

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 Brussel

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG: CENTRUM VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDS- ZORG

INRICHTENDE MACHT

| | |
|--------------------|----------------------------|
| Naam | CGG Kohesi |
| Juridische vorm | vzw |
| Adres | Ilgatlaan 11, 3500 Hasselt |
| Ondernemingsnummer | 0472466907 |

INSPECTIEPUNT

| | |
|---------------|----------------------------|
| Naam | CGG Kohesi |
| Adres | Ilgatlaan 11, 3500 Hasselt |
| Dossiernummer | 703 |

UITBATINGSPLAATS

| | |
|-------|-------------------------------|
| Naam | vzw CGG Kohesi campus Genk |
| Adres | Welzijns-campus 23, 3600 Genk |

INSPECTIE

| | |
|----------------------------|----------------------------------|
| Datum laatste vaststelling | 17/01/2023 |
| Verslagnummer | ZI-2023-00109 |
| Inspecteurs | Koenraad Fierens Erik Pouders |

INSPECTIEBEZOEK

CGG Kohesi

Aangekondigde inspectie op 17/01/2023 (9:00-16:30)

| | |
|------------------|----------------------------------|
| Gesprekspartners | 2 directieleden 3 therapeuten |
|------------------|----------------------------------|

INHOUDSOPGAVE

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Afkortingenlijst | 3 |
| 2 | Inleiding | 4 |
| 2.1 | Leeswijzer | 4 |
| 2.2 | Focus van deze inspectieronde | 5 |
| 2.3 | Inspectieproces en -methodiek | 6 |
| 2.4 | Situering van de voorziening | 8 |
| 3 | Algemene gegevens betreffende de gecontroleerde dossiers | 10 |
| 3.1 | Aantal gecontroleerde dossiers | 10 |
| 3.2 | Doorlooptijden | 10 |
| 4 | Thema's | 11 |
| 4.1 | Behandelplan | 11 |
| 4.2 | Multidisciplinaire werking | 15 |
| 4.3 | Uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback | 22 |

ONTWERPVERSLAG

1 AFKORTINGENLIJST

| Afkorting | Uitleg |
|-----------|--|
| BHP | Behandelplan |
| CGG | Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg |
| EPD | Elektronisch patiëntendossier |
| FTF | Face-to-face(-contact(en)) |
| FTFi | Face-to-face(-contact) intake |
| FTFb | Face-to-face(-contact) start begeleiding |

ONTWERP/VERSLAG

2 INLEIDING

2.1 LEESWIJZER

Situering Zorginspectie

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse overheid en is bevoegd voor het toezicht op:

- organisaties die door het Departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund, geattesteerd of gesubsidieerd worden;
- persoonlijke budgetten en hulpmiddelen toegekend aan personen met een handicap;
- personen of organisaties waarvan redelijkerwijze kan worden vermoed dat ze als zorgverlener, hulpverlener of voorziening optreden.

De Vlaamse overheid heeft ervoor gekozen om de inspectiefunctie te scheiden van de vergunnings-, erkennings- en subsidiëeringsfunctie. De functiescheiding tussen inspecteren en rapporteren enerzijds en beslissen over de gevolgen anderzijds, maakt dat Zorginspectie haar opdracht zo objectief, onpartijdig en onafhankelijk mogelijk kan vervullen.

Wat is de opdracht van Zorginspectie?

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.

Hoe werkt Zorginspectie?

Zorginspectie voert haar inspectiebezoeken uit en stelt haar inspectieverslagen op conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen houdt Zorginspectie rekening met de privacy van alle betrokken partijen. Meer informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de Gegevensbeschermingsautoriteit: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

Binnen 30 dagen na het inspectiebezoek ontvangt het inspectiepunt en (in voorkomend geval) de klachtindiener het ontwerpverslag. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden om – gedurende een periode van 14 kalenderdagen – schriftelijk te reageren op onjuistheden in het ontwerp van het inspectieverslag.

De definitieve inspectieverslagen worden actief ter beschikking gesteld en zijn te vinden via <https://www.departementwvg.be/zorginspectie-inspectieverslagen-en-openbaarheid>

Meer informatie is te vinden op onze website: www.zorginspectie.be.

2.2 FOCUS VAN DEZE INSPECTIERONDE

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

1. behandelplan
2. multidisciplinaire werking
3. uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback.

