

Inspectieverslag 2018

In bijlage vindt u het volledige **verslag van de Zorginspectie**. Met dit rapport geeft de overheid haar mening over waar wij als CGG Vlaams-Brabant Oost goed in zijn en waar we extra op moeten inzetten. Deze inspectieverslagen zijn belangrijk om onze hulpverlening bij te sturen en te verbeteren en wij nemen ze dan ook ter harte.

De overheid werkt hierbij met **thema's**. Bij de laatste inspectie was er aandacht voor:

- 1) behandelplannen: wordt er voor elke cliënt na een vierde gesprek een plan opgemaakt rond de behandeling? Wat staat daar in? heeft de cliënt hier inspraak in?
- 2) multidisciplinair werken (dit gaat over de samenwerking met hulpverleners met een verschillende opleiding): hoe werken hulpverleners van het CGG samen in de eigen organisatie? Wordt er samengewerkt met huisartsen of andere hulpverleners buiten de eigen organisatie?
- 3) uitkomstenmeting: wat wil je bereiken in een therapie en hoe kan je dit meten?
- 4) zelfdoding: hoe ga je om met cliënten met gedachten rond zelfdoding? Welke stappen zet je om dit te voorkomen? Hoe zorg je als hulpverlener dat je op de hoogte blijft met nieuwe wetenschappelijke kennis hierover?

Hoe doet het CGG Vlaams-Brabant Oost het?

CGG Vlaams-Brabant Oost scoort een aantal positieve punten. Voor elke cliënt die 4 keer gezien is, wordt een behandelplan gemaakt, de hulpvragen van de cliënt worden genoteerd, er wordt tijd genomen om te spreken over vroegere psychische klachten, de hulpverleners in het CGG VBO staan er niet alleen voor maar werken in teamverband, er is aandacht voor het inschatten van het risico inzake zelfdoding bij aanmelding.

Maar er zijn belangrijke werkpunten. Wat we doen, noteren we namelijk veel te weinig in het cliëntendossier. En dit geldt voor elk van de vier thema's. Er ontbreekt ook systematiek in wat we doen. Of het is er wel, maar het wordt niet genoteerd. De inbreng van de cliënt en de samenwerking met andere hulpverleners zoals de huisarts verdient meer aandacht. En er is nood aan meer systematiek in de bijscholing van alle medewerkers inzake het omgaan met en het voorkomen van zelfdoding.

Aan de slag met onze werkpunten!

Om aan deze werkpunten te verhelpen onderneemt het CGG VBO een aantal acties:

- 1) ***We investeren in een aangepast elektronisch patiëntendossier dat voldoende beveiligd is en rekening houdt met de nieuwe Europese wetgeving rond privacy.***
- 2) ***Alle CGG VBO - hulpverleners registreren hierin systematisch alle acties rond de behandeling, het verloop, de opvolging en de afronding van de behandeling.***
- 3) ***De hulpverleners maken dit cliëntendossier samen met de cliënt.***
- 4) ***De hulpverleners hebben meer aandacht voor het betrekken van andere hulpverleners en anderen uiteraard met instemming van de cliënt. Indien de cliënt dit weigert, wordt dit genoteerd in het dossier. Waar aangewezen neemt de hulpverlener dit verder met de cliënt op.***
- 5) ***Er worden verbeteracties opgezet rond de bijscholing van hulpverleners en administratief personeel rond het omgaan met cliënten met gedachten over zelfdoding.***
- 6) ***In elk lokaal wordt materiaal voorzien dat hulpverleners kan helpen bij het systematisch inschatten van risico's met het oog op het voorkomen van zelfdoding.***
- 7) ***We blijven ons inzetten om van het voorkómen van zelfdoding een prioriteit te maken bij alle partners van het netwerk geestelijke gezondheidszorg in ons werkgebied.***
- 8) ***We zorgen dat de verwachtingen rond bovenstaande werkpunten uitgeschreven en duidelijk zijn voor de hulpverleners.***

Inspectieverslag 2018

In bijlage vindt u het volledige **verslag van de Zorginspectie**. Met dit rapport geeft de overheid haar mening over waar wij als CGG Vlaams-Brabant Oost goed in zijn en waar we extra op moeten inzetten. Deze inspectieverslagen zijn belangrijk om onze hulpverlening bij te sturen en te verbeteren en wij nemen ze dan ook ter harte.

De overheid werkt hierbij met **thema's**. Bij de laatste inspectie was er aandacht voor:

- 1) behandelplannen: wordt er voor elke cliënt na een vierde gesprek een plan opgemaakt rond de behandeling? Wat staat daar in? heeft de cliënt hier inspraak in?
- 2) multidisciplinair werken (dit gaat over de samenwerking met hulpverleners met een verschillende opleiding): hoe werken hulpverleners van het CGG samen in de eigen organisatie? Wordt er samengewerkt met huisartsen of andere hulpverleners buiten de eigen organisatie?
- 3) uitkomstenmeting: wat wil je bereiken in een therapie en hoe kan je dit meten?
- 4) zelfdoding: hoe ga je om met cliënten met gedachten rond zelfdoding? Welke stappen zet je om dit te voorkomen? Hoe zorg je als hulpverlener dat je op de hoogte blijft met nieuwe wetenschappelijke kennis hierover?

Hoe doet het CGG Vlaams-Brabant Oost het?

CGG Vlaams-Brabant Oost scoort een aantal positieve punten. Voor elke cliënt die 4 keer gezien is, wordt een behandelplan gemaakt, de hulpvragen van de cliënt worden genoteerd, er wordt tijd genomen om te spreken over vroegere psychische klachten, de hulpverleners in het CGG VBO staan er niet alleen voor maar werken in teamverband, er is aandacht voor het inschatten van het risico inzake zelfdoding bij aanmelding.

