



Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

TOEZICHT IN DE CENTRA VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Beleidsrapport 2023

COLOFON

Verantwoordelijke uitgever

Karine Moykens
Secretaris-generaal
Departement Zorg
Koning Albert II-laan 35 bus 30
1030 Brussel

Samenstelling

Departement Zorg
Zorginspectie

Productcoördinatie en vormgeving

Afdeling Communicatie en IT - Team Communicatie

Depotnummer

D/2023/3241/398

Uitgave

December 2023



INHOUD

COLOFON	2
1 LIJST MET AFKORTINGEN	5
2 MANAGEMENTSAMENVATTING	6
2.1 Context	6
2.2 Algemene conclusie	7
2.2.1 Behandelplan	7
2.2.2 Multidisciplinaire werking	8
2.2.3 Uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback	8
2.3 Aanbevelingen	9
3 INLEIDING	10
3.1 Toezicht in de centra voor geestelijke gezondheidszorg	10
3.2 Inspectieronde 2023	10
3.3 Vergelijking met inspectieronde 2017-2018	11
4 METHODIEK EN RAPPORTAGE	13
4.1 Voorbereiding	13
4.2 Inspectiebezoeken	13
4.3 Informatiebronnen	15
4.4 Individuele inspectieverslagen	16
4.5 Beleidsrapport	17
5 ALGEMENE GEGEVENS OVER DE GECONTROLEERDE DOSSIERS	18
5.1 Aantal gecontroleerde dossiers	18
5.2 Doorlooptijden	19
6 BEHANDELPLAN	20
6.1 Achtergrond	20
6.2 Vaststellingen	21
6.2.1 Aanwezigheid van een behandelplan	21
6.2.2 Verloop vóór opstellen eerste behandelplan	21
6.2.3 Hulpvraag, diagnose/hypothese en doelstellingen	24
6.2.4 Overzicht van de klachten en problemen	25
6.2.5 Betrokkenheid van de context	27
6.2.6 Notities bij FTF-contacten	28
6.2.7 (Verbeter)beleid	29
6.3 Reflecties	30
7 MULTIDISCIPLINAIRE WERKING	32
7.1 Achtergrond	32
7.2 Vaststellingen	33
7.2.1 Toegankelijkheid van het dossier voor de verschillende disciplines	33
7.2.2 FTF-contacten door verschillende disciplines in de loop van de volledige zorgperiode	34



7.2.3	Betrokkenheid CGG-psychiater via FTF-contacten of behandelplanbespreking	34
7.2.4	Zesmaandelijke bespreking van het behandelplan	36
7.2.5	Communicatie met externe zorgverleners met het oog op continuïteit van zorg	39
7.2.6	(Verbeter)beleid	42
7.3	Reflecties	43
8	UITKOMSTENMONITORING EN CLIËNTENFEEDBACK	45
8.1	Achtergrond	45
8.2	Vaststellingen	45
8.3	Reflecties	48
9	INBREUKEN	49
9.1	Achtergrond	49
9.2	Vaststellingen	49
10	CONCLUSIES	51
10.1	Behandelplan	51
10.2	Multidisciplinaire werking	52
10.3	Uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback	53
10.4	(Verbeter)beleid over de drie thema's	53
11	SLOTBEDENKINGEN EN AANBEVELINGEN	55

1 LIJST MET AFKORTINGEN

AFKORTING	Voluit
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 contact tussen cliënt en hulpverlener; naast een gesprek met fysieke aanwezigheid van beiden kan dit ook een telefonisch of beeldbelgesprek zijn)
FTF1	1e face-to-face(contact)
FTF2	2e face-to-face(contact)
FTFi	Face-to-face(-contact) intake
FTFb	Face-to-face(-contact) start begeleiding



2 MANAGEMENTSAMENVATTING

2.1 CONTEXT

In de eerste helft van 2023 inspecteerde Zorginspectie in elk van de 18 centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) één volwassenenteam van een willekeurig gekozen vestigingsplaats. De inspecties hadden betrekking op drie thema's:

- behandelplan
- multidisciplinaire werking
- uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback.

Bij de inspecties baseerde Zorginspectie zich op regelgeving en op het "[Referentiekader Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg](#)" dat door het toenmalige agentschap Zorg en Gezondheid (nu de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg) werd opgemaakt. Dit referentiekader werd in 2015 gecommuniceerd naar alle CGG; in het voorjaar van 2019 werd het licht aangepast. Verder bekeek Zorginspectie ook een aantal elementen die niet expliciet aan bod komen in het referentiekader of in regelgeving, maar die mogelijk van belang zijn 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 bekendgemaakt welke vestigingsplaats zou bezocht worden en welk team daarbij zou geïnspecteerd worden.

Tijdens de inspectieronde werden voor elk van de drie 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. Zorginspectie beschouwt zorgvuldige dossiervorming als een noodzakelijke voorwaarde voor het invullen van diverse aspecten van kwalitatieve zorgverlening. Een vaststelling werd daarbij pas als een "inbreuk" benoemd als het gezochte item in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers gevonden werd.

Om enige context te kunnen beschrijven in verband met de vaststellingen uit de dossiercontrole, bekeek Zorginspectie voor elk thema ook het achterliggende (verbeter)beleid.

Per CGG werd een individueel inspectieverslag opgemaakt. De verslagen zijn [online beschikbaar](#).

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 voor andere doelgroepen.

De inspectieronde in 2023 vormde een herhaling van de ronde die in 2017-2018 werd uitgevoerd. Dezelfde thema's werden toen op dezelfde manier geïnspecteerd, bij dezelfde doelgroep. Daardoor kunnen – zowel in de individuele inspectieverslagen als in dit beleidsrapport – heel wat vergelijkingen gemaakt worden tussen de vaststellingen in beide inspectierondes.

Tijdens de vorige inspectieronde werd ook nog een vierde thema geïnspecteerd, namelijk detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Omdat dit onderwerp sinds 2021 deel uitmaakt van een aparte thematische inspectieronde in de ruimere geestelijke gezondheidszorg (waarbij alle CGG werden geïnspecteerd tussen juli 2021 en september 2022), werd het niet hernomen tijdens deze inspectieronde.

2.2 ALGEMENE CONCLUSIE

Voor elk van de drie thema's (behandelplan, multidisciplinaire werking, uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback) zagen we goede voorbeelden, maar stellen we – net als bij de vorige inspectieronde – ook grote verschillen vast in de werking van de geïnspecteerde CGG.

Meer dan in de vorige inspectieronde hebben CGG interne afspraken over de gecontroleerde onderwerpen. De afspraken worden echter 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. CGG zijn zich daar vaak niet van bewust omdat ze er geen of onvoldoende zicht op hebben. Dat maakt het ook moeilijk voor de CGG om knelpunten te detecteren en verbetering objectief aan te tonen.

Uit deze inspectieronde blijkt dat in de sector globaal gezien vooruitgang werd geboekt op een aantal vlakken. Het is evenwel een opmerkelijk gegeven dat bij de herhaling van een inspectieronde – vijf jaar na de vorige – in sommige CGG voor verschillende items nog altijd zeer lage scores gehaald worden op basis van de dossiersteekproeven. Dit doet bij het Departement Zorg vragen rijzen over de manier waarop bepaalde CGG omgaan met het referentiekader en met problematische inspectievaststellingen. De inspectieresultaten in andere CGG maken duidelijk dat de verwachtingen niet onrealistisch zijn.

Er werden tijdens de inspecties 377 dossiers van lopende zorgperiodes en 288 dossiers van afgesloten zorgperiodes bekeken. De belangrijkste vaststellingen op basis van deze steekproef worden hieronder samengevat.

2.2.1 Behandelplan

- > Nagenoeg alle gecontroleerde dossiers bevatten (los van inhoudelijke criteria) een behandelplan.
- > Over alle gecontroleerde dossiers heen vinden gemiddeld 3 face-to-face-contacten (FTF-contacten) plaats vóór er een behandelplan wordt opgesteld. Dit gemiddeld aantal verschilt echter sterk van CGG tot CGG (van gemiddeld 1 tot gemiddeld 7 FTF-contacten).
- > Het referentiekader verwacht ten laatste na het vierde FTF een behandelplan. In drie op de vier gecontroleerde dossiers wordt dit streefdoel gehaald. 4 CGG slagen erin om dit streefdoel te behalen voor al hun gecontroleerde dossiers. In 7 van de 18 CGG werd hierop een inbreuk vastgesteld.
- > Bovenstaande cijfers moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat vaak alleen de datum van de aanmaak van het behandelplan gevonden werd in de dossiers, los van de vraag wanneer welke inhoud werd toegevoegd.
- > Basiselementen zoals hulpvraag, diagnose/hypothese en doelstelling waren in bijna alle dossiers te vinden. Net als in de vorige inspectieronde scoren de meeste CGG erg goed op deze drie 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 vijf onderwerpen (vroeger psychofarmacagebruik, actueel medicatiegebruik, somatische klachten, historiek van de psychische problemen en middelengebruik). 82% van de gezochte items werd gevonden op het totaal aantal gecontroleerde dossiers (75% in de vorige inspectieronde). Er waren nog altijd grote verschillen tussen de geïnspecteerde CGG (met een spreiding van 54 tot 98% gevonden items per CGG). Er blijven ook verschillen bestaan tussen de vijf gecontroleerde onderwerpen. Globaal gezien stelden we een lichte verbetering vast op het vlak van informatie over klachten en problemen van de cliënt, maar toch zijn er slechts 6 CGG die voor alle vijf de gecontroleerde onderwerpen aan de verwachtingen voldoen.
- > Net als in de vorige inspectieronde vonden we notities over 82% van alle gecontroleerde FTF-contacten. Er blijven grote verschillen bestaan tussen de CGG (van 48 tot 99%). In 6 CGG werd hierop een inbreuk vastgesteld.
- > Het aantal gecontroleerde dossiers waarin informatie gevonden werd over betrokkenheid van de context (31%) steeg in vergelijking met de vorige inspectieronde (23%), maar bleef laag.

2.2.2 Multidisciplinaire werking

- > De toegankelijkheid van de cliëntendossiers voor het multidisciplinair team bleek 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 van CGG tot CGG, met een spreiding tussen 0 en 86%.
- > 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 CGG-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 ook hier sterke verschillen: van 29 tot 100% betrokkenheid van een CGG-psychiater in de gecontroleerde dossiers van de bezochte CGG.
- > In totaal bleek in 77% van de dossiers een CGG-psychiater op minstens één van beide manieren betrokken (60% in de vorige inspectieronde). De stijging wordt vooral veroorzaakt doordat in meer dossiers een psychiater aantoonbaar aanwezig was bij minstens één behandelplanbespreking in de gecontroleerde periode.
- > Volgens het referentiekader moet elk zorgproces dat langer dan 6 maanden loopt, minstens halfjaarlijks intercollegiaal besproken worden. Net als tijdens de vorige inspectieronde voldeed ongeveer een vierde van de gecontroleerde dossiers aan deze eis. In slechts één CGG beantwoordde meer dan de helft van de dossiers aan de eis, met een spreiding tussen 5 en 57% per CGG.
- > Er is enige vooruitgang op het vlak van doorstroming van informatie van de CGG naar andere zorgverleners, maar er blijft nog veel verbetermogelijkheid.
 - In 47% van de gecontroleerde dossiers werd schriftelijke communicatie met de huisarts gevonden (27% in de vorige inspectieronde). Alle CGG vermelden wel systematisch informatie over de huisarts in het dossier (in 98% van de dossiers werd informatie gevonden); in de vorige inspectieronde deden een kwart van de CGG dat nog onvoldoende systematisch.
 - Een afsluitbrief (bv. voor de vervolgzorg, verwijzer of huisarts) werd in 36% van de gecontroleerde afgesloten dossiers gevonden. Dat is beter dan in de vorige inspectieronde (16%), maar slechts 2 van de 18 CGG voldeden aan de verwachting. In een derde van de CGG werd zelfs in minder dan 10% van de gecontroleerde dossiers een afsluitbrief gevonden.

2.2.3 Uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback

Hoewel 14 van de 18 CGG stellen dat ze door metingen zicht willen krijgen op de evolutie van de behandeling van cliënten (meer dan tijdens de vorige inspectieronde), werden daarover in slechts 52% van de gecontroleerde dossiers gegevens gevonden (40% in de vorige inspectieronde). Net als in 2017-2018 bleek er in ongeveer de helft van de CGG weinig of geen systematiek te bestaan m.b.t. uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback; bij de overige CGG werden in meer dan de helft van de dossiers resultaten gevonden.

Deze cijfers moeten nog genuanceerd worden: er werd gezocht naar een meting aan de hand waarvan de evolutie in kaart kon worden gebracht (zonder na te gaan of dat ook effectief gebeurde) en er werd geen rekening gehouden met de betrouwbaarheid of de validiteit van de gevonden instrumenten of vragenlijsten.

2.3 AANBEVELINGEN

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

- > nagaan of de afspraken, verwachtingen en minimale kwaliteitseisen in de praktijk worden nageleefd;
- > het dossier zorgvuldig bijhouden;
- > verzekeren dat de aanpak en voortgang in elk dossier regelmatig intercollegiaal worden getoetst;
- > het aantoonbaar maken van resultaten van de behandeling;
- > het meer betrekken van derden, zowel op individueel klinisch niveau als op organisatieniveau;
- > het meer delen van expertise en goede praktijken tussen CGG.

Verder adviseert Zorginspectie dat de CGG voldoende investeren in opleiding over en implementatie van het gebruik van het gemeenschappelijk elektronisch patiëntendossier. Dat moet resulteren in minder weerstand en een gelijkvormiger kwaliteitsniveau van de dossiervorming, zowel over de medewerkers binnen een CGG heen als over de CGG heen.

Het lijkt ook aangewezen dat voor veel van de gecontroleerde aspecten een duidelijkere gemeenschappelijke visie en goede praktijken naar voren worden geschoven, liefst gebaseerd op (internationale) richtlijnen. Op die manier kan – meer dan nu het geval is – verzekerd worden dat cliënten van verschillende CGG een vergelijkbare kwaliteit van zorg ontvangen.



3 INLEIDING

3.1 TOEZICHT IN DE CENTRA VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Zorg 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. Daartoe behoren de 18 centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG), die worden erkend en gesubsidieerd door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg (ELGEZ) van het Departement Zorg.

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.

3.2 INSPECTIERONDE 2023

Tussen begin januari en eind juni 2023 bezocht Zorginspectie van elk CGG één vestigingsplaats.

Bij deze inspectieronde beperkten we ons tot de werking voor de doelgroep volwassenen (18 tot 60 jaar); zij vormen de grootste doelgroep cliënten van de CGG (66% in 2022¹). De werking werd bij elk CGG beoordeeld bij één team dat de doelgroep volwassenen bedient, waarbij we de teams met een exclusieve gespecialiseerde werking voor zeer specifieke doelgroepen buiten beschouwing lieten (bv. verslavingszorg, forensische zorg, zorg voor mensen met een verstandelijke beperking).

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, ouderenzorg).

Tijdens deze inspectieronde werd gefocust op drie thema's:

- > behandelplan
- > multidisciplinaire werking
- > uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback.

Deze thema's betreffen vanzelfsprekende aspecten van een goede hedendaagse zorgpraktijk en komen expliciet aan bod in het "[Referentiekader Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg](#)" dat werd opgemaakt door het toenmalige agentschap Zorg en Gezondheid (nu de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg), 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. In het voorjaar van 2019 werd het referentiekader licht aangepast.

¹ Departement Zorg. *Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg – 2022 [online publicatie].*
Brussel: Departement Zorg, afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg, 2022 [geraadpleegd op 3/11/2023].

Bij de inspecties baseerde Zorginspectie zich voornamelijk op dit referentiekader en op regelgeving (bv. het [Kwaliteitsdecreet](#) en de [Kwaliteitswet](#)). Een aantal van de kwaliteitsverwachtingen uit het referentiekader werden bij het opstellen van de inspectievragen geconcretiseerd.

We bekeken ook een aantal elementen die niet expliciet aan bod komen in het referentiekader of in regelgeving, maar die mogelijk van belang zijn voor de kwaliteit van de zorg. Die vaststellingen zijn bedoeld om een zicht te krijgen op de huidige situatie m.b.t. individuele CGG, maar vooral op sectorniveau. Indien nodig kan het beleid en/of het referentiekader daar op afgestemd worden.

Tijdens de inspectieronde werden voor elk van de drie thema's in eerste instantie een aantal elementen getoetst aan de hand van dossiercontroles. Op die manier werd nagegaan of de praktijk voldoet aan de vooropgestelde verwachtingen inzake kwaliteit van zorg. Daarnaast bekeken we voor elk thema ook het interne (verbeter)beleid.

Per CGG werd een individueel inspectieverslag opgemaakt dat geordend is per thema. In het kader van actieve openbaarheid zijn alle [inspectieverslagen online beschikbaar](#).

3.3 VERGELIJKING MET INSPECTIERONDE 2017-2018

De inspectieronde in 2023 vormde een herhaling van de ronde die in 2017-2018 werd uitgevoerd. Dezelfde thema's werden toen op dezelfde manier geïnspecteerd, bij dezelfde doelgroep (zie hoofdstuk 4). Daardoor kunnen – zowel in de individuele inspectieverslagen als in dit beleidsrapport – heel wat vergelijkingen gemaakt worden tussen de vaststellingen van beide inspectierondes.

Toch zijn er een aantal verschillen, die gevolgen hebben voor de vergelijkbaarheid van de vaststellingen:

- > In 2017-2018 waren er 20 CGG; door een aantal fusies waren dat er in 2023 nog 18:
 - RCGG Deinze-Eeklo-Gent en CGG Eclips fuseerden tot CGG Adentro
 - Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg (VGGZ) en de Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (DAGG) gingen op in Integra.
- > Door wijzigingen in het sectorbreed gebruikte elektronisch patiëntendossier (EPD) kunnen zorginhoudelijke telefonische (of online) gesprekken (bv. een telefonische screening) sinds enige tijd als een face-to-face-contact (FTF-contact) geregistreerd worden, wat ten tijde van de vorige inspectieronde niet het geval was. Dit heeft op zijn beurt een aantal gevolgen:
 - In de vorige inspectieronde werd het eerste FTF-contact (FTF1) gezien als het intakegesprek, en FTF2 als de start van de begeleiding (na de eventuele wachttijd). Om de vergelijkbaarheid tussen beide inspectierondes zoveel mogelijk te vrijwaren, werd in deze inspectieronde per dossier nagegaan of er vóór de intake al dan niet een telefonisch gesprek plaatsvond dat als FTF werd geregistreerd. In dat geval werd FTF2 als intakegesprek gezien, en FTF3 als start van de begeleiding (na de eventuele wachttijd). In de inspectieverslagen van 2023 en in dit beleidsrapport worden de termen FTFi (= intakegesprek) en FTFB (= start van de begeleiding) gehanteerd, los van de vraag over het hoeveelste FTF het in de praktijk ging.
 - De nieuwe mogelijkheid inzake registratie heeft gevolgen voor de vergelijkbaarheid van vaststellingen die gebaseerd zijn op het aantal FTF dat in een bepaalde periode plaatsvond. Bepaalde verschillen in de vaststellingen kunnen immers het gevolg zijn van de nieuwe manier van registreren, zonder dat ze een weerspiegeling zijn van een verschil in de manier van werken.