De gekozen thema's betreffen vanzelfsprekende aspecten van een goede hedendaagse zorgpraktijk. Deze drie thema's komen expliciet aan bod in het referentiekader dat het agentschap Zorg en Gezondheid in 2015 aan de sector heeft bekendgemaakt (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-centra-geestelijke-gezondheid>). Ook de "De wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg" (<https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2019/04/22/2019041141/justel>) bevat elementen waarop bepaalde verwachtingen gebaseerd zijn.

Binnen de drie thema's bekijken we ook een aantal elementen die niet expliciet aan bod komen in het referentiekader of in wetgeving. Waar dit het geval is, geven we dit duidelijk aan in dit inspectieverslag. Deze vaststellingen hebben de bedoeling een zicht te krijgen op de huidige praktijkvoering op dit vlak, met de bedoeling gegevens te verzamelen die desgevallend kunnen bijdragen aan het bijsturen van het beleid en/of het referentiekader.

Het vierde thema uit de vorige inspectieronde (nl. preventie van suïcidale gedachten en gedrag) werd in deze herhalingsronde niet meegenomen omdat dit onderwerp aan bod komt in een specifieke inspectieronde betreffende suïcidepreventie (vanaf 2021) in alle voorzieningen van de GGZ, met inbegrip van de CGG waarbij voor elk CGG telkens één vestigingsplaats bezocht werd.

In het kader van de vergelijkbaarheid van de inspectieresultaten, werden de drie geselecteerde thema's op identieke wijze bevraagd als in de eerdere inspectieronde (2017-2018).

Bij de opmaak van deze oorspronkelijke inspectie-instrumenten werd input gevraagd van het Vlaams Patiëntenplatform en van het Familieplatform.

Bij beide inspectierondes beperkten we ons tot de werking voor de doelgroep volwassenen (18 tot 60 jaar); waarbij de werking voor jongeren en deze voor ouderen dus buiten de scope viel. De werking werd in elk CGG beoordeeld bij een willekeurig gekozen team dat de volwassen doelgroep bedient, waarbij we de teams met een exclusieve gespecialiseerde werking voor zeer specifieke doelgroepen buiten beschouwing lieten (bv. forensische werking, teams verslavingszorg, teams voor mensen met een verstandelijke beperking).

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

2.3 INSPECTIEPROCES EN -METHODIEK

Vorbereiding

Op 18/11/2022 ontvingen alle CGG een e-mail waarin deze inspectieronde werd aangekondigd.

Op 29/11/2022 organiseerde Zorginspectie een communicatiemoment, waarop alle CGG werden uitgenodigd. Hierbij werden de inhoud, de methodiek en de praktische elementen van de inspecties toegelicht.

Inspectiebezoeken

De inspecties van de verschillende CGG in deze inspectieronde werden gepland vanaf januari 2023.

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 weken 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.

Een inspectie werd telkens door twee inspecteurs uitgevoerd en duurde 1 dag.

Bronnen

Rond elk van de drie thema's werden in eerste instantie een aantal elementen getoetst aan de hand van dossiercontroles. Op deze manier werd nagegaan of de concrete praktijk voldeed aan de vooropgestelde verwachtingen inzake kwaliteit van zorg. Zorginspectie beschouwt zorgvuldige dossiervorming hierbij als hulpmiddel en als noodzakelijke voorwaarde voor het realiseren 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 maakten de inspecteurs bij het begin van de inspectie een selectie van dossiers die effectief werden gecontroleerd, samen met een CGG-medewerker.

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 wordt geteld vanaf het FTF waarop de begeleiding is gestart (FTFb).

- Dossiers met minder dan 4 FTF-contacten worden niet meegenomen.

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

Met het oog op de nodige context bij de vaststellingen uit de dossiercontrole namen we voor elk thema ook de achterliggende systematiek en het (verbeter)beleid in ogenschouw, onder het luik "systeem". Dit gebeurde in deze inspectieronde ook helemaal analoog aan de systeemcontrole tijdens de vorige inspectieronde, namelijk via een beoordeling van interne beleidsdocumenten (procedures, rapporten, databanken, ...) die elk CGG op vraag van Zorginspectie op voorhand kon klaarleggen.

