteracties m.b.t. registratie van gebruik van behandelplan;
- 18 CGG organiseerden vorming rond het gebruik van behandelplannen.

17 CGG kunnen voor de voorbije 5 jaar objectief (bv. op basis van cijfergegevens) verbetering aantonen m.b.t. het gebruik van behandelplannen. Minder dan de helft van de CGG (9 van de 20) hebben cijfergegevens over de inhoud van deze behandelplannen (bv. of het doelstellingen bevat).

7.2.1 Aanwezigheid van een behandelplan

In alle actieve dossiers werd – los van inhoudelijke criteria – nagegaan of er een behandelplan was; in nagenoeg alle (96%) dossiers was dat het geval.

aantal gecontroleerde actieve dossiers	409
aantal dossiers met een behandelplan	393
percentage dossiers met een behandelplan	96,09%

TABEL 7-1

In 13 (65%) van de 20 CGG werd in elk gecontroleerd actief dossier een behandelplan gevonden.
In 1 CGG ontbrak er 1 behandelplan in de gecontroleerde dossiers, in 4 CGG ontbraken er 2 behandelplannen en in telkens 1 CGG ontbraken er 3 en 4 behandelplannen.

7.2.2 Verloop vóór opstellen 1e behandelplan

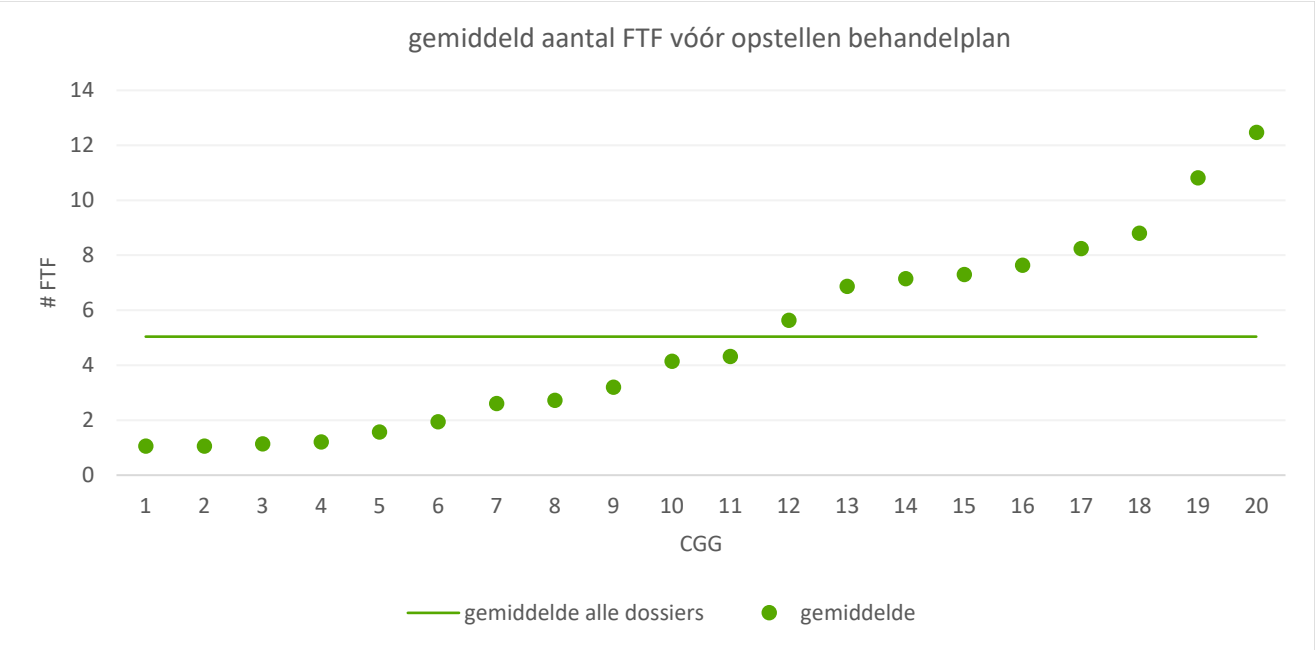
In alle actieve dossiers met een behandelplan (n=393) werd nagegaan hoeveel FTF plaatsvonden en welke termijn verliep vooraleer een eerste versie van het behandelplan werd opgesteld.

gemiddeld aantal FTF vóór het opstellen eerste versie behandelplan *(mediaan)*	5,04 *(3)*
gemiddeld aantal dagen tussen FTF1 en opstellen eerste versie behandelplan *(mediaan)*	129,24 *(45)*
gemiddeld aantal dagen tussen FTF2 en opstellen eerste versie behandelplan *(mediaan)*	82,33 *(20)*

TABEL 7-2

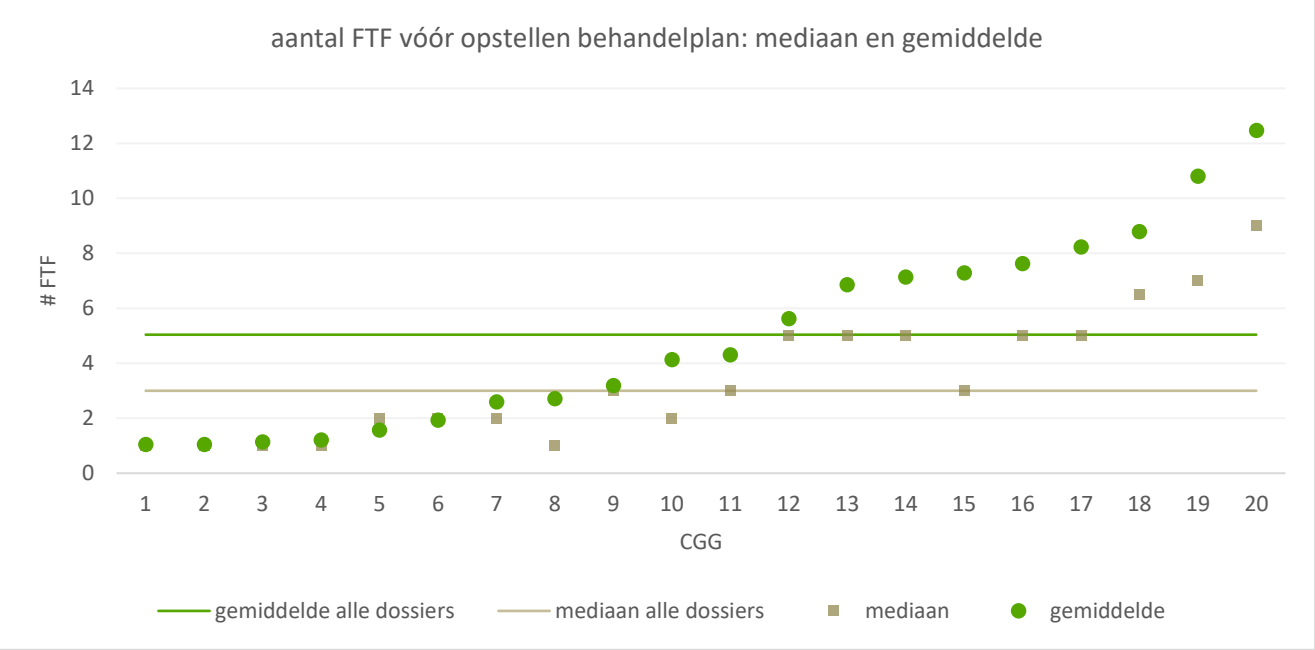
Voor alle gecontroleerde dossiers (met een behandelplan) samen werd gemiddeld na 5 FTF (mediaan na 3 FTF) een eerste versie van het behandelplan opgemaakt. Gemiddeld verliepen 129 dagen (mediaan 45 dagen) tussen FTF1 en het opstellen van de eerste versie van het behandelplan en gemiddeld 82 dagen (mediaan 20 dagen) tussen FTF2 en het opstellen van de eerste versie van het behandelplan. De grote verschillen tussen gemiddelde en mediaan tonen aan dat het in bepaalde dossiers erg lang duurde vooraleer een behandelplan werd opgesteld, wat de gemiddeldes sterk doet stijgen.

We merken van CGG tot CGG grote verschillen op in het verloop vóór het opstellen van het behandelplan in de gecontroleerde dossiers, en dit zowel in het gemiddelde en de mediaan van het aantal FTF vóór het opstellen van het behandelplan als in het aantal dagen tussen FTF1 respectievelijk FTF2 en de opmaak van het behandelplan. Het gemiddeld aantal FTF vóór opstellen van het behandelplan varieert in de verschillende geïnspecteerde teams tussen 1 en 12 FTF (de mediaan varieert tussen 1 en 9); het gemiddeld aantal dagen tussen FTF1 en het opstellen van de eerste versie van het behandelplan varieert tussen -1 en 357 dagen (in 1 team werd bij verwijzingen voor sommige patiënten reeds een behandelplan opgemaakt vóór FTF1), het gemiddeld aantal dagen tussen FTF2 en het opstellen van de eerste versie van het behandelplan varieert tussen -70 en 313 dagen.



FIGUUR 7-1

Onderstaande grafiek toont de afwijking van de mediaan ten opzichte van het gemiddelde in sommige CGG. De spreiding op basis van de medianen is wat kleiner dan die op basis van gemiddelden.



FIGUUR 7-2

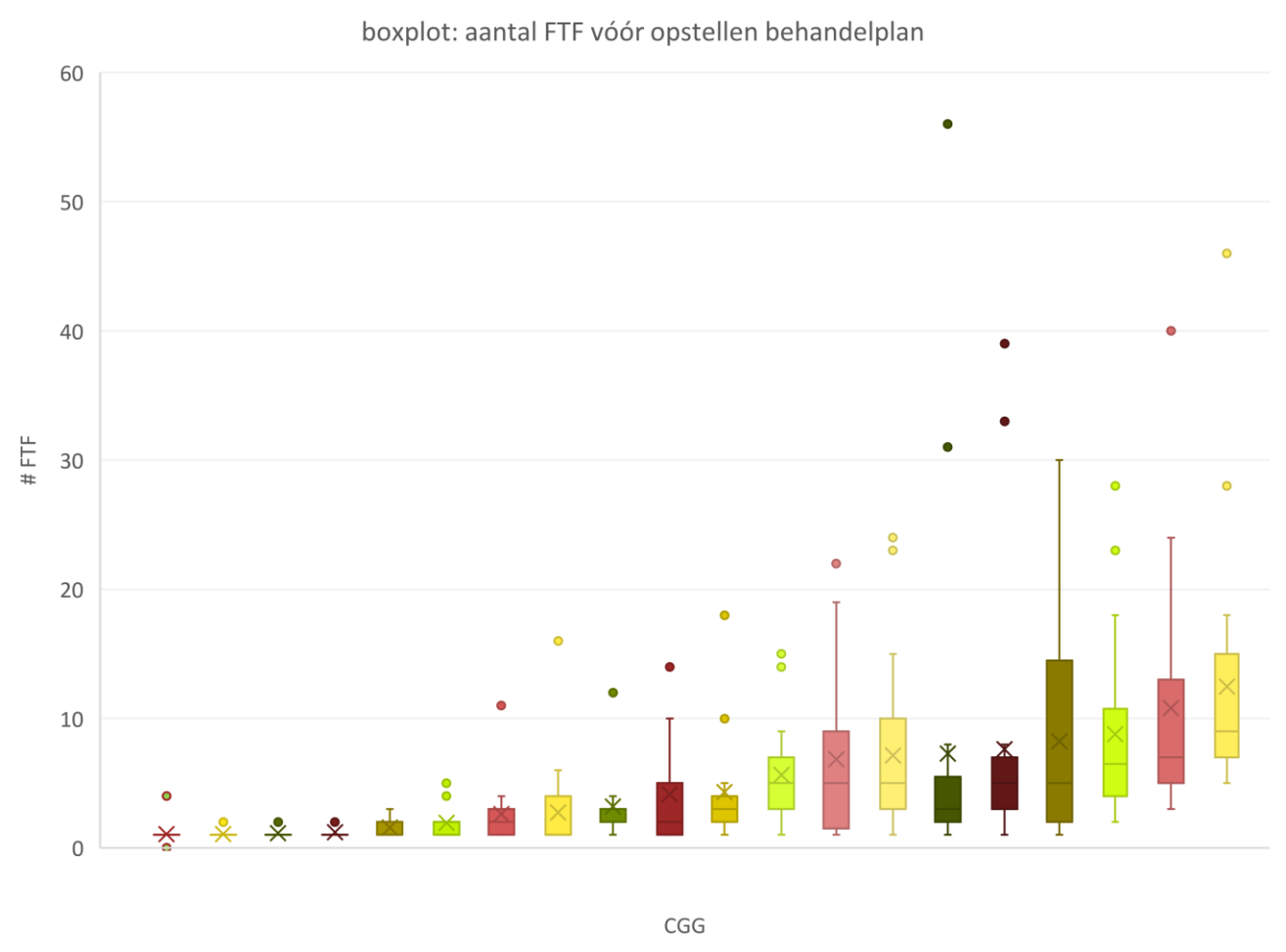
In onderstaande figuur worden de resultaten van elk CGG verder toegelicht aan de hand van een boxplot[3], die de spreiding van de gevonden waarden visualiseert. De CGG worden in dezelfde volgorde weergegeven als in de grafiek hierboven.

In deze grafiek kunnen we aan de linkerkant zien dat een eerste groep CGG voor alle gecontroleerde dossiers een zelfde korte termijn hanteert vóór de opmaak van het behandelplan, op een enkele uitzondering na, die bovendien weinig uitloopt qua termijn. In een tweede groep CGG (centraal in de grafiek) is de termijn vóór het opstellen van het behandelplan in de gecontroleerde dossiers vrij stabiel maar is de termijn van de uitzonderingen ook langer. In een derde groep van CGG (aan de rechterkant van grafiek) is de termijn vóór het opstellen van het behandelplan in de gecontroleerde dossiers onderhevig aan sterke variatie en is de termijn van de uitzonderingen ook langer.

Deze figuur toont ook dat 5 van de geïnspecteerde teams voor al hun dossiers een behandelplan hebben opgemaakt uiterlijk na 4 FTF.

[3] De onderste lijn van elke "box" komt overeen met het 25e percentiel voor het betreffende team: een vierde van de waardes ligt onder deze lijn. De bovenste lijn van de box wordt gevormd door het 75e percentiel: een vierde van de waardes ligt boven deze lijn. Dat betekent meteen dat 50% van de gevonden waardes binnen de box liggen. De mediaan (= 50e percentiel) wordt aangeduid door de horizontale lijn in de box. Het gemiddelde wordt aangeduid door een kruis, en ligt niet noodzakelijk in de box.

De waarden die weergegeven worden door punten, liggen meer dan 1,5 keer de hoogte van de box boven of onder de box. De andere waarden die niet binnen de box vallen, bevinden zich op de verticale lijnen boven en onder de box.

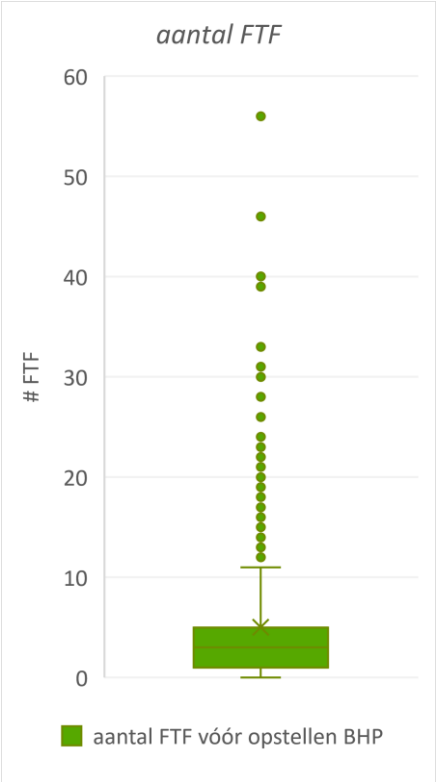


FIGUUR 7-3

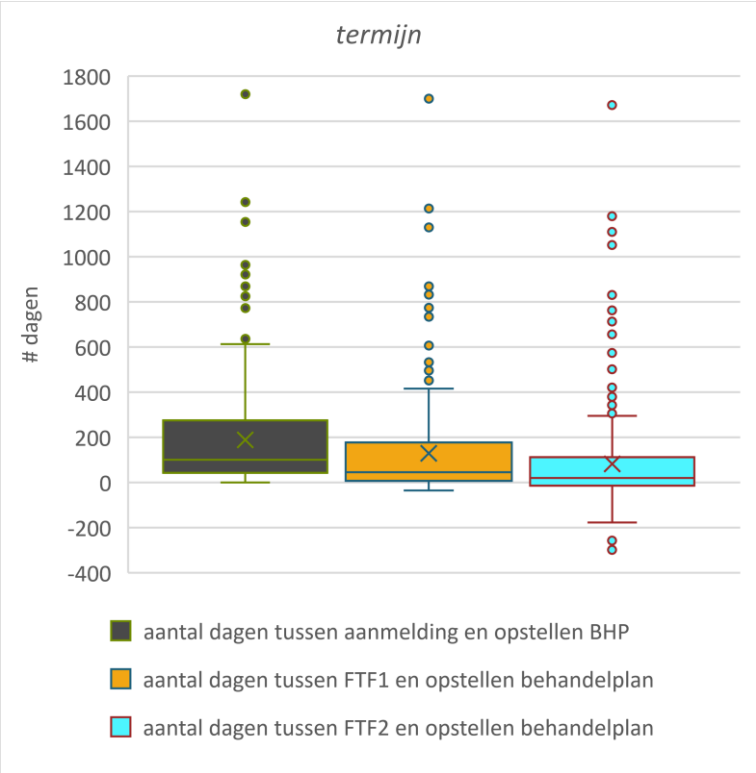
Wanneer we (in onderstaande grafiek aan de linkerkant) de termijn voor het opstellen van het behandelplan bekijken voor het totaal van alle gecontroleerde actieve dossiers, dan zien we dat bij 63% van de dossiers een behandelplan werd opgesteld ten laatste/uiterlijk na 4 FTF-contacten. Na 5 FTF-contacten is dat 75%. Bij de overige 25% zien we een grote spreiding. Uitgedrukt in dagen (onderstaande grafiek aan de rechterkant) zien we dat bij 75% van de dossiers een behandelplan was opgemaakt ten laatste 112 dagen of 3,5 maand na de start van de behandeling (vanaf FTF2). Ook hier zien we een grote spreiding bij de overige 25%.

Bij sommige cliënten duurde het erg lang voor een behandelplan werd opgesteld. In 10% van de dossiers duurde het 11,8 FTF of langer voor er een behandelplan werd opgesteld, met een uitzonderlijk maximum van 56 FTF. Uitgedrukt in dagen betekent dit voor 10% van de cliënten 435 dagen of langer na de aanmelding, 344 dagen of langer na FTF1 en 257 dagen of langer na de start van de behandeling (vanaf FTF2), met een maximum van 1.671 dagen of 4,5 jaar na FTF2.

aantal FTF en termijn vóór opstellen BHP (voor alle gecontroleerde dossiers met een behandelplan)

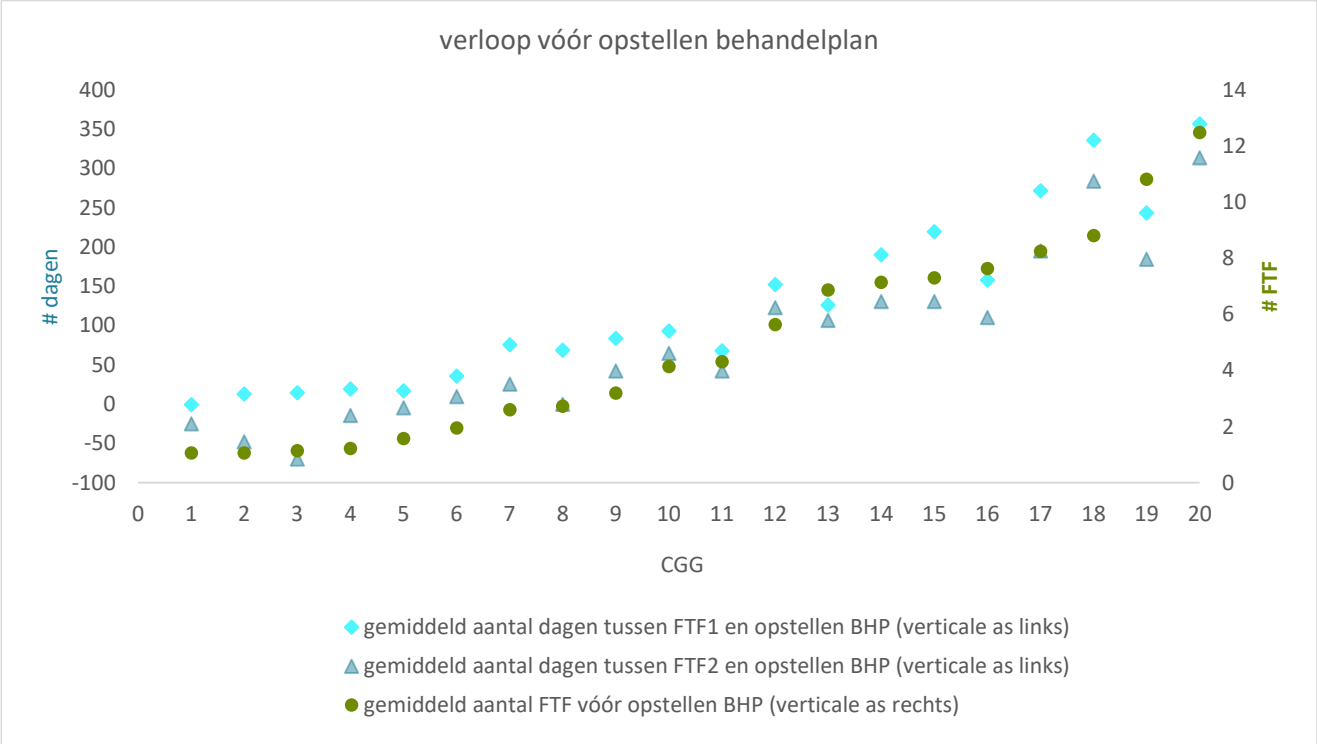


FIGUUR 7-4



FIGUUR 7-5

Volgende grafiek toont de spreiding tussen de verschillende geïnspecteerde teams van het aantal dagen en het aantal FTF dat verloopt vóór er een behandelplan wordt opgesteld.