- > Tijdens de vorige inspectieronde werd ook nog een vierde thema geïnspecteerd, namelijk detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Omdat dit onderwerp sinds 2021 deel uitmaakt van een aparte thematische inspectieronde in de ruimere geestelijke gezondheidszorg (waarbij alle CGG werden geïnspecteerd tussen juli 2021 en september 2022), werd het niet meer hernomen tijdens deze inspectieronde.

Bij het uitwerken van de thematische inspectieronde rond suïcidepreventie werd onderlinge vergelijkbaarheid tussen de vaststellingen in de verschillende deelsectoren² van de geestelijke gezondheidszorg prioritair geacht tegenover vergelijkbaarheid met de algemene inspectieronde 2017-2018 in de CGG.

De [individuele inspectieverslagen](#) over suïcidepreventie in de CGG zijn online raadpleegbaar. Er is ook een [voortgangsrapport](#) beschikbaar, waarin de geaggregeerde vaststellingen in de CGG vergeleken worden met de geaggregeerde vaststellingen in de andere deelsectoren. Dit voortgangsrapport wordt regelmatig geactualiseerd.

Door de verschillen in inspectiemethodiek (o.m. de steekproeftrekking en de inhoud van de inspectievragen) kunnen de resultaten van de thematische inspectieronde rond suïcidepreventie in de CGG niet vergeleken worden met de resultaten rond dit thema in de algemene inspectieronde van 2017-2018.

- > In de vorige inspectieronde (2017-2018) waren er in elk inspectieverslag vier mogelijke "prioritaire verbeterpunten", rond volgende onderwerpen:

- toegankelijkheid van het dossier voor het behandelend team;
- informatie in het dossier over klachten en problemen van de cliënten;
- inschatting van suïcidaliteit in de loop van de zorgperiode;
- mogelijke acties of interventies gekoppeld aan alarmsignalen bij verhoogde suïcidaliteit.

Om de link te verduidelijken tussen de inspectievaststellingen en de verwachtingen uit het referentiekader of uit de regelgeving, werd er in de huidige inspectieronde voor geopteerd om per thema een conclusie op te stellen met een overzicht van:

- de elementen die "zoals verwacht" werden beoordeeld (= conform referentiekader of regelgeving);
- de elementen die als een "inbreuk" werden bestempeld (= niet conform referentiekader of regelgeving).

Voor elk element van de dossiercontrole dat gebaseerd is op regelgeving of op een item uit het referentiekader wordt verwacht dat het voor 100% in orde is. Uiteraard kunnen factoren in de realiteit maken dat de werkelijke score hiervan afwijkt. Daarom werd een tolerantie­marge van 20% gehanteerd: een vaststelling werd pas als een "inbreuk" benoemd als het gezochte item in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers gevonden werd.

Gezien het bovenstaande wordt het aantal vaststellingen "zoals verwacht" en het aantal "inbreuken" in dit beleidsrapport niet vergeleken met de vorige inspectieronde. Er wordt wel weergegeven wat de stand van zaken is m.b.t. de twee eerste punten die in de vorige inspectieronde als prioritair werden gecatalogeerd (de twee andere punten hadden betrekking op suïcidepreventie, en komen dus niet aan bod).

² Namelijk psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, voorzieningen met een revalidatieovereenkomst.

4 METHODIEK EN RAPPORTAGE

4.1 VOORBEREIDING

Ter voorbereiding van de inspectieronde in 2017-2018 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.

Na afloop van de inspectieronde – die liep van oktober 2017 tot februari 2018 – stelde Zorginspectie een [beleidsrapport](#) op, dat in juli 2018 aan de sector werd voorgesteld.

Vervolgens gingen de CGG aan de slag met de geformuleerde verbeterpunten, zowel op het niveau van de individuele voorzieningen als sectorbreed.

In oktober 2022 kondigde Zorginspectie per e-mail aan dat de inspectieronde (met uitzondering van het thema "detectie en behandeling van suïcidaal gedrag") zou worden herhaald in het voorjaar van 2023, met dezelfde inspectiemethodiek en voor dezelfde doelgroepwerking. Op die manier kon Zorginspectie ter plaatse de evolutie nagaan t.o.v. de vorige inspectieronde; de inspecties vormden een praktijktoets van de sectorale initiatieven en van de remediëring die per CGG gebeurde.

Op 29 november 2022 kregen de CGG meer toelichting tijdens een online communicatiemoment. Daarbij werden de inhoud, de methodiek en de praktische elementen van de inspecties toegelicht.

4.2 INSPECTIEBEZOEKEN

In de eerste helft van 2023 werd van elk van de 18 CGG één vestigingsplaats bezocht. Op elke vestigingsplaats werd één team geselecteerd dat de volwassen doelgroep bedient. De teams met een exclusieve gespecialiseerde werking voor zeer specifieke doelgroepen werden buiten beschouwing gelaten (zie 3.2).

De keuze van de bezochte vestigingsplaats en het geïnspecteerde team gebeurde – net als bij de vorige inspectieronde – at random. Soms werd dezelfde vestigingsplaats (en soms ook hetzelfde team) gekozen als de vorige keer, soms niet.

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

Tabel 4.1: Overzicht van de inspecties

CGG	bezochte deelwerking	team	inspectiedatum
CGG Ahasverus	Vestiging Grimbergen Ruwaal 12 1850 Grimbergen	Volwassenen- en ouderenteam	10/01/2023
CGG Kohesi	Campus Genk Welzijns-campus 23 b 21 3600 Genk	Volwassenenteam	17/01/2023
CGG Adentro	Vestiging Eeklo Tieltsesteenweg 10 9900 Eeklo	Team volwassenen- en ouderenzorg	26/01/2023

CGG Zuid-Oost-Vlaanderen	Vestiging Aalst Keizersplein 4 9300 Aalst	Volwassenenteam Aalst- Ninove	01/02/2023
CGG Kempen	Vestiging Geel Technische Schoolstraat 66 2440 Geel	Volwassenenteam	07/02/2023
CGG PassAnt	Afdeling Leuven Sint-Geertruiabdij 6 3000 Leuven	Volwassenenteam	14/02/2023
CGG Waas en Dender	Vestiging Sint-Niklaas Parklaan 14b 9100 Sint-Niklaas	Volwassenenteam	27/02/2023
CGG VAGGA	Vestiging Zoersel Handelslei 173 2980 Zoersel	Volwassenenteam	28/02/2023
CGG Noord-West-Vlaanderen	Vestiging Oostende Frère-Orbanstraat 143 8400 Oostende	Team volwassenen en ouderen	06/03/2023
CGG Brussel	Deelwerking Kruidtuin Haachtsesteenweg 76 1210 Sint-Joost-ten-Node	Volwassenenteam	14/03/2023
CGG De Pont	Vestiging Mechelen Lange Ridderstraat 20 2800 Mechelen	Volwassenenteam	20/03/2023
Integra	Vestiging Hasselt Salvatorstraat 25 3500 Hasselt	Volwassenenteam	30/03/2023
CGG Largo	Vestiging Veurne Oude Beestenmarkt 6 8630 Veurne	Volwassenenteam	04/04/2023
CGG Mandel en Leie	Vestiging Kortrijk Beverlaai 3B 8500 Kortrijk	Team focus trauma, verwerking en levensfaseproblemen	20/04/2023
CGG Andante	CGG Andante Berchem Belpairestraat 50a 2600 Berchem	Volwassenenteam	16/05/2023
CGG Vlaams-Brabant Oost	Vestiging Diest Halensebaan 49b 3290 Diest	Volwassenen- en ouderenteam	31/05/2023
CGG Prisma	Vestiging Blankenberge Astridlaan 35 8370 Blankenberge	Volwassenenteam	07/06/2023
CGG De Drie Stromen	Vestiging Wetteren Koningin Astridlaan 12 9230 Wetteren	Volwassenenteam	13/06/2023

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 vóór de inspectie werd met elk CGG een inspectiedatum afgesproken, maar pas de werkdag vóór de inspectie werd aan het CGG bekendgemaakt welke vestigingsplaats zou bezocht worden en welk team daarbij zou geïnspecteerd worden.

De inspecties werden telkens door twee inspecteurs uitgevoerd.

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:

- > De sectorbrede conclusies die we in dit beleidsrapport formuleren, kunnen niet allemaal veralgemeend worden naar de werking voor andere doelgroepen (bv. zorg voor kinderen en jongeren, forensische zorg, verslavingszorg, ouderenzorg).
- > Strikt genomen kunnen de resultaten niet zomaar geëxtrapoleerd worden naar het functioneren van de andere teams die werken vanuit dezelfde vestigingsplaats, of naar het betrokken CGG als geheel.

We gaan er evenwel van uit dat het gevoerde beleid binnen elk CGG waarborgt dat de kwaliteit van zorg van zijn verschillende (volwassenen)teams vergelijkbaar is, en dat men de remediëring n.a.v. de vorige inspectieronde voor de hele volwassenenwerking heeft geïmplementeerd, en niet alleen voor het team dat toen werd geïnspecteerd. Daarom gebruiken we in de beschrijving van de vaststellingen (zowel in de tekst als in de tabellen en grafieken) de term "CGG", terwijl de vaststellingen strikt gezien alleen betrekking hebben op de werking van de geselecteerde teams.

Op basis van deze aanname is het ook gerechtvaardigd de resultaten van deze inspectieronde te vergelijken met die van de vorige, ook al gebeurden de inspecties niet altijd bij dezelfde teams.

4.3 INFORMATIEBRONNEN

Tijdens de inspecties werden voor elk thema een aantal elementen getoetst aan de hand van dossiercontroles. Op die manier werd nagegaan of de concrete praktijk voldoet aan de vooropgestelde verwachtingen inzake kwaliteit van zorg. Daarnaast bekeek Zorginspectie voor elk thema ook het interne (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 thema werden daarom vooral gezocht in patiëntendossiers en beleidsdocumenten.

Zorginspectie beschouwt zorgvuldige dossiervorming 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 communicatie-instrument 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 altijd 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 tijdens 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 FTFb (zie 3.3).
- > 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 therapeuten van het team. De dossiersteekproeven waren evenwel te klein om te stratificeren, bv. in functie van leeftijd, geslacht, diagnose, therapeut 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 een combinatie van beide.

Naast de vaststellingen uit de dossiercontrole, bekeek Zorginspectie voor elk thema ook het interne (verbeter)beleid. Dat gebeurde in deze inspectieronde via een beoordeling van beleidsdocumenten (procedures, rapporten, databanken, ...) die elk CGG op vraag van Zorginspectie op voorhand had klaargelegd. Ook de beoordeling van de beleidsdocumenten gebeurde in aanwezigheid van een CGG-medewerker die toelichting kon verschaffen.

4.4 INDIVIDUELE INSPECTIEVERSLAGEN

Per CGG werd een verslag opgemaakt dat geordend is per thema, waarbij telkens de vaststellingen op basis van de dossiercontrole en op basis van de beleidselementen worden weergegeven.

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

Om de link te verduidelijken tussen de inspectievaststellingen en de verwachtingen uit het referentiekader of de regelgeving, werd er – zoals hoger beschreven – voor geopteerd om in de huidige inspectieronde per thema een conclusie op te stellen met een overzicht van de elementen die "zoals verwacht" werden beoordeeld (= conform referentiekader of regelgeving) en de elementen die als een "inbreuk" werden bestempeld (= niet conform referentiekader of regelgeving). Daarbij werd een tolerantie­marge van 20% gehanteerd: een vaststelling werd pas als een "inbreuk" benoemd als het gezochte item in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers gevonden werd. Dit is anders dan tijdens de vorige inspectieronde (zie 3.3).

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. 12 CGG vroegen een aanpassing van hun ontwerpverslag; in 9 gevallen werd minstens deels op de vraag tot aanpassing ingegaan.

5 ALGEMENE GEGEVENS OVER DE GECONTROLEERDE DOSSIERS

5.1 AANTAL GECONTROLEERDE DOSSIERS

Bij elke inspectie werden dossiercontroles uitgevoerd in een aantal dossiers van lopende zorgperiodes (in totaal 377 actieve dossiers) en in een aantal dossiers van afgesloten zorgperiodes (288 afgesloten dossiers).

Tabel 5.1: Overzicht van het aantal gecontroleerde actieve dossiers

	2023	2017-2018
totaal aantal gecontroleerde actieve dossiers	377	409
actieve dossiers men looptijd van een half jaar tot 1 jaar	144	155
actieve dossiers men looptijd van een 1 jaar tot 2 jaar	143	154
actieve dossiers met een looptijd van meer dan 2 jaar	90	100

Bij 17 van de 18 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 FTFb, zoals uitgelegd in 3.3). Bij 1 CGG werden 20 actieve dossiers gecontroleerd (8-7-5) omdat er voor het geïnspecteerde team maar 7 dossiers waren met een looptijd van 1 tot 2 jaar.

De meeste elementen werden nagegaan in 287 actieve dossiers, namelijk de dossiers die een half tot 2 jaar liepen. Een beperkt aantal items (bv. frequentie van de behandelplanbesprekingen en de deelnemers) werd nagegaan in alle 377 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 alle 18 CGG werden telkens ook 16 afgesloten dossiers gecontroleerd, telkens van zorgperiodes die maximaal 12 maanden voor de inspectiedatum waren afgesloten.

Tabel 5.2: Overzicht van het aantal gecontroleerde afgesloten dossiers

	2023	2017-2018
totaal aantal gecontroleerde afgesloten dossiers	288	307
afgesloten in wederzijds overleg tussen cliënt en CGG	171	196
afgesloten na een eenzijdige beslissing van de cliënt	95	95
afgesloten na een eenzijdige beslissing het van het CGG	15	10
afgesloten na overlijden van de cliënt	2	3
aantal dossiers waarbij de reden van afsluiten onbekend was	5	3

In de afgesloten dossiers werd – naast de doorlooptijden (zie 5.2) – alleen het aspect communicatie met externe zorgverleners met het oog op continuïteit van zorg nagegaan (zie 7.2.5. Alle andere dossiercontroles gebeurden in actieve dossiers.

5.2 DOORLOOPTIJDEN

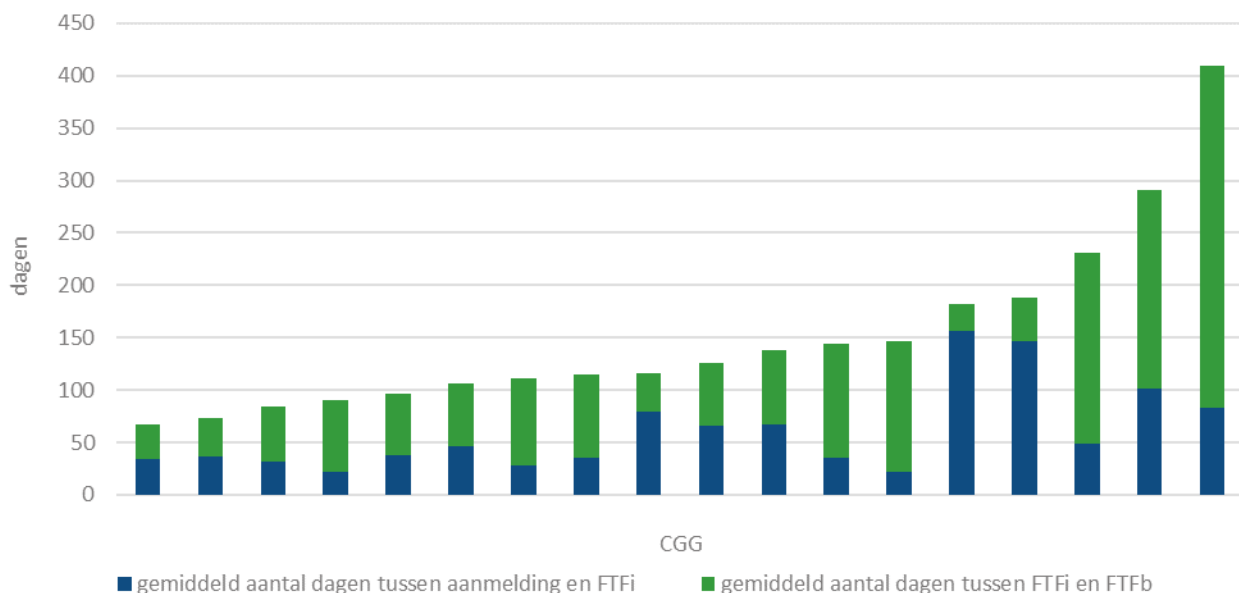
In alle dossiers werden de datums nagegaan van aanmelding, van FTFi en van FTfb, evenals de datum van het meest recente FTF-contact (bij actieve dossiers) of van het laatste FTF-contact (bij afgesloten dossiers). Op basis daarvan konden de doorlooptijden berekend worden, zoals het gemiddeld aantal dagen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

Tabel 5.3: Doorlooptijden

	actieve dossiers	afgesloten dossiers	actieve en afgesloten dossiers
gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding en FTFi (mediaan)	60 (28)	72 (34)	65 (30)
gemiddeld aantal dagen tussen FTFi en FTfb (mediaan)	91 (41)	83 (28)	87 (37)
gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding en FTfb (mediaan)	151 (95)	155 (92)	152 (93)
gemiddeld aantal dagen tussen FTFi en meest recente of laatste FTF (mediaan)	645 (516)	793 (589)	709 (541)

Onderstaande grafiek visualiseert (voor de actieve dossiers, bij wijze van voorbeeld) de zeer grote verschillen tussen de gemiddelde doorlooptijden van de geïnspecteerde teams.

Figuur 5.1: Gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding, FTFi en FTfb (per CGG, in de actieve dossiers)



We kunnen concluderen dat er bij elk geïnspecteerd CGG een wachttijd is tussen aanmelding en FTFi en tussen FTFi en FTfb. In het ene CGG is de tijd tussen aanmelding en FTFi het grootst, in het andere de wachttijd tussen FTFi en FTfb. De gemiddelde tijd tussen aanmelding en start begeleiding (FTfb) is voor alle actieve dossiers samen 151 dagen. De spreiding van de gemiddeldes per CGG is groot: van 67 dagen tot 410 dagen.

6 BEHANDELPLAN

6.1 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.