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

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

Individueel inspectieverslag

Het inspectieverslag van elk CGG is geordend in een hoofdstuk per thema waarin telkens de vaststellingen (zowel op basis van de dossiercontrole als op basis van de systeemaspecten) worden weergegeven. Daarna volgt een conclusie waarin alle vaststellingen die gelinkt zijn aan een norm uit de regelgeving een beoordeling krijgen als "inbreuk" of als "zoals verwacht". Deze voorstelling maakt snel duidelijk, zowel voor het CGG als in functie van de opvolging, voor welke elementen verbetering nodig is.

Voor elk element van de dossiercontrole dat gebaseerd is op een item uit het referentiekader wordt in principe een volledige naleving (score van 100%) verwacht. Uiteraard kunnen factoren in de realiteit, zoals bijvoorbeeld de invloed van externe (soms oncontroleerbare) variabelen en de complexiteit van een casus, maken dat de werkelijke score hier soms van afwijkt. Vanuit dit oogpunt en in combinatie met de relatief beperkte steekproefgrootte, kiest Zorginspectie ervoor om voor alle vaststellingen een tolerantie van 20% in te bouwen. Dit betekent dat voor alle gecontroleerde elementen 80% naleving wordt verwacht.

Om het zicht op de evolutie sinds de vorige inspectieronde (2017-2018) te verduidelijken, wordt in het inspectieverslag voor alle vaststellingen waarbij dit relevant is een kolom met de eerdere resultaten toegevoegd naast de resultaten van de huidige inspectie.

In de vorige inspectieronde (2017-2018) werden door Zorginspectie vier "prioritaire verbeterpunten" gedefinieerd wegens hun direct verband met de patiëntveiligheid of de kwaliteit van de zorg. Twee van deze verbeterpunten hadden betrekking op het thema "suïcidepreventie" dat in de huidige inspectieronde niet hernomen wordt. De twee overblijvende ("dossiers niet toegankelijk voor behandelend team" en "onvoldoende info over de fysieke en psycho-emotionele gezondheid van de cliënten") vinden in dit inspectieverslag een plaats in de conclusie van het betrokken hoofdstuk, naargelang het behaalde resultaat als "inbreuk" of "zoals verwacht", maar ze worden niet langer als "prioritair" gelabeld t.o.v. de andere mogelijke verbeterpunten. In het huidige inspectieverslag wordt in de conclusies van elk thema immers voor elke vaststelling die een basis heeft in de regelgeving aangegeven of dit al dan niet een verbeterpunt is. De voorheen prioritaire verbeterpunten worden wel nog steeds op dezelfde wijze geïnspecteerd, zodat hun evolutie in de tijd kan bekeken worden.

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.

Het inspectieverslag heeft vooral tot doel om een verbeterinstrument te zijn voor het betrokken CGG.

Elk definitief inspectieverslag wordt ook bezorgd aan Zorg en Gezondheid, de entiteit die verantwoordelijk is voor de opvolging van de inspectievaststellingen.

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;
- per individueel CGG en sectorbreed de evolutie in de tijd over 5 jaar zichtbaar maken op vlak van zorgkwaliteit voor de drie herhaalde thema's.
- sectorbrede cijfers aanleveren die de CGG(-koepel) en 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 | Jo Gommers |
| Lid directieteam | Kris 's Hertogen |
| Lid directieteam | Kristien Hebbrecht |
| Lid directieteam | Joris Smets |

Overzicht vestigingsplaatsen en teams

| Hoofdzetel en directiesecretariaat | | |
|--|-----------------|----------------|
| Ilgatlaan 11 3500 Hasselt | | |
| Vestigingsplaats | Team | Leeftijdsgroep |
| Ilgatlaan 11 B3 3500 Hasselt | Volwassenenteam | 18-60 |
| | Ouderenteam | +60 |
| Welzijns-campus 23 b 21 3600 Genk | Kinderteam | 3-18 |
| | Volwassenenteam | 18-60 |
| | Ouderenteam | +60 |
| Koning Albertlaan 35 bus 2 3630 Maasmechelen | Kinderteam | 3-18 |
| | Volwassenenteam | 18-60 |
| | Ouderenteam | +60 |
| Pastoor Grausstraat 14/1 3583 Tervant-Paal (Beringen) | Kinderteam | 3-18 |
| | Volwassenenteam | 18-60 |
| | Ouderenteam | +60 |
| Dorpsstraat 117 3900 Overpelt | Kinderteam | 3-18 |
| | Volwassenenteam | 18-60 |

Inspectiepunt

Tijdens deze inspectie werd volgende vestigingsplaats bezocht:

CGG Kohesi, campus Genk
Welzijns-campus 23 b 21
3600 Genk

De inspectie had betrekking op de werking van het volwassenenteam.