FIGUUR 7-6

16 van de 20 CGG hebben een geëxpliciteerde, concrete en meetbare afspraak (bv. na FTF4) over het aantal FTF waarna, of de termijn waarbinnen, een eerste versie van het behandelplan wordt verwacht. Bij de vier andere CGG is er geen expliciete verwachting of is deze niet duidelijk meetbaar geformuleerd (zie Figuur 7-7).

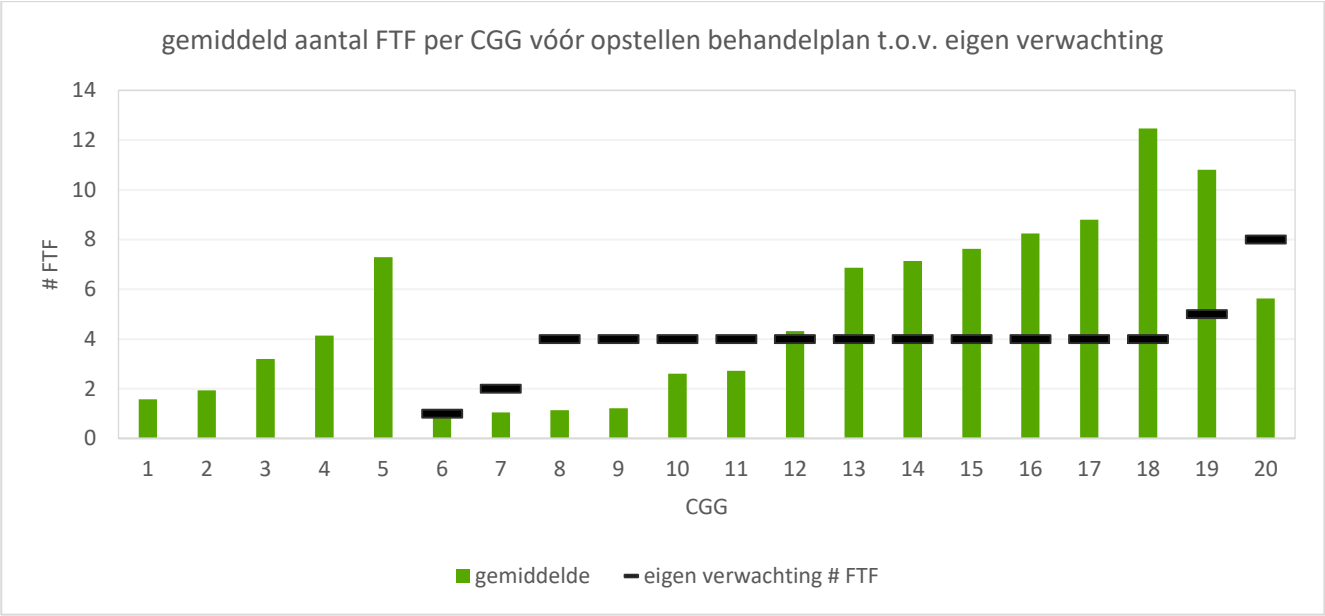
Eén van de 16 CGG met een concrete en meetbare verwachting formuleert deze aan de hand van een termijn ("binnen de 3 maanden na de start van de behandeling"); de overige 15 bepaalden een aantal FTF waarna een eerste versie van het behandelplan wordt verwacht. Het aantal FTF dat men vooropstelt verschilt wel grondig: bij één CGG verwacht men dit al na 1 FTF, bij een ander na 2 FTF, bij 11 CGG na 4 FTF, bij 1 CGG na 5 FTF en bij 1 CGG na 8 FTF.

	aantal CGG	gemiddeld aantal FTF vóór behandelplan	mediaan aantal FTF vóór behandelplan
CGG met een afspraak over maximaal aantal FTF waarna een behandelplan moet zijn opgemaakt	15	5,44	5
CGG met een afspraak na hoeveel tijd een behandelplan moet zijn opgemaakt	1	4,14	2,5
CGG zonder aftoetsbare afspraak	4	3,50	2

TABEL 7-3

We stellen vast dat het niet hebben van expliciete afspraken over de termijn waarbinnen een behandelplan moet opgemaakt zijn, geen negatieve invloed lijkt te hebben op de termijn waarbinnen een behandelplan werd opgesteld in de gecontroleerde dossiers. Bij twee van de vier CGG zonder expliciete of concrete en meetbare afspraak wordt wel de impliciete verwachting gehanteerd dat er na 2 FTF een behandelplan moet zijn; bij één van deze CGG verwacht men impliciet na 4 FTF een behandelplan; bij het vierde CGG verwacht men dit "na de intakefase".

Van de 16 CGG met een geëxpliciteerde, concrete en meetbare verwachting waarbinnen een behandelplan moet opgemaakt zijn (CGG met nummers 5-20 in onderstaande grafiek), zijn er 8 CGG die in de gecontroleerde dossiers gemiddeld de eigen vooropgestelde doelstelling qua termijn halen (inclusief het CGG dat zijn doelstelling formuleerde als “binnen de 3 maanden na de start van de behandeling” i.p.v. in een aantal FTF, in onderstaande grafiek het CGG met nr. 5) en 8 CGG die gemiddeld de eigen doelstelling over termijn van opstellen van het behandelplan niet halen.



FIGUUR 7-7

Als we de verwachting die elk CGG zelf heeft geformuleerd vergelijken met de mediaan (i.p.v. met het gemiddelde) van de gecontroleerde dossiers, dan blijft de conclusie of men al dan niet zijn eigen verwachting haalt bij zowat alle teams dezelfde. De enige uitzondering is het team dat in bovenstaande grafiek staat aangeduid met nr. 12: het gemiddelde van het aantal FTF voor het opstellen van het behandelplan overschrijdt de eigen verwachting, terwijl de mediaan onder die verwachting blijft.

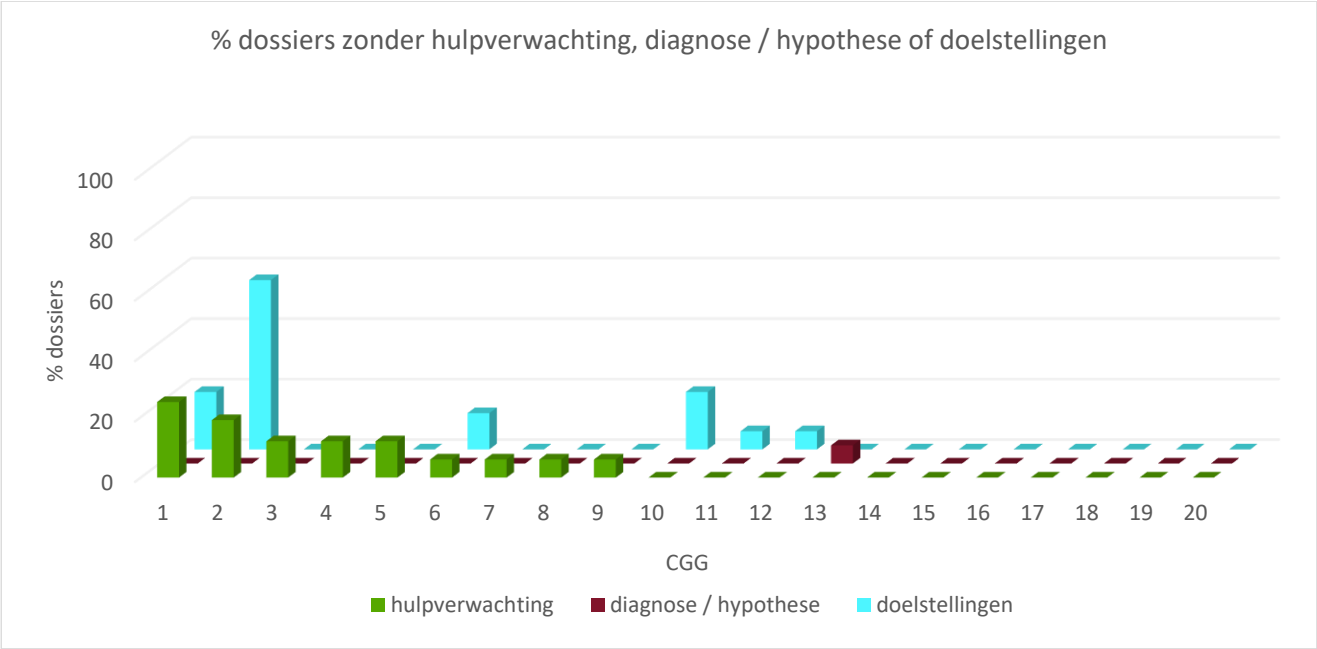
7.2.3 Hulpvraag, hypothese en doelstellingen

In alle actieve dossiers met een looptijd van maximum 2 jaar (n=309), werd bekeken of de hulpvraag en de hulpverwachting van de cliënt, de diagnose en hypothesen en de doelstellingen in het dossier waren genoteerd.
In onderstaande tabel zijn de percentages weergegeven van de dossiers waarin de verschillende items werden gevonden.

	aantal dossiers waarin het item werd gevonden	% dossiers waarin het item werd gevonden
hulpvraag en de hulpverwachting van de cliënt	292	94,49%
diagnose en/of hypothesen	308	99,68%
doelstellingen	289	93,53%
alle 3 elementen	275	89,00%

TABEL 7-4

Deze items werden dus in hoge mate gevonden in de gecontroleerde dossiers. Toch bleken ze in een aantal CGG in verschillende dossiers te ontbreken, zoals blijkt uit onderstaande grafiek, die per CGG de percentages van ontbrekende items weergeeft voor de 3 elementen.



FIGUUR 7-8

7.2.4 Overzicht van de klachten en problemen

In alle actieve dossiers met een looptijd van maximum 2 jaar (n=309) werd in het overzicht van klachten en problemen de aanwezigheid van 5 aspecten nagegaan:

- 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 middelengebruik.

Er moest minstens kunnen worden aangetoond dat deze aspecten bevraagd werden (cfr. supra).

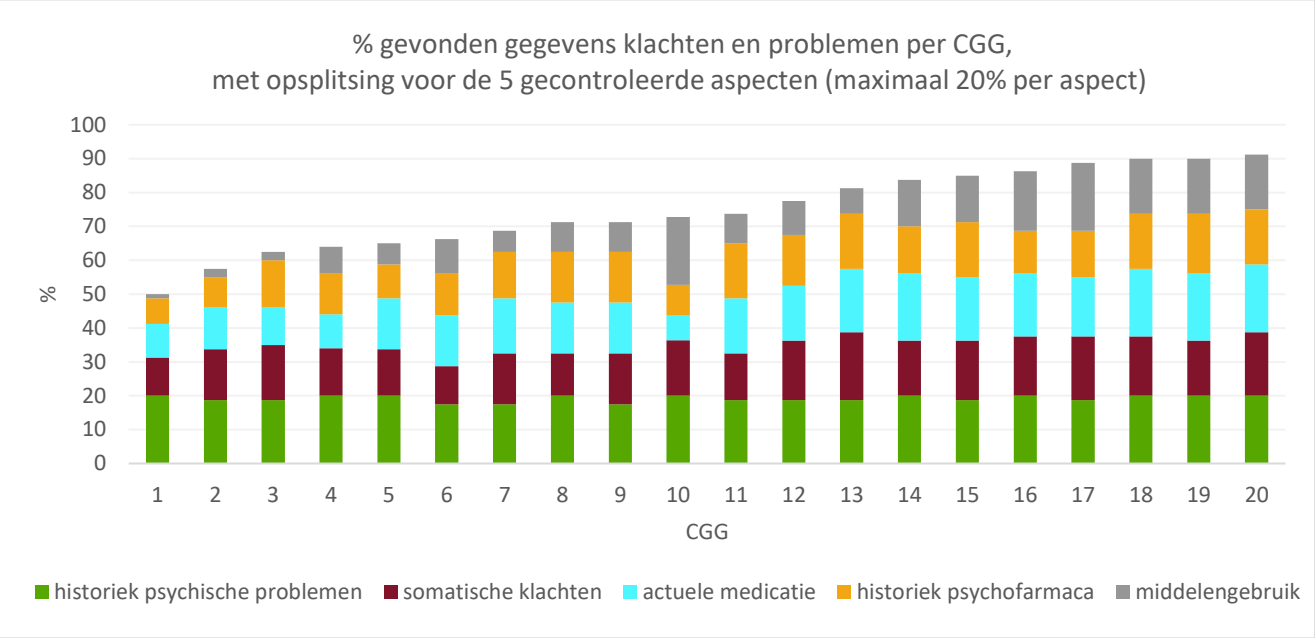
Driekwart (1160 of 75%) van de gezochte items (n=1545) werd gevonden in alle gecontroleerde dossiers samen. Per CGG werden wel grote verschillen vastgesteld, gaande van 50% tot 91% gevonden items.

Uit onderstaande tabel en grafiek blijkt dat ook voor de 5 verschillende aspecten die werden nagegaan, grote verschillen werden opgemerkt: niet over alle 5 de onderwerpen wordt even vaak informatie genoteerd in het dossier.

	aantal dossiers met informatie	% dossiers met informatie
informatie over vroeger psychofarmacagebruik	211	68,28%
informatie over actueel medicatiegebruik	246	79,61%
informatie over somatische problemen of klachten	243	78,64%
gegevens over de historiek op het vlak van psychische problemen	296	95,79%
gegevens over het middelengebruik	164	53,07%

TABEL 7-5

In onderstaande grafiek wordt voor de verschillende CGG een overzicht gegeven van het % gevonden items (hoogte van de volledige balk = som van de 5 aspecten), met een opsplitsing voor elk van de 5 gecontroleerde aspecten (telkens maximaal 20% per aspect).



FIGUUR 7-9

De informatie over de historiek op het vlak van psychische problemen werd in de gecontroleerde dossiers van de verschillende teams quasi altijd genoteerd. De notities over de vier andere onderwerpen kenden meer variatie, waarbij de grootste verschillen werden opgemerkt in het noteren van informatie over middelengebruik.

7.3 REFLECTIES

Nagenoeg alle gecontroleerde dossiers bevatten een behandelplan.
Alle CGG hebben voor de bezochte teams een model van behandelplan opgemaakt.

Minder dan de helft van de CGG hebben cijfergegevens over de inhoud van deze behandelplannen (bv. of ze doelstellingen bevatten).

De timing voor het opstellen van een behandelplan varieert zeer sterk tussen de gecontroleerde dossiers per CGG. Sommige CGG stellen een korte termijn voorop voor het opstellen van het behandelplan en slagen er in de gecontroleerde dossiers in om dit (bijna) altijd te verwezenlijken; andere CGG hebben weliswaar duidelijke verwachtingen geëxpliciteerd over de termijn van het opstellen van het behandelplan maar verwezenlijken deze vooropgestelde doelstelling onvoldoende in de gecontroleerde dossiers. Het al dan niet hebben van formele afspraken over de termijn van het opstellen van het behandelplan lijkt geen invloed te hebben op de gemiddelde termijn van de gecontroleerde dossiers.

Uit de controle van de dossiers bleek dat het voor 37% van de cliënten langer duurde dan 4 FTF (de vaakst gehanteerde interne verwachting) vooraleer er een behandelplan werd opgesteld. Voor 25% van de cliënten duurde het langer dan 5 FTF, en voor 10% langer dan 11,8 FTF. Uitgedrukt in dagen betekent dit voor 10% van de cliënten 435 dagen of langer na de aanmelding.

9 op de 10 gecontroleerde dossiers bevatten zowel de hulpvraag en de hulpverwachting van de cliënt, als de diagnose en/of hypothesen, en de doelstellingen. De meeste CGG scoren erg goed op deze 3 gecontroleerde aspecten uit het referentiekader, op een enkele uitzondering na.

De volledigheid van het overzicht van klachten en problemen werd nagegaan door het opzoeken van notities over een steekproef van 5 onderwerpen (historiek gebruik psychofarmaca, actueel medicatiegebruik, somatische klachten, historiek van de psychische problemen en middelenmisbruik). Driekwart van de gezochte items werd gevonden op het totaal aantal gecontroleerde dossiers. Er waren grote verschillen tussen de verschillende CGG (van 50 tot 91% gevonden items) en tussen de 5 gecontroleerde onderwerpen (van 53 tot 96% gevonden items). Over het onderwerp middelenmisbruik ontbraken het vaakst notities, terwijl er bijna altijd notities waren over de historiek van de psychische problemen.

We hanteren bij onze beoordeling de visie dat het niet enkel belangrijk is om de aanwezige problemen te vermelden, maar dat het evenzeer van belang is om te noteren wanneer er zich geen problemen stellen rond de bevraagde onderwerpen. In de Richtlijn Psychiatrische Diagnostiek formuleert de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie volgende aanbeveling: *"Schrijf niet meer op dan nodig, maar bedenk ook dat iets als niet gevraagd of niet onderzocht wordt beschouwd wanneer het niet is opgeschreven. […] Noteer niet alleen de aanwezigheid, maar ook de afwezigheid van relevante symptomen (bijvoorbeeld: het ontbreken van psychotische symptomen bij een manisch beeld, of van suïcidale gedachten bij een ernstige depressieve stoornis)."*
Het standpunt over de noodzaak van het noteren wanneer onderwerpen bevraagd worden, werd tijdens de inspecties door verschillende CGG sterk in vraag gesteld. In deze CGG wordt de (impliciete of expliciete) afspraak gehanteerd dat enkel notities gemaakt worden over aanwezige problemen, niet wanneer er zich geen problemen stellen. Beleidsmedewerkers gaan er daarbij vaak vanuit dat alle onderwerpen systematisch worden bevraagd. Door verschillende hulpverleners werd tijdens de dossiercontroles echter herhaaldelijk tegengesproken dat alle onderwerpen in de praktijk steeds bevraagd worden tijdens het intake-proces.
Door het nagaan van deze beperkte scope van onderwerpen, willen we het belang aangeven van een systematische bevraging én de weergave in het dossier van de aspecten die een weerslag kunnen hebben op het psychisch evenwicht of die van belang kunnen zijn voor het verloop van het zorgtraject.

Breder bekeken gaat de discussie over de functie en de noodzakelijke inhoud van het dossier. Sommige CGG en medewerkers zien het dossier voornamelijk als een registratie-instrument voor het verplicht verzamelen van beleidsinformatie, hetgeen een hoge administratieve werklast met zich meebrengt. Deze visie staat haaks op het standpunt van Zorginspectie dat zorgvuldige dossiervorming een noodzakelijke voorwaarde vormt voor het invullen van diverse aspecten van kwalitatieve zorgverlening. Zo kan men voorkomen dat bepaalde acties niet worden uitgevoerd of onnodig herhaald worden, het bevordert systematisch werk en faciliteert coördinatie van zorg. Een dossier is ook een communicatietool waarmee de continuïteit van de zorg kan gegarandeerd worden en waarmee fouten beperkt worden op het vlak van het doorgeven van essentiële informatie over de zorg.

Het recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier staat beschreven in de wet betreffende de rechten van de patiënt van 2002.
In haar *Advies het patiëntendossier* wijst de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt" er op dat het – bij gebrek aan specifieke wettelijke bepalingen over het dossier – niet voor alle beroepsgroepen voldoende duidelijk is wat "zorgvuldig bijgehouden" concreet betekent. In datzelfde advies worden verschillende functies van het patiëntendossier beschreven: *"Het patiëntendossier heeft verschillende belangrijke functies die enkel gerealiseerd worden op voorwaarde dat de inhoud van het patiëntendossier correct en volledig is. Zo vormt het patiëntendossier in de eerste plaats een belangrijk werkinstrument van de zorgverlener. Het is een geheugensteun, alle infor-*

matie over de patiënt wordt samengebracht in één dossier. Het maakt continuïteit van zorg mogelijk […] Bij overdracht naar een andere zorgverlener is ook dan de continuïteit verzekerd. […] Daarnaast is het patiëntendossier ook een belangrijk communicatiemiddel zowel tussen zorgverleners onderling die dezelfde patiënt behandelen, als met de patiënt en zijn familie en ter ondersteuning van de dialoog tussen patiënt en zorgverlener[…]"

Meermaals bleek de weerstand tegen dossiervorming groot. Dossiervorming wordt vaak als "administratie" en "registratie" ervaren, niet als een onderdeel van of een voorwaarde voor kwalitatieve zorg. In sommige CGG is de visie dan weer helemaal anders.
Mogelijk spelen volgende factoren hierbij een rol:

- Medewerkers ervaren bij hun werk te weinig meerwaarde van cijfers en registraties in verhouding tot de tijd die ze hieraan moeten besteden.
- De gebruiksvriendelijkheid en de efficiëntie van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) is voor verbetering vatbaar. De versie die ten tijde van de inspectieronde gebruikt werd, voldeed niet aan wat vandaag kan verwacht worden als instrument voor een moderne dossiervoering.
  Mogelijk wordt met de implementatie van EPD 2.0 – gepland kort na afloop van de laatste inspectie – al een stap vooruit gezet op dit vlak.