Maar er zijn belangrijke werkpunten. Wat we doen, noteren we namelijk veel te weinig in het cliëntendossier. En dit geldt voor elk van de vier thema's. Er ontbreekt ook systematiek in wat we doen. Of het is er wel, maar het wordt niet genoteerd. De inbreng van de cliënt en de samenwerking met andere hulpverleners zoals de huisarts verdient meer aandacht. En er is nood aan meer systematiek in de bijscholing van alle medewerkers inzake het omgaan met en het voorkomen van zelfdoding.

Aan de slag met onze werkpunten!

Om aan deze werkpunten te verhelpen onderneemt het CGG VBO een aantal acties:

- 1) ***We investeren in een aangepast elektronisch patiëntendossier dat voldoende beveiligd is en rekening houdt met de nieuwe Europese wetgeving rond privacy.***
- 2) ***Alle CGG VBO - hulpverleners registreren hierin systematisch alle acties rond de behandeling, het verloop, de opvolging en de afronding van de behandeling.***
- 3) ***De hulpverleners maken dit cliëntendossier samen met de cliënt.***
- 4) ***De hulpverleners hebben meer aandacht voor het betrekken van andere hulpverleners en anderen uiteraard met instemming van de cliënt. Indien de cliënt dit weigert, wordt dit genoteerd in het dossier. Waar aangewezen neemt de hulpverlener dit verder met de cliënt op.***
- 5) ***Er worden verbeteracties opgezet rond de bijscholing van hulpverleners en administratief personeel rond het omgaan met cliënten met gedachten over zelfdoding.***
- 6) ***In elk lokaal wordt materiaal voorzien dat hulpverleners kan helpen bij het systematisch inschatten van risico's met het oog op het voorkomen van zelfdoding.***
- 7) ***We blijven ons inzetten om van het vóórkomen van zelfdoding een prioriteit te maken bij alle partners van het netwerk geestelijke gezondheidszorg in ons werkgebied.***
- 8) ***We zorgen dat de verwachtingen rond bovenstaande werkpunten uitgeschreven en duidelijk zijn voor de hulpverleners.***

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

contact@zorginspectie.be

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

INSPECTIEPUNT

Naam	CGG Vlaams-Brabant Oost
Adres	Kapucijnenvoer 16, 3000 Leuven
Telefoon	016 85 79 80
E-mail	vzw@cgg-vbo.be
Website	www.cgg-vbo.be
Erkenningsnummer	204

INRICHTENDE MACHT

Naam	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant Oost
Juridische vorm	vzw
Adres	Kapucijnenvoer 16, 3000 Leuven
Telefoon	016 85 79 80
E-mail	vzw@cgg-vbo.be

UITBATINGSPLAATS

Naam	vestiging Aarschot
Adres	Betekomssteenweg 47/1, 3200 Aarschot

OPDRACHT

Nummer	O-2017-MAPU-0451
Datum	24/7/2017
Inspecteurs	Michaëla Daelemans Koenraad Fierens Kurt Lievens

VERSLAG

Nummer	V-2017-KOFI-0006
Datum	11/10/2017

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Aangekondigd bezoek op 10/10/2017 van 9u tot 15u40
-------	--

INHOUD

1	Afkortingenlijst.....	3
2	Inleiding	4
2.1	Toezicht door Zorginspectie	4
2.2	Focus van deze inspectieronde.....	4
2.3	Inspectieproces en -methodiek	5
2.4	Situering van de voorziening	7
3	Algemene gegevens betreffende de gecontroleerde dossiers	9
3.1	Aantal gecontroleerde dossiers.....	9
3.2	Doorlooptijden.....	9
3.3	Aantal face-to-face-contacten	10
4	Thema's.....	11
4.1	Behandelplan	11
4.2	Multidisciplinaire werking	17
4.3	Uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback	25
4.4	Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag	28
5	Prioritaire verbeterpunten	31

1 AFKORTINGENLIJST

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

2 INLEIDING

2.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

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

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

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

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

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

2.2 FOCUS VAN DEZE INSPECTIERONDE

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

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

De gekozen thema's betreffen vanzelfsprekende aspecten van een goede hedendaagse zorgpraktijk.

De eerste drie thema's komen expliciet aan bod in het referentiekader dat het agentschap Zorg en Gezondheid in 2015 aan de sector heeft bekendgemaakt (raadpleegbaar via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-centra-geestelijke-gezondheid>).

Het luik rond het thema detectie en behandeling van suïcidaal gedrag is dan weer gebaseerd op elementen uit de "Multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag" (<https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/pdf/richtlijn.pdf>). Deze richtlijn werd door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie gelanceerd op 30/3/2017; via een ministeriële omzendbrief dd. 4/7/2017 werden alle voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg geïnformeerd dat de toepassing van deze richtlijn deel zou uitmaken van het toezicht door Zorginspectie.

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

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

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

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

2.3 INSPECTIEPROCEN EN -METHODIEK

Vorbereiding

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

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

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

Inspectiebezoeken

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

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

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

Bronnen

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

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

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

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

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

Bij de selectie worden onderstaande criteria gehanteerd.

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

Om de looptijd te bepalen wordt geteld vanaf het tweede face-to-face-gesprek (FTF2).

Dossiers met minder dan 4 FTF-contacten worden geëxcludeerd.

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

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

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

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

Individueel inspectieverslag

Het inspectieverslag van elk CGG is geordend per thema.