In dit verslag worden een aantal inspectievaststellingen vergeleken met die van de vorige inspectieronde (2017-2018). CGG Kohesi heette toen nog CGG LITP. De toenmalige inspectie vond plaats op volgende vestigingsplaats (die ondertussen werd gesloten):

CGG LITP Sint-Truiden
Toekomststraat 17
3800 Sint-Truiden

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

ONTWERP/VERSLAG

3 ALGEMENE GEGEVENS BETREFFENDE DE GECONTROLEERDE DOSSIERS

3.1 AANTAL GECONTROLEERDE DOSSIERS

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

De meeste elementen werden nagegaan in de actieve dossiers.

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

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

| | |
|---|-----------|
| totaal aantal gecontroleerde dossiers van afgesloten zorgperiodes (verder " afgesloten dossiers " genoemd) | 16 |
| <i>afgesloten in wederzijds overleg tussen cliënt en CGG</i> | <i>11</i> |
| <i>afgesloten na een eenzijdige beslissing van de cliënt</i> | <i>5</i> |
| <i>afgesloten na een eenzijdige beslissing van het CGG</i> | <i>0</i> |
| <i>afgesloten na overlijden van de cliënt</i> | <i>0</i> |

3.2 DOORLOOPTIJDEN

| | actieve dossiers | afgesloten dossiers | actieve en afgesloten dossiers |
|---|------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding en FTFi <i>(mediaan)</i> | 79,48 <i>(55)</i> | 86,56 <i>(86)</i> | 82,54 <i>(65)</i> |
| gemiddeld aantal dagen tussen FTFi en FTFb <i>(mediaan)</i> | 36,67 <i>(23)</i> | 44,00 <i>(28)</i> | 39,84 <i>(26)</i> |
| gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding en FTFb <i>(mediaan)</i> | 116,14 <i>(74)</i> | 130,56 <i>(120,50)</i> | 122,38 <i>(93)</i> |
| gemiddeld aantal dagen tussen FTFi en meest recente of laatste FTF <i>(mediaan)</i> | 535,29 <i>(496)</i> | 487,31 <i>(374)</i> | |
| <i>laagste aantal dagen</i> | <i>200</i> | <i>45</i> | |
| <i>hoogste aantal dagen</i> | <i>1.198</i> | <i>1.254</i> | |

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 (BHP) 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 FTFb, 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.

| | 2023 | 2017-2018 |
|--|------------------|-----------------|
| aantal gecontroleerde dossiers | 21 | 21 |
| aantal dossiers met een behandelplan | 21 | 21 |
| percentage dossiers met een behandelplan | 100% | 100% |
| gemiddeld aantal FTF voor het opstellen eerste versie BHP (mediaan) | 1 (1) | 1,05 (1) |
| gemiddeld aantal dagen tussen FTFi en opstellen eerste versie BHP (mediaan) | 1,52 (0) | 12,76 (0) |
| gemiddeld aantal dagen tussen FTFb en opstellen eerste versie BHP (mediaan) | -35,14* (-23) | -48,00 (-49) |

* In de regel wordt na FTFi al een ontwerp van behandelplan opgesteld, dat vervolgens in team besproken en verder verfijnd wordt, vooraleer het behandeltraject wordt gestart. Dit negatieve cijfer wordt verklaard door de tijd die verloopt tussen FTFi en FTFb.

In alle 16 de gecontroleerde actieve dossiers met een looptijd van minder dan 2 jaar (100%), werd uiterlijk na het 4^e FTF een behandelplan gevonden.