8 MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

8.1 ACHTERGROND

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 gecontroleerde elementen (in actieve dossiers die een half jaar tot 2 jaar liepen) toegankelijk waren 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.
Ter informatie gingen we ook na of alle informatie in het EPD kon worden gevonden, dan wel deels op papier.

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 intercollegiale bespreking, dat de conclusies van de intercollegiale bespreking in het dossier worden genoteerd en dat alle betrokken CGG-hulpverleners toegang hebben tot deze informatie.
Er worden hierbij geen specifieke verwachtingen omschreven m.b.t. 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 alle nodige informatie moet bevatten voor de multidisciplinaire werking en in functie van de continuïteit van de zorg (bv. als een therapeut plots afwezig is en vervangen wordt).

Verder moet het CGG volgens het referentiekader multidisciplinair werken en de cliënten minimaal vanuit psychiatrische, psychologische, agogische en sociale disciplines benaderen. Elk team moet werken onder de eindverantwoordelijkheid van een psychiater en in voldoende mate beroep kunnen doen op een psychiater, zowel voor individuele medische behandeling als voor multidisciplinaire bespreking.
De multidisciplinaire benadering van cliënten werd tijdens de inspecties op twee manieren nagegaan: enerzijds door zicht te krijgen op de disciplines die betrokken waren bij de behandeling van de cliënt via face-to-face-gesprekken, anderzijds door zicht te krijgen op het aantal intercollegiale behandelplanbesprekingen per cliënt, het aantal deelnemers (minstens 2) en de deelname van een psychiater aan deze besprekingen. De betrokken disciplines werden bij deze 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 actieve dossiers die een half jaar 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 vóór de inspectiedatum gecontroleerd.

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 hier zicht op te krijgen, werd tijdens de inspecties de frequentie van intercollegiale behandelplanbesprekingen in elk dossier nagegaan. Enerzijds werd bekeken of een zesmaandelijkse frequentie al dan niet gehaald werd, anderzijds werd het aantal periodes van meer dan 6 maanden beschreven qua duur en 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 BHP-besprekingen die plaats vonden na de datum van het opstellen van het eerste behandelplan werden meegeteld. De termijn van 6 maanden werd niet strikt toegepast, door bij de berekeningen een tolerantiemarge van een maand te hanteren. In de praktijk werd dus getoetst of er in de dossiers periodes voorkwamen van 7 maanden zonder dat er een behandelplan werd opgesteld of besproken.

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.

Het referentiekader vermeldt niet hoe de informatiedoorstroming moet gebeuren. Omdat goede zorgverlening – zeker in het kader van netwerkvorming in de geestelijke gezondheidszorg – goede communicatie met verwijzers en met de vervolgzorg vereist, werd deze beide aspecten tijdens de inspecties nagegaan. Via twee invalshoeken werd 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 in de dossiers ook 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 van het opmaken van een afsluitbrief werd in de dossiers ook bekeken of er op het einde van de zorgperiode een eindsynthese werd opgemaakt, in eender welke vorm (bv. een intern eindverslag, een brief aan een adviserende arts, …). In deze eindsyntheses werd gezocht naar 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 dan niet medicatie-inname;
  - informatie over het voorkomen van een suïciderisico tijdens de begeleiding;
  - instructies voor de nazorg;
  - gegevens van een contactpersoon voor verdere informatie.

8.2 VASTSTELLINGEN

8.2.1 Toegankelijkheid van het dossier voor de verschillende disciplines

In 319 dossiers werd nagegaan of de gecontroleerde informatie toegankelijk was voor alle disciplines (nl. in alle 309 actieve dossiers met een looptijd van een half jaar tot 2 jaar, uitgebreid met de 10 dossiers met een looptijd van meer dan 2 jaar in de twee CGG die eerst werden bezocht).
In zowat alle dossiers (312 of 98%) kon multidisciplinaire toegankelijkheid aangetoond worden. Van de 7 dossiers die niet voor alle disciplines toegankelijk waren, behoorden er 6 tot hetzelfde CGG: hier bewaarde de psychiater aparte delen van het dossier in een eigen kast, die niet toegankelijk was voor de andere teamleden. Het 7e dossier behoorde tot een ander CGG, waar de therapeut het dossier in kwestie had meegenomen naar een ander locatie.

Alle CGG gebruiken hetzelfde elektronisch patiëntendossier (EPD). Informatie die daarin wordt bijgehouden, is toegankelijk voor de andere teamleden. Vaak werkt men daarnaast ook nog met een gedeeltelijk papieren dossier. De manier waarop de papieren gedeeltes van het dossier worden bewaard, varieert per CGG. Soms is er een centraal dossierbewaarsysteem per vestigingsplaats, soms bewaart elke therapeut de eigen dossiers in een eigen kast (waarbij werd nagegaan of die toegankelijk was voor andere teamleden).
Soms verschilt de manier van bewaren ook tussen actieve en afgesloten dossiers.

Ter informatie werd bij elk gecontroleerd dossier genoteerd of de gevonden informatie allemaal elektronisch, dan wel gedeeltelijk elektronisch en gedeeltelijk op papier werd bijgehouden.

In 211 (66%) van de 319 gecontroleerde dossiers werd een gedeelte van de informatie op papier gevonden, waarbij dat papieren gedeelte in 204 gevallen voor alle disciplines toegankelijk was. In 108 dossiers (34%) werd alle informatie in het EPD gevonden (en was ze dus voor alle disciplines toegankelijk)[4].

In sommige CGG zagen we binnen hetzelfde team ook verschillen naargelang de therapeut, waarbij sommigen volledig elektronisch werken, terwijl anderen nog een deel van het dossier op papier bijhouden.

In 3 CGG wordt volledig elektronisch gewerkt.
Enkele CGG gaven tijdens de inspectie aan dat ze van plan waren om de overgang naar EPD 2.0 (waarvan de implementatie kort na afloop van de inspectieronde werd voorzien) aan te grijpen om daarna enkel nog met elektronische dossiers te werken.

Notities bij FTF-contacten

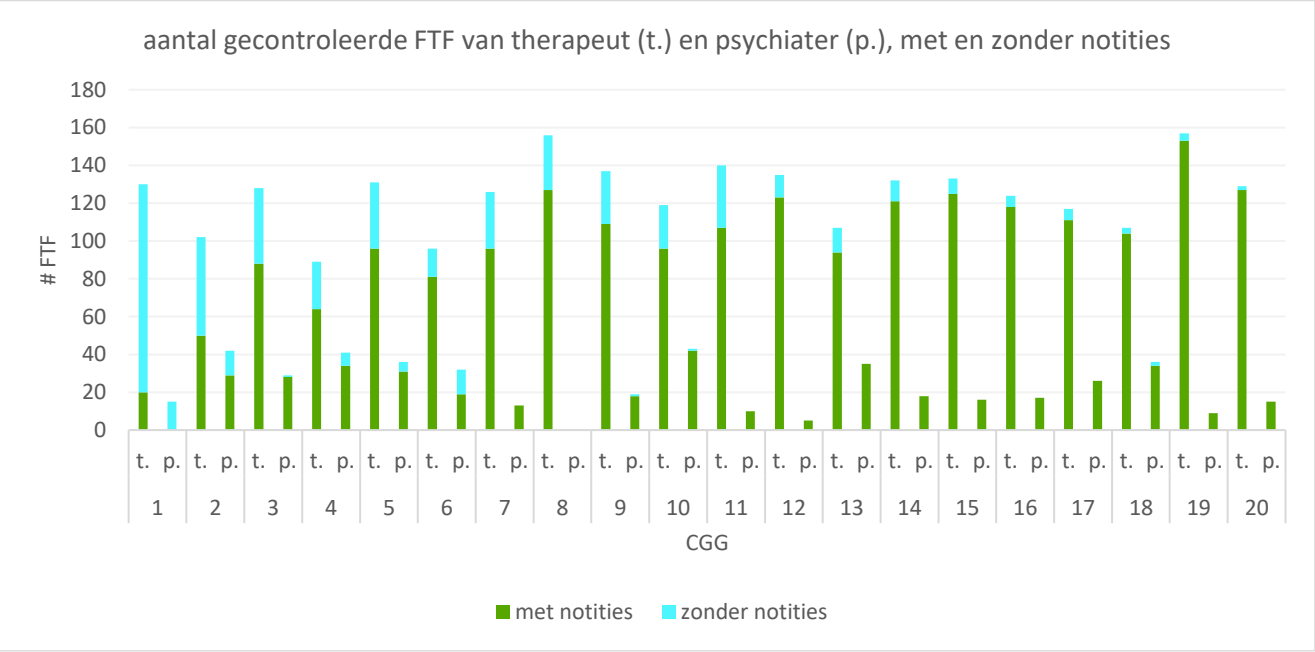
In de 319 dossiers werd gecontroleerd of notities konden gevonden worden van de FTF-contacten. Het aantal gecontroleerde FTF-contacten varieerde per inspectie: per dossier werd gestreefd naar controle van de 10 recentste FTF voor twee subgroepen (CGG-psychiaters enerzijds en andere disciplines anderzijds), voor zover deze plaatsvonden in het jaar voorafgaand aan de inspectie. Hierbij dient opgemerkt dat slechts in een klein aandeel van de dossiers 10 FTF-contacten met de CGG-psychiater werden gevonden in dat jaar.

[4] Het feit dat alle gezochte informatie in het EPD werd gevonden, betekent niet dat de betreffende dossiers ook allemaal volledig elektronisch waren: soms werd bepaalde informatie, die evenwel niet werd gezocht in het kader van deze inspectie, toch nog op papier bijgehouden.

	aantal gecontroleerd	aantal met notities	% met notities
totaal aantal FTF	2.952	2.409	81,61%
aantal FTF van therapeuten	2.495	2.010	80,56%
aantal FTF van CGG-psychiaters	457	399	87,31%

TABEL 8-1

7 CGG hebben schriftelijke afspraken over het al dan niet maken van notities van FTF-contacten in het multidisciplinair dossier. Over 82% van alle gecontroleerde FTF-contacten vonden we notities. In 9 CGG vonden we voor meer dan 90% van de FTF-contacten notities (met een maximum van 99%). In 4 CGG was dat tussen 80 en 90%, en in 5 andere tussen 70 en 80%. Twee teams weken opvallend sterk af van het gemiddelde, met respectievelijk 55 en 14 procent; deze twee teams hebben geen schriftelijke afspraken over de notities van FTF-contacten in het dossier.

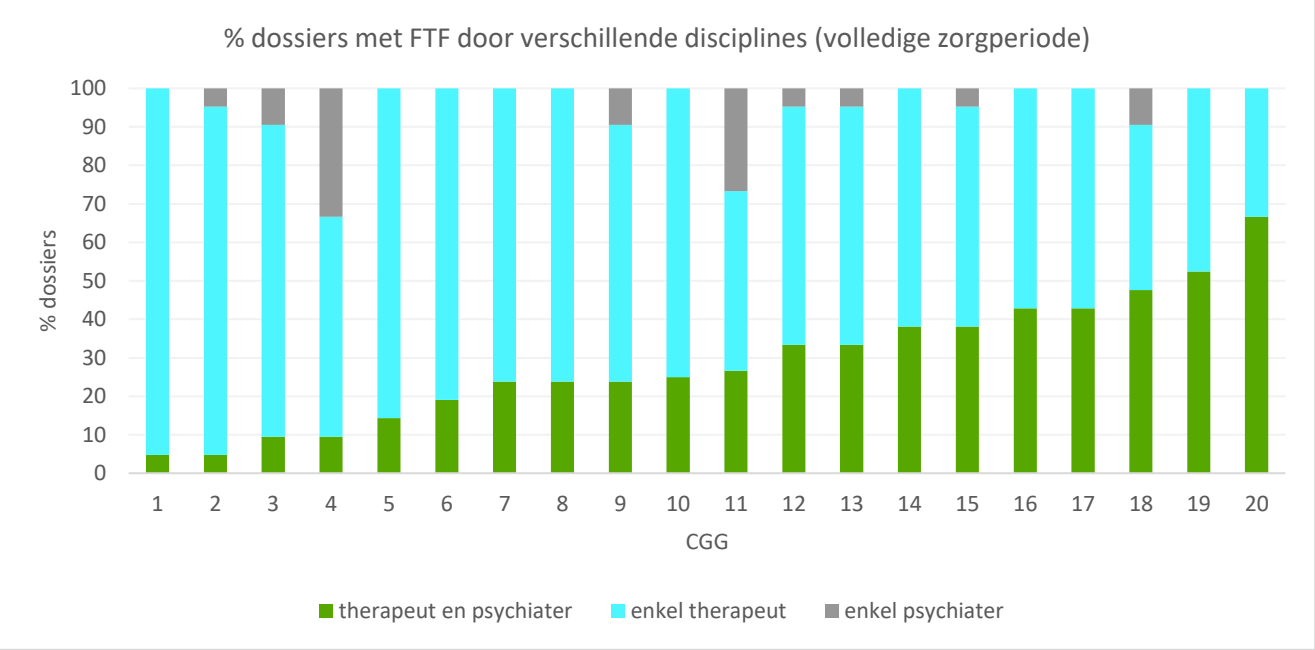


FIGUUR 8-1

8.2.2 FTF door verschillende disciplines in de loop van de volledige zorgperiode

In alle 409 actieve dossiers werd voor de volledige zorgperiode het aantal FTF door CGG-psychiaters en door andere disciplines nagegaan.

In 119 dossiers (29,01%) was er zowel met een CGG-psychiater als met een andere discipline minstens één FTF-contact. Het aandeel dossiers van cliënten die zowel door de psychiater als door een andere therapeut worden behandeld via FTF-contacten, varieert erg sterk tussen de bezochte teams, van 5 tot 67%, zoals onderstaande grafiek aantoont.



FIGUUR 8-2

8.2.3 Betrokkenheid CGG-psychiater via FTF of behandelplanbespreking

Het referentiekader stelt dat elk team onder de eindverantwoordelijkheid van een psychiater werkt, en dat elk team in voldoende mate beroep kan doen op een psychiater, en dit zowel voor individuele medische behandeling als voor multidisciplinaire bespreking. De invulling van de eindverantwoordelijkheid wordt in het referentiekader niet verder geconcretiseerd.

We toetsten de mogelijke betrokkenheid van de CGG-psychiater in de gecontroleerde dossiers op twee manieren: enerzijds door na te gaan in welke dossiers de cliënt minstens één FTF-contact had met een CGG-psychiater, anderzijds door na te gaan welke dossiers melding maakten van de aanwezigheid van een CGG-psychiater bij minstens één behandelplanbespreking. Vervolgens combineren we beide gegevens per dossier.

Beide elementen werden gecontroleerd in alle 409 actieve dossiers. Bij de dossiers die een half jaar tot 2 jaar liepen werd de volledige behandelperiode bekeken, terwijl in de dossiers met een behandelduur van langer dan 2 jaar enkel de laatste 24 maanden werden gecontroleerd.

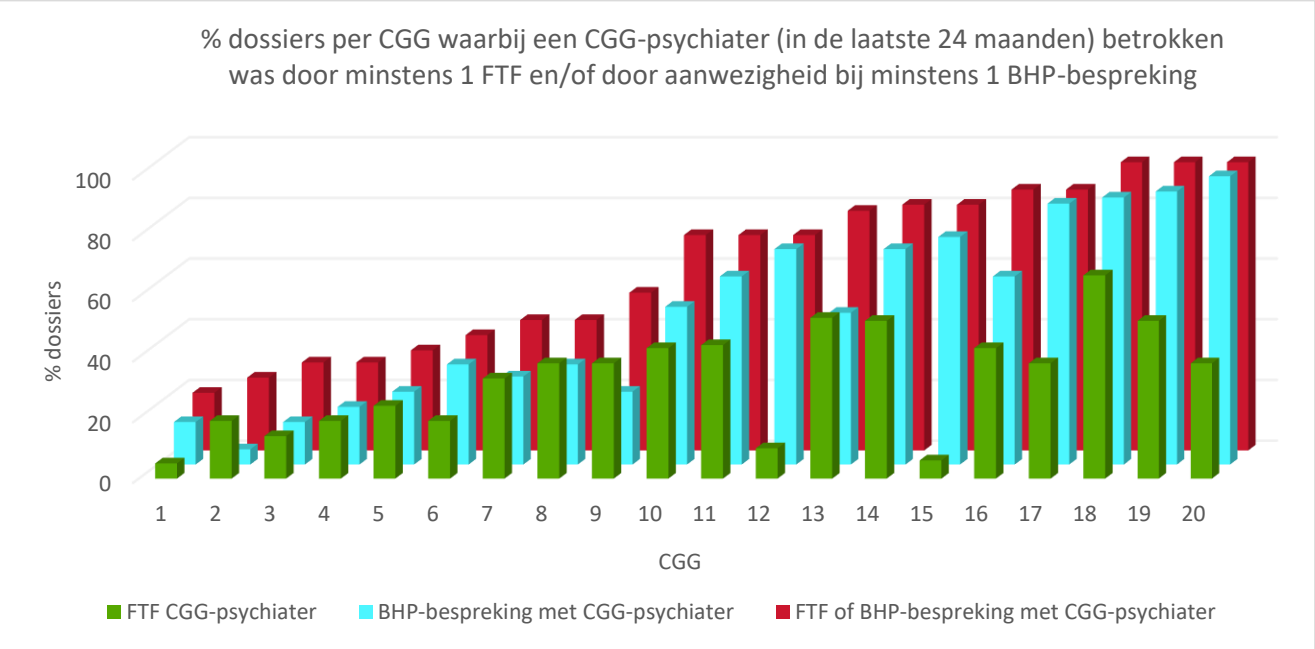
In totaal bleek in 60% van de dossiers een CGG-psychiater op minstens één van beide manieren betrokken.

Hierbij dient wel opgemerkt dat de aanwezigheid van de psychiater bij intercollegiale besprekingen vóór of bij het opstellen van het behandelplan niet in beeld werd gebracht. In een aantal dossiers waarbij de psychiater niet betrokken was bij besprekingen na het opstellen van het behandelplan, was hij dat mogelijk wel voordien. Ook de eventuele betrokkenheid van externe psychiaters werd niet nagegaan.

	aantal dossiers	% dossiers
actieve dossiers waarbij minstens één FTF-contact met een CGG-psychiater plaats vond in de gecontroleerde periode	134	32,76%
actieve dossiers waarbij een CGG-psychiater aantoonbaar aanwezig was bij minstens één BHP-bespreking in de gecontroleerde periode	202	49,39%
actieve dossiers waarbij in de gecontroleerde periode minstens één FTF-contact met een CGG-psychiater plaats vond en/of een CGG-psychiater aantoonbaar aanwezig was bij minstens één BHP-bespreking	247	60,39%

TABEL 8-2

Ook op dit vlak zien we erg grote verschillen tussen de verschillende gecontroleerde teams, zoals blijkt uit onderstaande grafiek.



FIGUUR 8-3

Het percentage dossiers waarin minstens 1 FTF met een CGG-psychiater plaatsvond in de laatste 24 maanden, ligt in 7 gecontroleerde steekproeven onder de 20%; in 5 gevallen lag dit boven de 50% (met een maximum van 67%). Het aandeel dossiers met minstens één BHP-bespreking waarbij een CGG-psychiater aanwezig was, lag in de helft van de gecontroleerde steekproeven op 50% of minder; in 5 andere gevallen lag dit dan weer boven de 75% (met een maximum van 95%). Als we beide gegevens combineren, dan varieert het percentage dossiers met een aantoonbare betrokkenheid van de CGG-psychiater van 19 tot 95%, waarbij deze betrokkenheid bij 8 inspecties in minder dan de helft van de dossiers kon gevonden worden, terwijl dat bij 8 andere inspecties voor meer dan 75% van de dossiers het geval was.

8.2.4 Zesmaandelijkse bespreking van het behandelplan

17 CGG hebben voor het geselecteerde team schriftelijke afspraken over de multidisciplinaire behandelplan-bespreking:

- 13 CGG hebben schriftelijke afspraken over de disciplines die bij de multidisciplinaire behandelplan-besprekingen aanwezig moeten zijn;
- 14 CGG hebben schriftelijke afspraken over de nagestreefde frequentie van de multidisciplinaire behandelplanbespreking (per dossier/cliënt/zorgperiode). De meeste CGG hanteren hierbij de termijn van 6 maanden die ook in het referentiekader staat vermeld; enkele CGG drukken de nagestreefde frequentie evenwel uit in een aantal FTF-contacten (bv. om de 7 FTF).
- 15 CGG hebben schriftelijke afspraken over het noteren in het dossier van een verslag van de multi-disciplinaire behandelplanbespreking.

12 CGG hebben recente (maximaal 5 jaar oude) cijfergegevens over de multidisciplinaire behandelplanbespre-kingen (bv. over de gehaalde frequentie per dossier, over de aanwezigheid van deelnemers, over verslaggeving in het dossier).

15 CGG hebben de voorbije 5 jaar verbeteracties opgezet rond de multidisciplinaire behandelplanbespreking. 5 daarvan kunnen voor de voorbije 5 jaar objectief (bv. op basis van cijfergegevens) verbetering aantonen m.b.t. multidisciplinaire behandelplanbesprekingen.