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

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

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

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

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

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

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

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

Beleidsrapport

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

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

2.4 SITUERING VAN DE VOORZIENING

Directiecomité

Algemeen directeur	Anne Roekens
--------------------	--------------

Overzicht vestigingsplaatsen en teams

Hoofdzetel en directiesecretariaat		
Kapucijnenvoer 16 3000 Leuven		
Vestigingsplaats	Team	Leeftijdsgroep
Vestiging Aarschot Betekomsesteenweg 47/1 3200 Aarschot	Kinderen- en jongerenteam	0-18
	Volwassenen- en ouderenteam	+18
	Mobiel crisisteam Yuneco	0-18
Vestiging Diest Halensebaan 49b 3290 Diest	Kinderen- en jongerenteam	0-18
	Volwassenen- en ouderenteam	+18
	VDIP-team	16-35
Vestiging Leuven Kapucijnenvoer 16 3000 Leuven	Kinderen- en jongerenteam	0-18
	Volwassenenteam	18-60
	Ouderenteam	+60
	Forensisch team	+18
	Epilepsie	+18
	Buddywerking	+18
Vestiging Sterrebeek Kerkdries 26 1930 Sterrebeek <i>(tot 17/11/2017)</i> Leuvensesteenweg 571 3070 Kortenberg <i>(tijdelijk vanaf 18/11/2017)</i>	Kinderen- en jongerenteam	0-18
	Volwassenen- en ouderenteam	+18
Vestiging Tienen Beauduinstraat 91bus 2 3300 Tienen	Kinderen- en jongerenteam	0-18
	Volwassenen- en ouderenteam	+18

Inspectiepunt

Tijdens deze inspectie werd volgende vestigingsplaats bezocht:

Vestiging Aarschot
Betekomsesteenweg 47/1
3200 Aarschot

De inspectie had betrekking op de werking van het volwassenen- en ouderenteam.

3 ALGEMENE GEGEVENS BETREFFENDE DE GECONTROLEERDE DOSSIERS

3.1 AANTAL GECONTROLEERDE DOSSIERS

totaal aantal gecontroleerde dossiers van lopende zorgperiodes (verder " actieve dossiers " genoemd)	15
<i>actieve dossiers met een looptijd van een half tot 1 jaar</i>	<i>5</i>
<i>actieve dossiers met een looptijd van 1 tot 2 jaar</i>	<i>5</i>
<i>actieve dossiers met een looptijd van meer dan 2 jaar</i>	<i>5</i>

De meeste elementen werden nagegaan in de actieve dossiers.

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

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

totaal aantal gecontroleerde dossiers van afgesloten zorgperiodes (verder " afgesloten dossiers " genoemd)	10
<i>afgesloten in wederzijds overleg tussen cliënt en CGG</i>	<i>8</i>
<i>afgesloten na een eenzijdige beslissing van de cliënt</i>	<i>1</i>
<i>afgesloten na een eenzijdige beslissing van het CGG</i>	<i>1</i>
<i>afgesloten na overlijden van de cliënt</i>	<i>0</i>

3.2 DOORLOOPTIJDEN

	actieve dossiers	afgesloten dossiers	actieve en afgesloten dossiers
gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding en FTF1 <i>(mediaan)</i>	27,73 <i>(22)</i>	27,00 <i>(21)</i>	27,44 <i>(22)</i>
gemiddeld aantal dagen tussen FTF1 en FTF2 <i>(mediaan)</i>	50,07 <i>(37)</i>	80,06 <i>(43)</i>	62,28 <i>(37)</i>
gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding en FTF2 <i>(mediaan)</i>	77,80 <i>(61)</i>	107,60 <i>(78)</i>	89,72 <i>(64)</i>
gemiddeld aantal dagen tussen FTF1 en meest recente of laatste FTF <i>(mediaan)</i>	666 <i>(533)</i>	463,5 <i>(373)</i>	
<i>laagste aantal dagen</i>	<i>243</i>	<i>97</i>	
<i>hoogste aantal dagen</i>	<i>1.393</i>	<i>1.014</i>	

3.3 AANTAL FACE-TO-FACE-CONTACTEN

	actieve dossiers	afgesloten dossiers	actieve en afgesloten dossiers
gemiddeld aantal FTF per dossier <i>(mediaan)</i>	29 <i>(18)</i>	19,7 <i>(11,5)</i>	25,28 <i>(16)</i>
<i>laagste aantal FTF</i>	5	4	4
<i>hoogste aantal FTF</i>	115	94	115
gemiddeld aantal FTF per 100 dagen looptijd (geteld vanaf FTF1 tot meest recente of laatste FTF)	4,39	4,07	4,26
gemiddeld aantal FTF per 100 dagen looptijd (geteld vanaf FTF2 tot meest recente of laatste FTF)	4,68	5,56	5,03

4 THEMA'S

4.1 BEHANDELPLAN

4.1.1 Dossiers

Aanwezigheid van een behandelplan

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

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

aantal gecontroleerde dossiers	15
aantal dossiers met een behandelplan	15
percentage dossiers met een behandelplan	100%
gemiddeld aantal FTF voor het opstellen eerste versie behandelplan (mediaan)	2,6 (2)
gemiddeld aantal dagen tussen FTF1 en opstellen eerste versie behandelplan (mediaan)	75,40 (10)
gemiddeld aantal dagen tussen FTF2 en opstellen eerste versie behandelplan (mediaan)	25,33 (0)

Hulpvraag, diagnose en doelstellingen

In het referentiekader worden onder meer de hulpvraag en hulpverwachting van de cliënt, de diagnose en hypothesen en de doelstellingen als minimale elementen van het behandelplan omschreven. We controleerden de aanwezigheid van deze 3 onderwerpen in elk dossier waarin we ook een behandelplan zochten.

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

Overzicht van de klachten en problemen

Het referentiekader stelt dat het behandelplan een overzicht van de klachten en problemen moet bevatten. Hierbij moet er niet alleen aandacht zijn voor de psychische/psychiatrische problematiek, maar ook voor problemen op andere levensgebieden, in het bijzonder voor problemen met een weerslag op het psychisch evenwicht.