Sinds de aanpassing van het referentiekader in 2019, wordt verwacht dat dit behandelplan ten laatste na het vierde FTF-contact is opgesteld. Vermits dossiers met minder dan vier FTF-contacten werden uitgesloten uit de steekproef, verwachtten we in elk gecontroleerd dossier een behandelplan.

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 drie aspecten in elk dossier waarin we ook een behandelplan zochten (namelijk 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 breed geïnterpreteerd. 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. Er wordt minimaal informatie verwacht over volgende elementen:

- > psychofarmacagebruik
- > medicatiegebruik
- > somatische klachten of problemen
- > historiek van psychische problemen
- > middelengebruik.

Tijdens de inspecties moest minstens kunnen worden aangetoond dat deze aspecten besproken werden. Daarbij hanteren we de visie dat het niet alleen belangrijk is om rond de bevroegde 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 al bij de cliënt werden bevroegd en welke nog niet. Immers, als er over een onderwerp geen informatie in het dossier te vinden is, kan dat ofwel betekenen dat dit item niet werd bevroegd ofwel dat het werd bevroegd 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").

In het referentiekader staan geen specifieke verwachtingen m.b.t. de notities over FTF-contacten. Op basis van de [Wet inzake de Kwaliteitsvolle Praktijkvoering in de Gezondheidszorg](#) zijn hierover wel verwachtingen: "het patiëntendossier bevat de weergave van overleggesprekken met de patiënt, andere gezondheidszorg-beoefenaars of derden". Tijdens de inspecties werd nagegaan in hoeverre hulpverleners in het dossier notities maken van hun FTF-contacten, 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). Bij de controle werd – zoals in de vorige inspectieronde – een onderscheid gemaakt tussen notities van psychiaters enerzijds en die van andere hulpverleners met een therapeutische relatie (verder aangeduid met de term "therapeuten") anderzijds.

Volgens het referentiekader moeten de context en de naastbetrokkenen van de cliënt zoveel als mogelijk betrokken worden bij de behandeling.

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, werd dit onderwerp mee in kaart gebracht tijdens de inspecties.

6.2 VASTSTELLINGEN

6.2.1 Aanwezigheid van een behandelplan

In alle actieve dossiers werd – los van inhoudelijke criteria – nagegaan of er een behandelplan was. In 98% van de dossiers was dat het geval (96% in de vorige inspectieronde).

Tabel 6.1: Aantal dossiers met een behandelplan (in 377 actieve dossiers)

	aantal dossiers	% dossiers	% dossiers 2017-2018
aantal dossiers met een behandelplan	370	98%	96%

In 14 van de 18 CGG werd in elk gecontroleerd actief dossier een behandelplan gevonden (13 van de 20 in de vorige inspectieronde).

In 2 CGG ontbrak er 1 behandelplan in de gecontroleerde dossiers, in 1 CGG ontbraken er 2 behandelplannen en in 1 CGG ontbraken er 3 behandelplannen.

In geen enkel CGG werd dus in minder dan 80% van de dossiers een behandelplan gevonden.

Geen inbreuk:

In geen enkel CGG werd in < 80% van de gecontroleerde dossiers een behandelplan gevonden.

6.2.2 Verloop vóór opstellen eerste behandelplan

In alle actieve dossiers met een behandelplan werd nagegaan hoeveel FTF plaatsvonden en hoeveel tijd er verliep vooraleer een eerste versie van het behandelplan werd aangemaakt of opgesteld.

Hierbij moet opgemerkt worden dat de aanmaak van een behandelplan niet noodzakelijk betekent dat dit behandelplan op dat moment al enige inhoud had:

- > Het EPD dat de CGG gebruiken, slaat automatisch de datum van aanmaak van het behandelplan op (= de datum waarop het sjabloon wordt gecreëerd in het dossier van de cliënt). Bij verschillende CGG gaven de gesprekspartners aan dat deze technische handeling standaard na het eerste FTF of zelfs bij de aanmaak van het dossier gebeurt, waarbij de inhoud vaak pas later wordt toegevoegd.
- > Het EPD voegt niet automatisch een voor de hulpverlener zichtbare tijdstempel toe die duidelijk maakt wanneer de inhoud van het behandelplan wordt ingevoerd of gewijzigd.

In een beperkt aantal gevallen kon achterhaald worden wanneer een eerste versie van het behandelplan inhoudelijk werd opgesteld doordat men handmatig de datum had ingevuld in het sjabloon. In alle andere gevallen moest verondersteld worden dat de datum van aanmaak overeenkwam met de datum waarop het eerste behandelplan werd opgesteld.

Dit alles maakt dat de onderstaande cijfers met de nodige voorzichtigheid moeten geïnterpreteerd worden.

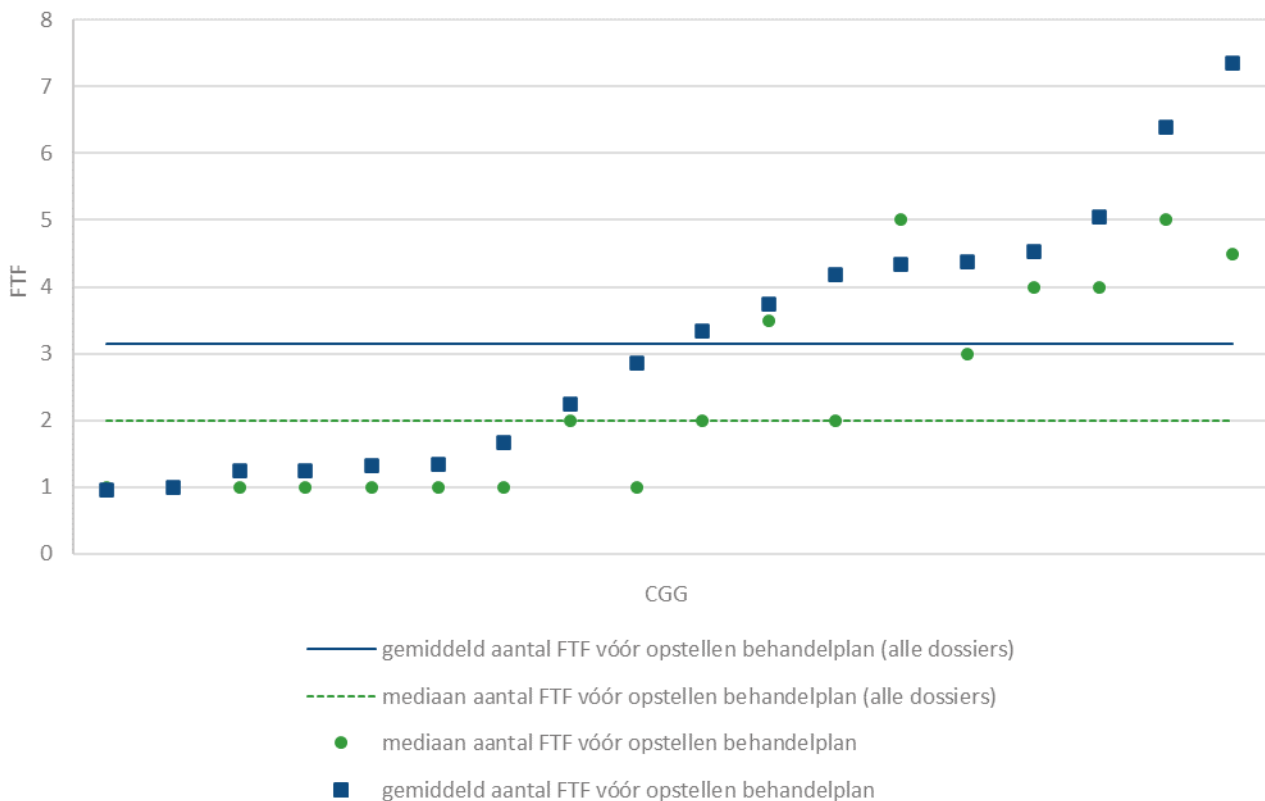
Tabel 6.2: Verloop voor opstellen 1^e behandelplan (in 370 actieve dossiers met een behandelplan)

	2023 ³
gemiddeld aantal FTF vóór het opstellen eerste versie behandelplan (mediaan)	3,14 (2)
gemiddeld aantal dagen tussen FTFi en opstellen eerste versie behandelplan (mediaan)	101 (18)
gemiddeld aantal dagen tussen FTfb en opstellen eerste versie behandelplan (mediaan)	10 (-8)

In de gecontroleerde dossiers merken we van CGG tot CGG grote verschillen op in het verloop vóór het opstellen van het behandelplan, 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 FTFi respectievelijk FTfb en de opmaak van het behandelplan.

Het gemiddeld aantal FTF vóór het opstellen van het behandelplan varieert in de verschillende CGG tussen 1 en 7 FTF (de mediaan varieert tussen 1 en 5). Het gemiddeld aantal dagen tussen FTFi en het opstellen van de eerste versie van het behandelplan varieert tussen -1 en 335 dagen (in sommige CGG werd voor sommige cliënten reeds vóór FTFi een behandelplan opgemaakt; het gaat dan over cliënten die worden doorverwezen vanuit partnervoorzieningen waarmee heel nauw wordt samengewerkt, en waarbij de zorgperiode in het CGG als een verderzetting van de zorg kan worden gezien). Het gemiddeld aantal dagen tussen FTfb en het opstellen van de eerste versie van het behandelplan varieert tussen -124 en 119 dagen.

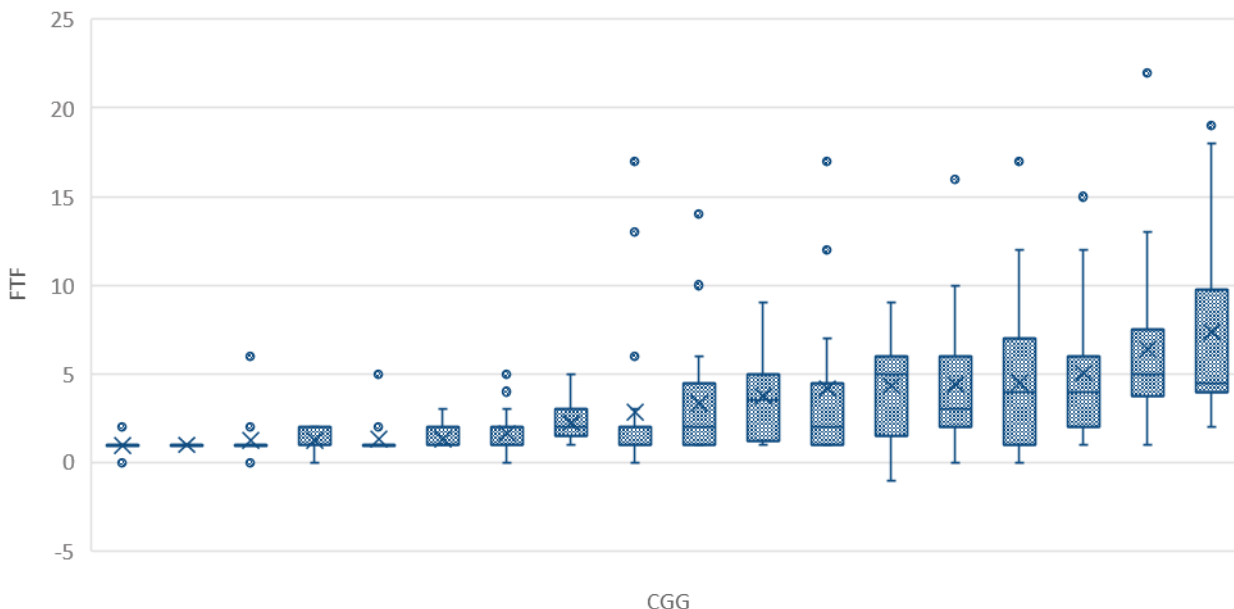
Figuur 6.1: Aantal FTF voor opstellen eerste behandelplan: mediaan en gemiddelde, per CGG



³ Door de wijzigingen inzake registratie in het EPD worden deze cijfers niet vergeleken met de vaststellingen tijdens de inspectieronde in 2017-2018 (zie 3.3).

In onderstaande grafiek worden de resultaten van elk CGG verder toegelicht aan de hand van een boxplot⁴, die de spreiding van de gevonden waarden visualiseert. De CGG worden in dezelfde volgorde weergegeven als in de grafiek hierboven.

Figuur 6.2: Aantal FTF voor opstellen eerste behandelplan: spreiding per CGG



De linkerkant van de grafiek maakt duidelijk dat een aantal CGG voor quasi alle gecontroleerde dossiers een zelfde korte termijn hanteren vóór de opmaak (of aanmaak) van het behandelplan. Meer naar de rechterkant van de grafiek is het aantal FTF vóór het opstellen van het behandelplan groter en onderhevig aan meer variatie. In sommige CGG zijn er ook een aantal uitschieters.

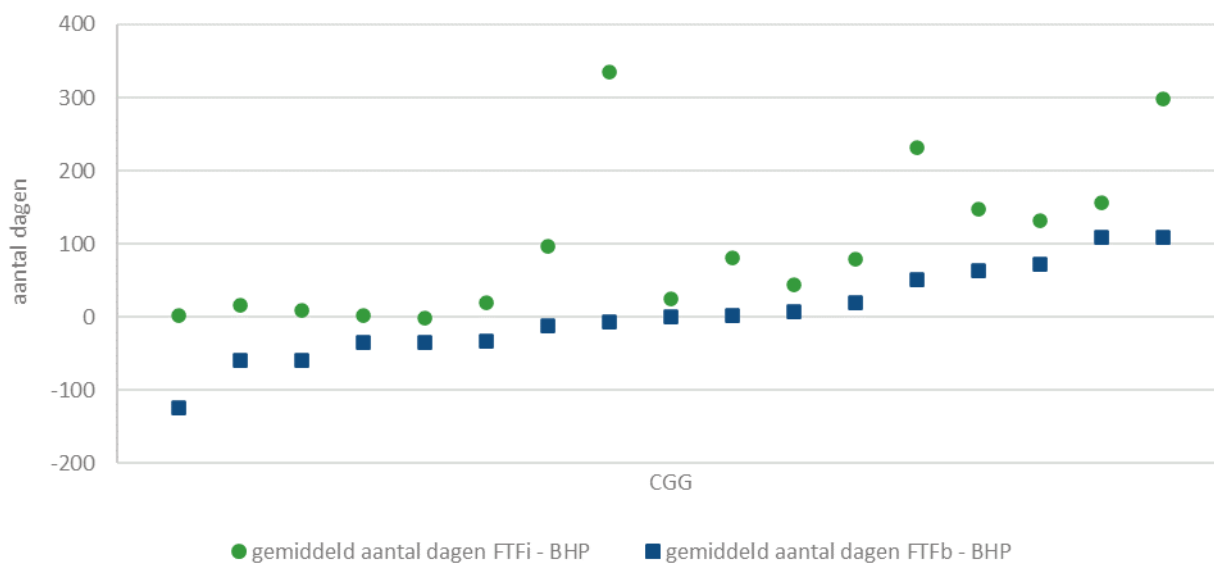
De grafiek toont ook dat vier van de geïnspecteerde CGG voor al hun gecontroleerde dossiers een behandelplan hebben opgemaakt uiterlijk na 4 FTF.

Inbreuk:
 In 7 van de 18 CGG werd in < 80% van de gecontroleerde dossiers met een looptijd van maximaal 2 jaar, uiterlijk na het vierde FTF een behandelplan gevonden.

⁴ De onderste lijn van elke "box" komt overeen met het 25^e percentiel voor het betreffende CGG; een vierde van de waardes ligt onder deze lijn. De bovenste lijn van de box wordt gevormd door het 75^e 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 (= 50^e 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.

Onderstaande grafiek toont de spreiding tussen de verschillende CGG van het aantal dagen dat verloopt vóór er een behandelplan wordt opgesteld.

Figuur 6.3: Gemiddeld aantal dagen voor opstellen eerste behandelplan, per CGG



6.2.3 Hulpvraag, diagnose/hypothese en doelstellingen

In alle actieve dossiers met een looptijd van maximum 2 jaar, werd bekeken of de hulpvraag en de hulpverwachting van de cliënt, de diagnose en/of hypothesen en de doelstellingen in het dossier waren genoteerd.

Tabel 6.3: Hulpvraag, diagnose/hypothese en doelstellingen in 287 dossiers met een looptijd < 2 jaar

item	aantal dossiers waarin het item werd gevonden	% dossiers waarin het item werd gevonden	% dossiers waarin het item werd gevonden (2017-2018)
hulpvraag en de hulpverwachting van de cliënt	286	100%	94%
diagnose en/of hypothese	282	98%	100%
doelstellingen	266	93%	94%
alle drie elementen	265	92%	89%

- > Deze items werden in hoge mate gevonden in de gecontroleerde dossiers:
 - De hulpvraag ontbrak in slechts 1 dossier.
 - Een diagnose en/of hypothese werd in 16 van de 18 CGG in alle dossiers gevonden. Daarnaast:
 - ontbrak de diagnose/hypothese in 1 CGG in 1 dossier
 - ontbrak dit item in een ander CGG in 25% van de gecontroleerde dossiers.
- > Doelstellingen ontbraken vaker. In 8 van de 18 CGG werden in alle gecontroleerde dossiers doelstellingen gevonden. In de 10 andere CGG was dat niet altijd het geval:
 - in 5 CGG was er telkens 1 dossier zonder doelstellingen
 - in 2 CGG ontbraken doelstellingen in 13% van de gecontroleerde dossiers
 - in 2 CGG ontbraken doelstellingen in 19% van de gecontroleerde dossiers
 - in 1 CGG hadden 38% van de gecontroleerde dossiers geen doelstellingen.

Geen inbreuk:

- > In geen enkel CGG werd in < 80% van de gecontroleerde dossiers de hulpvraag/hulpverwachting gevonden.

Inbreuken:

- > In 1 CGG werd in < 80% van de gecontroleerde dossiers een diagnose en/of hypothese gevonden.
- > In 1 CGG werden in < 80% van de gecontroleerde dossiers doelstellingen gevonden.

6.2.4 Overzicht van de klachten en problemen

In alle actieve dossiers met een looptijd van maximum 2 jaar (n=287) werd in het overzicht van klachten en problemen de aanwezigheid van vijf 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 bevroegd werden (cf. supra).

82% van de gezochte items (1180/1435) werd gevonden in alle gecontroleerde dossiers (75% in de vorige inspectieronde).

Per CGG werden wel grote verschillen vastgesteld, gaande van 54 tot 98% gevonden items (zie figuur 6.4). In 6 van de 18 CGG werd minder dan 80% van de gezochte items gevonden.