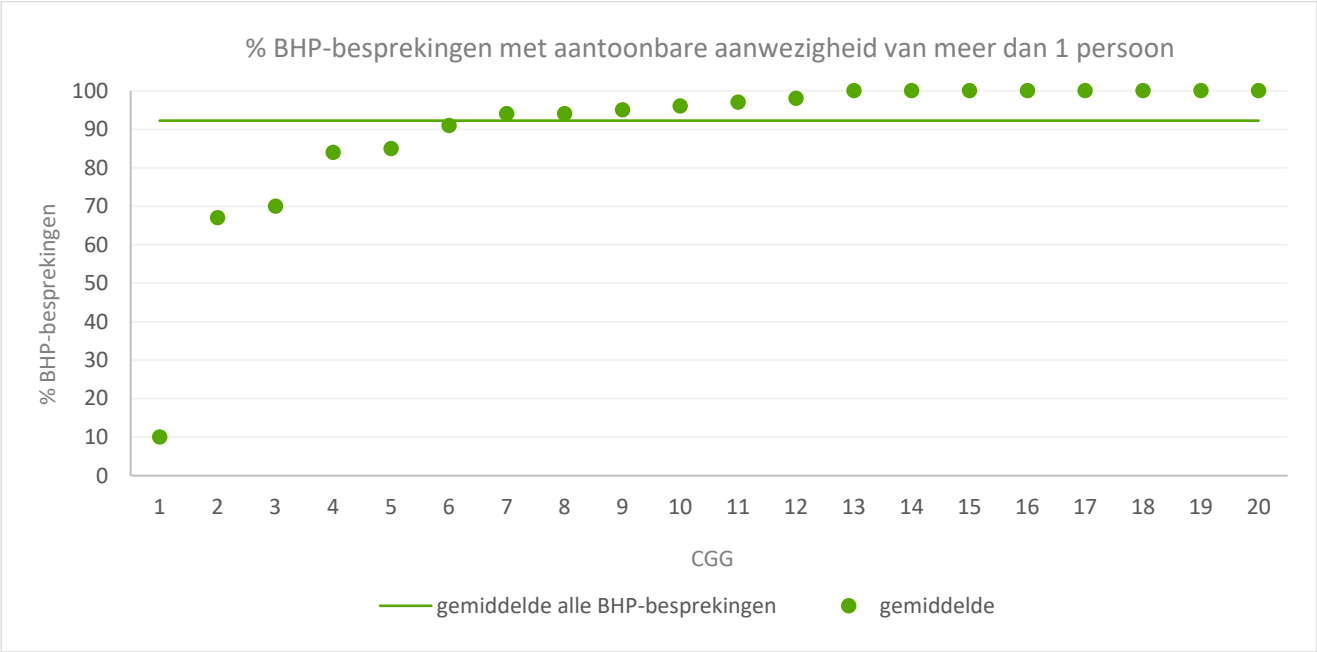
Voor alle actieve dossiers (n=409) werd nagegaan wat het aantal behandelplanbesprekingen per cliënt was, hoeveel tijd verliep tussen de besprekingen, en wie bij de besprekingen aanwezig was. Bij dossiers die langer dan 2 jaar liepen (n=100), beperkten we ons hierbij wel tot de laatste 24 maanden voorafgaand aan de in-spectie.
Soms werd de gezochte informatie buiten het eigenlijke dossier gevonden: sommige teams bewaren de ver-slagen van de teamvergaderingen in aparte documenten (bv. een tekstverwerkingsbestand per teamvergade-ring, met verslaggeving over alle cliënten die tijdens die vergadering werden besproken), en soms konden de aanwezigen bij de teamvergadering slechts achterhaald worden door controle van de elektronische agenda's van teamleden en psychiaters.

In 146 dossiers werden geen intercollegiale behandelplanbesprekingen gevonden:

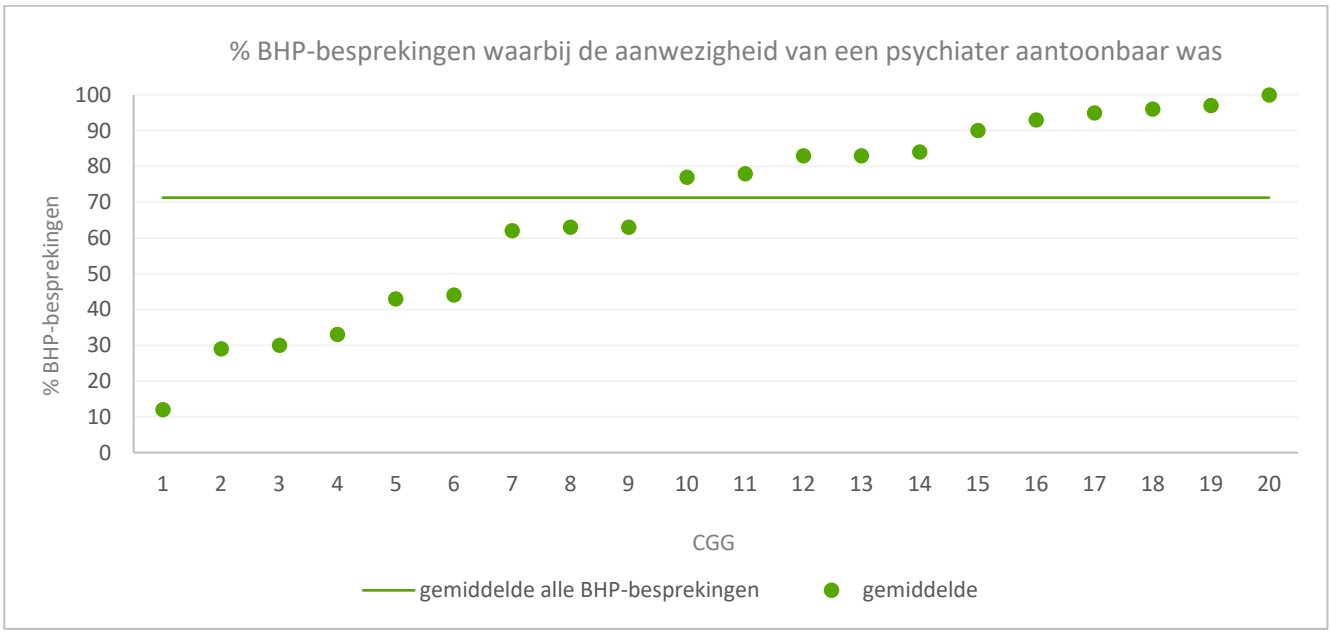
- in 16 dossiers werd geen behandelplan gevonden (cfr. supra), en dus logischerwijze ook geen BHP-bespreking;
- in 59 gevallen werd er wel een behandelplan opgesteld, en verliep meer dan 6 maanden tussen het op-stellen van het behandelplan en de inspectiedatum;
- in 28 gevallen (met een looptijd van meer dan 2 jaar) was er wel een behandelplan, maar vond er in de laatste twee jaar voor de inspectiedatum geen BHP-bespreking plaats;
- in 43 dossiers zonder BHP-bespreking werd er wel een behandelplan opgesteld, maar verliepen er minder dan 6 maanden tussen het opstellen van het behandelplan en de inspectiedatum (en moest er volgens het referentiekader ook nog geen BHP-bespreking plaatsgevonden hebben).

In de 263 overige dossiers werden in totaal 644 behandelplanbesprekingen bekeken: bij 92% (594) van de be-sprekingen was in het dossier terug te vinden dat er meer dan 1 aanwezige was, terwijl bij 71% (459) van de besprekingen kon aangetoond worden dat één van de aanwezigen een psychiater was. Het percentage behan-delplanbesprekingen waarbij uit verslaggeving bleek wie aanwezig was, varieerde sterk tussen de bezochte

teams: het aantal besprekingen met informatie over de aanwezigen schommelde van 10 tot 100%, terwijl de (informatie over de) aanwezigheid van de psychiater varieerde tussen 12 en 100%.



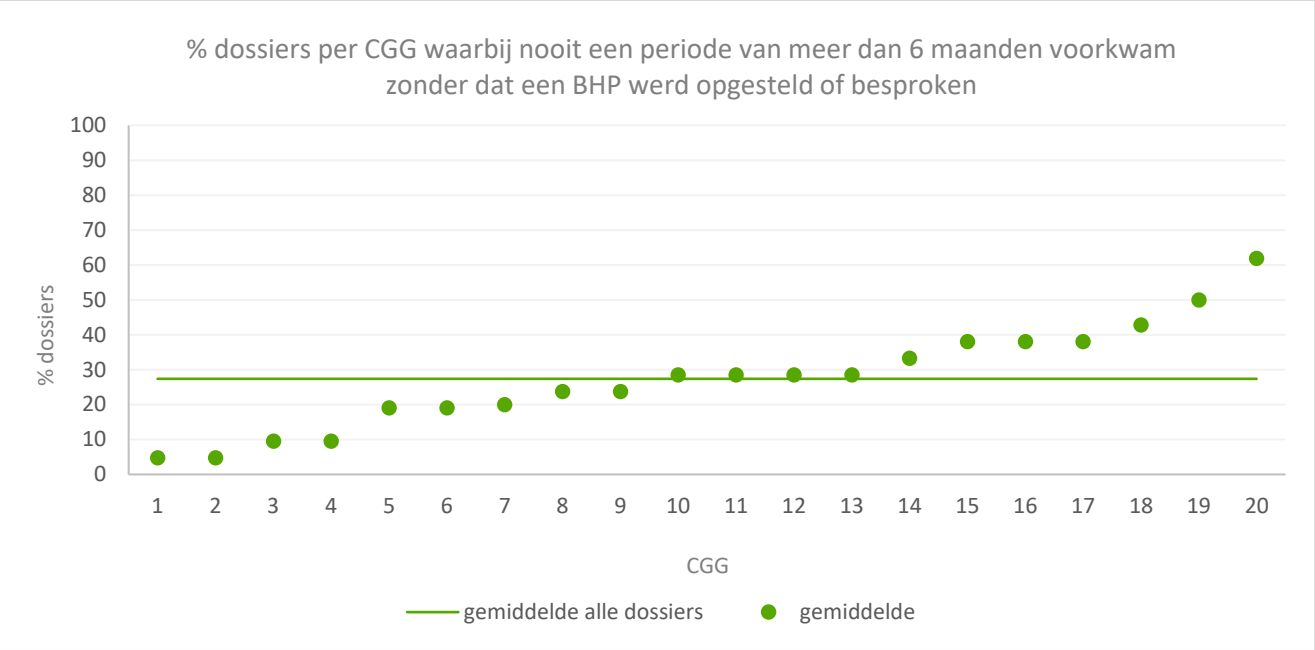
FIGUUR 8-4



FIGUUR 8-5

Frequentie van de behandelplanbesprekingen

In 112 van de 409 gecontroleerde dossiers (27,38%) kwam nooit een periode voor van meer dan 6 maanden zonder dat er een behandelplan werd opgesteld of besproken, met een spreiding van 5 tot 62%. Op twee uitzonderingen na, beantwoordde telkens minder dan de helft van de dossiers aan de eis.



FIGUUR 8-6

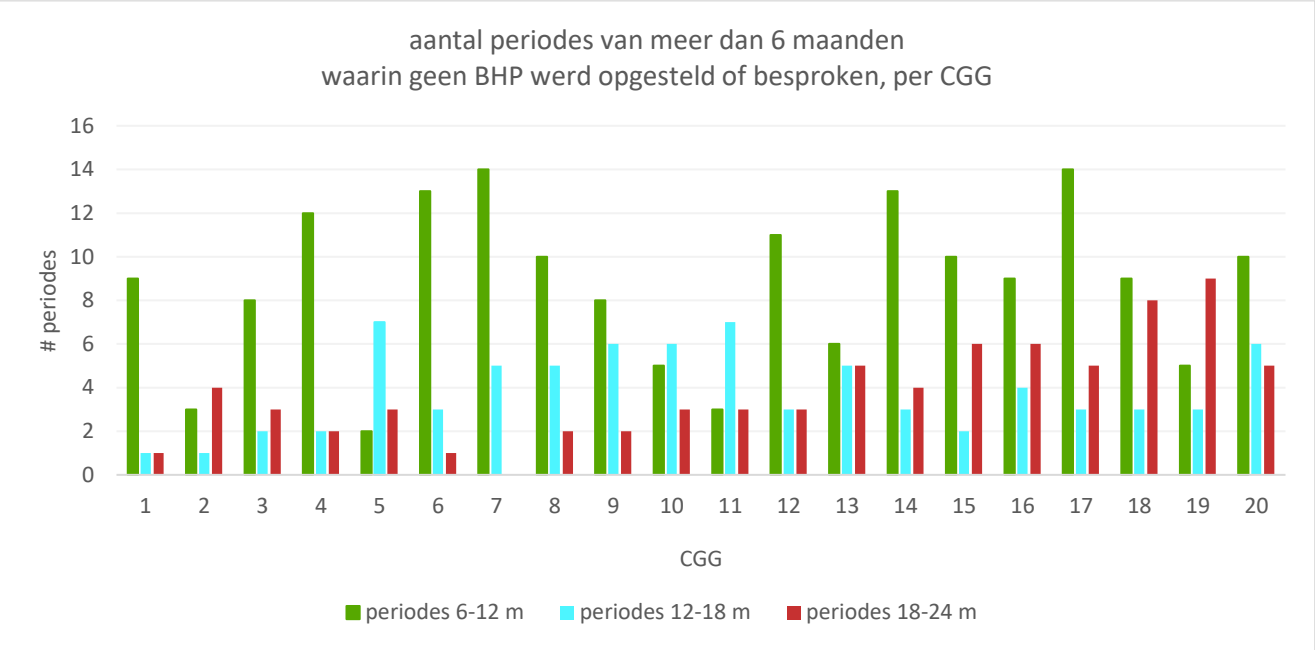
In de 409 gecontroleerde dossiers vonden we in totaal 326 periodes van 6 of meer maanden waarin er geen BHP werd opgesteld of besproken. De helft van die verlengde periodes duurde 6 tot 12 maanden, een kwart duurde 12 tot 18 maanden en een kwart 18 tot 24 maanden.

Merk op dat in 1 dossier meerdere periodes van meer dan 6 maanden kunnen voorkomen zonder dat een BHP wordt opgesteld of besproken (bv. 8 maanden tussen FTF2 en opstellen van het BHP, en dan opnieuw 8 maanden vooraleer het BHP wordt besproken).

		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 (vanaf FTF2)	**aantal gecontroleerde dossiers**	**6-12 maanden**	**12-18 maanden**	**18-24 maanden**
een half tot 1 jaar	155	68	/	/
1 tot 2 jaar	154	64	50	25
meer dan 2 jaar	100	42	27	50
		174 (53%)	**77 (24%)**	**75 (23%)**
		326		

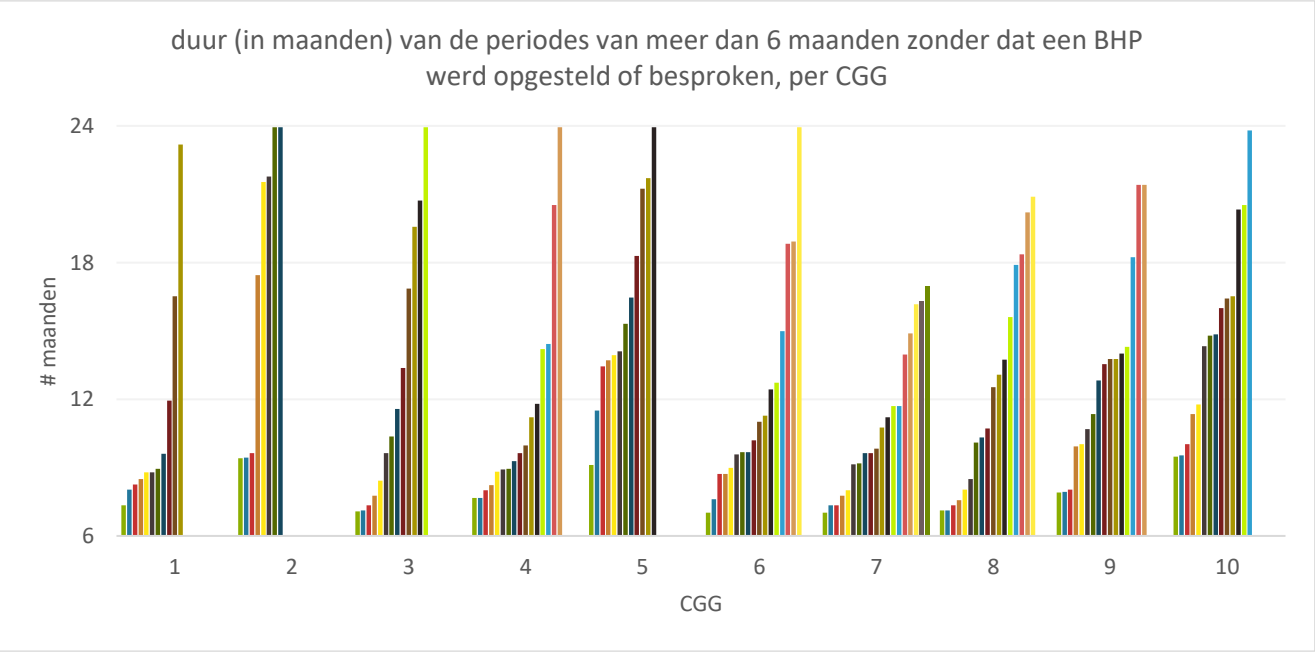
TABEL 8-3

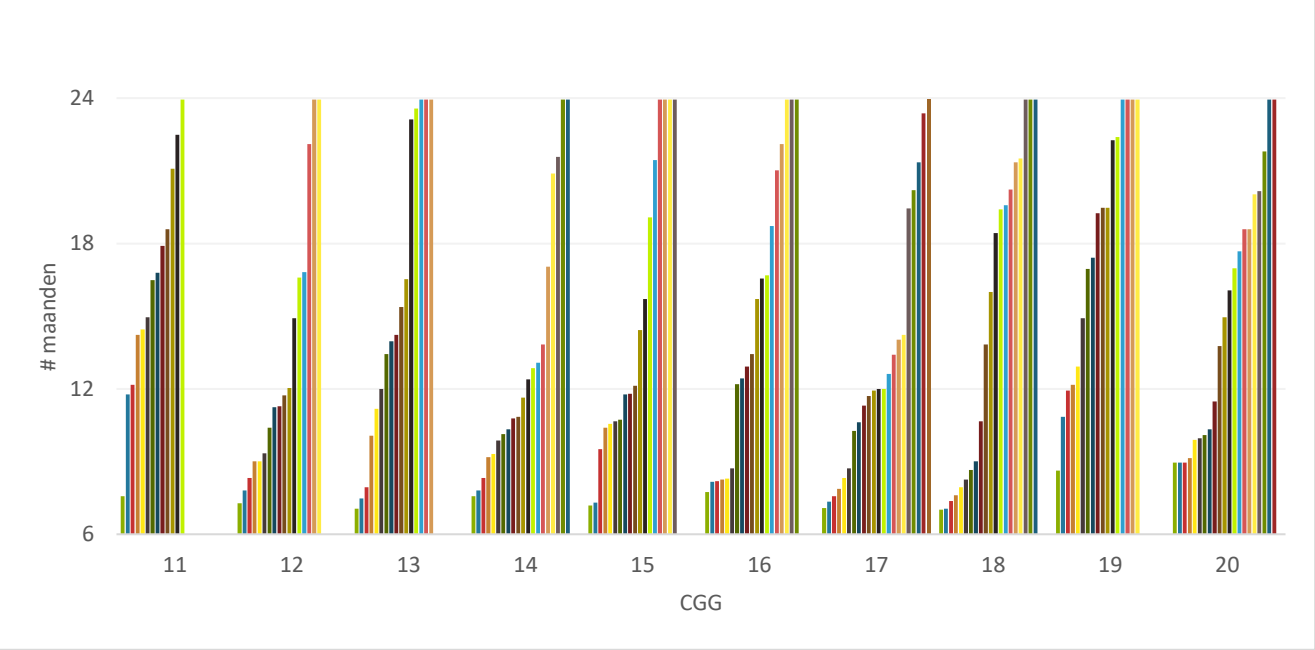
Er waren grote verschillen tussen de bezochte teams qua duur van de periodes waarin er geen behandelplan werd opgesteld of besproken. In onderstaande figuur worden voor de verschillende CGG het aantal overschrijdingen (dus het aantal periodes van meer dan 6 maanden) weergegeven, onderverdeeld volgens de duur van de overschrijding (periodes van 6-12 maanden, 12-18 maanden en 18-24 maanden).



FIGUUR 8-7

De volgende figuur geeft voor elk CGG de lengte weer van elke afzonderlijke periode van meer dan 6 maanden zonder dat er een BHP werd opgesteld of besproken. Daarin wordt de duur van de verschillende overschrijdingen nog meer in detail gevisualiseerd. Bij een aantal CGG valt op dat er in een aanzienlijk aantal dossiers lange periodes voorkomen zonder behandelplanbesprekingen.
De grafiek werd opgesplitst in 2 delen omwille van de leesbaarheid; per deel worden de resultaten van 10 inspecties weergegeven. De volgorde van de nummering van de CGG is dezelfde als in de figuur hierboven.