In het overzicht van klachten en problemen hebben we (in de actieve dossiers met een looptijd van minder dan 2 jaar) een aantal aspecten nagegaan die een weerslag kunnen hebben op het psychisch evenwicht of die van belang kunnen zijn voor het verloop van het verdere zorgtraject, zowel binnen het psychisch, psychiatrisch als het somatisch domein¹.

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

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

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

	gevonden / gezocht	% gevonden
<i>informatie over vroeger psychofarmacagebruik</i>	9 / 15	60%
<i>informatie over actueel medicatiegebruik</i>	9 / 15	60%
<i>informatie over somatische problemen of klachten</i>	12 / 15	80%
<i>gegevens over de historiek op het vlak van psychische problemen</i>	14 / 15	93%
<i>gegevens over het middelengebruik</i>	6 / 15	40%
aantal gevonden items / totaal aantal gezochte items	50 / 75	67%

Bij de meeste CGG werden deze aspecten enkel bekeken in dossiers met een looptijd van minder dan 2 jaar. Om de vergelijking te kunnen maken, geven we hieronder de cijfers voor dat deel van de dossiers.

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

	gevonden / gezocht	% gevonden
<i>informatie over vroeger psychofarmacagebruik</i>	6 / 10	60%
<i>informatie over actueel medicatiegebruik</i>	5 / 10	50%
<i>informatie over somatische problemen of klachten</i>	7 / 10	70%
<i>gegevens over de historiek op het vlak van psychische problemen</i>	10 / 10	100%
<i>gegevens over het middelengebruik</i>	4 / 10	40%
aantal gevonden items / totaal aantal gezochte items	32 / 50	64%

Betrokkenheid van de context

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

	gevonden / gezocht	% gevonden
aantal dossiers waarin kon aangetoond worden dat de context betrokken werd (of dat de cliënt dit niet wou)	3 / 15	20%

Bij de meeste CGG werd dit aspect enkel bekeken in dossiers met een looptijd van minder dan 2 jaar. Om de vergelijking te kunnen maken, geven we hieronder de cijfers voor dat deel van de dossiers.

	gevonden / gezocht	% gevonden
aantal dossiers waarin kon aangetoond worden dat de context betrokken werd (of dat de cliënt dit niet wou)	1 / 10	10%

Notities bij FTF-contacten

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

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

	gevonden / gezocht	% gevonden
totaal aantal gecontroleerde FTF met notities	98 / 130	75%
<i>aantal gecontroleerde FTF van therapeuten met notities</i>	<i>64 / 89</i>	<i>72%</i>
<i>aantal gecontroleerde FTF van CGG-psychiaters met notities</i>	<i>34 / 41</i>	<i>83%</i>
aantal dossiers met inhoudelijke notities voor alle gecontroleerde FTF-contacten	4 / 15	27%

4.1.2 Systeem

Volgende beleidsdocumenten over het thema behandelplan werden opgevraagd:

- model van behandelplan;
- procedure met beschrijving van:
 - de inhoudelijke criteria waaraan dit behandelplan moet voldoen;
 - hoe lang na de opstart of op welk moment een behandelplan verwacht wordt.
- de meest recente cijfergegevens over het gebruik van behandelplannen;
- de meest recente cijfergegevens over de inhoud van de behandelplannen;
- documenten m.b.t. verbeteracties die de voorbije 5 jaar werden opgezet omtrent het werken met behandelplannen, waarom deze acties werden geselecteerd, en hoe ze werden uitgevoerd, opgevolgd en geëvalueerd;
- procedure met de verwachtingen omtrent het betrekken van de cliënt en zijn context.

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

gecontroleerd element	ja / nee
Er zijn duidelijke verwachtingen qua gebruik van een model van behandelplan.	ja
Er is beleidsmatig vastgelegd dat de behandelplannen onderstaande elementen moeten bevatten:	
▪ klachten en problemen van de cliënt;	ja
▪ (hulpvraag en) hulpverwachting van de cliënt;	ja
▪ diagnose of hypothesen;	ja
▪ doelstellingen;	ja
▪ behandeling en begeleiding (geplande acties en interventies);	ja

▪ datum eerstvolgende evaluatie;	ja
▪ afstemming met cliënt.	ja
Er is formeel vastgelegd op welk moment een behandelplan moet opgesteld zijn.	ja
Deze termijn is concreet en duidelijk toetsbaar geformuleerd.	ja, nl.: na FTF4
Er zijn schriftelijke afspraken over het noteren van informatie in het multidisciplinair dossier:	
m.b.t. medische gegevens	ja
m.b.t. psycho-emotionele gegevens	ja
m.b.t. verwachtingen van de cliënt	nee
m.b.t. notities van FTF-contacten	nee
m.b.t. verslag van de multidisciplinaire behandelplanbespreking	nee
Er zijn recente gegevens beschikbaar (maximaal 5 jaar oud) over het al dan niet werken met behandelplannen.	ja
Er zijn recente gegevens beschikbaar over de inhoud van de behandelplannen.	nee
Er werden de voorbije 5 jaar verbeteracties opgezet rond het werken met behandelplannen.	nee
Er werden de voorbije 5 jaar verbeteracties opgezet rond onderstaande onderwerpen:	
▪ verbeteracties m.b.t. inhoudelijke aspecten;	nee
▪ verbeteracties m.b.t. het gebruik van een model van behandelplan;	nee
▪ verbeteracties m.b.t. registratie van gebruik van behandelplan;	nee
▪ vorming rond het gebruik van behandelplannen.	nee
Er kan voor de voorbije 5 jaar objectief verbetering aangetoond worden m.b.t. het gebruik van behandelplannen.	nee
Er is beleidsmatig vastgelegd bij welke indicaties de context van de cliënt moet betrokken worden in de loop van de zorgperiode.	ja

4.1.3 Conclusie

- Er zijn beleidsmatige verwachtingen over het gebruik van een behandelplan met de omschrijving van een modelbehandelplan waarin alle gecontroleerde elementen worden opgesomd. In alle gecontroleerde dossiers werd een behandelplan teruggevonden.
 - De hulpvraag van de cliënt en de diagnose of hypothese waren in alle dossiers aanwezig. Ook de doelstellingen (80%) werden meestal in het dossier gevonden.
 - Er zijn afspraken m.b.t. notities over klachten en problemen. Het overzicht van klachten en problemen bleek in de gecontroleerde dossiers minder volledig. 67% van de gezochte items werd gevonden in de dossiers. Informatie over de psychiatrische historiek

(93%) en over somatische problemen (80%) waren hierbij het vaakst aanwezig, terwijl informatie over medicatie het meest ontbrak (50%).