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 de actieve dossiers met een looptijd van minder dan 2 jaar.

| | gevonden / gezocht | % gevonden 2023 | % gevonden 2017-2018 |
|---|--------------------|-----------------|----------------------|
| aantal dossiers waarin de hulpvraag en de hulpverwachting van de cliënt waren genoteerd | 16 / 16 | 100% | 94% |

| | | | |
|--|---------|------|------|
| aantal dossiers waarin een diagnose en/of hypothesen stonden genoteerd | 16 / 16 | 100% | 100% |
| aantal dossiers waarin doelstellingen stonden genoteerd | 16 / 16 | 100% | 100% |
| aantal dossiers waarin alle 3 de elementen genoteerd waren | 16 / 16 | 100% | 94% |

Overzicht van de klachten en problemen

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

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

- 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 2023 | % gevonden 2017-2018 |
|--|--------------------|-----------------|----------------------|
| <i>informatie over (vroeger) psychofarmacagebruik</i> | 14 / 16 | 88% | 75% |
| <i>informatie over actueel medicatiegebruik</i> | 13 / 16 | 81% | 81% |
| <i>informatie over somatische problemen of klachten</i> | 15 / 16 | 94% | 88% |
| <i>gegevens over de historiek op het vlak van psychische problemen</i> | 16 / 16 | 100% | 94% |
| <i>gegevens over het middelengebruik</i> | 15 / 16 | 94% | 50% |
| aantal gevonden items / totaal aantal gezochte items | 73 / 80 | 91,25% | 77,50% |

Betrokkenheid van de context

De betrokkenheid van context en naasten van de cliënt bij het zorgtraject is niet beschreven in het referentiekader. Hoewel de betrokkenheid van naasten niet voor alle CGG-cliënten een meerwaarde inhoudt (en er tijdens deze inspectie dan ook geen streefwaarde wordt voorop gesteld), zijn er toch een aantal indicaties waarbij betrokkenheid verwacht wordt. Om zicht te krijgen op de mate waarin naasten betrokken worden bij de hulpverlening, werd dit onderwerp mee in kaart gebracht tijdens de inspecties, meer bepaald in de actieve dossiers met een looptijd van minder dan 2 jaar.

| | gevonden / gezocht | % gevonden 2023 | % gevonden 2017-2018 |
|--|--------------------|-----------------|----------------------|
| aantal dossiers waarin kon aangetoond worden dat de context betrokken werd (of dat de cliënt dit niet wou) | 1 / 16 | 6 % | 19% |

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. In de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg is daaromtrent wel een verwachting, namelijk: "het patiëntendossier bevat de weergave van overleggesprekken met de patiënt, andere gezondheidszorgbeoefenaars of derden". Tijdens onze inspecties zijn we nagegaan in hoeverre psychiaters en andere therapeuten van elk FTF notities maken in het dossier, vanuit het oogpunt dat het patiëntendossier de nodige informatie moet bevatten voor de multidisciplinaire werking en voor continuïteit van zorg.

Concreet werden in elk actief dossier (met een looptijd van minder dan 2 jaar) de laatste 10 FTF-contacten van zowel een therapeut als een 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 2023 | % gevonden 2017-2018 |
|--|--------------------|-----------------|----------------------|
| totaal aantal gecontroleerde FTF met notities | 167 / 169 | 99% | 96% |
| <i>aantal gecontroleerde FTF van therapeuten met notities</i> | <i>149 / 150</i> | <i>99%</i> | <i>95%</i> |
| <i>aantal gecontroleerde FTF van CGG-psychiaters met notities</i> | <i>18 / 19</i> | <i>95%</i> | <i>100%</i> |
| aantal dossiers met inhoudelijke notities voor alle gecontroleerde FTF-contacten | 14 / 16 | 88% | 81% |

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.

| | 2023 | 2017-2018 |
|---|------------------|-----------------------------|
| gecontroleerd element | ja / nee | ja / nee |
| Er zijn duidelijke verwachtingen qua gebruik van een model van behandelplan. | ja | ja |
| Er is beleidsmatig vastgelegd dat de behandelplannen onderstaande elementen moeten bevatten: | | |
| ▪ klachten en problemen van de cliënt; | ja | ja |
| ▪ (hulpvraag en) hulpverwachting van de cliënt; | ja | ja |
| ▪ diagnose of hypothesen; | ja | ja |
| ▪ doelstellingen; | ja | ja |
| ▪ behandeling en begeleiding (geplande acties en interventies); | ja | ja |
| ▪ datum eerstvolgende evaluatie; | ja | ja |
| ▪ afstemming met cliënt. | ja | ja |
| Er is formeel vastgelegd op welk moment een behandelplan moet opgesteld zijn. | ja | ja |
| Deze termijn is concreet en duidelijk toetsbaar geformuleerd. | ja, nl.: na FTF2 | ja, nl: na de intake (FTF1) |
| Er zijn schriftelijke afspraken over het noteren van informatie in het multidisciplinair dossier: | | |
| m.b.t. medische gegevens | ja | ja |
| m.b.t. psycho-emotionele gegevens | ja | ja |
| m.b.t. verwachtingen van de cliënt | ja | ja |
| m.b.t. notities van FTF-contacten | ja | ja |
| m.b.t. verslag van de multidisciplinaire behandelplanbespreking | ja | ja |