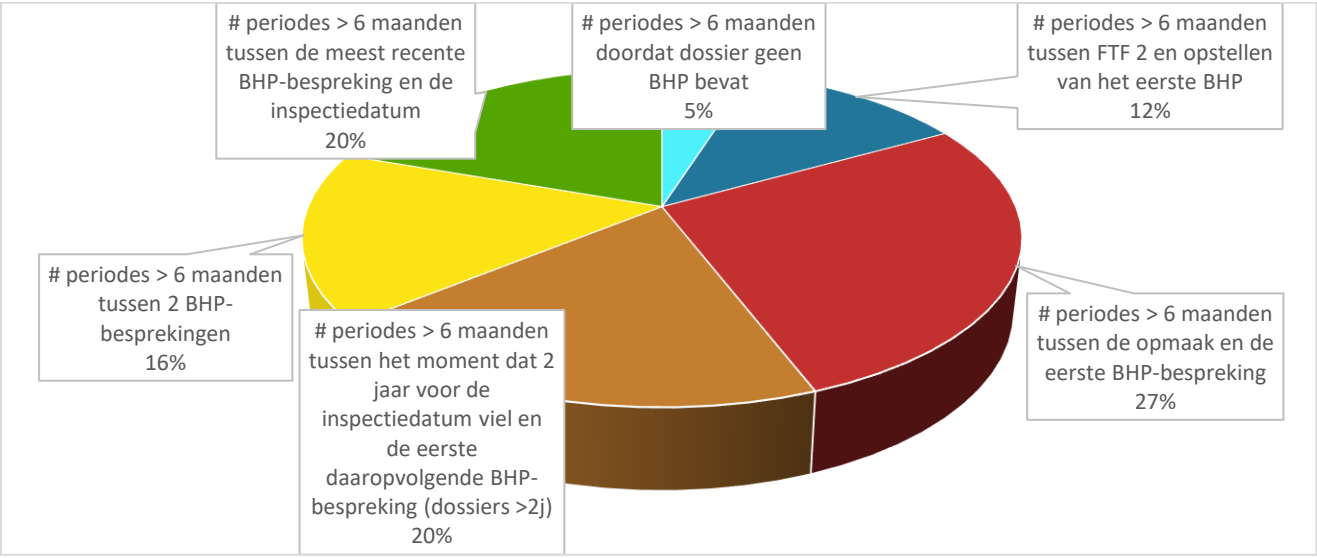


FIGUUR 8-8

In onderstaand diagram zien we dat het slechts in een beperkt aantal gevallen (16%) gaat over een te lange periode tussen twee BHP-besprekingen, of over de periode tussen de start van de behandeling (FTF2) en het opstellen van het behandelplan (12%). Vaker:

- was het bij de inspectie meer dan 6 maanden geleden dat er nog een BHP-bespreking plaatsvond (20%);
- verliep er meer dan 6 maanden tussen de opmaak van het BHP en de eerste bespreking ervan (27%); in twee derde van deze gevallen werd na de opmaak van het BHP geen enkele bespreking gevonden;
- was er (in de dossiers met een looptijd van meer dan 2 jaar) meer dan 6 maanden voorbijgegaan tussen het moment dat 2 jaar voor de inspectie viel en de eerste daaropvolgende BHP-bespreking (20%); in bijna de helft van deze gevallen werd in die periode van 2 jaar geen enkele BHP-bespreking gevonden.

In 5% van de gevallen vond de periode van meer dan 6 maanden haar oorsprong in het feit dat er in het betreffende dossier helemaal geen behandelplan was opgesteld.



FIGUUR 8-9

8.2.5 Betrokkenheid van de cliënt en zijn context

Betrokkenheid van de cliënt

In het referentiekader wordt beschreven dat de cliënt actief betrokken moet worden bij de periodieke evaluatie van zijn behandeling en behandelplan. Er moet rekening gehouden worden met de wensen, keuzen, behoeften en opvattingen van de cliënt, die kunnen wijzigen doorheen het zorgproces.

In 19 CGG wordt in het gehanteerde model van behandelplan de afstemming met de cliënt beschreven.

Cliënten kunnen op tal van manieren betrokken worden bij het eigen behandelplan; daardoor zijn er ook verschillende invalshoeken om de betrokkenheid van de cliënt bij het behandelplan te belichten. Een eerste aspect is de formulering van de hulpvraag of hulpverwachting van de cliënt in het behandelplan zoals hierboven (zie 7.2.3) werd beschreven.

Een andere variant is de toegankelijkheid van het dossier en behandelplan voor de cliënt. De versie van het EPD die tijdens de inspectieronde in gebruik was in alle CGG, liet niet toe om cliënten geautomatiseerd toegang te geven tot (delen van) hun dossier (dus zonder beroep te moeten doen op de procedure tot inzage), en logischerwijs ook niet om hen schrijfrecht te geven in (delen van) hun dossier. EPD 2.0 zou meer mogelijkheden bieden op dit vlak.

Ook de aanwezigheid van de cliënt bij multidisciplinaire teambesprekingen van het behandelplan is een mogelijke vorm van cliëntparticipatie. Tijdens de inspectiebezoeken werd telkens bevraagd of cliënten van het betreffende team soms worden uitgenodigd voor de teamvergaderingen (waar hun behandelplan intercollegiaal besproken wordt). Dit bleek nergens het geval. Occasioneel werd wel vermeld dat cliënten soms deelnemen aan (of minstens uitgenodigd worden voor) extern zorgoverleg wanneer de opvolging door het CGG deel uitmaakt van een gecoördineerde opvolging door verschillende zorgvoorzieningen.

Ook het systematisch verzamelen van cliëntenfeedback aan de hand van een gestructureerde cliëntenbevraging is een vorm van betrokkenheid van de cliënt. De vaststellingen hierover worden beschreven bij hoofdstuk 9.2.

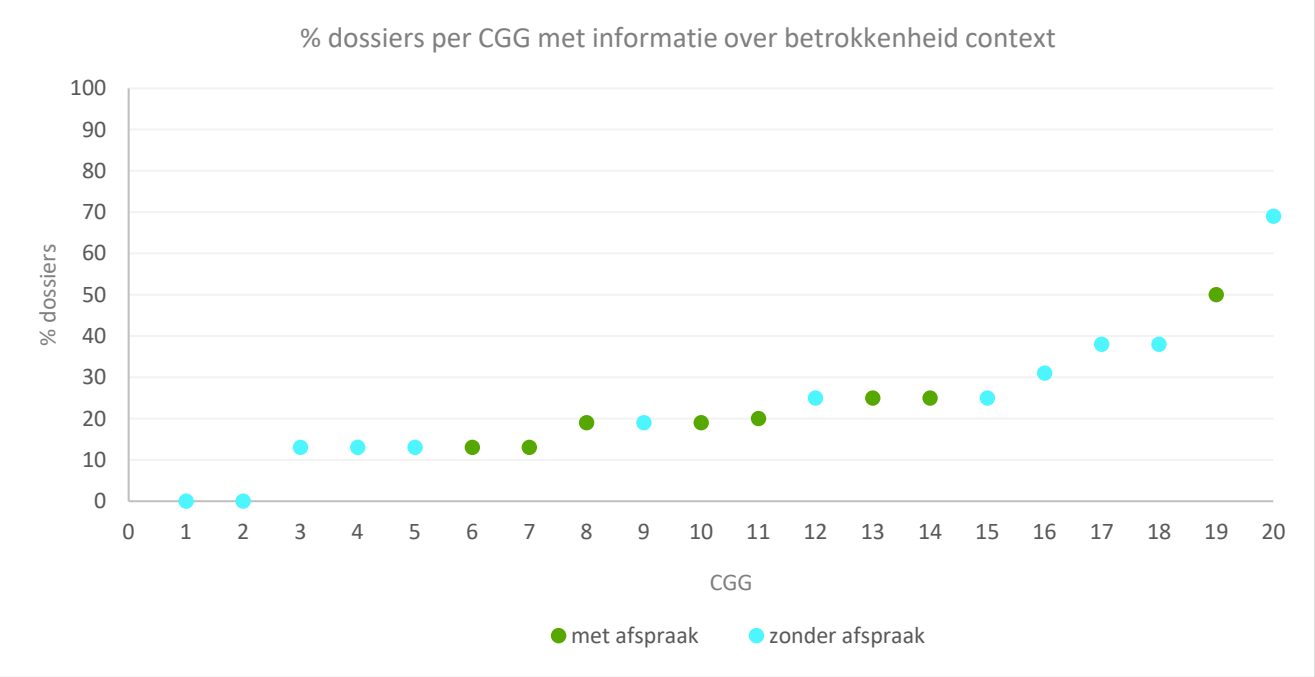
Betrokkenheid van de context

De betrokkenheid van de 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 inspecties dan ook geen streefwaarde werd vooropgesteld), zijn er toch een aantal indicaties waarbij betrokkenheid mag verwacht worden. Om zicht te krijgen op de mate waarin naasten betrokken worden bij de hulpverlening, en op vraag van het Familieplatform Geestelijke Gezondheid, werd dit onderwerp mee in kaart gebracht tijdens de inspecties.

In 8 CGG is beleidsmatig vastgelegd bij welke indicaties de context van de cliënt moet betrokken worden in de loop van de zorgperiode.

In 319 actieve dossiers (de 309 dossiers met een looptijd van minder dan 2 jaar, en de twee keer 5 dossiers met een looptijd van langer dan 2 jaar in de twee CGG die eerst werden bezocht) werd nagegaan of er informatie kon gevonden worden over de betrokkenheid van de context tijdens de zorgperiode van de cliënt (bv. door telefonisch contact met naasten, door een huisbezoek of door aanwezigheid van een naaste tijdens een FTF-contact, of dat de cliënt geen contact van CGG met naasten wilde). Context of naasten werden beschouwd als "eenieder uit het persoonlijke (dus niet het professionele) netwerk van de cliënt".

In 74 (23%) van de gecontroleerde dossiers werd informatie gevonden over betrokkenheid van de context. In onderstaande grafiek worden de sterk verschillende percentages weergegeven voor de geselecteerde teams (met en zonder afspraken over het betrekken van de context). Bij twee teams werd informatie over de betrokkenheid van de context gevonden in de helft of meer van de dossiers (met een maximum van 69%); in alle andere gevallen ging het om minder dan 40% van de dossiers (met een minimum van 0% bij twee inspecties).



FIGUUR 8-10

8.2.6 Communicatie met andere zorgverleners met het oog op continuïteit van zorg

16 CGG hebben voor het bezochte team schriftelijke afspraken over communicatie met de huisarts.

17 CGG hebben schriftelijke afspraken betreffende de afsluitbrief:

- 2 CGG hebben schriftelijke afspraken over de termijn van verzenden.
  Een concreet toetsbare termijn voor het verzenden werd in geen enkele schriftelijke afspraak gevonden.
- 9 CGG hebben schriftelijke afspraken over de inhoud van de verwijsbrief.
- 7 CGG hebben schriftelijke afspraken over de bestemmelingen van de afsluitbrief.

Drie CGG hebben cijfergegevens over de frequentie van het versturen van afsluitbrieven; één daarvan had ook zicht op de inhoud van de afsluitbrieven.

In 12 CGG werden de voorbije 5 jaar (aantoonbare) verbeteracties opgezet omtrent de inhoud en het versturen van afsluitbrieven door het geselecteerde team:

- 9 CGG hadden verbeteracties over het gebruik van een gemeenschappelijk model van afsluitbrief;
- 5 CGG hadden verbeteracties over bepaalde inhoudelijke topics van de afsluitbrief;
- 5 CGG hadden verbeteracties over de registratie van het opmaken of versturen van afsluitbrieven;
- 3 CGG hadden verbeteracties over andere aspecten m.b.t. afsluitbrieven.

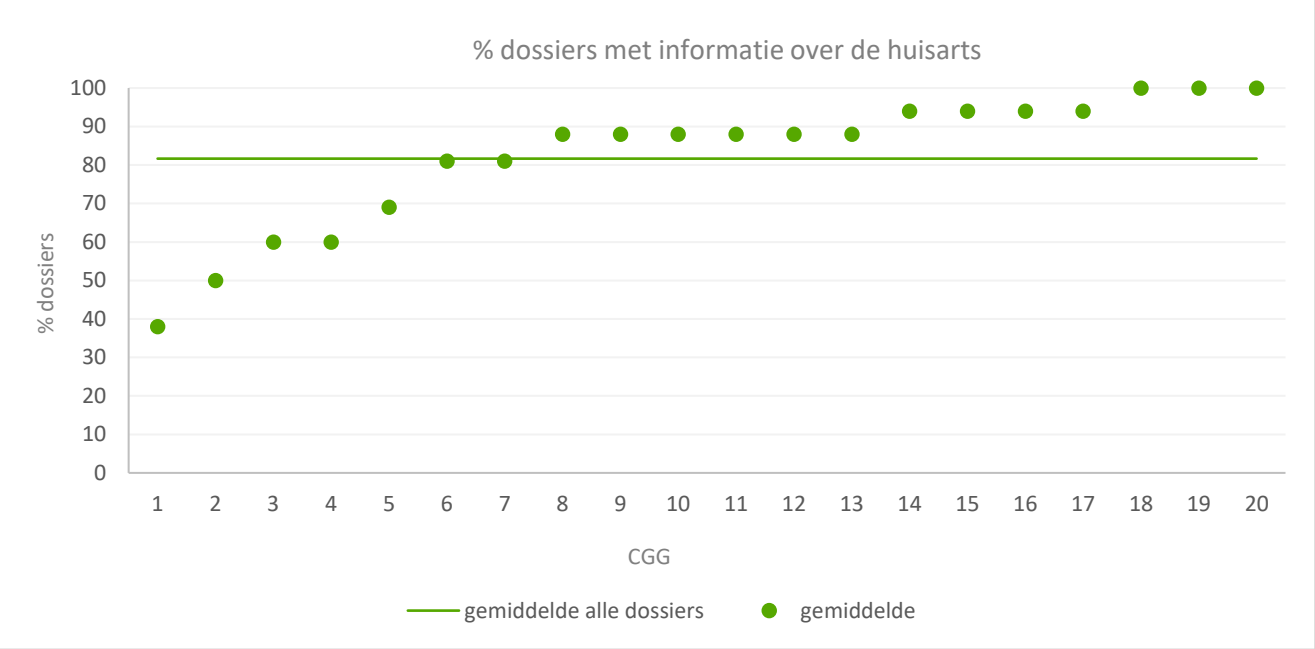
3 CGG kunnen voor de voorbije 5 jaar objectief (bv. op basis van cijfergegevens) verbetering aantonen m.b.t. het versturen van afsluitbrieven.

In alle afgesloten dossiers (n=307) werd gezocht naar informatie over de huisarts (hetzij de contactgegevens, hetzij de vermelding dat de cliënt geen huisarts had, hetzij een notitie dat de cliënt geen communicatie met de huisarts wilde). Dit gebeurde ook in de 31 actieve dossiers van de twee CGG die eerst bezocht werden. In totaal werd dit item dus in 338 dossiers bekeken.

	aantal dossiers	% dossiers
dossiers met enige informatie over (communicatie met) de huisarts	276	81,66%
aantal met de naam van de huisarts	*257*	
aantal waarin stond genoteerd dat de cliënt geen huisarts heeft	*8*	
aantal waarin stond genoteerd dat cliënt geen communicatie met de huisarts wilde	*11*	

TABEL 8-4

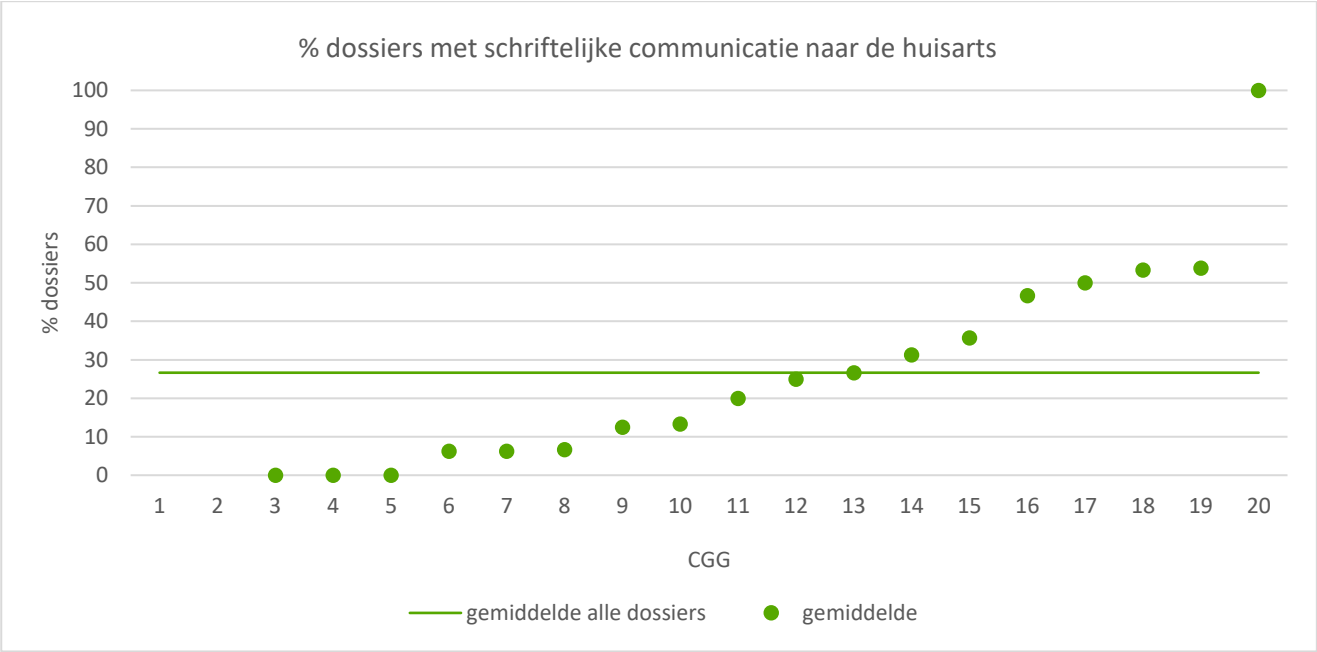
In 82% van de gecontroleerde dossiers stond informatie over de huisarts vermeld. Het percentage dossiers met informatie verschilt wel sterk van team tot team (tussen 38 en 100%). Bij 15 CGG wordt vrij systematisch informatie over de huisarts opgenomen in het dossier (i.e. in 80% van de dossiers of meer). In de 5 andere CGG gebeurt dit minder vaak; in één daarvan bevatte minder dan de helft van de dossiers informatie over de huisarts.



FIGUUR 8-11

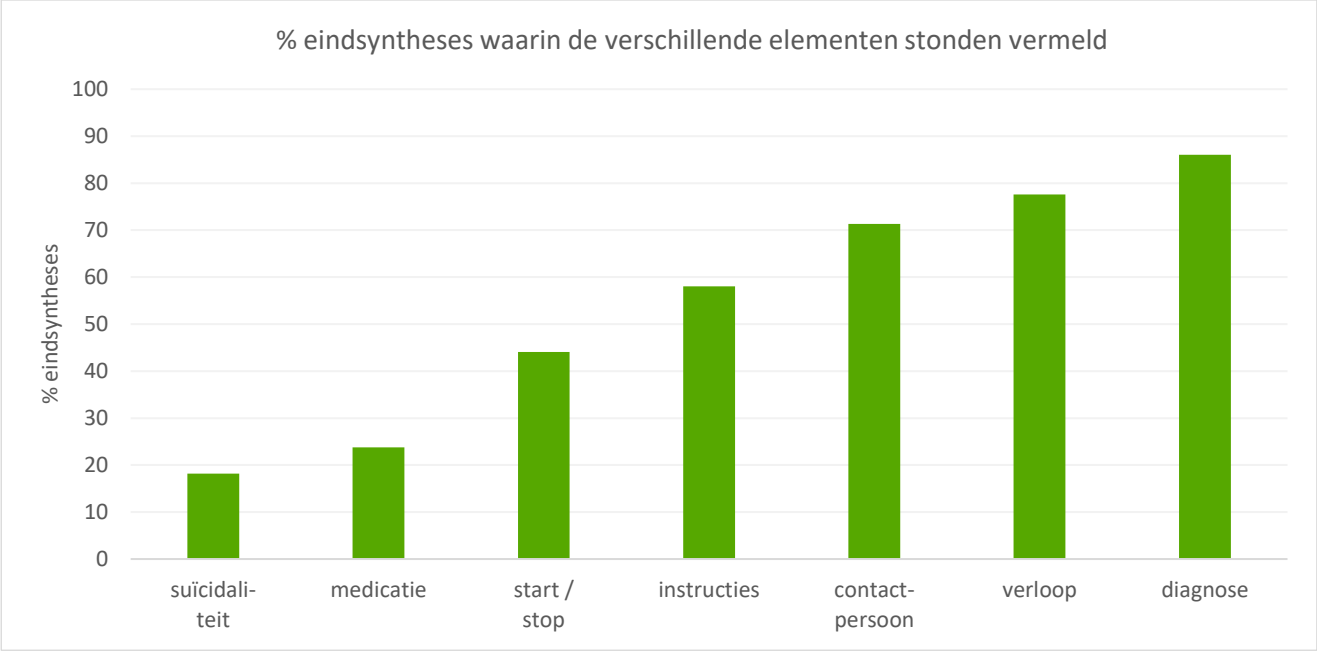
In de afgesloten dossiers (behalve in de afgesloten dossiers van de twee eerst bezochte CGG en in de dossiers waarin stond aangegeven dat de cliënt geen huisarts had of dat de cliënt geen communicatie met de huisarts wilde) werd nagegaan of er schriftelijke communicatie met de huisarts kon aangetoond worden. In totaal ging het om 274 dossiers.

In 73 dossiers (26,64%) werd schriftelijke communicatie naar de huisarts gevonden, verstuurd in eender welke fase van de afgesloten zorgperiode. Sommige CGG scoren op dit vlak opmerkelijk beter dan de andere: de cijfers variëren tussen 0 en 100%, zoals weergegeven in onderstaande grafiek (merk op dat dit aspect pas vanaf de derde inspectie werd nagegaan).