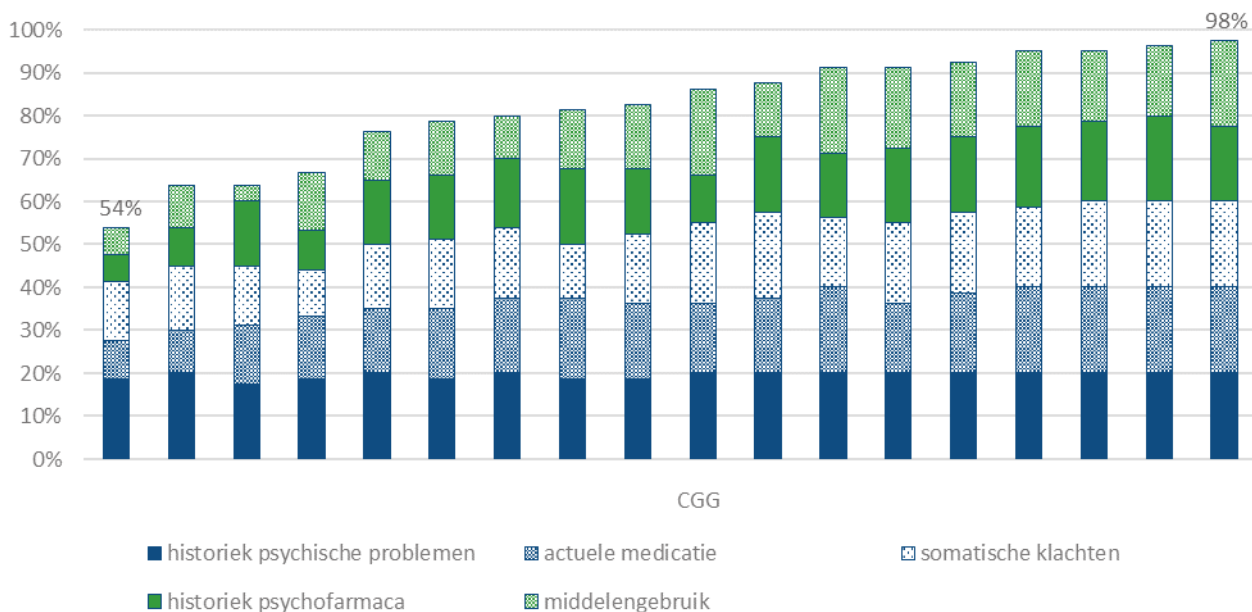
Uit onderstaande tabel en grafiek blijkt dat er grote verschillen bestaan voor de vijf aspecten die werden nagegaan. Over elk onderwerp wordt niet even vaak informatie genoteerd in het dossier.

Tabel 6.4: Klachten en problemen in 287 dossiers met een looptijd < 2 jaar

klachten en problemen	aantal dossiers met informatie	% dossiers met informatie	% dossiers met informatie (2017-2018)
informatie over vroeger psychofarmacagebruik	217	76%	68%
informatie over actueel medicatiegebruik	240	84%	80%
informatie over somatische problemen of klachten	240	84%	79%
gegevens over de historiek op het vlak van psychische problemen	280	98%	96%
gegevens over het middelengebruik	203	71%	53%

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

Figuur 6.4: Percentage gevonden gegevens i.v.m. klachten en problemen per CGG, met opsplitsing voor de vijf gecontroleerde items (maximaal 20% per item)



De informatie over de historie op het vlak van psychische problemen werd in de gecontroleerde dossiers van de verschillende teams quasi altijd (98%) genoteerd (96% in de vorige inspectieronde). De notities over de vier andere onderwerpen kenden meer variatie, waarbij de grootste verschillen – net als tijdens de vorige inspectieronde – werden opgemerkt in het noteren van informatie over middelengebruik.

Tijdens de vorige inspectieronde werd het ontbreken van voldoende informatie over het totaal van deze vijf items als een kritisch verbeterpunt benoemd (waarbij de afkapwaarde toen op 70% werd gelegd). Tijdens de vorige inspectieronde werd dit kritisch verbeterpunt bij 7 van de 20 CGG vastgesteld. Tijdens de huidige inspectieronde haalden 4 van de 18 CGG minder dan 70%.

- Geen inbreuk:**
- > In geen enkel CGG werden in < 80% van de gecontroleerde dossiers gegevens over de historie op het vlak van psychische problemen gevonden.
- Inbreuken:**
- > In 9 CGG werd in < 80% van de gecontroleerde dossiers informatie over (vroeger) psychofarmaca-gebruik gevonden.
 - > In 5 CGG werd in < 80% van de gecontroleerde dossiers informatie over actueel medicatiegebruik gevonden.
 - > In 6 CGG werd in < 80% van de gecontroleerde dossiers informatie over somatische problemen of klachten gevonden.
 - > In 10 CGG werden in < 80% van de gecontroleerde dossiers gegevens over middelengebruik gevonden.

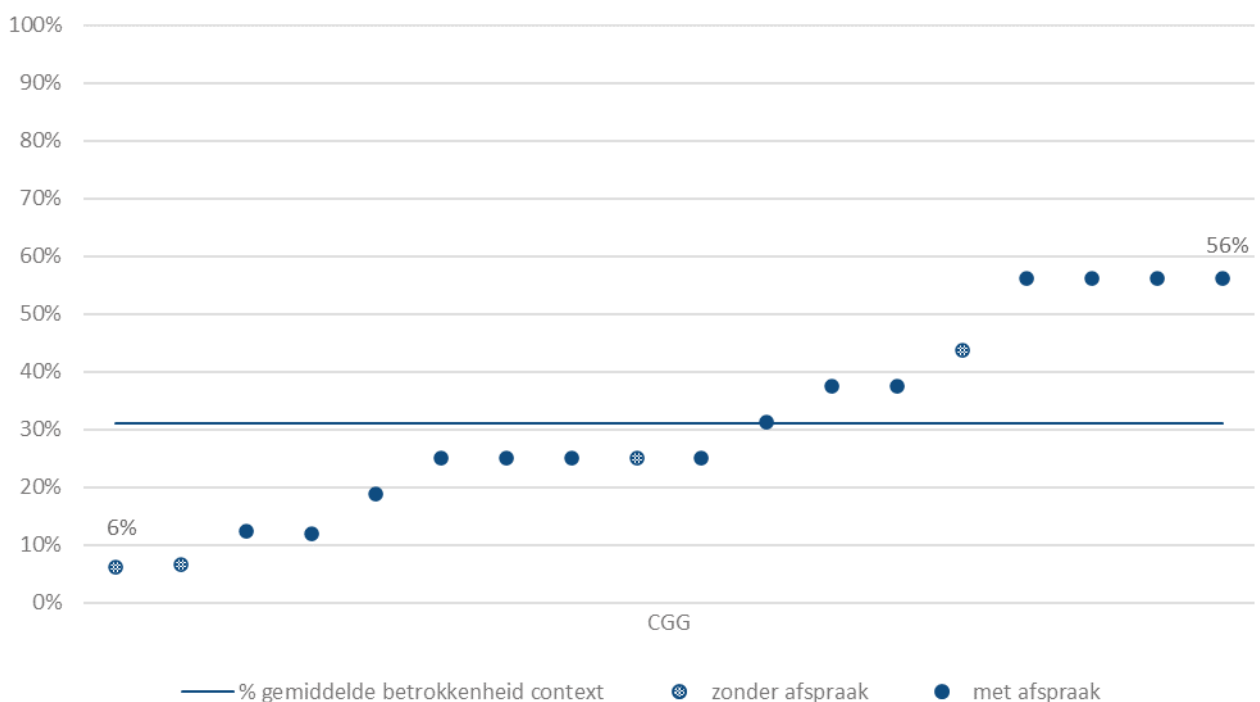
6.2.5 Betrokkenheid van de context

In 287 actieve dossiers (met een looptijd van minder dan 2 jaar) 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 informatie in het dossier 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 31% van de gecontroleerde dossiers (89/287) werd informatie gevonden over betrokkenheid van de context (23% in de vorige inspectieronde).

In onderstaande grafiek worden de percentages weergegeven voor de verschillende CGG, met een variatie van 6 tot 56%. Er wordt daarbij een visueel onderscheid gemaakt tussen CGG die afspraken hebben over de indicaties waarbij de context moet betrokken worden, en CGG die dergelijke afspraken niet hebben.

Figuur 6.5: Percentage dossiers met informatie over de betrokkenheid van de context, per CGG



6.2.6 Notities bij FTF-contacten

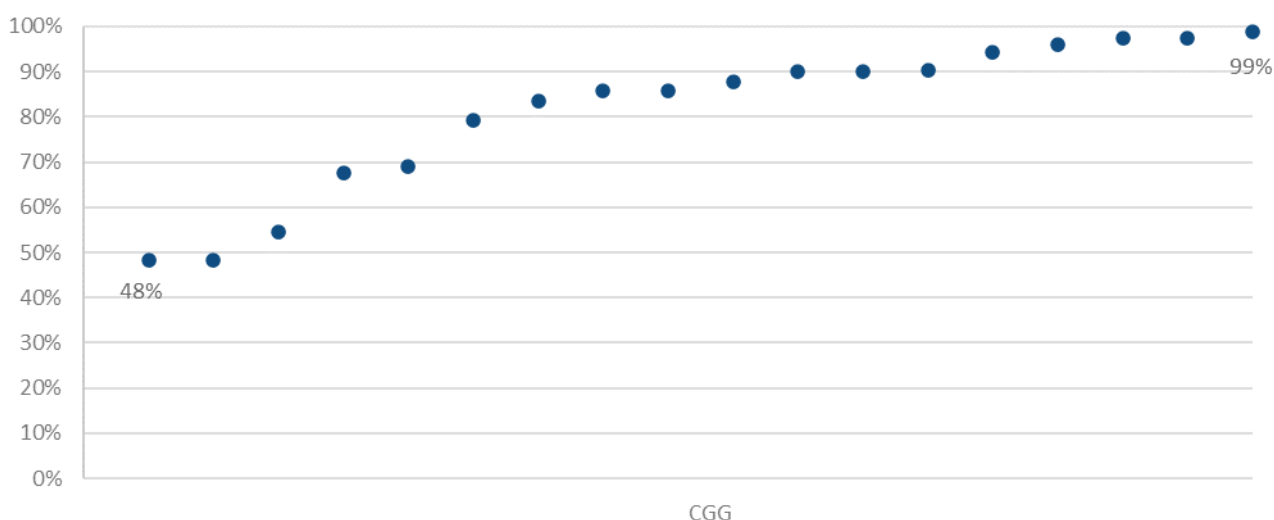
In de 287 actieve dossiers met een looptijd van een half tot 2 jaar werd gecontroleerd of notities konden gevonden worden van de FTF-contacten. Het aantal gecontroleerde FTF-contacten varieerde per inspectie: per dossier werd gestreefd naar controle van de 10 meest recente FTF voor twee subgroepen (CGG-psychiaters enerzijds en andere disciplines anderzijds), voor zover die plaatsvonden in het jaar voorafgaand aan de inspectie. Hierbij moet opgemerkt worden dat slechts in een klein aandeel van de dossiers 10 FTF-contacten met de CGG-psychiater werden gevonden in dat jaar.

Tabel 6.5: Notities bij FTF-contacten

	aantal gecontroleerd	aantal met notities	% met notities	% met notities 2017-2018
totaal aantal FTF	2 867	2 354	82%	82%
aantal FTF van therapeuten	2 472	2 033	82%	81%
aantal FTF van CGG-psychiaters	395	321	81%	87%

Net als in de vorige inspectieronde vonden we over 82% van alle gecontroleerde FTF-contacten notities. Per CGG varieerde dat percentage tussen 48 en 99%. In 6 CGG werden voor minder dan 80% van de gecontroleerde FTF notities gevonden.

Figuur 6.6: Percentage gevonden notities bij FTF-contacten van therapeut en psychiater, per CGG



Voor 82% van de gecontroleerde FTF-contacten met therapeuten vonden we notities (81% in de vorige inspectieronde), met een spreiding van 33 tot 100%.

Voor 81% van de gecontroleerde FTF-contacten met psychiaters vonden we notities (87% in de vorige inspectieronde), met een spreiding van 24 tot 100%. In 3 CGG werden geen FTF-contacten met de psychiater gevonden in de gecontroleerde periode.

Inbreuken:

- > In 5 CGG werden van < 80% van de gecontroleerde FTF met een therapeut notities in het dossier gevonden.
- > In 3 CGG werden van < 80% van de gecontroleerde FTF met een psychiater notities in het dossier gevonden⁵.

⁵ Dit item werd slechts in 15 CGG beoordeeld. In de 3 andere CGG werden in geen enkel van de gecontroleerde actieve dossiers FTF met een CGG-psychiater gevonden, en kon deze verwachting dus niet getoetst worden.

6.2.7 (Verbeter)beleid

Op basis van beleidsdocumenten rond het thema behandelplan en op basis van een gesprek met een medewerker werden onderstaande elementen gescoord voor het geïnspecteerde team.

Tabel 6.6: Vaststellingen m.b.t. het (verbeter)beleid rond behandelplan

	aantal	aantal 2017-2018
Er zijn duidelijke verwachtingen qua gebruik van een model van behandelplan.	18/18	20/20
Er is beleidsmatig vastgelegd dat de behandelplannen onderstaande elementen moeten bevatten:		
- klachten en problemen van de cliënt	18/18	20/20
- (hulpvraag en) hulpverwachting van de cliënt	18/18	20/20
- diagnosen of hypothesen	18/18	20/20
- doelstellingen	18/18	20/20
- behandeling en begeleiding (geplande acties en interventies)	17/18	20/20
- datum eerstvolgende evaluatie	18/18	20/20
- afstemming met de cliënt	18/18	19/20
Er is formeel vastgelegd op welk moment een behandelplan moet opgesteld zijn.	18/18	18/20
Deze termijn is concreet en duidelijk toetsbaar geformuleerd	16/18	16/20
Er zijn schriftelijke afspraken over het noteren van informatie in het multidisciplinair dossier:		
- m.b.t. medische gegevens	18/18	15/20
- m.b.t. psycho-emotionele gegevens	18/18	16/20
- m.b.t. verwachtingen van de cliënt	18/18	17/20
- m.b.t. notities van FTF-contacten	17/18	7/20
- m.b.t. verslag van de multidisciplinaire behandelplanbespreking	17/18	16/20
Er zijn gegevens beschikbaar (maximaal 5 jaar oud) over het al dan niet werken met behandelplannen.	18/18	20/20
Er zijn gegevens beschikbaar (maximaal 5 jaar oud) over de inhoud van de behandelplannen (bv. of het doelstellingen bevat).	14/18	9/20
Er werden de voorbije 5 jaar verbeteracties opgezet rond het werken met behandelplannen:	18/18	19/20
- verbeteracties m.b.t. inhoudelijke aspecten	17/18	17/20
- verbeteracties m.b.t. het gebruik van een model van behandelplan	17/18	17/20
- verbeteracties m.b.t. registratie van gebruik van behandelplan (om zicht te krijgen op de mate waarin het behandelplan gebruikt wordt)	16/18	18/20
- vorming rond het gebruik van behandelplannen	16/18	18/20
Er kan voor de voorbije 5 jaar objectief verbetering aangetoond worden m.b.t. het gebruik van behandelplannen.	16/18	17/20
Er is beleidsmatig vastgelegd bij welke indicaties de context van de cliënt moet betrokken worden in de loop van de zorgperiode.	14/18	8/20



6.3 REFLECTIES

Net als in de vorige inspectieronde bevatten nagenoeg alle gecontroleerde dossiers een behandelplan en hebben alle CGG voor de bezochte teams een model van behandelplan opgemaakt.

Iets meer dan driekwart van de CGG heeft cijfergegevens over de inhoud van deze behandelplannen (bv. of ze doelstellingen bevatten). In de vorige inspectieronde was dat voor minder dan de helft van de CGG het geval.

16 van de 18 CGG stellen duidelijk en meetbaar voorop wanneer een eerste behandelplan verwacht wordt. Uit de dossiercontrole blijkt net als in de vorige inspectieronde dat het aantal FTF vóór het opstellen van een eerste behandelplan zeer sterk varieert van CGG tot CGG.

In 7 van de 18 CGG werd in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers na maximaal vier FTF een behandelplan gevonden, zoals het referentiekader verwacht. Over alle CGG heen voldeden 76% van de dossiers aan de verwachting.

Bovendien moet bij de interpretatie van deze gegevens – zoals hoger uitgebreider werd beschreven – rekening gehouden worden met het feit dat de datum van het inhoudelijk opstellen van het behandelplan tijdens de inspectie vaak niet kon achterhaald worden door de gesprekspartner. Daarbij moest teruggevallen worden op de administratieve aanmaakdatum.

In vergelijking met de vorige inspectieronde hebben meer CGG beleidsmatig vastgelegd bij welke indicaties de context moet worden betrokken. In de dossiers werd ook vaker informatie gevonden over de betrokkenheid van de context (in 31% van de gecontroleerde dossiers, tegenover 23% in de vorige inspectieronde). De variatie tussen de CGG is wel groot (van 6 tot 56%).

Nagenoeg alle 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 drie gecontroleerde aspecten uit het referentiekader, op twee uitzonderingen na.

De volledigheid van het overzicht van klachten en problemen werd nagegaan door het opzoeken van notities over vijf onderwerpen (vroeger psychofarmacagebruik, actueel medicatiegebruik, somatische problemen of klachten, historiek op het vlak van psychische problemen en middelengebruik).

- > Net als in de vorige inspectieronde was in bijna alle gecontroleerde dossiers informatie aanwezig over de historiek op het vlak van psychische problemen.
- > Informatie over actueel medicatiegebruik en over somatische klachten of problemen werd telkens in 84% van de gecontroleerde dossiers gevonden (resp. 80 en 79% in de vorige inspectieronde) met weliswaar grote variatie tussen de verschillende CGG: respectievelijk van 44 tot 100% en van 53 tot 100%.
- > Informatie over vroeger psychofarmacagebruik werd in 76% van de gecontroleerde dossiers gevonden (68% in de vorige inspectieronde) met ook hier grote variatie tussen de verschillende CGG: van 31 tot 100%.
- > Over het onderwerp middelengebruik werd het minst informatie gevonden, namelijk in 71% van de gecontroleerde dossiers. Dit is een verbetering ten opzichte van de vorige inspectieronde (53%) met ook hier grote variatie tussen de verschillende CGG: van 19 tot 100%.

We hanteren bij onze beoordeling de visie dat het niet alleen 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 bevroegde onderwerpen. In de [Richtlijn Psychiatrische Diagnostiek](#) formuleert de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie de 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)."

In verschillende CGG wordt de afspraak gehanteerd dat enkel notities gemaakt worden over aanwezige problemen, niet wanneer er zich geen problemen stellen. Systematische bevraging van relevante klachten en symptomen moet een neerslag vinden in het cliëntdossier. (Beleids)medewerkers gaan er daarbij vaak van uit dat alle onderwerpen systematisch worden bevroegd; tijdens de dossiercontroles werd door de hulpverleners echter herhaaldelijk tegengesproken dat in de praktijk steeds alle onderwerpen bevroegd worden.