- Er is beleidsmatig vastgelegd hoe de context moet betrokken worden. In slechts 3 van de 15 dossiers kon de betrokkenheid van context aangetoond worden.
- Er zijn geen formele afspraken voor het maken van notities over FTF-contacten. Over 75% van alle FTF-contacten die in de actieve dossiers werden nagekeken, werden inhoudelijke notities gevonden.
- Uit de controle van de dossiers blijkt dat de door het CGG nagestreefde termijn (na 4 FTF) voor het opstellen van een behandelplan wordt gerespecteerd: in de gecontroleerde dossiers werd gemiddeld na 2,6 FTF een eerste versie van het behandelplan opgesteld.
- Het CGG beschikt over informatie over het werken met behandelplannen, maar niet over de inhoud hiervan. Verbeteracties en verbeterresultaten over het werken met behandelplannen konden niet worden aangetoond.

4.2 MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

4.2.1 Dossiers

Toegankelijkheid van het dossier voor de verschillende disciplines

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

Tijdens de inspectie werd nagegaan of alle gezochte informatie in de actieve dossiers toegankelijk was voor alle disciplines. De informatie werd als (deels) niet toegankelijk beschouwd als deze zich buiten de vestigingsplaats bevond of als ze zich bevond in een ruimte of kast die niet toegankelijk was voor alle teamleden.

We gaan er van uit dat een volledig elektronisch patiëntendossier de toegankelijkheid kan garanderen; ter informatie gingen we daarom ook na of alle informatie in het EPD werd gevonden, dan wel deels op papier.

	gevonden / gezocht	% gevonden
aantal dossiers waarbij alle gecontroleerde informatie toegankelijk was voor alle disciplines	15 / 15	100%
<i>aantal dossiers waar alle informatie in het EPD werd gevonden (en voor alle disciplines toegankelijk was)</i>	12 / 15	80%
<i>aantal dossiers waarbij, naast de informatie in het EPD, sommige gegevens op papier werden gevonden, maar wel in een centraal bewaard dossier (en dus voor alle disciplines toegankelijk)</i>	3 / 15	20%

Betrokkenheid van verschillende disciplines

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

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

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

FTF door verschillende disciplines

	gevonden / gezocht	% gevonden
aantal actieve dossiers waarbij FTF-contacten met een CGG-psychiater plaats vonden in de loop van de volledige zorgperiode	8 / 15	53%
aantal actieve dossiers waarbij FTF-contacten met een andere discipline plaats vonden in de loop van de volledige zorgperiode	11 / 15	73%
aantal actieve dossiers waarbij zowel FTF-contacten met een CGG-psychiater als met een andere discipline plaats vonden	4 / 15	27%

Behandelplanbesprekingen en deelname

totaal aantal gecontroleerde BHP-besprekingen in alle actieve dossiers	17	
	gevonden / gezocht	%
aantal keer dat meer dan 1 aanwezige aantoonbaar was	6 / 6 *	100%
aantal waarbij de aanwezigheid van een CGG-psychiater aantoonbaar was	6 / 6 *	100%

* dit werd slechts bij 6 besprekingen nagegaan

Betrokkenheid van een CGG-psychiater

	gevonden / gezocht	%
aantal actieve dossiers waarbij FTF-contacten met een CGG-psychiater plaats vonden in de loop van de zorgperiode (of in de laatste 24 maanden voor de inspectiedatum bij langlopende dossiers)	8 / 15	53%
aantal dossiers met minstens één BHP-bespreking in de gecontroleerde periode waarbij de aanwezigheid van een CGG-psychiater kon aangetoond worden	6 / 12	50%
aantal actieve dossiers waarbij de betrokkenheid van de psychiater kon aangetoond worden door aanwezigheid bij minstens 1 BHP-bespreking en/of door minstens 1 FTF-contact in de gecontroleerde periode	11 / 14	79%

Zesmaandelijke bespreking van het behandelplan

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

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

som van de duur van de zorgperiodes (tijd tussen FTF2 en inspectiedatum; bij langlopende dossiers beperkt tot de laatste 24 maanden), in maanden	248 (41 keer 6 maanden)
totaal aantal gecontroleerde BHP-besprekingen in alle actieve dossiers	17

	gevonden / gezocht	%
aantal dossiers waarin nooit een periode van meer dan zes maanden voorkwam zonder dat een behandelplan werd opgesteld of besproken	3 / 15	20%

		aantal periodes van meer dan 6 maanden waarin geen BHP werd opgesteld of besproken (opgedeeld in periodes van 6-12, 12-18 en 18-24 maanden)		
looptijd dossiers	aantal dossiers	6-12 maanden	12-18 maanden	18-24 maanden
een half tot 1 jaar	5	2	n.v.t.	n.v.t.
1 tot 2 jaar	5	0	5	0
meer dan 2 jaar	5	0	2	3
		2	7	3
			12	

In alle dossiers samen werd in totaal 12 keer een periode van meer dan zes maanden opgemerkt waarin geen behandelplan werd opgesteld of besproken. In 2 gevallen duurde deze periode 6 tot 12 maanden, in 7 gevallen 12 tot 18 maanden en in 3 gevallen 18 tot 24 maanden.