FIGUUR 8-12

In alle afgesloten dossiers (n=307) werd een vorm van eindsynthese gezocht. In minder dan de helft van de dossiers (143 of 46,58%) werd deze gevonden.
In de gevonden eindsyntheses werd nagegaan of bepaalde elementen al dan niet aanwezig waren. In meer dan de helft van de syntheses werd een diagnose vermeld (86%), stond het verloop van de zorgperiode beschreven (78%), stond een contactpersoon vermeld (71%) en werden instructies beschreven voor de na- of vervolgzorg (58%). Een start- en einddatum van de begeleiding stond in 44% van de eindsyntheses vermeld, en informatie over medicatie in 24%. Slechts 18% van de eindsyntheses bevatten informatie over suïcidaliteit van de cliënt.



FIGUUR 8-13

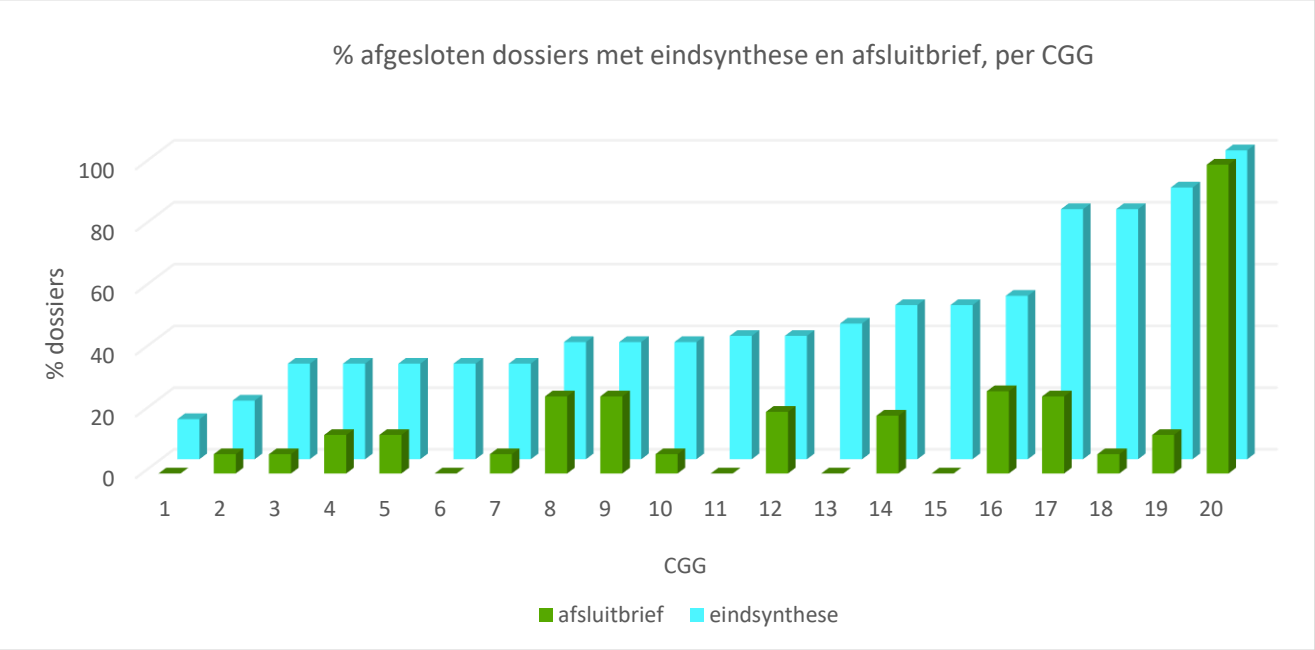
48 van de 143 gevonden eindsyntheses (33,57%) waren een afsluitbrief. Dit betekent meteen dat in minder dan 16% van de gecontroleerde afgesloten dossiers een afsluitbrief gevonden werd, met een spreiding tussen CGG van 0 tot 100%.

We gingen na aan wie de 48 afsluitbrieven verstuurd of bezorgd werden.

	aantal verstuurd	% van afgesloten dossiers
de huisarts	34	11,07%
de verwijzer	15	4,89%
de zorgverlener die zou instaan voor de vervolgzorg (bv. PZ, psychotherapeut, …)	13	4,23%
de cliënt of zijn naaste(n)	2	0,65%

TABEL 8-5

Het versturen van een afsluitbrief gebeurt slechts in 1 van de bezochte teams systematisch voor alle cliënten.



FIGUUR 8-14

8.3 REFLECTIES

Toegankelijkheid van de noodzakelijke informatie in het cliëntendossier door andere teamleden is vanuit het oogpunt van continuïteit van zorg onontbeerlijk. De toegankelijkheid van de cliëntendossiers voor het multidisciplinair team bleek tijdens de dossiercontroles, op twee uitzonderingen na, overal in orde. De toegankelijkheid is niet enkel goed geregeld voor het gehanteerde elektronisch patiëntendossier, maar ook in nagenoeg alle CGG die werken met een combinatie van EPD en papieren dossieronderdelen.

De vraag stelt zich of notities van FTF-contacten behoren tot de noodzakelijke informatie voor de continuïteit

van zorg. Er bestaan hierover verschillende visies in de CGG: minder dan de helft van de CGG hebben schriftelijke afspraken over het maken van notities van FTF-contacten in dossiers, sommige CGG hebben een impliciete afspraak dat er niet van elk FTF notities moeten gemaakt worden, andere CGG beschouwen de notities van FTF-contacten als persoonlijke notities van de hulpverlener die niet behoren tot het patiëntendossier. Over 82% van alle gecontroleerde FTF-contacten vonden we notities, maar in de praktijk zien we tussen de CGG erg grote verschillen.

De Federale Commissie "Rechten van de Patiënt" stelt uitdrukkelijk dat persoonlijke notities tot het patiëntendossier behoren (hoewel ze uitgesloten zijn van het inzagerecht door de patiënt). Verder beschrijft deze Commissie in haar Advies het patiëntendossier: *"Om de continuïteit en de kwaliteit van zorg te garanderen is het nodig om bij elke consultatie een minimale neerslag te maken (datum, reden, onderzoek/behandeling). Elke zorgverlener zou dit nauwgezet moeten noteren."*

Volgens het referentiekader moeten CGG multidisciplinair werken en de cliënten minimaal vanuit psychiatrische, psychologische, agogische en sociale disciplines benaderen. De multidisciplinaire werking wordt op verschillende niveaus waar gemaakt: zowel via betrokkenheid van meerdere disciplines d.m.v. FTF-contacten, als via multidisciplinaire cliëntenbesprekingen. Het aandeel cliënten dat zowel door een CGG-psychiater als door een andere therapeut via FTF-contacten wordt behandeld, varieert sterk tussen de bezochte teams, met een spreiding tussen 5 en 67% (met een gemiddelde van 29% over alle dossiers heen).

Een kwart tot een derde van de CGG heeft geen afspraken over de frequentie van behandelplanbesprekingen, over de aanwezigen bij de besprekingen, over de notities in het dossier. 60% van de CGG heeft cijfergegevens over de behandelplanbesprekingen.

De CGG-psychiater wordt in het referentiekader als eindverantwoordelijke omschreven voor de behandeling. Hoe deze psychiater deze verantwoordelijkheid moet invullen, wordt niet gespecificeerd. Tijdens de inspectieronde hebben we de rol van de psychiater vanuit 2 invalshoeken bekeken: door FTF-contacten van de psychiater met de cliënt en door aanwezigheid van de psychiater op behandelplanbesprekingen. Het aandeel cliënten dat minstens één FTF-contact door een psychiater telt tijdens de zorgperiode varieert sterk tussen de bezochte teams, met een spreiding tussen 5 en 67% (met een gemiddelde van 33% over alle dossiers heen). Wanneer we de betrokkenheid van een psychiater bij de cliënten gecombineerd vanuit de 2 invalshoeken beoordelen, dan zien we even sterke verschillen, van 19% tot 95% betrokkenheid van een psychiater in de gecontroleerde dossiers van de bezochte teams (met een gemiddelde van 60%). Een aantal van de bezochte teams hadden periodes van meerdere maanden tot een jaar geen psychiater in het team. Een aantal CGG probeerden deze periodes te overbruggen door een psychiater van een andere vestigingsplaats te betrekken bij de behandelplanbesprekingen, in andere CGG was de betrokkenheid van een psychiater beperkt tot verwijzing van cliënten naar externe psychiaters.
Het lijkt aangewezen om in het referentiekader te omschrijven op welke wijze ook een externe psychiater kan betrokken worden bij de zorg en wat daarover in het CGG-cliëntdossier moet opgenomen worden.

Volgens het referentiekader moet elk zorgproces dat langer dan 6 maanden loopt in het CGG, minstens halfjaarlijks intercollegiaal besproken worden. Ongeveer een vierde van alle gecontroleerde dossiers voldeed aan deze eis. Op één uitzondering na beantwoordde per CGG minder dan de helft van de dossiers aan de eis. Wanneer we keken naar de periodes van meer dan 6 maanden waarin geen BHP werd opgesteld of besproken, zagen we dat ongeveer de helft daarvan 6 tot 12 maanden duurde, een kwart duurde 12 tot 18 maanden en een kwart 18 tot 24 maanden.

We kunnen ons afvragen of een termijn uitgedrukt in aantal FTF als criterium voor behandelplanbesprekingen (eventueel in combinatie met een maximumperiode) beter is afgestemd op mogelijke variaties in de frequentie van de contacten.

Op het vlak van doorstroming van informatie van de CGG naar andere zorgverleners is er nog veel verbetermogelijkheid. Continuïteit van zorg zal een belangrijke uitdaging worden voor geestelijke gezondheidszorg binnen netwerken.

In een kwart van de gecontroleerde dossiers werd schriftelijke communicatie met de huisarts gevonden. CGG geven aan dat ze veel moeilijkheden ondervinden bij het veilig elektronisch versturen van brieven naar huisartsen en andere zorgverleners. Als knelpunten van deze digitale tools worden o.a. de kostprijs vermeld, en moeilijkheden voor niet-artsen voor het bekomen van een login, die gebaseerd wordt op een RIZIV-nummer. Veel CGG geven aan dat ze de voorkeur geven aan telefonische communicatie met huisartsen. Tijdens de dossiercontroles werd in deze inspectieronde niet nagegaan of er informatie over mondelinge communicatie met de huisarts kon gevonden worden in het dossier, zodat we slechts een partieel zicht kregen op de communicatie met huisartsen. Beide vormen van communicatie vullen elkaar aan en hebben elk hun meerwaarde.
Bij 15 CGG wordt vrij systematisch informatie over de huisarts opgenomen in het dossier (i.e. in 80% van de dossiers of meer). In vijf CGG wordt de informatie over de huisarts onvoldoende systematisch genoteerd in het dossier; in één daarvan bevatte minder dan de helft van de dossiers informatie over de huisarts. Wanneer men niet beschikt over de naam van de huisarts, is het niet mogelijk om in geval van noodsituaties, bv. bij ernstig suïciderisico, de huisarts van de cliënt te contacteren. De taak van de huisarts evolueert meer en meer naar coördinator van de zorg en beheerder van de informatie over het gezondheidsbeeld van de patiënt. Om deze taak te kunnen waarmaken, moet de huisarts over alle noodzakelijke informatie beschikken. Een afsluitbrief voor vervolgzorg werd in 16% van de gecontroleerde afgesloten dossiers gevonden. Slechts 3 CGG hebben cijfergegevens over het versturen van afsluitbrieven.
Het referentiekader vermeldt geen eisen over de (schriftelijke) communicatie met huisartsen en andere externe hulpverleners.

9 UITKOMSTENMONITORING EN CLIËNTENFEEDBACK

9.1 ACHTERGROND

Routine Outcome Monitoring (ROM) kan bijdragen aan een goede kwaliteit van zorg, onder meer doordat bijtijds duidelijk wordt dat een behandeling "niet aanslaat". Verder kan ROM tot efficiënter behandelen leiden, omdat regelmatig evaluatiemomenten in de behandeling worden ingebouwd en de behandelaar en de cliënt er met enige regelmaat worden toe aangezet zich af te vragen of er voortgang is in de behandeling en of voortzetting of bijsturing al dan niet zinvol is.

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 (en in 10 actieve dossiers met een looptijd van langer dan twee jaar in de twee eerst bezochte CGG), 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.

In de dossiers waar we resultaten van uitkomstenmonitoring en/of systematische cliëntfeedback vonden, gingen we na van welke van de vier aspecten we notities vonden. We bekeken ook 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).

Zorginspectie nam tijdens de inspectie heel het dossier in ogenschouw om informatie te vinden met betrekking tot uitkomstenmonitoring en zonder oordeel over waar deze informatie gevonden werd (bv. in het EPD, papieren dossier, behandelplan, notities van gesprekken,…). Informatie die verzameld werd zonder dat daarover enige vermelding in het dossier op te nemen, werd als niet-aantoonbaar beschouwd.

9.2 VASTSTELLINGEN

13 van de 20 CGG hebben een beleid waarbij ze op structurele en geobjectiveerde wijze zicht willen krijgen op de *outcome* van de behandeling van de cliënten. Wanneer we navroegen met welke methodiek deze uitkomstenmonitoring op individueel cliëntniveau moest gebeuren, dan zagen we dat:

- in 3 CGG geopteerd wordt voor een meetinstrument ingevuld door de therapeut op basis van diens eigen inschatting;
- 12 CGG kiezen voor het verzamelen van cliëntenfeedback aan de hand van een gestructureerde cliëntenbevraging (mondeling en/of schriftelijk);
- 2 CGG kiezen voor een combinatie van beide.

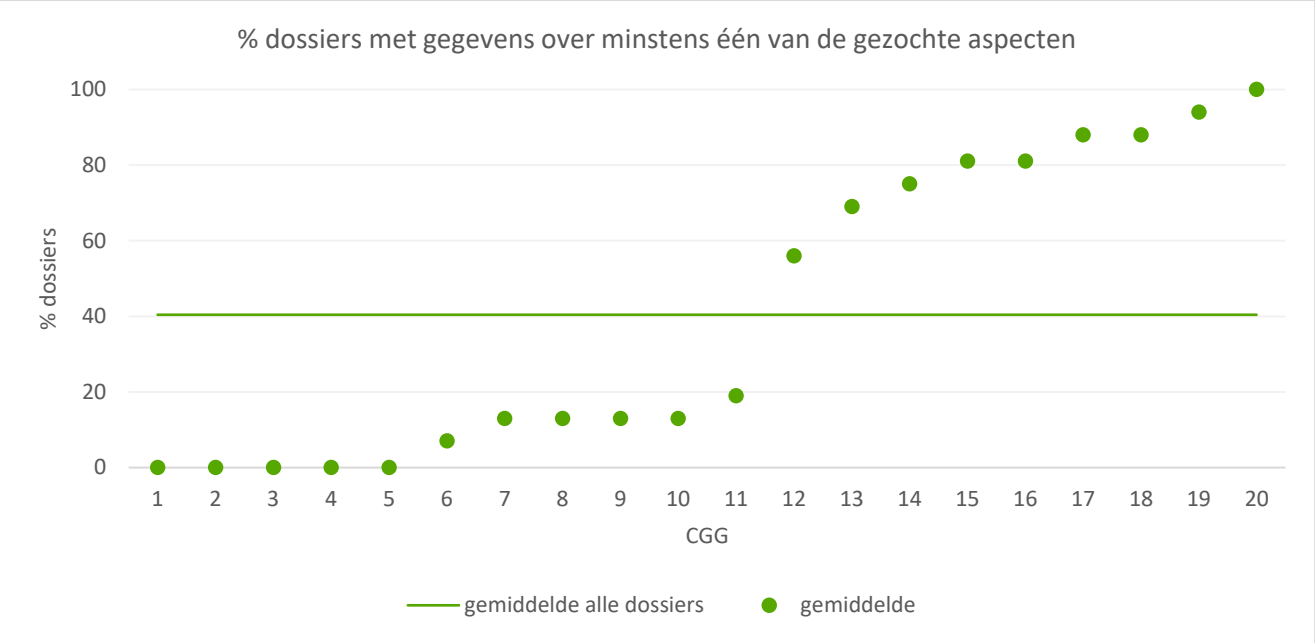
10 CGG beschikken over cijfergegevens omtrent het gebruik van uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback.

4 CGG benutten de resultaten van de uitkomstenmonitoring en/of cliëntenfeedback op CGG-niveau.

In 319 actieve dossiers (i.e. in alle 309 actieve dossiers met een looptijd van maximum 2 jaar en in telkens 5 dossiers met een looptijd van meer dan 2 jaar in de eerste 2 bezochte CGG) werd nagegaan of er notities

gevonden werden over uitkomstenmonitoring of cliëntenfeedback die op gestructureerde wijze werden verzameld (i.e. via een meetinstrument of via een gestructureerde bevraging). In 129 (40%) van de gecontroleerde dossiers werden over minstens één van de gezochte aspecten gegevens gevonden.

Het percentage dossiers waarin gegevens werden gevonden, varieerde sterk van het ene geïnspecteerde team tot het andere, zoals blijkt uit onderstaande grafiek.



FIGUUR 9-1

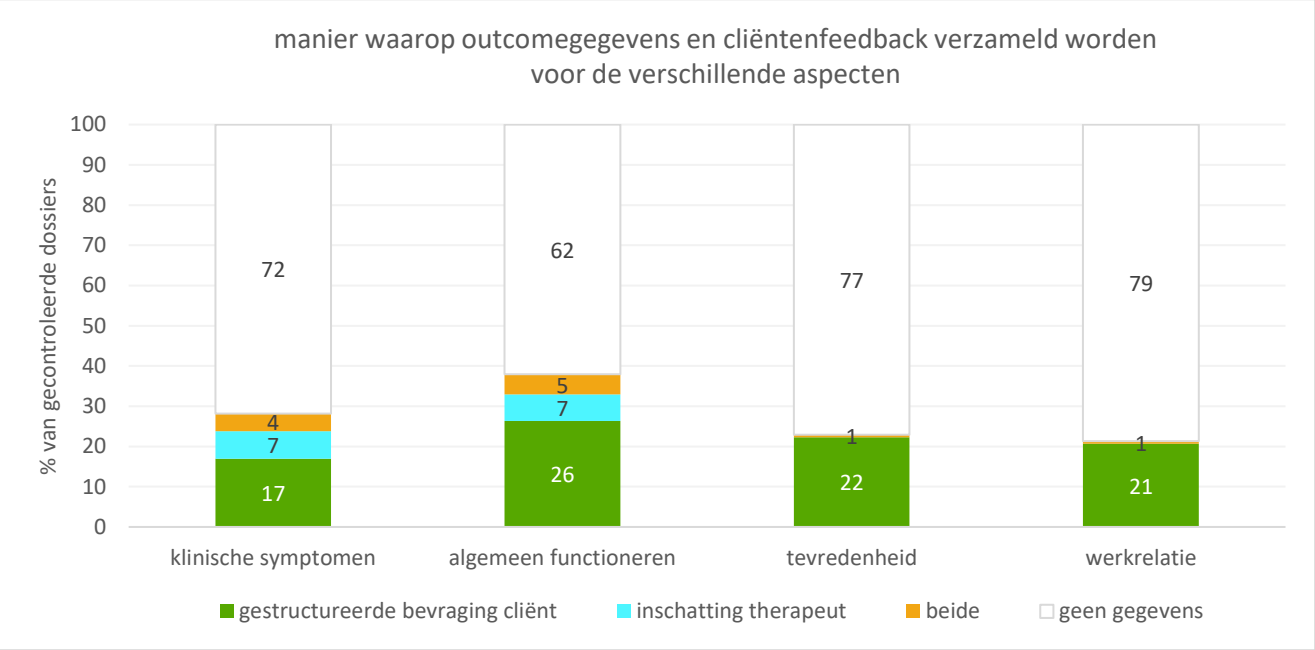
Bij 5 inspecties werden in geen enkel dossier gegevens over outcome-meting gevonden. In 6 andere gevallen was dat slechts sporadisch het geval (minder dan 20% van de dossiers). Bij de 9 andere inspecties werden in meer dan de helft van de dossiers gegevens gevonden, waarvan 6 keer in meer dan 80% van de dossiers.

Wanneer we in de 129 dossiers met gegevens op basis van uitkomstenmonitoring en/of cliëntenfeedback bekijken welke informatie wordt verzameld, zien we dat het het vaakst gaat over het algemeen functioneren van de cliënt (94% van de dossiers met gegevens, 38% van alle 319 gecontroleerde dossiers), gevolgd door de klinische symptomen (70% resp. 28%), de tevredenheid van de cliënt over de behandeling (57% resp. 23%) en de werkrelatie tussen cliënt en therapeut (53% resp. 21%).

aantal dossiers met resultaten van systematische uitkomstenmonitoring en/of cliëntenfeedback die de evolutie in kaart brengt m.b.t. volgende aspecten:	aantal dossiers	% van het totaal aantal dossiers
de klinische symptomen	90	28,21%
het algemeen functioneren van de cliënt	121	37,93%
de tevredenheid van de cliënt over de behandeling	73	22,88%
de werkrelatie tussen cliënt en therapeut	68	21,32%

TABEL 9-1

Wanneer we inzoomen op de manier waarop de informatie wordt verzameld, zien we lichte verschillen naargelang de 4 gezochte aspecten.



FIGUUR 9-2

9.3 REFLECTIES

Hoewel twee derde van de CGG stellen dat ze door metingen zicht willen krijgen op de resultaten van de behandeling van cliënten, werden hierover slechts in 40% van de gecontroleerde dossiers gegevens gevonden. In ongeveer de helft van de bezochte teams bleek er bij de dossiercontrole weinig of geen systematiek te bestaan m.b.t. uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback; in de andere helft van de teams werden in de helft of meer dossiers resultaten gevonden.