De [Kwaliteitswet](#) somt op welke elementen minstens in het dossier moeten worden opgenomen. Eén van de elementen betreft notities over de gesprekken met de cliënt. Op één CGG na hebben alle CGG schriftelijke afspraken over het maken van notities van FTF-contacten. In de vorige inspectieronde was dat in minder dan de helft van de CGG het geval. Desondanks bleef het aandeel FTF met notities hetzelfde als in de vorige inspectieronde: over 82% van alle gecontroleerde FTF-contacten werden notities gevonden, met grote verschillen tussen de CGG.

Algemeen gesteld blijven er visieverschillen over de functie en de noodzakelijke inhoud van het dossier. Het recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntdossier staat beschreven in de wet betreffende de rechten van de patiënt van 2002. Sommige CGG en medewerkers zien het dossier voornamelijk als een registratie-instrument voor het verplicht verzamelen van beleidsinformatie, wat als een hoge administratieve werklast wordt gepercipieerd. 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 communicatiemiddel 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.

7 MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

7.1 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 niet-toegankelijk beschouwd als het een gedeelte van het papieren dossier betrof dat zich op een plaats (bv. in een lokaal of in een kast) bevond die niet toegankelijk was voor alle teamleden, of als informatie in het EPD niet voor alle teamleden toegankelijk was (bv. enkel voor de therapeut die ze had ingevoerd). Ter informatie ging Zorginspectie ook na of alle gezochte informatie in het EPD kon worden gevonden, dan wel deels op papier.

Verder moet het CGG volgens het referentiekader multidisciplinair werken. Elk team moet werken onder de eindverantwoordelijkheid van een psychiater en in voldoende mate een 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 FTF-contacten, anderzijds door zicht te krijgen op de aanwezige disciplines bij intercollegiale behandelplanbesprekingen. De betrokken disciplines werden bij deze dossiercontrole in twee groepen onderverdeeld: de psychiaters en de andere disciplines.

De manier waarop de rol en eindverantwoordelijkheid van de CGG-psychiater wordt ingevuld (wat in het referentiekader niet wordt gespecificeerd), werd geconcretiseerd door in de actieve dossiers te kijken of een CGG-psychiater bij elk dossier betrokken was, hetzij via minstens één 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. De eventuele betrokkenheid van externe psychiaters werd niet nagegaan.

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 zesmaandelijks 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 behandelplanbesprekingen tijdens de 24 maanden voorafgaand aan de inspectie nagegaan, evenals de lengte van de periodes tussen de behandelplanbesprekingen en tussen de laatste behandelplanbespreking en de inspectiedatum (met daarbij de vraag hoeveel keer deze periode meer dan zes maanden duurde). Enkel de behandelplanbesprekingen die plaatsvonden na de datum van het opstellen van het eerste behandelplan werden meegeteld.

Volgens het referentiekader moet het CGG zorgen voor een goede doorstroming van de nodige informatie om een begeleiding of behandeling op te starten of verder te zetten, en om parallelle hulpverlening af te stemmen. Dit moet gedaan worden met het akkoord van de cliënt en met respect voor het beroepsgeheim.

Sinds de aanpassing van het referentiekader in 2019 wordt specifiek verwacht dat het CGG bij het beëindigen van de behandeling een afsluitbrief bezorgt aan de huisarts en/of de oorspronkelijke doorverwijzer. Als de cliënt hiervoor geen toestemming verleent, wordt dit genoteerd in het cliëntendossier. De cliënt moet een afschrift van de afsluitbrief ontvangen. Het dossier moet de contactgegevens van de huisarts bevatten (of desgevallend de melding dat de cliënt geen huisarts heeft of niet wil dat diens gegevens worden genoteerd). Deze gegevens werden gecontroleerd in de afgesloten dossiers. Er werd ook ruimer gekeken of er in de loop van de zorgperiode schriftelijke communicatie plaatsvond met de huisarts, 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.

Als tussenstap in het proces van het opmaken van een afsluitbrief werd in de dossiers bekeken of er op het einde van de zorgperiode een eindsynthese werd opgemaakt, in eender welke vorm (bv. een intern eindverslag). 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.

7.2 VASTSTELLINGEN

7.2.1 Toegankelijkheid van het dossier voor de verschillende disciplines

In 287 dossiers werd nagegaan of de gecontroleerde informatie toegankelijk was voor alle disciplines (namelijk in alle actieve dossiers met een looptijd van een half jaar tot 2 jaar).

In 285 van de 287 dossiers (99%) kon multidisciplinaire toegankelijkheid aangetoond worden (98% in de vorige inspectieronde).

In de vorige inspectieronde werd toegankelijkheid van het dossier bij één CGG als een prioritair verbeterpunt benoemd. In de huidige inspectieronde werd hierop nergens een inbreuk vastgesteld.

Geen inbreuk:

In geen enkel CGG was < 80% van de gecontroleerde dossiers toegankelijk voor alle teamleden.

Alle CGG gebruiken hetzelfde EPD. De meeste informatie die daarin wordt bijgehouden, is toegankelijk voor de andere teamleden. Hulpverleners kunnen daarnaast ook persoonlijke notities invoeren, die afgeschermd zijn voor andere teamleden.

Soms werkt men daarnaast nog met een gedeeltelijk papieren dossier. De manier waarop de papieren gedeeltes van de dossiers worden bewaard, varieert per CGG. Soms worden dossiers bv. centraal per vestigingsplaats bewaard, soms bewaart elke hulpverlener de eigen dossiers in een eigen kast (waarbij werd nagegaan of die toegankelijk was voor andere teamleden).

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



In 19% van de gecontroleerde dossiers (55/287) werd een gedeelte van de informatie op papier gevonden (66% in de vorige inspectieronde). In 81% van de dossiers werd alle informatie in het EPD gevonden⁶.

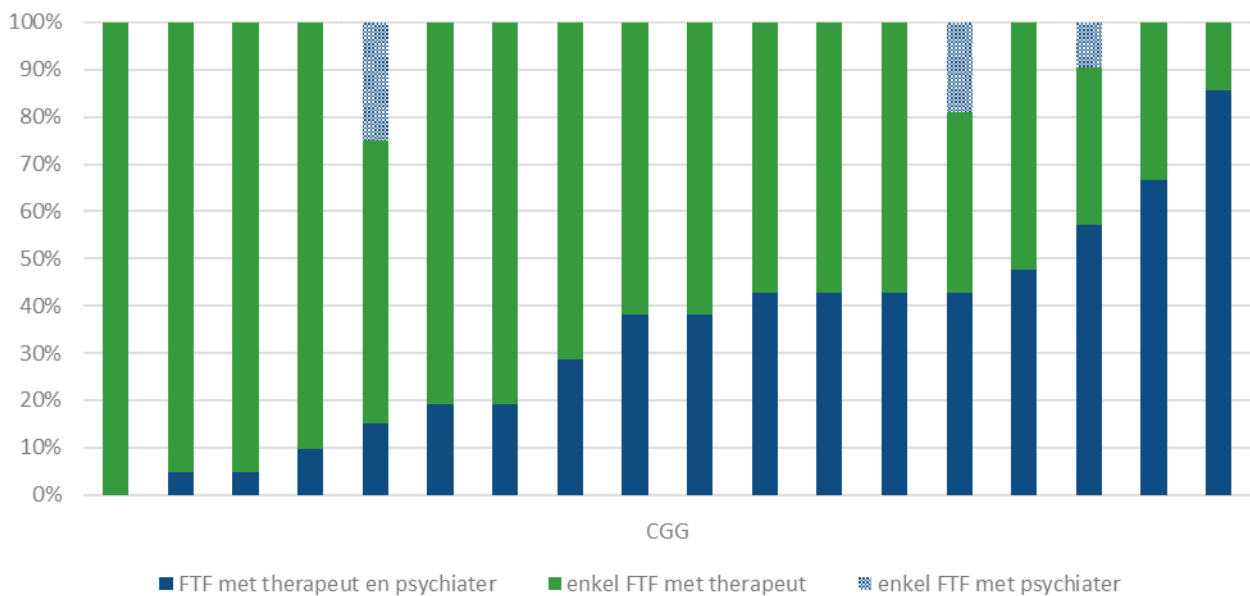
In 12 van de 18 CGG werd alle gezochte informatie in het EPD gevonden (3 van de 20 in de vorige inspectieronde).

7.2.2 FTF-contacten door verschillende disciplines in de loop van de volledige zorgperiode

In alle 377 actieve dossiers werd voor de volledige zorgperiode het aantal FTF door CGG-psychiaters en door andere disciplines nagegaan.

In 34% van de dossiers (127/377) was er zowel met een CGG-psychiater als met een andere discipline minstens één FTF-contact (29% in de vorige inspectieronde). Het aandeel dossiers van cliënten die zowel met een CGG-psychiater als met een andere discipline FTF-contacten hadden, varieert erg sterk tussen de CGG (van 0 tot 86%), zoals onderstaande grafiek aantoont.

Figuur 7.1: Percentage dossiers met FTF door verschillende disciplines, per CGG



7.2.3 Betrokkenheid CGG-psychiater via FTF-contacten of behandelplanbespreking

Zoals beschreven onder 7.1, toetste Zorginspectie de 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 combineerden we beide gegevens per dossier.

Beide elementen werden gecontroleerd in alle 377 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.

⁶ 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.

7.2.4 Zesmaandelijkse bespreking van het behandelplan

Voor alle actieve dossiers (n=377) 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, beperkten we ons tot de laatste 24 maanden voorafgaand aan de inspectie.

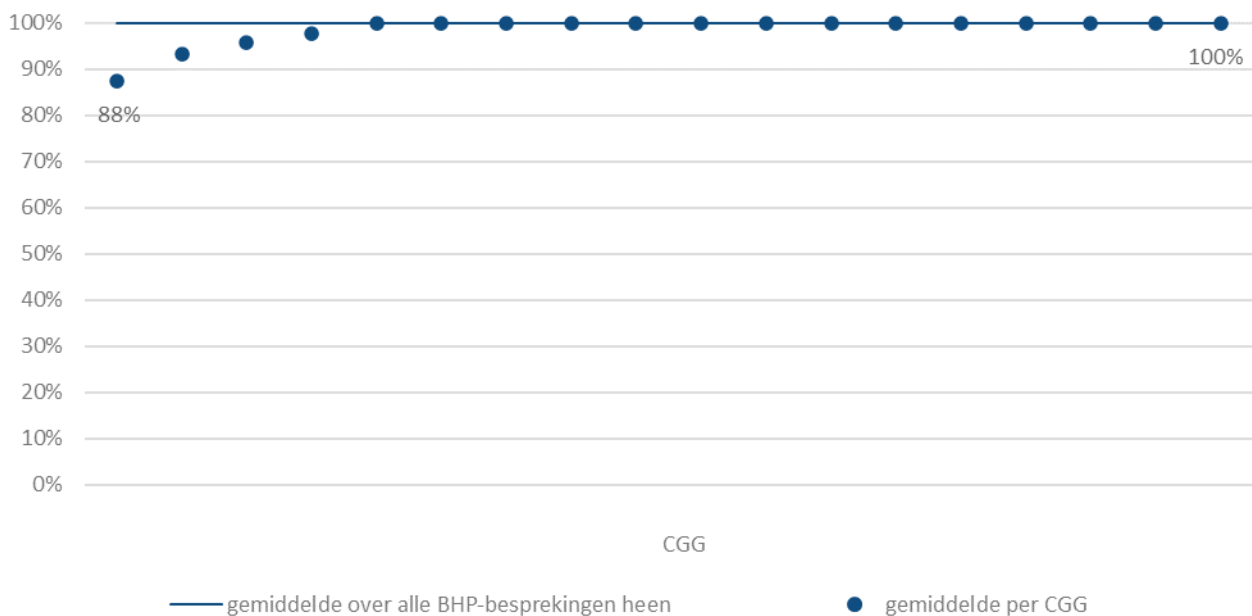
In 77 van de 377 gecontroleerde dossiers werd geen intercollegiale behandelplanbespreking gevonden (146/409 in de vorige inspectieronde). In 16 daarvan werd er wel een behandelplan opgesteld, maar verliepen er minder dan 6 maanden tussen het opstellen van het behandelplan en de inspectiedatum (43 in de vorige inspectieronde).

In de 61 andere dossiers zonder intercollegiale behandelplanbespreking:

- > werd in 7 dossiers geen behandelplan gevonden (cf. supra), en dus logischerwijze ook geen behandelplanbespreking (16 in de vorige inspectieronde);
- > werd in 39 dossiers (met een looptijd van minder dan 2 jaar) wel een behandelplan opgesteld, en verliep meer dan 6 maanden tussen het opstellen van het behandelplan en de inspectiedatum (59 in de vorige inspectieronde);
- > was er in 15 dossiers (met een looptijd van meer dan 2 jaar) wel een behandelplan, maar vond er in de laatste twee jaar voor de inspectiedatum geen behandelplanbespreking plaats (28 in de vorige inspectieronde).

In de 300 overige dossiers werden in totaal 968 behandelplanbesprekingen bekeken: bij 99% van de besprekingen (960/968) was in het dossier te vinden dat er meer dan één aanwezige was (92% in de vorige inspectieronde). Bij 71% van de besprekingen (687/968) kon aangetoond worden dat één van de aanwezigen een psychiater was (71% in de vorige inspectieronde), waarbij sterke verschillen werden vastgesteld van CGG tot CGG.

Figuur 7.3: Percentage behandelplanbesprekingen met aantoonbare aanwezigheid van meer dan één persoon, per CGG



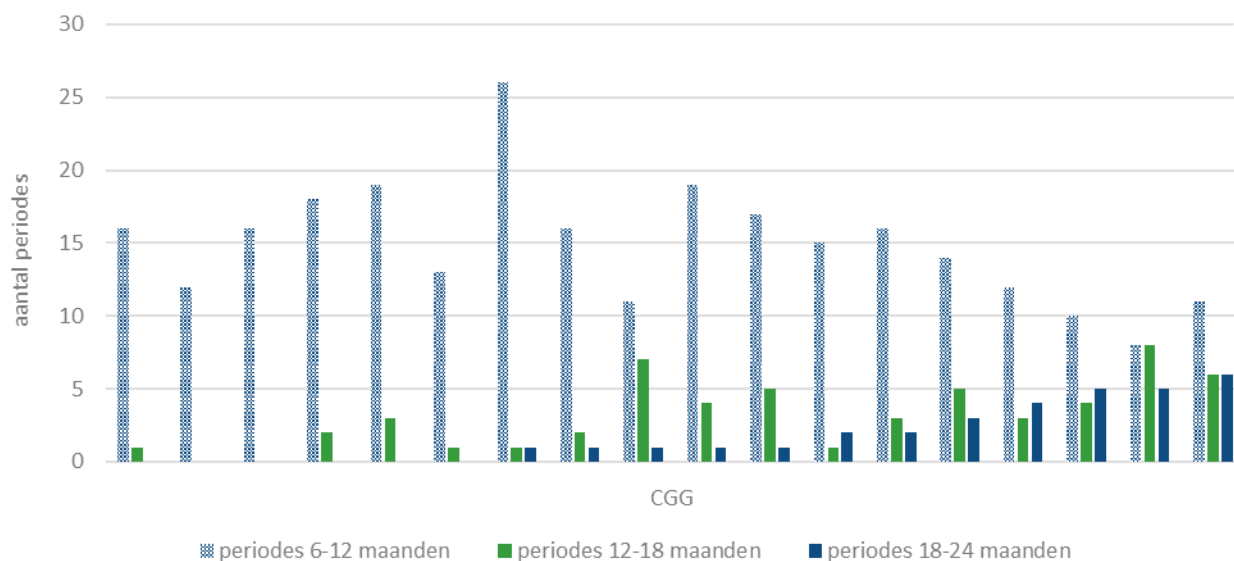
Merk op dat in één dossier meerdere periodes van meer dan 6 maanden kunnen voorkomen zonder dat een behandelplan wordt opgesteld of besproken (bv. een periode van 8 maanden tussen FTFb en opstellen van het behandelplan, en dan een periode van 9 maanden vooraleer het behandelplan wordt besproken).

Tabel 7.2: Duur van de periodes van meer dan 6 maanden waarin geen BHP werd opgesteld of besproken (357 periodes in 377 actieve dossiers)

	aantal periodes	%	% 2017-2018
aantal periodes van 6-12 maanden waarin geen BHP werd opgesteld of besproken	269	75%	53%
aantal periodes van 12-18 maanden waarin geen BHP werd opgesteld of besproken	56	16%	24%
aantal periodes van 18-24 maanden waarin geen BHP werd opgesteld of besproken	32	9%	23%

Er waren grote verschillen tussen de CGG 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 7.6: Aantal periodes van meer dan 6 maanden waarin geen BHP werd opgesteld of besproken, per CGG



Hieruit blijkt dat de periodes waarin geen behandelplan werd opgesteld of besproken bij een aantal CGG (bijna) allemaal korter zijn dan 1 jaar. Bij een aantal andere CGG valt daarentegen op dat er in een aanzienlijk aantal dossiers langere periodes voorkwamen (langer dan 12 maanden en/of langer dan 18 maanden) zonder dat een behandelplan werd opgesteld of besproken.

Tabel 7.3 geeft een beeld van de fase van de zorgperiode waarin er meer dan 6 maanden geen behandelplan werd opgesteld of besproken.

Tabel 7.3: Toelichting bij de periodes van meer dan 6 maanden waarin geen behandelplan werd opgesteld of besproken (357 periodes in 377 actieve dossiers)

	aantal	%	% 2017-2018
aantal periodes van meer dan 6 maanden doordat het dossier geen BHP bevat	7	2%	5%
aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen FTFb en het opstellen van het eerste BHP	25	7%	12%
aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen de opmaak van het BHP en de eerste BHP-bespreking	80	22%	27%
aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen het moment dat 2 jaar voor de inspectiedatum viel en de eerste daaropvolgende BHP-bespreking (in dossiers met een looptijd van meer dan 2 jaar)	38	11%	20%
aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen 2 BHP-besprekingen	147	41%	16%
aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen de meest recente BHP-bespreking en de inspectiedatum	60	17%	20%

Inbreuken:

- > In 11 CGG werd in < 80% van de gecontroleerde dossiers met een looptijd van maximaal 2 jaar, met een behandelplan van meer dan 6 maand oud, het behandelplan binnen de eerste 6 maanden na opmaak besproken.
- > In 12 CGG werd in < 80% van de gecontroleerde dossiers het behandelplan in de laatste 6 maanden voor de inspectie opgemaakt of besproken.

7.2.5 Communicatie met externe zorgverleners met het oog op continuïteit van zorg

In alle afgesloten dossiers (n=288) 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).