toelichting bij de periodes van meer dan 6 maanden waarin geen BHP werd opgesteld of besproken	
aantal periodes van meer dan 6 maanden doordat het dossier geen BHP bevat	0
aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen FTF2 en het opstellen van het eerste behandelplan	0
aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen de opmaak en de eerste bespreking van het behandelplan	5
<i>aantal daarvan waarbij in de gecontroleerde periode geen BHP-bespreking gevonden werd</i>	<i>4</i>
aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen het moment dat 2 jaar voor de inspectie viel en de eerste daaropvolgende BHP-bespreking (bij dossiers met een looptijd van meer dan 2 jaar)	3
<i>aantal daarvan waarbij in de gecontroleerde periode geen BHP-bespreking gevonden werd</i>	<i>2</i>
aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen 2 behandelplanbesprekingen	0

aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen de meest recente BHP-bespreking en de inspectiedatum	4
	12

Communicatie met externe zorgverleners met het oog op continuïteit van zorg

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

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

- in alle gecontroleerde dossiers zochten we naar schriftelijke communicatie met de huisarts tijdens het zorgproces (vanuit de vaststelling dat de taak van de huisarts meer en meer evolueert naar coördinator van de zorg en beheerder van de informatie over het gezondheidsbeeld van de patiënt); ter vervollediging van de informatie keken we vooreerst in de dossiers na of er informatie betreffende de huisarts in het dossier was genoteerd (bv. een naam van de huisarts, een weigering van de cliënt tot contactname met de huisarts, of de vermelding dat de cliënt geen huisarts heeft). In de meeste andere CGG werden deze aspecten enkel in de afgesloten dossiers gecontroleerd. Om vergelijking mogelijk te maken worden de resultaten voor de afgesloten dossiers apart weergegeven.
- in de afgesloten dossiers zochten we naar schriftelijke communicatie t.a.v. externe hulpverleners bij beëindiging van een zorgproces, afsluitbrief genoemd; als een afsluitbrief werd gevonden in het dossier, werd nagekeken of deze werd bezorgd aan:
 - de geplande vervolgzorg;
 - de verwijzer;
 - de huisarts;
 - de cliënt of zijn naaste.

Als tussenstap in het proces tot het opmaken van een afsluitbrief werd in de dossiers ook bekeken of er op het einde van het zorgperiode een eindsynthese werd opgemaakt, in eender welke vorm (bv. een intern eindverslag, een brief aan een adviserende arts, ...). De inhoud van deze eindsyntheses werd getoetst aan een aantal onderwerpen die nuttig kunnen zijn in de communicatie met het oog op het verderzetten van een begeleiding:

- de diagnose of problematiek;
- een start- en einddatum van de begeleiding in het CGG;
- het verloop van de behandeling;
- informatie over al of niet medicatie-inname;
- informatie over het voorkomen van een suïciderisico tijdens de begeleiding;
- instructies voor de nazorg;
- gegevens van contactpersoon voor verdere informatie.

	gevonden / gezocht	% gevonden
aantal dossiers met enige informatie over (communicatie met) de huisarts	15 / 25	60%
<i>aantal dat de naam van de huisarts bevat</i>	15 / 25	
<i>aantal waarin stond genoteerd dat de cliënt geen huisarts heeft</i>	0 / 25	
<i>aantal waarin stond genoteerd dat cliënt geen communicatie met de huisarts wou</i>	0 / 25	
aantal afgesloten dossiers met enige informatie over (communicatie met) de huisarts	7 / 10	70%
aantal dossiers waarin schriftelijke communicatie met de huisarts kon worden aangetoond in de loop van de zorgperiode	niet gecontroleerd	niet gecontroleerd

aantal afgesloten dossiers dat een eindsynthese bevat (bv. een intern eindverslag, afsluitbrief, brief voor de adviserend arts ...)	4 / 10	40%
indien eindsynthese aanwezig, bevat deze volgende elementen:		
<i>diagnose / omschrijving van de problematiek</i>	4 / 4	
<i>start- en einddatum zorgperiode</i>	4 / 4	
<i>verloop van de behandeling</i>	4 / 4	
<i>info over medicatie</i>	4 / 4	
<i>informatie over suïcidaliteit</i>	0 / 4	
<i>instructies voor nazorg / vervolgbehandeling</i>	3 / 4	
<i>contactpersoon voor verdere informatie</i>	4 / 4	
aantal dossiers waarin de gevonden eindsynthese een afsluitbrief was	2 / 4	
<i>aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief verstuurd werd naar de zorgverlener die zou instaan voor de vervolgzorg (bv. psychiatrisch ziekenhuis, psychotherapeut, ...)</i>	0 / 2	
<i>aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief verstuurd werd naar de verwijzer</i>	1 / 2	
<i>aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief verstuurd werd naar de huisarts</i>	1 / 2	
<i>aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief meegegeven werd aan de cliënt of zijn naaste</i>	0 / 2	

4.2.2 Systeem

Volgende beleidsdocumenten over het thema multidisciplinaire werking werden opgevraagd:

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

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

gecontroleerd element	ja / nee
Het CGG beschikt voor het geselecteerde team over schriftelijke afspraken betreffende het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking	ja
Er zijn schriftelijke afspraken over:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ frequentie van het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking (bv. per dossier/cliënt/zorgperiode) 	ja
<ul style="list-style-type: none"> ▪ disciplines die bij het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking aanwezig moeten zijn 	nee
Er zijn recente gegevens (2015 of later) beschikbaar omtrent het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking (bv. over de gehaalde frequentie per dossier, over aanwezigheid, over verslaggeving in het dossier).	nee
Er werden de voorbije 5 jaar verbeteracties opgezet omtrent het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking.	nee
Indien ja, kan er verbetering worden aangetoond in de laatste 5 jaar	nee