Gegevens over het algemeen functioneren van de cliënt worden het vaakst verzameld (38%), gevolgd door de klinische symptomen (28%), terwijl de tevredenheid van de cliënt over de behandeling (23%) en de werkrelatie tussen cliënt en therapeut (21%) minder vaak gevonden werden in de dossiers.

Tijdens de inspectieronde werd meermaals de visie verdedigd dat men het gebruik van Routine Outcome Monitoring wil beperken tot gebruik op microniveau, nl. in functie van de evaluatie en bijsturing van de therapie van een specifieke cliënt. Binnen deze visie kiest men expliciet om de scores van verschillende cliënten niet te groeperen en analyseren, bijvoorbeeld per diagnose, per therapeut of per team. Deze visie wordt weerspiegeld in de vaststellingen: slechts 4 CGG benutten de resultaten van de uitkomstenmonitoring en/of cliëntenfeedback op CGG-niveau.

Heel wat CGG hanteren wel geaggregeerde gegevens op basis van geanonimiseerde cliëntenfeedback of tevredenheidsbevragingen (bv. Vlaamse patiëntenpeiling, Trimbos Thermometer, …). Dergelijke geanonimiseerde metingen beogen een ander doel en zijn complementair aan de gegevens die in het kader van deze inspectie gezocht werden in de individuele cliëntendossiers.

10 DETECTIE EN BEHANDELING VAN SUÏCIDAAL GEDRAG

10.1 ACHTERGROND

De *multidisciplinaire richtlijn detectie en behandeling van suïcidaal gedrag (MDR)* geeft aan dat er binnen de geestelijke gezondheidszorg bij elke persoon een risico-inschatting voor suïcide moet gebeuren. Zorginspectie gingen na in hoeveel van de gecontroleerde actieve dossiers een risico-inschatting gebeurde (bv. aan de hand van een score, een gradatie, een notitie, …). Omdat er volgens de MDR beperkt wetenschappelijk bewijs is voor de validiteit, betrouwbaarheid of bruikbaarheid van een risicoformulering op basis van gradaties, gingen we in de gecontroleerde dossiers met een verhoogd risico na of er enige inhoudelijke argumentatie voor de risico-inschatting genoteerd werd (en bv. niet enkel een score).

Suïciderisico fluctueert bij eenzelfde persoon over de tijd. De 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.

De MDR verwacht 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 (al of niet onder de vorm van een zogenaamd safetyplan) beschreven werden en of de cliënt hierbij betrokken was. We bekeken ter informatie ook of de context daarbij betrokken werd.

10.2 VASTSTELLINGEN

Alle 20 CGG hebben een uitgeschreven suïcidepreventiebeleid.
Wanneer we deze beleidsdocumenten op hun volledigheid toetsten t.o.v. een aantal onderwerpen die in de MDR vermeld worden, bleek dat:

- 19 documenten de stappen en afspraken bij aanmelding van elke cliënt beschrijven;
- 20 documenten de stappen en afspraken m.b.t. vervolgzorg voor suïcidale personen bevatten;
- 19 documenten de stappen en afspraken na een suïcidepoging van een cliënt beschrijven, met vermelding van de verantwoordelijke daarvoor;
- 13 documenten beschrijven hoe de basisvorming suïcidepreventie georganiseerd wordt;
- 19 documenten beschrijven hoe en waar het suïciderisico van cliënten gedocumenteerd wordt.

Wanneer we het uitgeschreven suïcidepreventiebeleid van de CGG vergelijken met een aantal aanbevelingen uit de MDR, zagen we dat:

- 15 van de 20 documenten beschrijven dat suïcidaliteit systematisch bij elke cliënt moet bevraagd worden bij elke zorgperiode;
- alle 20 documenten duidelijke verwachtingen beschrijven m.b.t. de te ondernemen acties bij cliënten met een verhoogd suïciderisico; in 12 daarvan wordt daarbij het gebruik van safetyplannen m.b.t. suïcidaliteit beschreven (een methodiek die in de MDR wordt voorgesteld);
- in 6 van de 20 documenten afspraken zijn vastgelegd omtrent de systematische herevaluatie van het suïciderisico bij de cliënten.

6 CGG voldoen in hun uitgeschreven suïcidepreventiebeleid aan alle bovenstaande criteria van de MDR.

We vroegen na of CGG (voor de geïnspecteerde teams) d.m.v. cijfergegevens zicht hebben op de proportie cliënten met een verhoogd suïciderisico. Hiervoor moet men zowel zicht hebben op het aantal dossiers waarin het suïciderisico werd ingeschat als op het aantal dossiers waarin een verhoogd risico werd genoteerd. 15 van de 20 CGG kennen het aantal dossiers dat een risico-inschatting inzake suïcidaliteit bevatten; 17 CGG kennen het aantal dossiers met een verhoogd suïciderisico (maar weten dus niet altijd in hoeveel dossiers de inschatting niet gebeurde).

We hebben bevraagd of medewerkers gedurende de 24 maanden voorafgaand aan de inspectie een specifieke vorming volgden rond suïcidepreventie. In alle bezochte teams samen werd dit voor 161 medewerkers bevraagd, onder wie 29 psychiaters en 132 medewerkers van een andere discipline. Voor ongeveer de helft (55% of 89) van de medewerkers kon aangetoond worden dat ze de voorbije 2 jaar een vorming volgden; 12 psychiaters (41%) en 77 medewerkers van een andere discipline (58%) volgden recent vorming over suïcidepreventie.

Het aantal medewerkers waarvan men wist of ze minstens één e-learningmodule in het kader van de MDR volgden (https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/) lag veel lager; dit kon aangetoond worden voor 29 (18%) medewerkers (4 psychiaters en 25 anderen).

In 6 CGG hadden alle medewerkers van het bezochte team de voorbije 2 jaar een specifieke vorming gevolgd.

In 19 CGG werden de voorbije 5 jaar verbeteracties opgezet omtrent het eigen handelen op vlak van het interne suïcidebeleid (detectie en behandeling van suïcidaal gedrag):

- 6 CGG hadden verbeteracties over het inhoudelijk onderbouwen van de risico-inschattingen;
- 12 CGG hadden verbeteracties over de registratie van suïcidaliteit in het dossier;
- 18 CGG hadden verbeteracties over vorming rond suïcidepreventie/screenen van suïcidaliteit;
- 17 CGG hadden verbeteracties over andere aspecten m.b.t. detectie en behandeling van suïcidaal gedrag (bv. versnelde instroom van cliënten met een hoog suïciderisico).

7 CGG konden objectief (bv. op basis van cijfergegevens) een verbetering in de voorbije 5 jaar aantonen m.b.t. het interne suïcidebeleid.

Aangezien de MDR grotendeels gebaseerd is op reeds bestaande internationale richtlijnen, en gezien de jarenlange CGG-expertise inzake suïcidepreventiebeleid, werd de dossiercontrole niet beperkt tot dossiers die werden opgestart na publicatie van de richtlijn.

In 319 actieve dossiers werd nagegaan of er een risico-inschatting inzake suïcidaliteit aanwezig was (in alle 309 actieve dossiers met een looptijd van maximum 2 jaar en in telkens 5 dossiers met een looptijd van meer dan 2 jaar in de eerste 2 bezochte CGG). In nagenoeg alle (309 of 97%) gecontroleerde dossiers werd een risico-inschatting gevonden.

	aantal gecontroleerd	aantal met inschatting	% met inschatting
Aantal dossiers met eender welke risico-inschatting, -omschrijving of -score m.b.t. suïcidaliteit van de cliënt	319	309	96,87%

TABEL 10-1

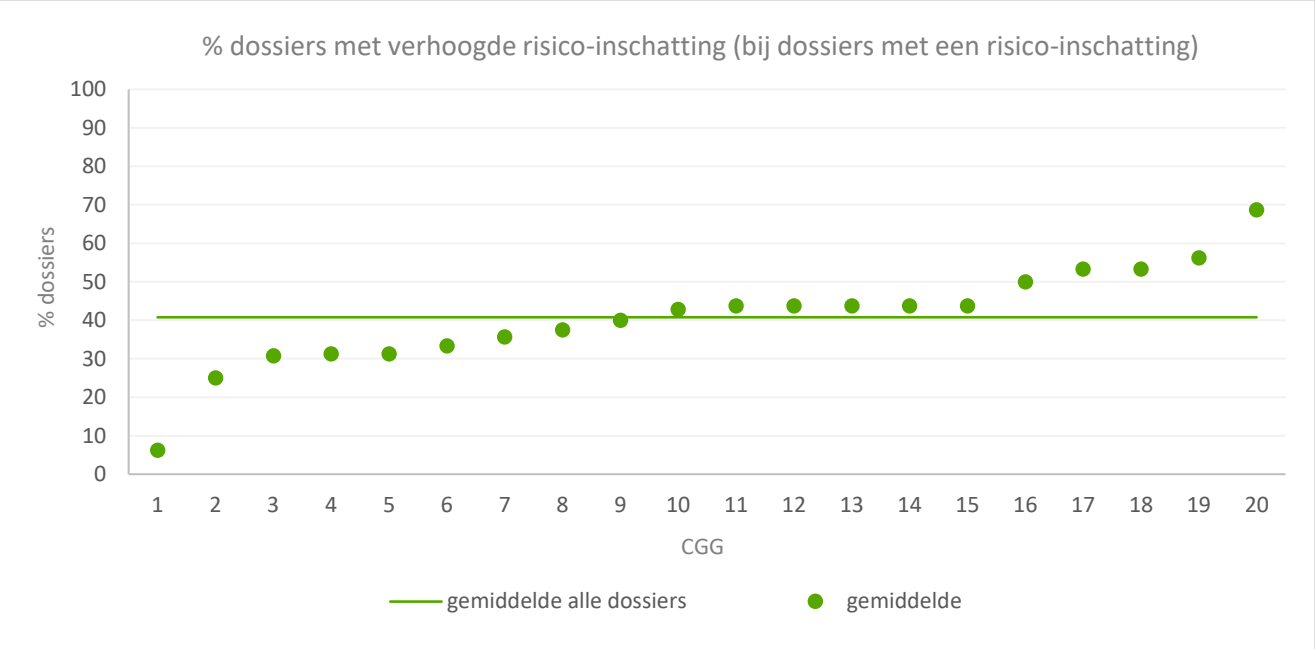
Het aandeel dossiers waarin eender welke vorm van risico-inschatting werd gevonden, lag overal hoog:

- bij 13 inspecties werd in alle dossiers een risico-inschatting gevonden;
- 4 keer ontbrak een risico-inschatting in één dossier;
- bij 3 inspecties ontbrak in twee dossiers een risico-inschatting.

Het aandeel dossiers mét inschatting lag daardoor bij geen enkele inspectie onder de 87%.

In de 309 dossiers waarin een suïciderisico-inschatting werd gevonden, werd gezocht naar de datum van de eerste inschatting. Slechts in iets meer dan de helft (56%) van deze dossiers werd die datum gevonden. Slechts in 14% van de 319 gecontroleerde dossiers was de evolutie van het suïciderisico gedocumenteerd.

Van de 309 cliënten met een suïciderisico-inschatting in hun dossier, waren er 126 (41%) waarbij sprake was van een verhoogd suïciderisico (volgens het scoresysteem van het EPD gaande van "licht" tot "zeer ernstig").



FIGUUR 10-1

Van de 126 dossiers waarin sprake was van een verhoogd suïciderisico, werd in 114 gevallen ook bekeken welke EPD-risicoscore werd ingevuld (in de twee CGG die eerst bezocht werden – waar in totaal 12 dossiers met een verhoogd suïciderisico waren – werd de precieze score niet nagegaan). In 56% van deze dossiers was aangeduid dat het een licht verhoogd risico betrof, in 33% een matig verhoogd risico, in 4% een ernstig risico en in 7% een zeer ernstig risico.

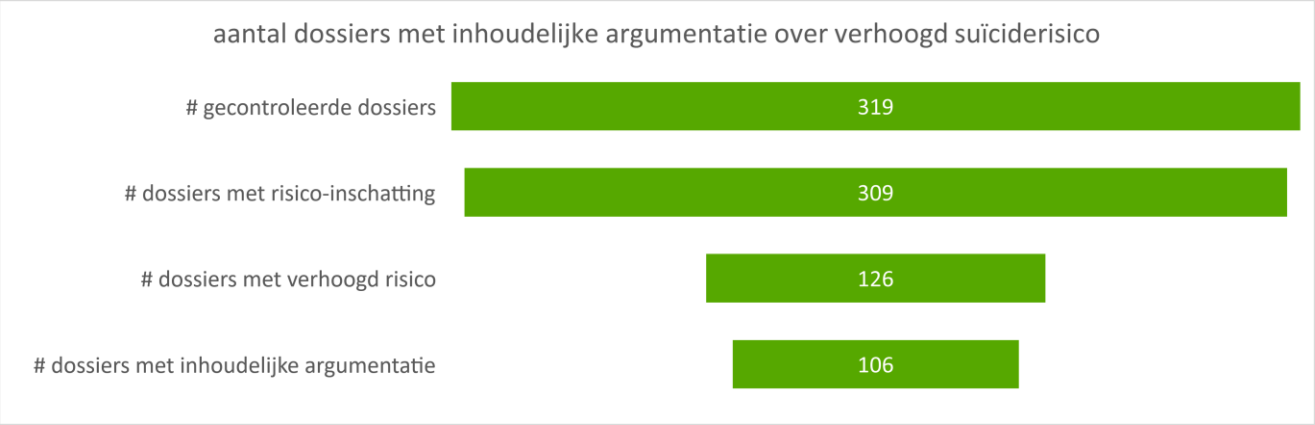
Aantal dossiers met verhoogd suïciderisico waarvoor de EPD-score werd nagegaan	114	
Licht	64	56,14%
Matig	37	32,46%
Ernstig	5	4,37%
Zeer ernstig	8	7,02%

TABEL 10-2

Omdat de MDR wijst op de nood aan een gewogen besluitvorming bij het inschatten van het suïciderisico, gingen we in de gecontroleerde dossiers met een verhoogd risico na of er enige inhoudelijke argumentatie voor de risico-inschatting genoteerd werd (en bv. niet enkel een score).

Bij 106 van de 126 dossiers met een verhoogd risico (84%) werd een inhoudelijke argumentatie voor de ernstinschatting gevonden in het dossier. De aantallen per CGG zijn te klein om een betekenisvolle onderlinge vergelijking te kunnen maken.

Samenvattend kunnen de resultaten voor alle CGG samen als volgt voorgesteld worden:



FIGUUR 10-2

In alle 126 dossiers met een verhoogd suïciderisico werd vervolgens ook nagegaan of er acties of interventies genoteerd werden, gekoppeld aan alarmsignalen bij cliënten. Bij 17 van deze dossiers (13%) waren er acties of interventies te vinden.

In de 17 dossiers waar we acties of interventies vonden, werd de betrokkenheid van de cliënt en van de context bij het opstellen hiervan nagegaan. In elk van de 17 dossiers werd de betrokkenheid van de cliënt gevonden. In 4 van deze dossiers werden ook notities gevonden over de betrokkenheid van de context bij het uitwerken van de acties en interventies.

FIGUUR 10-3

10.3 REFLECTIES

In maart 2017 publiceerde het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) – in opdracht van en met de steun van de Vlaamse overheid in het kader van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie – de "Multidisciplinaire richtlijn detectie en behandeling van suïcidaal gedrag". Deze richtlijn werd opgesteld in samenspraak met tal van beroepsverenigingen en andere partners uit het werkveld, en is gebaseerd op beschikbare wetenschappelijke publicaties en internationale richtlijnen.

6 CGG voldoen in hun uitgeschreven suïcidepreventiebeleid aan alle gecontroleerde inhoudelijke aanbevelingen van deze richtlijn. Ook uit de dossiercontroles bleek dat nog niet alle aanbevelingen uit de richtlijn systematisch in de dossiernotities kunnen gevonden worden. Hierbij dient opgemerkt dat we ook dossiers bekeken die van start gingen vóór de publicatie van de richtlijn. We gaan er immers van uit dat de aanbevelingen uit de richtlijn in de CGG-sector met jarenlange specifieke expertise rond suïcidepreventiebeleid reeds gekend waren d.m.v. internationale richtlijnen.

De MDR stelt dat suïcidaliteit systematisch bij elke cliënt moet bevraagd worden bij (de start van) elke zorgperiode. In nagenoeg alle (97%) gecontroleerde dossiers werd een risico-inschatting gevonden.
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 inhoudelijke argumentatie voor de risico-inschatting genoteerd werd (en bv. niet enkel een score). In de meerderheid (84%) van de dossiers met een verhoogd suïciderisico was een inhoudelijke argumentatie terug te vinden over de risico-inschatting.

Aangezien het suïciderisico van een individu fluctueert over de tijd, geeft het VLESP aan dat het belangrijk is om dit op verschillende momenten te (her)evalueren. Slechts in iets meer dan de helft van de dossiers werd de datum van de eerste screening en risico-inschatting gevonden, waardoor het opvolgen van een evolutie op zich al onmogelijk wordt. In een minderheid van de dossiers (14%) werden na de eerste inschatting nog andere inschattingen gevonden. Het EPD faciliteert het opvolgen van de evolutie van het suïciderisico in de tijd niet.

Van de cliënten in wier dossier een risico-inschatting over suïcidaliteit werd gevonden, was er bij 41% sprake van een verhoogd suïciderisico (volgens de EPD-score gaande van "licht" tot "zeer ernstig"). Opmerkelijk is de zeer grote variatie tussen de gecontroleerde steekproeven voor wat betreft het aantal cliënten waarbij een verhoogde suïcidaliteit wordt vermoed, gaande van minder dan 10% bij het ene team tot bijna 70% bij het andere. Naast de mogelijke variatie door de beperkte steekproefgrootte dient men zich ook af te vragen of er (binnen en tussen CGG) interindividuele verschillen bestaan bij de risico-inschattingen en op welke manier de vergelijkbaarheid van de geformuleerde risico's meer gegarandeerd kan worden. Deze bezorgdheid wordt des te belangrijker met het oog op de communicatie van relevante gegevens in de ketenzorg voor GGZ-patiënten.

Bij cliënten met een verhoogd risico veronderstelt de richtlijn dat er een beschrijving aanwezig is van mogelijke acties of interventies gekoppeld aan alarmsignalen bij cliënten. In een kleine minderheid (13%) van de dossiers met een verhoogd suïciderisico werden er zulke acties of interventies gevonden.

Nog niet alle CGG-medewerkers volgden een vorming over de (aanbevelingen uit de) VLESP-richtlijn. Voor ongeveer de helft (55%) van de medewerkers kon aangetoond worden dat ze de voorbije 2 jaar een vorming volgden rond suïcidepreventie. De e-learningmodule in het kader van de MDR wordt weinig gebruikt om medewerkers bij te scholen over de nieuwe richtlijn.

11 PRIORITAIRE VERBETERPUNTEN

11.1 ACHTERGROND

Zoals in hoofdstuk 5.4 beschreven, werd voor vier items een te behalen minimum vastgelegd. Deze aspecten zijn rechtstreeks gelinkt aan de kwaliteit van de zorg en/of de patiëntveiligheid, en werden vóór de start van de inspectieronde gecommuniceerd aan de sector. De precieze minimumwaarden werden pas vastgelegd op basis van de vaststellingen tijdens de eerste vier inspecties:

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, werden mogelijke acties of interventies gekoppeld aan alarmsignalen.

Het niet-behalen van deze minimumwaarden zal het voorwerp uitmaken van opvolging door de Vlaamse overheid.

11.2 VASTSTELLINGEN

Bij elke inspectie werd minstens één prioritair verbeterpunt vastgesteld, met name het systematisch opstellen van een plan met waarschuwingssignalen en gerelateerde acties bij cliënten met een verhoogde suïcidaliteit.

Bij 8 inspecties werd daarnaast nog een tweede prioritair verbeterpunt bepaald. In één geval betrof het de toegankelijkheid van de dossiers, in de 7 andere het systematisch verzamelen en documenteren van de basisinformatie over klachten en problemen van de cliënten.

Systematische inschatting van suïcidaliteit werd bij geen enkele inspectie als prioritair verbeterpunt vastgesteld.

Bij geen enkel van de bezochte teams werden 3 of 4 prioritaire verbeterpunten vastgesteld.

verbeterpunt	**aantal geïnspecteerde teams met dit verbeterpunt**
toegankelijkheid dossiers	1
basisinformatie klachten en problemen	7
inschatting suïcidaliteit	0
acties of interventies gekoppeld aan alarmsignalen bij verhoogde suïcidaliteit	20

TABEL 11-1

12 CONCLUSIES

De inspecties gebeurden bij de 20 Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg in Vlaanderen, waar telkens op één willekeurig gekozen vestigingsplaats een team voor volwassenenwerking werd geïnspecteerd. Ondanks deze beperking van de scope kunnen we een aantal sectorbrede conclusies formuleren, weliswaar met het voorbehoud dat deze niet allemaal kunnen veralgemeend worden naar de werking voor andere doelgroepen (bv. zorg voor kinderen en jongeren, forensische zorg, verslavingszorg, ouderenzorg).

Voor elk van de 4 thema's (behandelplan, multidisciplinaire werking, outcomemonitoring, suïcidebeleid) zagen we goede voorbeelden, maar stellen we ook grote verschillen vast in de werking van de geïnspecteerde teams.