Tabel 7.4 Informatie over (communicatie met) de huisarts (in 288 afgesloten dossiers)

	aantal dossiers	% dossiers	% dossiers 2017-2018
dossiers met enige informatie over (communicatie met) de huisarts	283 ⁷	98%	82%
aantal met de naam van de huisarts	266		
aantal waarin stond dat de cliënt geen huisarts heeft	12		
aantal waarin stond genoteerd dat de cliënt geen communicatie met de huisarts wilde	8		

In 98% van de gecontroleerde dossiers stond informatie over de huisarts vermeld (82% in de vorige inspectieronde). Het percentage dossiers met informatie per CGG varieert tussen 88 en 100%.

Geen inbreuk:

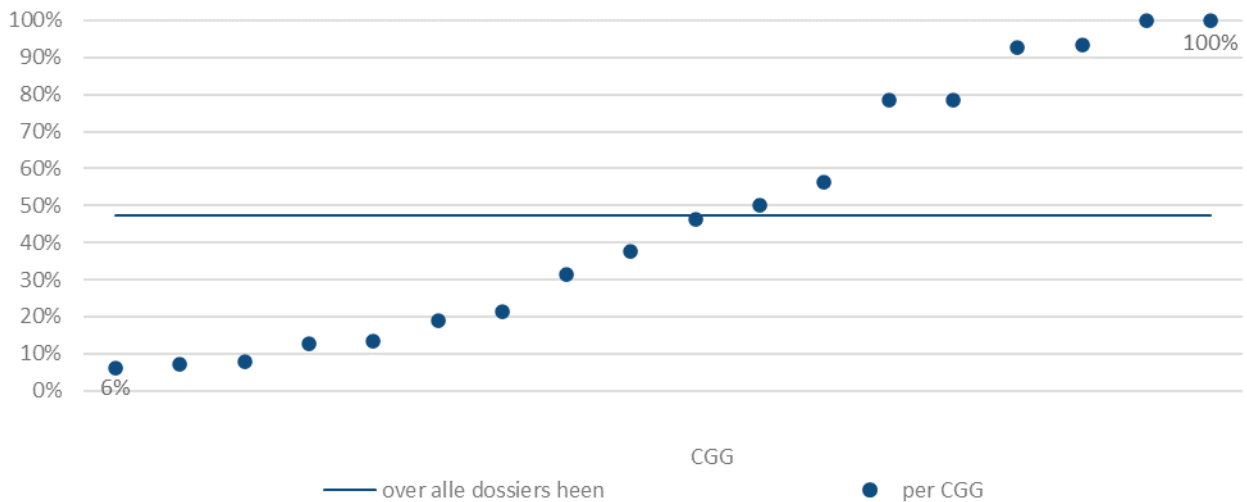
In geen enkel CGG werd in < 80% van de gecontroleerde dossiers informatie over de huisarts gevonden.

⁷ In drie van de dossiers met vermelding van de naam van de huisarts stond ook genoteerd dat de cliënt geen communicatie met de huisarts wou. Dat verklaart waarom dit totaal lager is dan de som van de onderstaande rijen.

In de afgesloten dossiers (behalve in de 12 dossiers waarin stond dat de cliënt geen huisarts had en de 8 dossiers waarin stond 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 268 dossiers.

In 127 dossiers (47%) werd schriftelijke communicatie naar de huisarts gevonden, verstuurd in eender welke fase van de afgesloten zorgperiode (27% in de vorige inspectieronde). Sommige CGG scoren op dit vlak opmerkelijk beter dan de andere: de cijfers variëren tussen 6 en 100%, zoals hieronder weergegeven.

Figuur 7.7: Percentage dossiers met schriftelijke communicatie naar de huisarts, per CGG



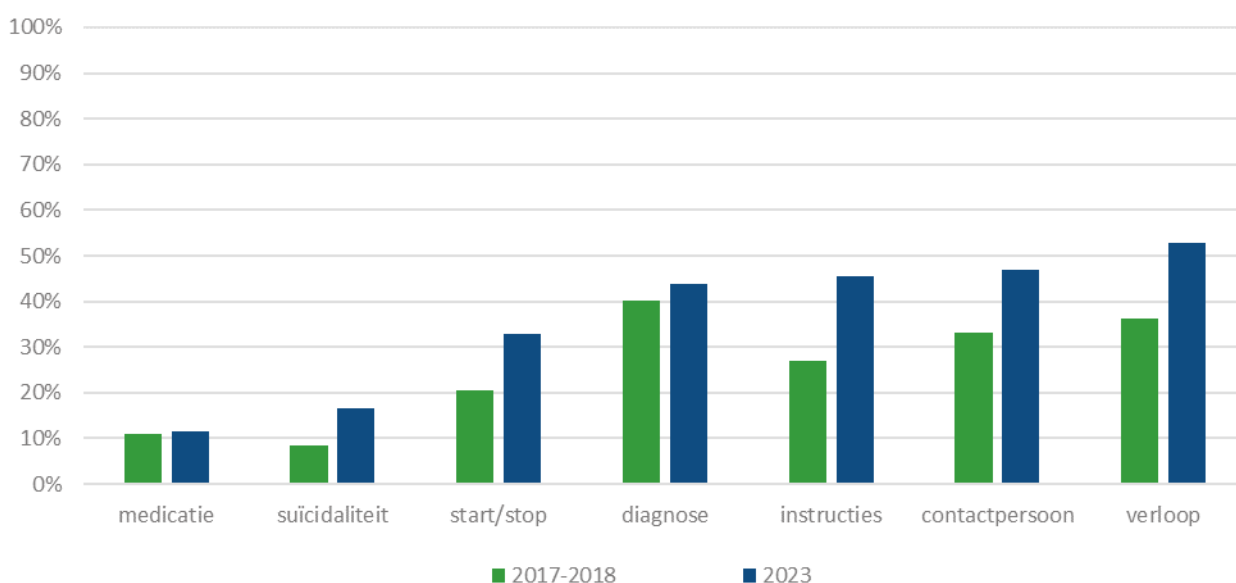
Inbreuk:
 In 14 CGG was in < 80% van de gecontroleerde dossiers schriftelijke communicatie met de huisarts aantoonbaar.

Eindsynthesen en ontslagbrieven

In 62% van de gecontroleerde dossiers (179/288) werd een eindsynthese gevonden (47% in de vorige inspectieronde).

In de gevonden eindsynthesen werd nagegaan of bepaalde elementen al dan niet aanwezig waren. In meer dan de helft van de syntheses werd een diagnose vermeld (70%), stond een start- en einddatum van de begeleiding vermeld (53%), stond het verloop van de zorgperiode beschreven (85%), stond een contactpersoon vermeld (75%) en werden instructies beschreven voor de na- of vervolgzorg (73%). In een minderheid van de eindsynthesen stond informatie over medicatie (18%) en informatie over suicidaliteit van de cliënt (27%).

Figuur 7.8: Percentage dossiers waarin verschillende inhoudelijke elementen vermeld stonden in een eindsynthese



58% van de gevonden eindsynthesen (103/179) waren een afsluitbrief (34% in de vorige inspectieronde). Dit betekent ook dat in 36% van de gecontroleerde afgesloten dossiers (103/288) een afsluitbrief gevonden werd (16% in de vorige inspectieronde), met een spreiding tussen CGG van 0 tot 100%.

We gingen na of de 103 afsluitbrieven verstuurd of bezorgd aan de verwijzer, aan de huisarts en/of aan de cliënt of zijn naaste. Ter informatie werd ook bekeken of de afsluitbrief werd bezorgd aan de geplande vervolgzorg.

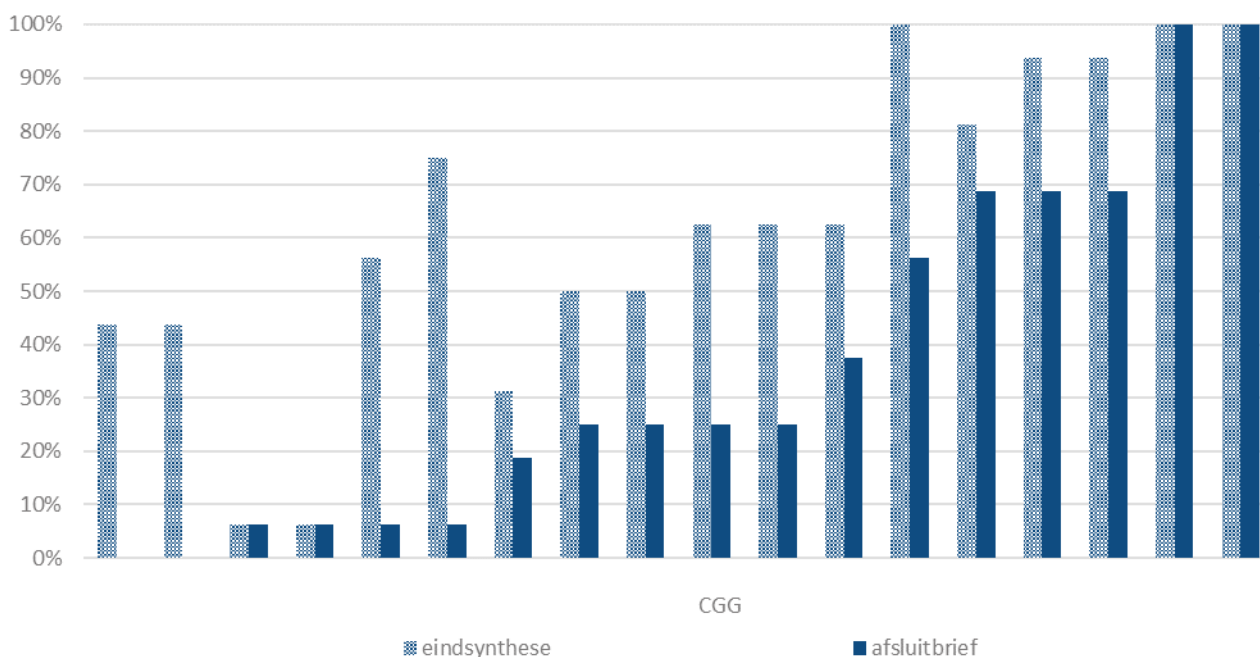
Het versturen van een afsluitbrief gebeurt slechts in twee van de bezochte teams systematisch voor alle cliënten (één team in de vorige inspectieronde).

Tabel 7.5: Verstuurde afsluitbrieven in 288 afgesloten dossiers

bestemming	aantal verstuurd ⁸	% van afgesloten dossiers	% van afgesloten dossiers 2017-2018
de huisarts	90	31%	11%
de verwijzer	32	11%	5%
de zorgverlener die zou instaan voor de vervolgzorg (bv. PZ, psychotherapeut ...)	21	7%	4%
de cliënt of zijn naaste	25	9%	1%

⁸ Soms werd een afsluitbrief aan meerdere bestemmingen bezorgd.

Figuur 7.9: Percentage dossiers met een afsluitbrief en/of een eindsynthese, per CGG



Inbreuk:
In 16 CGG was in < 80% van de gecontroleerde afgesloten dossiers een afsluitbrief aanwezig.

7.2.6 (Verbeter)beleid

Op basis van beleidsdocumenten rond het thema multidisciplinaire werking en op basis van een gesprek met een medewerker werden onderstaande elementen gescoord voor het geïnspecteerde team.

Tabel 7.6: Vaststellingen m.b.t. het (verbeter)beleid rond multidisciplinaire werking

	aantal	aantal 2017-2018
Het CGG beschikt voor het geselecteerde team over schriftelijke afspraken betreffende het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking.	18/18	17/20
Er zijn schriftelijke afspraken over de frequentie van de multidisciplinaire behandelplanbespreking (bv. per dossier/cliënt/zorgperiode).	18/18	14/20
Er zijn schriftelijke afspraken over de disciplines die bij de multidisciplinaire behandelplanbesprekingen aanwezig moeten zijn.	17/18	13/20
Er zijn gegevens beschikbaar (maximaal 5 jaar oud) over de multidisciplinaire behandelplanbesprekingen (bv. over de gehaalde frequentie per dossier, over aanwezigheid, over verslaggeving in het dossier).	18/18	12/20
Er werden de voorbije 5 jaar verbeteracties opgezet omtrent de multidisciplinaire behandelplanbespreking.	17/18	15/20
Er kan verbetering aangetoond worden in de voorbije 5 jaar.	13/18	5/20

Er zijn schriftelijke afspraken betreffende de afsluitbrief:	17/18	17/20
- afspraken betreffende de termijn voor verzending	8/18	2/20
de termijn voor verzending is eenduidig en meetbaar geformuleerd (bv. duidelijke tijdsperiode)	5/18	0/20
- afspraken betreffende de inhoud	16/18	9/20
- afspraken betreffende bestemmingen	17/18	7/20
Er zijn schriftelijke afspraken betreffende communicatie met de huisarts.	18/18	16/20
Er zijn gegevens beschikbaar (maximaal 5 jaar oud) over het al dan niet versturen van afsluitbrieven / eindsyntheses.	9/18	3/20
Er zijn gegevens beschikbaar (max. 5 jaar oud) over de inhoud van de afsluitbrieven/eindsyntheses.	3/18	1/20
Er werden de voorbije 5 jaar verbeteracties opgezet omtrent de inhoud en het versturen van afsluitbrieven door het geselecteerde team:	16/18	12/20
- rond het gebruik van een gemeenschappelijk model van afsluitbrief	16/18	9/20
- rond bepaalde inhoudelijke topics van de afsluitbrief	12/18	5/20
- rond registratie van het opmaken of versturen van afsluitbrieven	10/18	5/20
- rond andere aspecten m.b.t. afsluitbrieven	5/18	3/20
Er kan objectief verbetering worden aangetoond m.b.t. de voorbije 5 jaar.	5/18	3/20

7.3 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 dossiers na, overal in orde.

Het aandeel van de gezochte informatie dat in het EPD werd gevonden nam sterk toe ten opzichte van de vorige inspectieronde, van 34 naar 81%.

Volgens het referentiekader moeten CGG multidisciplinair werken. De multidisciplinaire werking wordt op verschillende niveaus waargemaakt: 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 discipline via FTF-contacten wordt behandeld, varieert net als in de vorige inspectieronde sterk tussen de bezochte CGG, met een spreiding tussen 0 en 86% (met een gemiddelde van 34% over alle dossiers heen vs. 29% in de vorige inspectieronde).

In tegenstelling tot de vorige inspectieronde hebben nu bijna alle CGG afspraken over de frequentie van behandelplanbesprekingen, over de aanwezigheid bij de besprekingen en over de notities in het dossier. In de vorige ronde ontbraken dergelijke afspraken nog bij een kwart tot een derde van de CGG. Alle CGG hebben nu ook cijfergegevens over de behandelplanbesprekingen, ten opzichte van 60% van de CGG in de vorige ronde.

De CGG-psychiater wordt in het referentiekader als eindverantwoordelijke voor de behandeling omschreven. Hoe die psychiater die verantwoordelijkheid moet invullen, wordt niet gespecificeerd. Tijdens de inspectieronde hebben we de rol van de psychiater vanuit twee invalshoeken bekeken: FTF-contacten van de psychiater met de cliënt enerzijds en aanwezigheid van de psychiater op behandelplanbesprekingen anderzijds. Net als in de vorige inspectieronde varieert het aandeel cliënten dat minstens één FTF-contact met een psychiater telt tijdens de zorgperiode sterk van CGG tot CGG, met een spreiding tussen 0 en 86% (met een gemiddelde van 36% over alle dossiers heen vs. 33% in de vorige ronde).

Gemiddeld nam het aantal dossiers waarin een psychiater aanwezig was bij minstens één behandelplanbespreking toe in vergelijking met de vorige ronde, van 49 naar 70%.

Wanneer we de betrokkenheid van een psychiater gecombineerd vanuit de twee invalshoeken beoordelen, dan zien we dat ook die is gestegen (van 60% naar 77%). Toch merken we net als in de vorige ronde nog sterke verschillen per CGG, van 29 tot 100% betrokkenheid. Dit kan deels verklaard worden doordat een aantal van de bezochte teams meerdere maanden geen psychiater in het team hadden.

Volgens het referentiekader moet elk zorgproces dat langer dan 6 maanden loopt in het CGG, minstens halfjaarlijks intercollegiaal besproken worden. We operationaliseerden dit door in de dossiers na te gaan of er nooit een periode was van langer dan 6 maanden zonder dat een behandelplan werd opgesteld of besproken. Net als in de vorige inspectieronde was dat slechts in een kwart van de gecontroleerde dossiers het geval. In slechts één CGG was er in meer dan de helft van de dossiers nooit een periode van meer dan 6 maanden waarin geen behandelplan werd opgesteld of besproken.

Gemiddeld gezien werd de lengte van de overschrijdingen wel korter in vergelijking met de vorige ronde. Het aandeel van de periodes van 6 tot 12 maanden steeg van 53 naar 75%. Anderzijds werden ook tijdens deze inspectieronde een substantieel aantal periodes gevonden van 12 tot 18 maanden (56) en van 18 tot 24 maanden (32) waarin geen behandelplan werd opgesteld of besproken.

De haalbaarheid van een zesmaandelijks bespreking van elk dossier werd (zeker als het CGG ervoor opteert om elk dossier met het volledige team te bespreken) tijdens de inspectie herhaaldelijk in vraag gesteld.

De vraag kan gesteld worden 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 blijft een belangrijke uitdaging voor geestelijke gezondheidszorg binnen netwerken.

Aangezien de taak van de huisarts steeds meer evolueert naar coördinator van de zorg en beheerder van de informatie over het gezondheidsbeeld van de patiënt, is het essentieel dat de huisarts over alle noodzakelijke informatie beschikt. Dit kan alleen als de informatie over de huisarts bekend is. Wat dat betreft werd in deze inspectieronde vastgesteld dat in alle CGG in 80% of meer van de gecontroleerde dossiers informatie over de huisarts was opgenomen in het dossier. In de vorige inspectieronde was dit in 5 CGG nog niet het geval.

Wat de communicatie zelf betreft, werd ten opzichte van de vorige ronde in de gecontroleerde dossiers meer schriftelijke communicatie met de huisarts gevonden (47 vs. 27%). Toch werd slechts bij 4 CGG in 80% of meer van de dossiers schriftelijke communicatie met de huisarts gevonden; de variatie tussen de CGG blijft groot.

Een afsluitbrief is een belangrijke bron van informatie, zowel voor de huisarts als andere zorgverleners die instaan voor vervolgzorg. Het aantal CGG dat daarover interne beleidsafspraken heeft, is toegenomen in vergelijking met de vorige inspectieronde. Er worden ook meer gegevens over verzameld, maar het aantal CGG dat rond dit item voor de voorbije 5 jaar verbetering kan aantonen, is beperkt tot vijf.