Er zijn schriftelijke afspraken betreffende de afsluitbrief	ja
<ul style="list-style-type: none"> ▪ afspraken betreffende termijn voor verzending 	nee
<ul style="list-style-type: none"> de termijn voor verzending is SMART geformuleerd (bv. duidelijke tijdsperiode) 	n.v.t.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ afspraken betreffende inhoud 	nee
<ul style="list-style-type: none"> ▪ afspraken betreffende bestemming(en) 	nee
Er zijn schriftelijke afspraken betreffende communicatie met de huisarts	ja
Er zijn recente (ten laatste van 2015) gegevens beschikbaar over het al dan niet versturen van afsluitbrieven / eindsyntheses	nee
Er zijn recente (ten laatste van 2015) gegevens beschikbaar over de inhoud van de afsluitbrieven / eindsyntheses	nee
Er werden de voorbije 5 jaar (aantoonbare) verbeteracties opgezet omtrent de inhoud en het versturen van afsluitbrieven door het geselecteerde team	nee
Aangetoonde verbeteracties:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ gebruik van een gemeenschappelijk model van afsluitbrief 	nee
<ul style="list-style-type: none"> ▪ bepaalde inhoudelijke topics van de afsluitbrief 	nee
<ul style="list-style-type: none"> ▪ registratie van het opmaken of versturen van afsluitbrieven 	nee
<ul style="list-style-type: none"> ▪ andere aspecten m.b.t. afsluitbrieven 	nee
Er kan objectief verbetering worden aangetoond m.b.t. de voorbije 5 jaar.	nee

4.2.3 Conclusie

- De dossiers waren toegankelijk voor de betrokken medewerkers op de dag van inspectie.
- Het CGG beschikt voor het geselecteerde team over schriftelijke afspraken betreffende de frequentie van de BHP-besprekingen, maar niet over de aanwezige disciplines en de plaats in het dossier om het verslag te noteren. Uit de dossiernotities kan niet steeds afgeleid worden wie bij de intercollegiale besprekingen aanwezig was; deze informatie wordt op een andere manier bewaard en kon zo achterhaald worden.
 - In 50% van de actieve dossiers, die voor dit element werden gecontroleerd, kon in de gecontroleerde periode de aanwezigheid van een CGG-psychiater aangetoond worden bij minstens 1 BHP-bespreking. In 21% van de actieve dossiers kon de betrokkenheid van een CGG-psychiater niet aangetoond worden door betrokkenheid bij minstens 1 BHP-bespreking en/of door een FTF-contact in de gecontroleerde periode.
 - In 3 (20%) van de 15 gecontroleerde actieve dossiers werd nooit een periode van zes maanden overschreden zonder dat een behandelplan werd opgesteld of besproken.

- Het CGG verzamelt niet op gestructureerde wijze gegevens omtrent de praktijk (voor het geïnspecteerde team) betreffende het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire BHP-besprekingen (bv. over de gehaalde frequentie per dossier, over aanwezigheid van disciplines, over verslaggeving in het dossier,...). Er konden over dit onderwerp geen specifieke verbeteracties en verbeterresultaten worden getoond.
- Er zijn schriftelijke afspraken betreffende de afsluitbrief / eindsynthese, meer bepaald over de inhoud van de afsluitbrief en welke mogelijke bestemmingen zijn, maar niet over de termijn waarbinnen een afsluitbrief moet verzonden worden. Er zijn schriftelijke afspraken over de communicatie met de huisarts.
 - In de 25 gecontroleerde dossiers kon in 15 gevallen informatie over de huisarts gevonden worden.
 - In de 10 gecontroleerde dossiers van afgesloten zorgperiodes werd in 4 gevallen een eindsynthese opgemaakt. 2 van deze eindsyntheses waren een afsluitbrief, die in 1 geval naar de huisarts was gestuurd en in het andere geval naar de verwijzer.
 - In de 4 eindsyntheses ontbraken een aantal inhoudelijke gegevens:
 - geen enkele eindsynthese bevatte informatie over suicidaliteit
 - éénmaal ontbraken instructies voor de nazorg.
- Het CGG verzamelt niet op gestructureerde wijze gegevens omtrent de praktijk (voor het geïnspecteerde team) betreffende het maken en verzenden van afsluitbrieven. Er konden over dit onderwerp geen specifieke verbeteracties en verbeterresultaten worden getoond.

4.3 UITKOMSTENMONITORING EN CLIËNTENFEEDBACK

4.3.1 Dossiers

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

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

aantal gecontroleerde dossiers	15
aantal dossiers met resultaten over minstens één van de vier gezochte aspecten (klinische symptomen, algemeen functioneren, tevredenheid van de cliënt, werkrelatie cliënt-therapeut)	1 (7%)

Omdat dit aspect in de meeste CGG enkel in de actieve dossiers met een looptijd van minder dan 2 jaar werd gecontroleerd, geven we hieronder de cijfers voor die dossiers weer.

aantal gecontroleerde dossiers	10
aantal dossiers met resultaten over minstens één van de vier gezochte aspecten (klinische symptomen, algemeen functioneren, tevredenheid van de cliënt, werkrelatie cliënt-therapeut)	1 (10%)

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

resultaten van systematische uitkomstenmonitoring en/of cliëntenfeedback die de evolutie in kaart brengt m.b.t. volgende aspecten:	aantal dossiers met gegevens	<i>aantal met gegevens op basis van meetinstrument ingevuld door therapeut</i>	<i>aantal met gegevens op basis van gestructureerde bevraging van de cliënt</i>	<i>aantal met gegevens op basis van beide</i>
de klinische symptomen	0	0	0	0
het algemeen functioneren van de cliënt	0	0	0	0
de tevredenheid van de cliënt over de behandeling	1	0	1	0
de werkrelatie tussen cliënt en therapeut	0	0	0	0