Behandelplan

- Nagenoeg alle gecontroleerde dossiers bevatten (los van inhoudelijke criteria) een behandelplan.
- Over alle teams heen vinden gemiddeld 5 FTF-contacten plaats vóór er een behandelplan wordt opgesteld. Dit gemiddeld aantal verschilt echter zeer sterk van team tot team (van gemiddeld 1 tot gemiddeld 12 FTF), en soms zelfs binnen teams. Binnen sommige teams wordt in alle dossiers eenzelfde termijn toegepast, terwijl er in andere teams grote verschillen zijn van dossier tot dossier.
- Tijdens de inspecties bleek meer dan de helft van de CGG er naar te streven om een behandelplan op te stellen na maximaal 4 FTF-contacten. In twee derde van de gecontroleerde dossiers wordt dit streefdoel gehaald en 5 geïnspecteerde teams slagen erin om dit streefdoel te behalen voor al hun dossiers.
- De basiselementen zoals hulpvraag, hypothese/diagnose en doelstelling waren in bijna alle dossiers te vinden. De meeste CGG scoren erg goed op deze 3 gecontroleerde aspecten uit het referentiekader, op enkele uitzonderingen na.
- De volledigheid van het overzicht van klachten en problemen werd nagegaan door het opzoeken van notities over een steekproef van 5 onderwerpen binnen het psychisch, psychiatrisch en somatisch domein (historiek gebruik psychofarmaca, actueel medicatiegebruik, somatische klachten, historiek van de psychische problemen en middelenmisbruik). Driekwart van de gezochte items werd gevonden op het totaal aantal gecontroleerde dossiers. Er waren grote verschillen tussen de geïnspecteerde teams (van 50 tot 91% gevonden items) en tussen de 5 gecontroleerde onderwerpen (van 53 tot 96% gevonden items). Over het onderwerp "historiek van de psychische problemen" werd het vaakst informatie gevonden; informatie over "middelenmisbruik" ontbrak het vaakst.

Multidisciplinaire werking

- De toegankelijkheid van de cliëntendossiers voor het multidisciplinair team bleek nagenoeg overal in orde.
- Over de vraag of notities van FTF-contacten behoren tot de noodzakelijke informatie voor de continuïteit van zorgen, bestaan er verschillende visies in de CGG. Over 82% van alle gecontroleerde FTF-contacten vonden we notities, maar in de praktijk zien we verschillen tussen de CGG, die deze uiteenlopende visies weerspiegelen.
- De multidisciplinaire werking van een CGG kan op verschillende manieren ingevuld worden: zowel door betrokkenheid van meerdere disciplines via FTF-contacten, als door multidisciplinaire cliëntbesprekingen. Het aandeel cliënten dat zowel door de psychiater als door een andere therapeut via FTF-contacten

wordt behandeld, varieert sterk tussen de bezochte teams, met een spreiding tussen 5 en 67% (met een gemiddelde van 29% over alle dossiers heen).

- De CGG-psychiater wordt in het referentiekader omschreven als eindverantwoordelijke voor de behandeling. Hoe de psychiater deze verantwoordelijkheid moet invullen, wordt niet gespecificeerd.
  - Het aandeel cliënten dat minstens één FTF-contact door de psychiater telt tijdens de zorgperiode varieert sterk tussen de bezochte teams, met een spreiding tussen 5 en 67% (met een gemiddelde van 33% over alle dossiers heen).
  - Wanneer we de betrokkenheid van een CGG-psychiater bij de cliënten gecombineerd beoordelen, door FTF-contacten van de psychiater met de cliënt én door aanwezigheid van de psychiater op behandelplanbesprekingen, dan zien we even sterke verschillen: van 19% tot 95% betrokkenheid van een CGG-psychiater in de gecontroleerde dossiers van de bezochte teams.
- Volgens het referentiekader moet elk zorgproces dat langer dan 6 maanden loopt, minstens halfjaarlijks intercollegiaal besproken worden. Ongeveer een vierde van de gecontroleerde dossiers voldeed aan deze eis. Op één uitzondering na beantwoordde voor de geïnspecteerde teams telkens minder dan de helft van de dossiers aan deze eis, met een spreiding tussen 5 en 62%. Wanneer we keken naar de periodes van meer dan 6 maanden waarin geen BHP werd opgesteld of besproken, dan zagen we dat ongeveer de helft daarvan 6 tot 12 maanden duurde, een kwart duurde 12 tot 18 maanden en een kwart 18 tot 24 maanden (de maximumtermijn die werd gecontroleerd bij inspecties). Ook binnen teams worden grote verschillen vastgesteld inzake de frequentie van behandelplanbesprekingen.
- Het referentiekader vermeldt geen eisen over de (schriftelijke) communicatie met huisartsen en andere externe hulpverleners. Op het vlak van doorstroming van informatie van de CGG naar andere zorgverleners is er nog veel verbetermogelijkheid. Continuïteit van zorg is één van de uitdagingen van de hulpverlening voor geestelijke gezondheidszorg binnen netwerken.
  - In een kwart van de gecontroleerde dossiers werd schriftelijke communicatie met de huisarts gevonden. Bij 15 teams wordt vrij systematisch informatie over de huisarts opgenomen in het dossier (i.e. in telkens 80% van de dossiers of meer), in vijf teams wordt de informatie over de huisarts onvoldoende systematisch genoteerd in het dossier.
  - Een afsluitbrief (bv. naar vervolgzorg, verwijzer of huisarts) werd slechts in 16% van de gecontroleerde afgesloten dossiers gevonden.

Uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback

Hoewel twee derde van de CGG stellen dat ze door metingen zicht willen krijgen op de evolutie van de behandeling van cliënten, werd daarover slechts in 40% van de gecontroleerde dossiers gegevens gevonden. In ongeveer de helft van de bezochte teams bleek er bij de dossiercontrole weinig of geen systematiek te bestaan m.b.t. uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback; bij de andere helft van de teams werden in de helft of meer dossiers resultaten gevonden.

Heel wat CGG hanteren wel geaggregeerde gegevens op basis van geanonimiseerde cliëntenfeedback of tevredenheidsbevragingen; deze zijn complementair aan de gegevens die in het kader van deze inspectie gezocht werden in de individuele cliëntendossiers.

Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag

In maart 2017 publiceerde het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) de "Multidisciplinaire richtlijn detectie en behandeling van suïcidaal gedrag". 6 CGG voldoen in hun uitgeschreven suïcidepreventiebeleid aan alle gecontroleerde inhoudelijke aanbevelingen van deze richtlijn. Uit de dossiercontroles bleek dat nog niet alle aanbevelingen uit de richtlijn systematisch in de notities kunnen gevonden worden.

- In nagenoeg alle (97%) gecontroleerde dossiers werd een risico-inschatting gevonden. Van de cliënten met een risico-inschatting waren er 41% waarbij sprake was van een verhoogd suïciderisico.
- In een minderheid van de dossiers (14%) werden na de eerste inschatting nog andere inschattingen gevonden.
- In de meerderheid (84%) van de dossiers met een verhoogd suïciderisico was een inhoudelijke argumentatie terug te vinden over de risico-inschatting.
- In een minderheid (13%) van de dossiers met een verhoogd suïciderisico werden er specifieke acties of interventies ter preventie van suïcide gevonden.
- Nog niet alle CGG-medewerkers volgden een vorming over de (aanbevelingen uit de) VLESP-richtlijn.

Algemeen besluit

Concluderend kunnen we stellen dat de zorg die cliënten ontvangen sterk verschilt van CGG tot CGG, op tal van vlakken, zonder dat daar duidelijke argumenten voor zijn. Afspraken over cruciale aspecten van een zorgtraject ontbreken of verschillen inhoudelijk sterk tussen CGG (verwachtingen over termijn voor opstellen van een behandelplan, over behandelplanbesprekingen, over communicatie naar externe zorgverleners, …). Bestaande afspraken worden ook vaak onvoldoende opgevolgd inzake implementatie. Tijdens de inspecties bleek over de verschillende thema’s heen dat veel CGG op papier weliswaar een bepaald beleid omschrijven, maar dat dit in de praktijk te weinig systematisch wordt toegepast, en dat CGG zich daar niet van bewust zijn omdat ze er geen of onvoldoende zicht op hebben. Er bleek verder ook een grote variatie in de kwaliteit van dossiervorming, die onder meer een weerspiegeling vormt van uiteenlopende visies op de functie van het dossier.

13 SLOTBEDENKINGEN EN AANBEVELINGEN

Naast de reflecties die hogerop bij de vier inspectiethema's werden beschreven, formuleren we nog een aantal overkoepelende bedenkingen, evenals een aantal aanbevelingen.

Garanties inzake kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid

Cliënten die aankloppen bij een CGG bevinden zich vaak in een kwetsbare situatie, door de aard van hun problematiek en/of door andere (bv. socio-economische) factoren. Daarnaast wordt de organisatie van de zorg in de CGG gekenmerkt door een aantal factoren die – vooral in combinatie met elkaar – een risico zouden kunnen inhouden op het vlak van kwaliteitsgarantie:

- De hoofdmoot van de hulpverlening gebeurt in een één-op-één-relatie tussen cliënt en therapeut.
- De zorg in CGG is in beperkte mate gestandaardiseerd, terwijl standaardisering van processen één van de manieren is om de kwaliteit te bewaken.
- Het ontbreekt vaak aan duidelijke interne afspraken en kwaliteitseisen over wat van therapeuten wordt verwacht.
- De afspraken die er zijn, worden vaak te weinig nageleefd en/of het CGG gaat onvoldoende na of dat al dan niet gebeurt.

  Het volstaat niet dat afspraken op papier worden gezet. Precies daarom opteert Zorginspectie steeds vaker voor nalevingstoezicht, waarbij wordt nagegaan wat er in de praktijk effectief gebeurt. Tijdens deze inspectieronde hebben we vaak moeten vaststellen dat de praktijk niet beantwoordt aan wat de CGG zelf als verwachting naar voren schuiven.

  We stelden vast dat slechts weinig CGG zicht hebben op de vele aspecten van zorgverlening binnen hun organisatie en op de implementatie van de afspraken. Dat maakt dat men moeilijk zicht krijgt op belangrijke potentiële verbeterpunten om actief mee aan de slag te gaan.
- Het eigen handelen wordt vaak te beperkt gedocumenteerd d.m.v. dossiervorming, wat problemen stelt voor de kwaliteit van de behandeling op zich, voor interne en externe communicatie en voor een kritische toetsing door collega's.
- Een regelmatige kritische toetsing van de zorgtrajecten door bespreking in team is veelal te beperkt gegarandeerd, zoals beschreven in hoofdstuk 8. Veel dossiers ontsnappen hieraan, niet zelden gedurende een jaar of meer.

  Ook de mate waarin cliënten al dan niet intercollegiaal worden besproken, wordt in verschillende CGG niet opgevolgd.
- Men heeft slechts in geringe mate zicht op de evolutie van de behandeling, bv. via outcome-metingen.
- Bij de bezochte volwassenteams wordt de context van de cliënten zelden betrokken bij de behandeling.

De combinatie van al deze factoren maakt dat we van oordeel zijn dat er (voor de geïnspecteerde items) onvoldoende garanties dat voor elke cliënt voldoende kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid wordt gerealiseerd.

Om die kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te helpen waarborgen, is het aangewezen om een aantal basisgaranties in te bouwen binnen elk CGG. We denken hierbij onder meer aan:

- Het maken van duidelijke (interne) afspraken, verwachtingen en minimale kwaliteitseisen (bv. inzake het opstellen en evalueren van behandelplannen en de inhoud daarvan, inzake het maken van notities over FTF-contacten, inzake ROM, het evalueren van suïciderisico, acties bij suïciderisico,…).

- Nagaan of de afspraken worden gevolgd.

  Interne en externe audits, met inbegrip van dossiercontroles, kunnen ongetwijfeld bijdragen om – meer dan nu het geval is – de implementatiegraad van de eigen afspraken na te gaan en waar nodig verbeterpunten te identificeren. Idealiter kan dit een stuk geautomatiseerd worden (ingebouwd in het elektronisch dossier).
- Het zorgvuldig bijhouden van een dossier, onder meer ter bevordering van transparantie en communicatie met collega's, met de cliënt en met derden (huisarts, verwijzer, vervolgzorg).
- Het regelmatig intercollegiaal toetsen van de aanpak en de voortgang in elk dossier. Er moet minstens een systeem zijn dat regelmatige bespreking garandeert (en dus niet laat afhangen van het initiatief van de behandelende therapeut) en dit ook opvolgt.
- Het aantoonbaar maken van resultaten van de behandeling, bv. via ROM. De CGG-sector opteert er voornamelijk voor om dat te beperken tot het individueel-klinische niveau. Dat is verdedigbaar, maar ook op dat vlak is nog vooruitgang mogelijk.
- Het systematisch organiseren van stakeholdersbevragingen (bv. bij cliënten, familie en naasten, verwijzers, vervolgzorg, huisartsen).

Aanvullend hierbij willen we suggereren dat CGG ook meer van elkaar leren. Over verschillende aspecten zagen we goede voorbeelden in verschillende CGG (terwijl die vaak onhaalbaar geacht werden door andere).

Functie van dossiervorming

Zoals reeds vermeld, hoorden we tijdens de inspectieronde sterk verschillende opvattingen over de functie van het patiëntendossier en over wat wel en niet in een dossier moet genoteerd worden. De weerstand tegen dossiervorming lijkt een stuk groter dan in andere sectoren binnen de gezondheidszorg. Dossiervorming wordt vaak als "administratie" en "registratie" ervaren, niet als een onderdeel van of een voorwaarde voor kwalitatieve zorg. In sommige CGG is de visie dan weer meer in lijn met wat in andere zorgsectoren verworven is.

Het lijkt ons dan ook aangewezen dat hier een grondig debat over gevoerd wordt binnen de sector en tussen sector en overheid: wat zijn de functies van een patiëntendossier, welke doelstellingen wil men er mee bereiken, en wat moet een dossier omvatten om die doelstellingen te bereiken en functies te vervullen? Het resultaat van dat debat kan uitmonden in een duidelijke en gedragen visie, die vervolgens kan verspreid worden in de hele sector, wat kan leiden tot lagere weerstanden en een gelijkvormiger kwaliteitsniveau van de dossiervorming.

De bestaande weerstanden kunnen o.i. ook door andere factoren verminderd worden:

- Er zowel op overheids- als op CGG-niveau te allen tijde over waken dat medewerkers voldoende meerwaarde ervaren van de cijfers en registraties die worden gevraagd. Als de meerwaarde niet kan aangetoond of verhoogd worden, dient te worden overwogen om de cijfers in kwestie niet langer (of bv. slechts periodiek) te verzamelen.
- Het verhogen van de gebruiksvriendelijkheid van het gebruikte EPD. De versie die tijdens de inspectieronde gebruikt werd, voldeed niet aan wat vandaag kan verwacht worden op dat vlak.
  Mogelijk wordt met de implementatie van EPD 2.0 – gepland kort na afloop van de laatste inspectie – al een stap vooruit gezet op dit vlak.

Sectorale afspraken en referentiekader

In alle CGG gebruikt men hetzelfde EPD. Dat is een grote potentiële sterkte (bv. voor het uitwerken en delen van goede praktijken inzake het dossiergebruik, voor het verzamelen van vergelijkbaar cijfermateriaal). Dat potentieel wordt evenwel op verschillende vlakken onderbenut, en vaak zelfs verminderd, vooral doordat het EPD op diverse manieren gebruikt wordt. Enkele voorbeelden:

- dezelfde velden worden door verschillende CGG op een verschillende manier ingevuld (bv. het invulvak voor suïciderisico is bij het ene CGG de initiële score, elders de meest recente score);
- het behandelplan en verslagen van behandelplanbesprekingen worden op verschillende plaatsen in het dossier (soms zelfs buiten het EPD) bijgehouden, in erg verschillende formats;
- idem voor aanmeldings- en intake-informatie;
- zaken waar men in het ene CGG mee worstelt, heeft men in het andere CGG eenvoudig en handig opgelost.

Een bijkomend element is dat (zowel binnen als buiten het EPD) rond veel thema's verschillende definities gebruikt worden van CGG tot CGG, wat de vergelijkbaarheid van de verzamelde cijfers verder ondermijnt (bv. een telefonische screening al dan niet als FTF1 registreren, inhoudelijke criteria voor een behandelplan, …).

Ook hier kunnen sectorale afspraken en externe audits een aanzet tot oplossing bieden.

De reeds vermelde grote verschillen in de werkwijzen van de CGG op vele andere vlakken zijn niet noodzakelijk een probleem, maar de vraag stelt zich of deze verschillen veroorzaakt worden door achterliggende verschillen in visie, verschillen in uitvoering, of door andere factoren; belangrijker nog is de vraag wat het effect van die verschillen is op de geleverde kwaliteit van zorg. In elk geval lijkt het aangewezen dat voor veel van de beschreven aspecten een duidelijkere gemeenschappelijke visie en (goede) praktijken naar voren worden geschoven, liefst gebaseerd op (internationale) richtlijnen en *evidence*.

Het verdient ook aanbeveling de overeengekomen kwaliteitsverwachtingen te verankeren in het referentiekader. We stelden vast dat voor de gekozen thema's een aantal wijzigingen of verfijningen te overwegen zijn.

- Het referentiekader stelt dat een behandelplan wordt verwacht na afloop van de indicatiestellingsfase. Dat is vrij vaag. De meeste CGG streven naar een behandelplan ten laatste na FTF4.
- Het referentiekader vermeldt dat het behandelplan een overzicht van de "klachten en problemen" moet bevatten; de operationalisering daarvan tijdens de inspectie zorgde voor veel discussie.
- Het is niet duidelijk wat begrepen moet worden onder de eindverantwoordelijkheid van de psychiater; ruimer bekeken kan wellicht meer geëxpliciteerd worden welke betrokkenheid van een psychiater al dan niet verwacht wordt bij elke cliënt.
- Bovendien wordt best gespecificeerd welke minimale garanties (bv. m.b.t. diagnosestelling, medicatievoorschriften, supervisie, …) moeten ingebouwd worden wanneer een team tijdelijk zonder psychiater werkt. We stelden vast dat sommige teams de voorbije jaren verschillende maanden of zelfs jaren niet systematisch een beroep konden doen op een verantwoordelijke psychiater.
  Bij eventuele samenwerking met externe psychiaters (al dan niet bij afwezigheid van een eigen CGG-psychiater) heerst in de sector onduidelijkheid over wat kan, mag en moet inzake informatiedeling en dossiervorming.
- We hoorden tijdens de inspectieronde vaak dat zesmaandelijks intercollegiaal overleg onhaalbaar wordt geacht; verschillende CGG suggereerden om eerder een bepaald aantal FTF als criterium te hanteren (eventueel in combinatie met een maximumperiode bij een laagfrequente begeleiding).

- Het belangrijkste lijkt in elk geval dat er een systeem is dat regelmatige bespreking garandeert, en het niet overlaat aan de persoonlijke inschatting van de therapeut of een dossier al dan niet besproken wordt.
- Het referentiekader vermeldt weinig over hoe de cliënt betrokken moet worden.
- Het referentiekader vermeldt niets over hoe de niet-professionele context van de cliënt betrokken moet worden.
- Ook over communicatie met andere (externe) hulpverleners vermeldt het referentiekader weinig concreets. Bovendien blijken hierover tussen de CGG grote visieverschillen te bestaan, terwijl het weinig twijfel leidt dat (gebrek aan) zorgcontinuïteit een belangrijk element vormt inzake patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg. De toenemende netwerkvorming (in de geestelijke gezondheidszorg en daarbuiten) maakt dit aspect alleen maar belangrijker.
- Meer specifiek vermeldt het referentiekader niets over communicatie met de huisarts. Er kan – mede gezien de steeds centralere rol die de huisarts inneemt in de zorg voor de patiënt – best uitsluitsel gegeven worden over een aantal vragen, zoals onder meer:
    - op welke momenten systematische communicatie met de huisarts is aangewezen en met welke inhoud;
    - wat de meest aangewezen vorm van communicatie is (mondeling, schriftelijk, elektronisch);
    - wat hierover moet gedocumenteerd worden in het dossier.
- Ook het opmaken en versturen van afsluitbrieven verdient aandacht als element van communicatie met andere hulpverleners. Ook hierrond hoorden we visieverschillen. Minimale eisen rond informatieoverdracht (bv. naar verwijzer, vervolgzorg, huisarts) bij het afsluiten van de zorgperiode zijn aangewezen. De geplande ontwikkeling van een indicator hieromtrent binnen VIKZ kan alvast een grote stap voorwaarts betekenen op dit vlak.

Criteria voor kwaliteit van zorg kunnen evenwel nooit allemaal gevat worden in een referentiekader. Sector en overheid moeten zich dan ook beraden hoe ook andere elementen (zoals bv. indicatoren, internationale richtlijnen, …) een plaats kunnen krijgen bij het stimuleren, bewaken, borgen en transparant maken van kwaliteit van zorg.

14 BIBLIOGRAFIE

Federale Commissie “Rechten van de patiënt”: Advies het patiëntendossier – 21/11/2017
http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2017.11.21_advies_het_patientendossier.pdf

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP). Richtlijn Psychiatrische Diagnostiek (tweede, herziene versie, 2015)
https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-psychiatrische-diagnostiek-2015

The American Psychiatric Association (APA). Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults (Third Edition, 2016)
https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890426760

Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (2012). Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg.
https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/pdf/richtlijn.pdf

Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt (B.S. 26/9/2002);
gecoördineerde versie raadpleegbaar via
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002082245&table_name=wet

Zorg en Gezondheid. Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg – 2016 [online publicatie]. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen, 2016 [geraadpleegd op 9/3/2018].
http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg

Zorg en Gezondheid. Referentiekader Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.
https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader%20CGG_DEFINITIEF.pdf