De dossiersteekproef tijdens deze inspectieronde toont enerzijds een verbetering (in 36% van de gecontroleerde afgesloten dossiers werd een afsluitbrief gevonden, tegenover 16% in de vorige inspectieronde), maar toont ook aan dat de sector sterk onder de verwachtingen blijft. De variatie tussen de CGG is nog altijd groot. Bij 2 CGG werd een afsluitbrief gevonden in alle dossiers. In alle andere CGG werd in 70% of minder van de dossiers een afsluitbrief gevonden; in 6 CGG was dit zelfs in minder dan 10% van de dossiers het geval.

8 UITKOMSTENMONITORING EN CLIËNTENFEEDBACK

8.1 ACHTERGROND

Uitkomstenmonitoring en systematische cliëntenfeedback kunnen bijdragen aan een goede kwaliteit van zorg, onder meer doordat tijdig duidelijk wordt dat een behandeling niet het beoogde effect heeft. Verder kan uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback tot efficiënter behandelen leiden: regelmatige evaluatiemomenten zetten de behandelaar en de cliënt ertoe aan 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 systematische cliëntenfeedback om de resultaten van de zorg te verbeteren. Dit systeem brengt de evolutie in kaart m.b.t. één of meerdere van de volgende aspecten: de klinische symptomen, het algemeen functioneren/de levenskwaliteit van de cliënt, de tevredenheid van de cliënt over de behandeling, de werkrelatie tussen cliënt en therapeut.

In de actieve dossiers met een looptijd van minder dan 2 jaar werd gezocht naar een neerslag van een door de hulpverlener toegepast meetinstrument en/of een gestructureerde bevraging van de cliënt over ten minste één van de vier gezochte aspecten, aan de hand waarvan de evolutie in kaart kon worden gebracht. Er werd daarbij niet nagegaan of die evolutie ook effectief in kaart was gebracht omdat het om nog actieve dossiers ging, waarbij de vervolgmeting of -bevraging mogelijk nog moest plaatsvinden.

In de dossiers waar we resultaten van uitkomstenmonitoring en/of systematische cliëntfeedback vonden, gingen we na over welke van de vier aspecten we notities vonden. We bekeken hoe die 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). De gebruikte meetinstrumenten of bevragingen werden daarbij niet inhoudelijk beoordeeld.

Zorginspectie nam tijdens de inspectie heel het dossier in ogenschouw om de gezochte informatie te vinden en zonder oordeel over waar de informatie gevonden werd (bv. in het EPD, papieren dossier, behandelplan, notities van gesprekken ...).

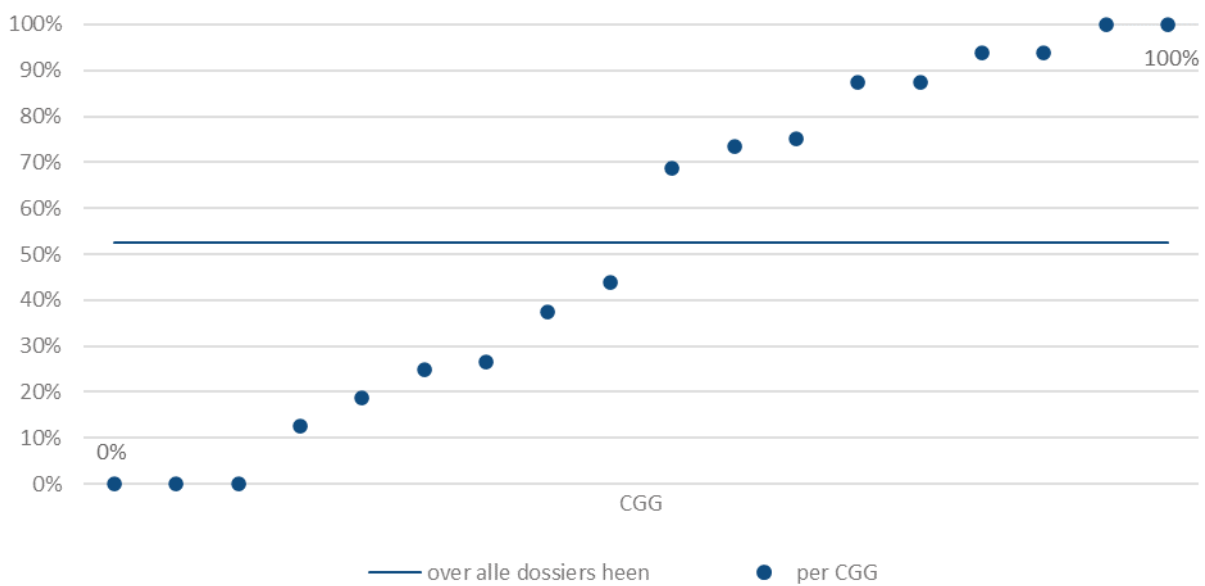
8.2 VASTSTELLINGEN

In 286⁹ actieve dossiers (met een looptijd van maximum 2 jaar) werd nagegaan of er notities gevonden werden over uitkomstenmonitoring of cliëntenfeedback die op gestructureerde wijze werden verzameld via een meetinstrument of via een gestructureerde bevraging. In 52% van de gecontroleerde dossiers (150/286) werden over minstens één van de gezochte aspecten gegevens gevonden (40% in de vorige inspectieronde).

Het percentage dossiers waarin gegevens werden gevonden, varieerde sterk van het ene CGG tot het andere, zoals blijkt uit de volgende grafiek.

⁹ In 1 van de 287 actieve dossiers met een looptijd van minder dan 2 jaar stond genoteerd dat de cliënt niet wou deelnemen aan uitkomstenmetingen en/of cliëntenfeedback.

Figuur 8.1: Percentage dossiers met gegevens over minstens één van de gezochte aspecten m.b.t. uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback, per CGG



Bij 3 CGG werden in geen enkel dossier gegevens over uitkomstenmonitoring en/of cliëntenfeedback gevonden. In 2 andere gevallen was dat sporadisch het geval (in minder dan 20% van de dossiers), in 4 CGG werd informatie gevonden in 20 tot 50% van de dossiers. Bij de 9 andere CGG werden in meer dan de helft van de dossiers gegevens gevonden, waarvan 6 keer in meer dan 80% van de dossiers.

Inbreuk:

In 12 CGG bevat < 80% van de gecontroleerde dossiers resultaten over minstens één van de vier gezochte aspecten (klinische symptomen, algemeen functioneren, tevredenheid van de cliënt, werkrelatie cliënt-therapeut).

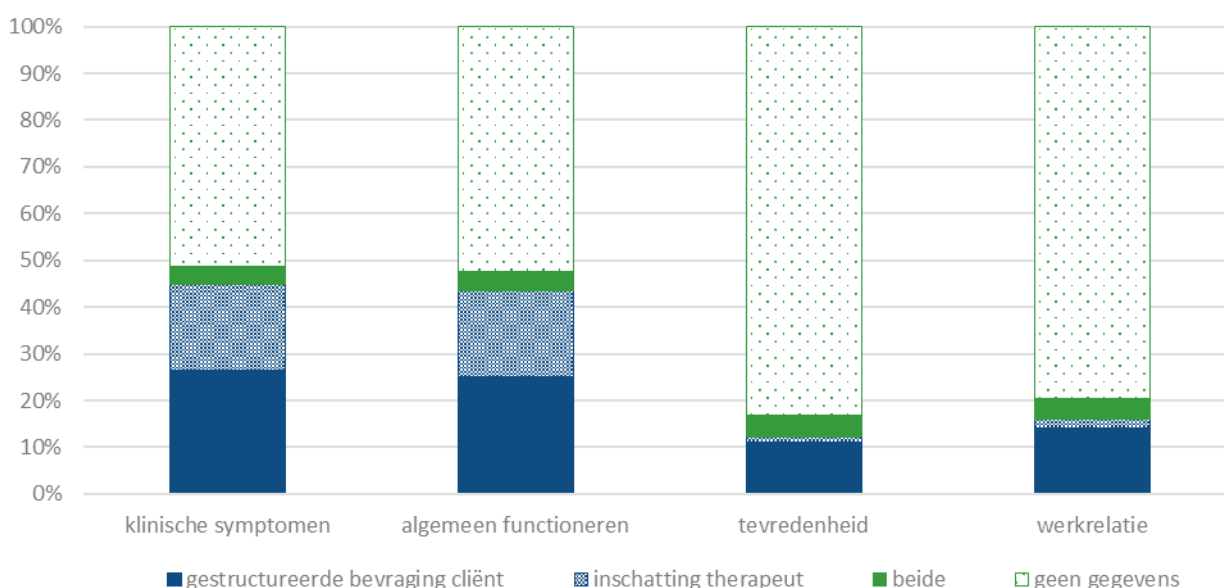
Wanneer we in de 286 gecontroleerde dossiers bekeken welke informatie werd verzameld, vonden we het vaakst informatie over de klinische symptomen (49%), gevolgd door het algemeen functioneren van de cliënt (48%), de werkrelatie tussen cliënt en therapeut (20%) en de tevredenheid van de cliënt over de behandeling (17%).

Tabel 8.1: Dossiers met resultaten van systematische uitkomstenmonitoring en/of cliëntenfeedback die de evolutie in kaart brengen m.b.t. de verschillende aspecten (in 286 actieve dossiers)

	aantal dossiers	% van de dossiers	% dossiers 2017-2018
de klinische symptomen	139	49%	28%
het algemeen functioneren van de cliënt	136	48%	38%
de tevredenheid van de cliënt over de behandeling	48	17%	23%
de werkrelatie tussen cliënt en therapeut	58	20%	21%

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

Figuur 8.2: Manier waarop gegevens m.b.t. uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback verzameld worden voor de verschillende aspecten (in 286 actieve dossiers)



Op basis van beleidsdocumenten over het thema uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback en op basis van een gesprek met een medewerker werden onderstaande elementen gescoord voor het geïnspecteerde team.

Tabel 8.2: Vaststellingen m.b.t. het (verbeter)beleid rond uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback

	aantal	aantal 2017-2018
Het CGG verwerft in de loop van de behandeling op structurele en geobjectiveerde wijze zicht op de outcome van de behandeling door het geselecteerde team:		
- systematisch verzamelde uitkomstenmonitoring gescoord door de therapeut aan de hand van een meetinstrument	10/18	3/20
- cliëntenfeedback, verzameld aan de hand van een gestructureerde cliëntenbevraging	14/18	12/20
Er zijn cijfergegevens beschikbaar omtrent het gebruik van uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback:		
- op cliëntniveau (bv. bijsturing van de doelstellingen of van de aanpak op basis van de resultaten)	10/18	10/20
- op teamniveau (bv. bijsturing van de aanpak op basis van de geaggregeerde resultaten)	5/18	8/20
De resultaten worden op CGG-niveau benut (bv. gebruikt voor beleidsbeslissingen, geagendeerd op overleg managementorgaan ...):		
- resultaten van de uitkomstenmonitoring	2/18	1/20
- resultaten van de cliëntenfeedback	6/18	4/20

8.3 REFLECTIES

14 van de 18 CGG stellen dat ze door metingen zicht willen krijgen op de resultaten van de behandeling van cliënten. Toch werden hierover slechts in 52% van de gecontroleerde dossiers gegevens gevonden (40% in de vorige inspectieronde). Deze cijfers moeten nog genuanceerd worden.

- > Er werd gezocht naar een meting aan de hand waarvan de evolutie in kaart kon worden gebracht. Er werd daarbij niet nagegaan of die evolutie ook effectief in kaart was gebracht aan de hand van een vervolgmeting.
- > Er werd geen rekening gehouden met de betrouwbaarheid of de validiteit van de gevonden instrumenten of vragenlijsten.

Net als bij de vorige inspectieronde vallen hier grote verschillen tussen de CGG vast te stellen. In de helft van de bezochte CGG bleek er bij de dossiercontrole weinig of geen systematiek te bestaan m.b.t. uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback.

Gegevens over de klinische symptomen en het algemeen functioneren van de cliënt worden het vaakst verzameld, respectievelijk in 49 en 48% van de dossiers. Gegevens over de werkrelatie tussen cliënt en therapeut en over de tevredenheid van de cliënt over de behandeling werden minder vaak gevonden in de dossiers, respectievelijk in 20 en 17% van de dossiers.

Net als tijdens de vorige inspectieronde werd door de bezochte voorzieningen meermaals de visie verdedigd dat men het gebruik van systematische uitkomstenmetingen en cliëntenfeedback wil beperken tot gebruik op microniveau, namelijk in functie van de evaluatie en bijsturing van de therapie van een specifieke cliënt¹⁰. Binnen die visie kiest men expliciet om de scores van verschillende cliënten niet te groeperen en te analyseren, bijvoorbeeld per diagnose, per hulpverlener of per team. Deze visie wordt weerspiegeld in de vaststellingen: slechts 6 CGG benutten de resultaten van de uitkomstenmonitoring en/of cliëntenfeedback op CGG-niveau.

¹⁰ Deze visie werd ook verdedigd in een visietekst die de CGG collectief aan de Vlaamse overheid bezorgden in het kader van de opvolging van de vorige inspectieronde.

9 INBREUKEN

9.1 ACHTERGROND

Om de link te verduidelijken tussen de inspectievaststellingen en de verwachtingen uit het referentiekader of uit de regelgeving (zie 3.3), werd er tijdens deze inspectieronde voor geopteerd om in elk inspectieverslag per thema een conclusie op te stellen met een overzicht van:

- > de elementen die "zoals verwacht" werden beoordeeld (= conform referentiekader of regelgeving)
- > de elementen die als een "inbreuk" werden bestempeld (= niet conform referentiekader of regelgeving).

Daarbij werd een tolerantie van 20% gehanteerd: een vaststelling werd pas als een "inbreuk" benoemd als het gezochte item in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers gevonden werd. In totaal waren er per inspectie 19 mogelijke inbreuken.

Verspreid doorheen dit beleidsrapport werd al aangegeven in hoeveel CGG elk van de 19 inbreuken werd vastgesteld (zie blauwe tekst in blauwe kaders). In dit hoofdstuk wordt die informatie samengebracht in één overzichtelijke tabel, en wordt ook weergegeven hoeveel inbreuken er werden vastgesteld in hoeveel CGG.

9.2 VASTSTELLINGEN

Vijf mogelijke inbreuken werden in geen enkel CGG vastgesteld. Eenzelfde inbreuk werd maximaal in 16 van de 18 CGG vastgesteld.

Tabel 9.1: Overzicht van alle inbreuken en het aantal CGG waar ze werden vastgesteld

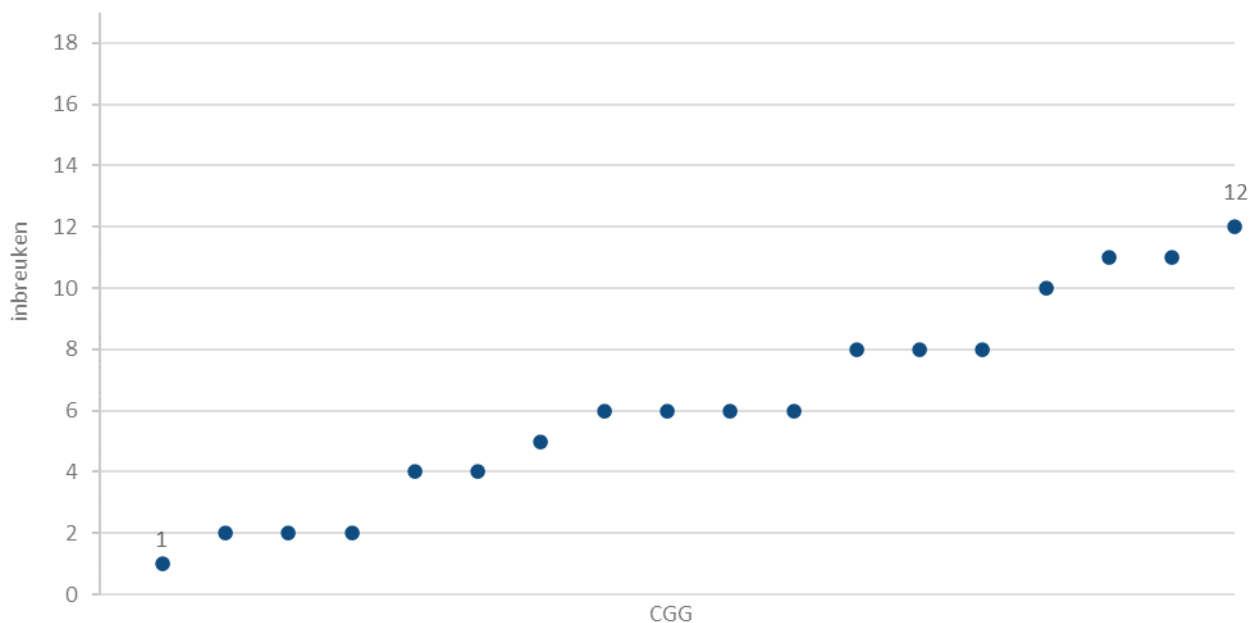
inbreuk	aantal CGG waar deze inbreuk werd vastgesteld
thema "behandelplan"	
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd een behandelplan gevonden	0/18
In < 80% van de gecontroleerde dossiers met een looptijd van maximaal 2 jaar, werd uiterlijk na het vierde FTF een behandelplan gevonden	7/18
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd de hulpvraag/hulpverwachting gevonden	0/18
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd een diagnose en/of hypothese gevonden	1/18
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werden doelstellingen gevonden	1/18
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd informatie over (vroeger) psychofarmacagebruik gevonden	9/18
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd informatie over actueel medicatiegebruik gevonden	5/18
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd informatie over somatische problemen of klachten gevonden	6/18
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werden gegevens over de historiek op het vlak van psychische problemen gevonden	0/18
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werden gegevens over middelengebruik gevonden	10/18
Van < 80% van de gecontroleerde FTF met een therapeut werden notities in het dossier gevonden	5/18
Van < 80% van de gecontroleerde FTF met een psychiater werden notities in het dossier gevonden	3/15 ¹¹

¹¹ In 3 CGG werden in geen enkel van de gecontroleerde actieve dossiers FTF met een CGG-psychiater gevonden, en kon deze verwachting dus niet getoetst worden.

thema "multidisciplinaire werking"	
< 80% van de gecontroleerde dossiers was toegankelijk voor alle teamleden ¹²	0/18
In < 80% van de gecontroleerde dossiers met een looptijd van maximaal 2 jaar, met een behandelplan van meer dan 6 maand oud, werd het behandelplan binnen de eerste 6 maanden na opmaak besproken	11/18
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd het behandelplan in de laatste 6 maanden voor de inspectie opgemaakt of besproken	12/18
In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd info over de huisarts gevonden	0/18
In < 80% van de gecontroleerde dossiers was schriftelijke communicatie met de huisarts aantoonbaar	14/18
In < 80% van de gecontroleerde afgesloten dossiers was een afsluitbrief aanwezig	16/18
thema "uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback"	
< 80% van de gecontroleerde dossiers bevat resultaten over minstens één van de vier gezochte aspecten (klinische symptomen, algemeen functioneren, tevredenheid van de cliënt, werkrelatie cliënt-therapeut)	12/18

Bij elke inspectie werd minstens één inbreuk vastgesteld. Het aantal vastgestelde inbreuken varieert sterk van CGG tot CGG (van 1 tot 12). Bij 4 CGG werden 10 of meer inbreuken vastgesteld.