4.3.2 Systeem

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

- werkwijze m.b.t. het gebruik van uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback (op cliëntniveau);
- meetinstrument dat wordt ingevuld door therapeut;
- meetinstrument dat wordt ingevuld door cliënt;
- de meest recente resultaten van de uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback (bv. indicatoren, PROM, audit, patiëntervaring-enquêtes,...);
- documenten die aantonen dat de resultaten van de uitkomstenmonitoring en de cliëntenfeedback gebruikt worden voor de bijsturing van het beleid (bv. projectfiches van verbeteracties, analyse van gegevens, verslagen directiecomité, verslagen teamvergadering, cliëntdossiers,...) zowel op individueel (cliënt)niveau als op team-, doelgroep- en/of CGG-niveau).

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

Periodieke anonieme gebruikerstevredenheidsbevragingen werden hierbij buiten beschouwing gelaten.

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

4.3.3 Conclusie

- Het CGG verwerft niet op systematische wijze gegevens over de cliëntenfeedback of de outcome van de behandeling door het geselecteerde team.
- Slechts in 1 van de 15 gecontroleerde dossiers waren resultaten van evaluatie van de behandeling terug te vinden. Het ging om een gestructureerde bevraging van de cliënt betreffende de tevredenheid over zijn behandeling. Over de klinische symptomen, de werkrelatie tussen cliënt en therapeut en over het algemeen functioneren van de cliënt konden in de dossiers geen gegevens gevonden worden.

4.4 DETECTIE EN BEHANDELING VAN SUÏCIDAAL GEDRAG

4.4.1 Dossiers

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

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

Aantal gecontroleerde dossiers	15	
Aantal dossiers met eender welke risico-inschatting, -omschrijving of -score m.b.t. suïcidaliteit van de cliënt	13 / 15	87%
aantal dossiers waarin de datum van de eerste risico-inschatting inzake suïcidaliteit stond genoteerd	0 / 13	0%
Aantal dossiers waarin de evolutie van de verschillende risico-inschattingen konden worden gevonden	0 / 13	0%
Gemiddelde verstreken tijd sinds (notities over) de meest recente risico-inschatting	kon in geen enkel dossier nagegaan worden: de datum van de risico-inschatting wordt niet genoteerd in het dossier	

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

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

aantal dossiers waarin sprake was van verhoogde suïcidaliteit	4 / 13	31%
aantal dossiers met een verhoogde suïcidaliteit, waarbij volgende elementen werden gevonden:		
inhoudelijke argumentatie voor de inschatting	2 / 4	
(plan met) acties of interventies	0 / 4	
aantal dossiers met acties of interventies waarin een neerslag werd gevonden van de betrokkenheid van de cliënt bij het opstellen hiervan	n.v.t.	
aantal dossiers met acties of interventies waarin een neerslag werd gevonden van de betrokkenheid van de context bij het opstellen hiervan	n.v.t.	

4.4.2 Systeem

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

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

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

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

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

	psychiaters	anderen	totaal
Aantal medewerkers in het geselecteerde team	2	3	5
Aantal van deze medewerkers die gedurende de 24 maanden voor de inspectie een specifieke vorming volgden rond suïcidepreventie	2	3	5

4.4.3 Conclusie

- In het CGG is er een uitgeschreven suïcidebeleid dat een heel aantal aspecten bevat die voorgesteld worden in de VLESP-richtlijn. Toch zijn er enkele ontbrekende elementen: hoe de basisvorming suïcidepreventie georganiseerd wordt en de afspraken rond herevaluatie van het suïciderisico. Er wordt niet expliciet verwacht dat men een plan met acties of interventies moet opstellen bij een verhoogd suïciderisico.
- In bijna alle gecontroleerde dossiers (13/15) was een inschatting van het suïciderisico van de cliënt genoteerd via een gestandaardiseerde uitvallijst in het EPD. In 4 gevallen was het risico verhoogd, waarbij 2 maal een inhoudelijke argumentatie voor de risico-inschatting kon worden teruggevonden.
- In geen enkel van de 4 gecontroleerde dossiers met een verhoogd suïciderisico was er een plan met acties of interventies.
- Er bestaat geen eenduidig verband tussen de aanwezige datum op het betreffende tabblad in het EPD en het moment van de genoteerde score voor het suïciderisico. De datum in het EPD wijzigt automatisch als iets (ook iets anders dan de risico-score) in het scherm wordt aangepast.
Er kon in geen enkel dossier de datum van de eerste risico-inschatting achterhaald worden, noch van een evolutie van het suïciderisico terug gevonden worden.
- Het CGG verzamelt niet op gestructureerde en systematische wijze de nodige gegevens die de dagelijkse praktijk betreffende het detecteren en behandelen van suïcidaal gedrag kunnen objectiveren. Men heeft wel zicht op het aantal cliënten met een verhoogd risico, maar niet op het aantal dossiers waarin een risico-inschatting gebeurde. Er zijn geen specifieke verbeteracties en verbeterresultaten binnen dit domein aantoonbaar.

5 PRIORITAIRE VERBETERPUNTEN

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

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

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

	gevonden / gezocht	% gevonden	prioritair verbeterpunt?
de dossiers zijn toegankelijk voor het behandelend team	15 / 15	100%	nee
de basisinformatie over de klachten en problemen van de cliënt is aanwezig in het dossier	50 / 75	67%	ja
het dossier bevat een inschatting van suïcidaliteit van de cliënt	13 / 15	87%	nee
bij cliënten met een verhoogd suïciderisico werd een plan met waarschuwingssignalen en gerelateerde acties gevonden in het dossier	0 / 4	0%	ja