Figuur 9.1: Aantal inbreuken per CGG



¹² In de vorige inspectieronde (2017-2018) was dit item als potentieel prioritair verbeterpunt benoemd. Voor 1 CGG was dit item niet in orde in de vorige inspectieronde.

10 CONCLUSIES

De inspecties gebeurden bij de 18 Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg in Vlaanderen, waar telkens op één willekeurig gekozen vestigingsplaats een team voor volwassenenwerking werd geïnspecteerd. Ondanks de beperking van de scope kunnen we een aantal sectorbrede conclusies formuleren, weliswaar met het voorbehoud dat die niet allemaal kunnen veralgemeend worden naar de werking voor andere doelgroepen (bv. zorg voor kinderen en jongeren, forensische zorg, verslavingszorg, ouderenzorg). We kunnen ook een aantal vergelijkingen maken met de resultaten van de inspectieronde in 2017-2018.

Voor elk van de drie thema's (behandelplan, multidisciplinaire werking, uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback) zagen we goede voorbeelden, maar stellen we – net als bij de vorige inspectieronde – ook grote verschillen vast in de werking van de geïnspecteerde CGG.

Globaal gezien werd in de sector vooruitgang geboekt op een aantal vlakken. Het is evenwel een opmerkelijk gegeven dat bij de herhaling van een inspectieronde – 5 jaar na de vorige – in sommige CGG voor verschillende items nog steeds zeer lage scores gehaald worden op basis van de dossiersteekproeven. Dit doet bij het Departement Zorg vragen rijzen over de manier waarop bepaalde CGG omgaan met het referentiekader en met problematische inspectievaststellingen. De inspectieresultaten in andere CGG maken duidelijk dat de verwachtingen niet onrealistisch zijn.

10.1 BEHANDELPLAN

- > Nagenoeg alle gecontroleerde dossiers bevatten (los van inhoudelijke criteria) een behandelplan. Over alle gecontroleerde dossiers heen vinden gemiddeld drie FTF-contacten plaats vóór er een behandelplan wordt opgesteld. Dit gemiddeld aantal verschilt echter sterk van CGG tot CGG (van gemiddeld 1 tot gemiddeld 7 FTF). Ook het gemiddeld aantal dagen tussen FTFi en het opstellen van het eerste behandelplan varieert sterk, met een maximum gemiddelde van 335 dagen in één CGG (voornamelijk als gevolg van een lange wachttijd). Het referentiekader verwacht ten laatste na het vierde FTF een behandelplan. In drie op de vier gecontroleerde dossiers wordt dit streefdoel gehaald. 4 CGG slagen erin om dit streefdoel te behalen voor al hun gecontroleerde dossiers. In 7 van de 18 CGG werd daarop een inbreuk vastgesteld. Bovenstaande cijfers moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, aangezien vaak alleen de datum van de aanmaak van het behandelplan gevonden werd in de dossiers, los van de vraag wanneer welke inhoud werd toegevoegd.
- > Basiselementen zoals hulpvraag, diagnose/hypothese en doelstelling waren in bijna alle dossiers te vinden. Net als in de vorige inspectieronde scoren de meeste CGG erg goed op die drie 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 vijf onderwerpen (vroeger psychofarmacagebruik, actueel medicatiegebruik, somatische klachten, historiek van de psychische problemen en middelengebruik). 82% van de gezochte items werd gevonden op het totaal aantal gecontroleerde dossiers (75% in de vorige inspectieronde). Er waren nog altijd grote verschillen tussen de geïnspecteerde CGG (met een spreiding van 54 tot 98% gevonden items). Er blijven ook verschillen bestaan tussen de vijf gecontroleerde onderwerpen. Over het onderwerp "historiek van de psychische problemen" werd het vaakst informatie gevonden. Informatie over "middelengebruik" ontbrak nog altijd het vaakst.

Globaal gezien stelden we een lichte verbetering vast op het vlak van informatie over klachten en problemen van de cliënt, maar toch zijn er slechts 6 CGG die voor alle onderwerpen aan de verwachtingen voldoen.

- > Net als in de vorige inspectieronde vonden we notities over 82% van alle gecontroleerde FTF-contacten. Er blijven grote verschillen bestaan tussen de CGG (van 48 tot 99%). In 6 CGG werd daarbij een inbreuk vastgesteld.
- > Het aantal gecontroleerde dossiers waarin informatie gevonden werd over betrokkenheid van de context (31%) steeg in vergelijking met de vorige inspectieronde (23%), maar bleef laag.

10.2 MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

- > De toegankelijkheid van de cliëntendossiers voor het multidisciplinair team bleek overal in orde (in de vorige inspectieronde werd daarover bij 1 CGG een prioritair verbeterpunt geformuleerd).
- > 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 discipline via FTF-contacten wordt behandeld, varieert sterk van CGG tot CGG, met een spreiding tussen 0 en 86%. Over alle dossiers heen was dat gemiddeld in 34% van de dossiers het geval (29% in de vorige inspectieronde).
- > De CGG-psychiater wordt in het referentiekader omschreven als eindverantwoordelijke voor de behandeling. Hoe de psychiater deze verantwoordelijkheid moet invullen, wordt niet gespecificeerd. Bij de inspecties werd nagegaan in hoeveel dossiers een psychiater betrokken was via één of meerdere FTF-contacten en/of via aanwezigheid bij minstens één behandelplanbespreking.
 - Het aandeel cliënten dat minstens één FTF-contact door de psychiater telt tijdens de zorgperiode varieert sterk van CGG tot CGG, met een spreiding tussen 0 en 86%, met een gemiddelde van 36% over alle dossiers heen (33% in de vorige inspectieronde).
 - Wanneer we de betrokkenheid van een CGG-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 ook sterke verschillen: van 29 tot 100% betrokkenheid van een CGG-psychiater in de gecontroleerde dossiers van de bezochte CGG. In totaal bleek in 77% van de dossiers een CGG-psychiater op minstens één van beide manieren betrokken (60% in de vorige inspectieronde). De stijging wordt vooral veroorzaakt doordat in meer dossiers een psychiater aantoonbaar aanwezig was bij minstens één behandelplanbespreking in de gecontroleerde periode.
- > Volgens het referentiekader moet elk zorgproces dat langer dan 6 maanden loopt, minstens halfjaarlijks intercollegiaal besproken worden. Net als tijdens de vorige inspectieronde voldeed ongeveer een vierde van de gecontroleerde dossiers aan deze eis. In slechts één CGG beantwoordde meer dan de helft van de dossiers aan de eis, met een spreiding tussen 5 en 57%. Wanneer we keken naar de periodes van meer dan 6 maanden waarin geen behandelplan werd opgesteld of besproken, dan zagen we dat die globaal gezien wat korter geworden zijn: 75% van die periodes duurde 6 tot 12 maanden (53% in de vorige inspectieronde), 16% duurde 12 tot 18 maanden (24% in de vorige inspectieronde) en 9% duurde 18 tot 24 maanden (23% in de vorige inspectieronde). Ook op dit vlak worden erg grote verschillen vastgesteld tussen CGG.

- > Er is enige vooruitgang op het vlak van doorstroming van informatie van de CGG naar andere zorgverleners, maar er blijft nog veel verbetermogelijkheid. Continuïteit van zorg is één van de uitdagingen van de hulpverlening voor geestelijke gezondheidszorg binnen netwerken.
 - In 47% van de gecontroleerde dossiers werd schriftelijke communicatie met de huisarts gevonden (27% in de vorige inspectieronde). Alle CGG vermelden systematisch informatie over de huisarts in het dossier (in 98% van de dossiers werd informatie gevonden); in de vorige inspectieronde deden een kwart van de CGG dat nog onvoldoende systematisch.
 - Een afsluitbrief (bv. voor de vervolgzorg, verwijzer of huisarts) werd in 36% van de gecontroleerde afgesloten dossiers gevonden. Dat is beter dan in de vorige inspectieronde (16%), maar slechts 2 van de 18 CGG voldeden aan de verwachting. In een derde van de CGG werd zelfs in minder dan 10% van de gecontroleerde dossiers een afsluitbrief gevonden.

10.3 UITKOMSTENMONITORING EN CLIËNTENFEEDBACK

Hoewel 14 van de 18 CGG stellen dat ze door metingen een zicht willen krijgen op de evolutie van de behandeling van cliënten (meer dan tijdens de vorige inspectieronde), werd daarover slechts in 52% van de gecontroleerde dossiers gegevens gevonden (40% in de vorige inspectieronde). Net als in 2017-2018 bleek er in ongeveer de helft van de CGG weinig of geen systematiek te bestaan m.b.t. uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback. Bij de overige CGG werden in meer dan de helft van de dossiers resultaten gevonden. Deze cijfers moeten nog genuanceerd worden: er werd gezocht naar een meting aan de hand waarvan de evolutie in kaart kon worden gebracht (zonder na te gaan of dat ook effectief gebeurde) en er werd geen rekening gehouden met de betrouwbaarheid of de validiteit van de gevonden instrumenten of vragenlijsten.

10.4 (VERBETER)BELEID OVER DE DRIE THEMA'S

Rond het thema **behandelplan** zijn er in bijna alle CGG afspraken over de gezochte elementen, behalve rond één element: in 4 van de 18 CGG is niet beleidsmatig bepaald bij welke indicaties de context van de cliënt moet worden betrokken in de loop van de zorgperiode.

Alle CGG konden gegevens van maximaal 5 jaar oud voorleggen over het al dan niet werken met behandelplannen, en er werden sinds de vorige inspectieronde ook overal verbeteracties rond dit thema uitgewerkt. 16 van de 18 CGG konden effectief een of andere vorm van verbetering aantonen. Opvallend is wel dat 4 van de 18 CGG geen gegevens hebben over de inhoud van de behandelplannen (bv. in hoeverre ze doelstellingen bevatten).

Rond het thema **multidisciplinaire werking** zijn er – meer dan in de vorige inspectieronde – in zowat alle CGG afspraken vastgelegd rond de gecontroleerde onderwerpen. Alleen afspraken over de termijn waarbinnen een afsluitbrief moet verstuurd worden, ontbreken vaak (in meer dan de helft van de CGG); over de inhoud van de afsluitbrief zijn er in 2 CGG geen afspraken.

Meer CGG hebben verbeteracties opgezet rond afsluitbrieven dan in aanloop naar de vorige inspectieronde. Het ontbreekt hen daarbij evenwel vaak aan gegevens: slechts de helft van de CGG heeft cijfers over het al dan niet versturen van afsluitbrieven of het opstellen van eindsynthesen. Over de inhoud daarvan hebben slechts 3 CGG gegevens. Voor de voorbije 5 jaar kunnen maar 5 van de 18 CGG objectief verbetering aantonen m.b.t. afsluitbrieven.

Over de multidisciplinaire behandelplanbesprekingen hebben ondertussen alle CGG gegevens. Bijna overal werden de voorbije 5 jaar verbeteracties opgezet; toch kan in 5 CGG geen verbetering worden aangetoond.

In vergelijking met de vorige inspectieronde zijn er meer CGG die volgens hun beleid op minstens één manier systematisch gegevens verzamelen om zicht te krijgen op de uitkomsten van de behandeling, door middel van **uitkomstenmonitoring** (10 van de 18 CGG) **en/of cliëntenfeedback** (14 van de 18 CGG). Toch zijn er nog 4 CGG die beleidsmatig geen van beide voorzien.



Desondanks hebben slechts 10 CGG gegevens over het gebruik van uitkomstenmonitoring en/of cliëntenfeedback op cliëntniveau.

Een beperkt aantal CGG gebruikt gegevens van uitkomstenmonitoring (6 van de 18) en/of cliëntenfeedback (2 van de 18) op CGG-niveau, bv. bij het nemen van beleidsbeslissingen.

Concluderend kunnen we stellen dat de CGG – meer dan in de vorige inspectieronde – afspraken hebben over de meeste gecontroleerde onderwerpen. Bestaande afspraken worden echter vaak onvoldoende opgevolgd inzake implementatie. Tijdens de inspecties bleek over de verschillende thema's heen dat veel CGG op papier 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 er geen of onvoldoende zicht op hebben. Dat maakt het ook moeilijk voor de CGG om knelpunten te detecteren en verbetering objectief aan te tonen.

te identificeren en desgevallend verbetertrajecten te initiëren en op te volgen. Idealiter kan dit controleproces 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, de cliënt en 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 voor elke cliënt (en dus niet laat afhangen van het initiatief van de behandelende hulpverlener) en dit ook opvolgt.
- > Het aantoonbaar maken van resultaten van de behandeling, bv. via uitkomstenmonitoring. Dit biedt – naast de mogelijkheid tot evalueren en zo nodig bijsturen van de individuele behandeling – waardevolle informatie voor de intercollegiale bespreking.
- > Het meer betrekken van derden, zowel op individueel klinisch niveau (betrekken van de context bij de behandeling) als op organisatieniveau (naast externe audits kan gedacht worden aan het systematisch organiseren van stakeholdersbevestigingen, bv. bij cliënten, familie en naasten, verwijzers, vervolgzorg, huisartsen).

Aanvullend willen we – net zoals na de vorige inspectieronde – suggereren dat CGG meer van elkaar zouden leren. Over meerdere aspecten zagen we goede voorbeelden in verschillende CGG (terwijl die vaak onhaalbaar geacht werden door andere).

Dossiervorming en EPD 2.0

Net als bij de vorige inspectieronde, hoorden we tijdens een aantal inspecties dat dossiervorming wordt ervaren als "administratie" en "registratie", eerder dan als een onderdeel van of een voorwaarde voor kwalitatieve zorg. Meer specifiek wordt het EPD soms te veel als registratie-instrument gezien en te weinig als faciliterend of kwaliteitsbevorderend voor de werking in het algemeen en voor de zorg voor de cliënt in het bijzonder.

Het blijft dan ook belangrijk dat alle medewerkers voldoende inzicht hebben in de meerwaarde en de functies van een patiëntendossier. De CGG moeten voldoende investeren in opleiding en implementatie om weerstand te verminderen en om het kwaliteitsniveau van de dossiervorming gelijkvormiger te maken over medewerkers en CGG heen.

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

- > De gebruiksvriendelijkheid van het EPD verbeteren.
- > De kennis van de medewerkers over de mogelijkheden van het EPD verhogen. Tijdens de inspecties bleek meermaals dat veel medewerkers niet alle mogelijkheden kennen.
- > De mogelijkheden van zorgvuldige dossiervorming als basis en facilitator van kwalitatieve zorgverlening beter benutten, zodat medewerkers de meerwaarde duidelijker ervaren. Dit kan zowel op individueel klinisch niveau (bv. het grotendeels automatiseren van ontslagbrieven op basis van informatie in het dossier) als op het vlak van kwaliteitsbeleid (bv. door het eenvoudig genereren van relevante data zonder extra registratielast voor de medewerkers).

Daarnaast leert de praktijk (niet alleen in de CGG) dat de volledigheid en de kwaliteit van de dossiervorming kan verhoogd worden door mechanismen in te bouwen die faciliteren en controleren dat bepaalde informatie tijdig en op de juiste plaats wordt ingevoerd, en dat alle afspraken worden nageleefd (bv. inzake het tijdig intercollegiaal bespreken van elk dossier of het tijdig versturen van communicatie naar andere hulpverleners). Dit kan deels automatisch en deels door medewerkers die deze taak specifiek krijgen toegewezen (bv. een teamcoördinator en/of een (medisch) secretariaat).

- > Het opmaken en versturen van afsluitbrieven naar andere hulpverleners verdient eveneens aandacht. Ook hierrond stelden we visieverschillen vast, terwijl het geen twijfel lijdt dat zorgcontinuïteit een belangrijk element vormt inzake kwaliteit en veiligheid van de zorg. De toenemende netwerkvorming (in de geestelijke gezondheidszorg en daarbuiten) maakt dit aspect alleen maar belangrijker. Een betere ondersteuning door het EPD (waarbij bv. de basis van de afsluitbrief automatisch gegenereerd wordt op basis van de inhoud van het dossier) zou drempelverlagend kunnen werken voor het systematisch opmaken en versturen van afsluitbrieven.
- > Volgens het referentiekader is de psychiater eindverantwoordelijke van de behandeling. De verwachte rol van de psychiater kan wellicht meer geëxpliciteerd worden: welke betrokkenheid (frequentie en soort) wordt minimaal verwacht (al dan niet gedifferentieerd voor verschillende doelgroepen)?
- > We hoorden tijdens de inspectieronde meermaals dat een zesmaandelijks intercollegiale bespreking van elk dossier als onhaalbaar wordt beschouwd. Uit de dossiersteekproeven blijkt dat de praktijk ver onder de verwachtingen uit het referentiekader blijft.

Objectivering van deze vermeende onmogelijkheid lijkt aangewezen. Deze wordt bij voorkeur aangevuld met een explicitering van wat de sector dan wel haalbaar én aangewezen vindt met het oog op voldoende kwaliteitsbewaking, en hoe men zich daar kan op organiseren.

Daarbij wordt best rekening gehouden met een aantal elementen:

- het is essentieel dat een systeem wordt uitgewerkt (en geïmplementeerd) dat regelmatige behandelplanbesprekingen garandeert in elk dossier, en waarbij het dus niet alleen aan de persoonlijke inschatting van de therapeut wordt overgelaten of een dossier al dan niet besproken wordt;
 - sommige CGG houden vast aan behandelplanbesprekingen met het volledige team, terwijl dat elders met een kleiner aantal therapeuten gebeurt;
 - mogelijk zijn er alternatieve criteria denkbaar om te bepalen wanneer een dossier minimaal moet besproken worden (bv. een bepaald aantal FTF, eventueel in combinatie met een maximumperiode bij een laagfrequente begeleiding).
- > Op het vlak van uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback blijven de visieverschillen bestaan. Die verschillen gaan niet alleen over het principe van het objectiveren van de resultaten van de behandeling, maar ook over de mogelijkheden voor het gebruik van de gegevens op cliëntoverstijgend niveau. De praktijk blijft sterk onder de verwachtingen die in het referentiekader zijn opgenomen. Die verwachtingen zijn nochtans minimaal en laten nog veel ruimte voor invulling, wat maakt dat bij de inspecties geen beoordeling gebeurde op basis van de wetenschappelijke onderbouw van de gebruikte instrumenten. De vraag stelt zich of er hieraan in de toekomst strengere eisen gekoppeld moeten worden.

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