| | | |
|--|-----|-----|
| Er zijn gegevens beschikbaar (maximaal 5 jaar oud) over het al dan niet werken met behandelplannen. | ja | ja |
| Er zijn gegevens beschikbaar (maximaal 5 jaar oud) over de inhoud van de behandelplannen. | ja | nee |
| Er werden de voorbije 5 jaar verbeteracties opgezet rond het werken met behandelplannen. | ja | ja |
| Er werden de voorbije 5 jaar verbeteracties opgezet rond onderstaande onderwerpen: | | |
| ▪ verbeteracties m.b.t. inhoudelijke aspecten; | ja | nee |
| ▪ verbeteracties m.b.t. het gebruik van een model van behandelplan; | ja | ja |
| ▪ verbeteracties m.b.t. registratie van gebruik van behandelplan; | ja | ja |
| ▪ vorming rond het gebruik van behandelplannen. | ja | ja |
| Er kan voor de voorbije 5 jaar objectief verbetering aangetoond worden m.b.t. het gebruik van behandelplannen. | ja | ja |
| Er is beleidsmatig vastgelegd bij welke indicaties de context van de cliënt moet betrokken worden in de loop van de zorgperiode. | nee | nee |

4.1.3 Conclusie

Zoals verwacht

- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers werd een behandelplan gevonden (100% in orde).
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers met een looptijd van maximaal 2 jaar, werd uiterlijk na het 4^e FTF een behandelplan gevonden (100% in orde).
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers werd de hulpvraag/hulpverwachting gevonden (100% in orde).
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers werd een diagnose en/of hypothese gevonden (100% in orde).
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers werden doelstellingen gevonden (100% in orde).
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers werd informatie over (vroeger) psychofarmacagebruik gevonden (88% in orde).*
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers werd informatie over actueel medicatiegebruik gevonden (81% in orde).*
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers werd informatie over somatische problemen of klachten gevonden (94% in orde).*
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers werden gegevens over de historiek op het vlak van psychische problemen gevonden (100% in orde).*
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers werden gegevens over middelengebruik gevonden (94% in orde).*
- Van $\geq 80\%$ van de gecontroleerde FTF met een therapeut werden notities in het dossier gevonden (99% in orde).
- Van $\geq 80\%$ van de gecontroleerde FTF met een psychiater werden notities in het dossier gevonden (95% in orde).

* In de vorige inspectieronde (2017-2018) werd de totaalscore van deze vijf items als potentieel prioritair verbeterpunt benoemd. Voor CGG Kohesi (toen CGG LITP) was dit item in orde in de vorige inspectieronde.

4.2 MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

4.2.1 Dossiers

Toegankelijkheid van het dossier voor de verschillende disciplines

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

Tijdens de inspectie werd nagegaan of alle gezochte informatie in de actieve dossiers die een half tot 2 jaar liepen, toegankelijk was voor alle disciplines. De informatie werd als (deels) niet toegankelijk beschouwd als deze zich buiten de vestigingsplaats bevond of als ze zich bevond in een ruimte of kast die niet toegankelijk was voor alle teamleden.

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

| | gevonden / gezocht | % gevonden 2023 | % gevonden 2017-2018 |
|--|-----------------------|--------------------|-------------------------|
| aantal dossiers (met een duurtijd van minder dan 2 jaar) waarbij alle gecontroleerde informatie toegankelijk was voor alle disciplines | 16 / 16 | 100% | 100% |
| <i>aantal dossiers waar alle informatie in het EPD werd gevonden (en voor alle disciplines toegankelijk was)</i> | 16 / 16 | 100% | 100% |
| <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> | 0 / 16 | 0% | 0% |

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 2023 | % gevonden 2017-2018 |
|---|--------------------|-----------------|----------------------|
| aantal actieve dossiers waarbij FTF-contacten met een CGG-psychiater plaats vonden in de loop van de volledige zorgperiode | 9 / 21 | 43% | 52% |
| aantal actieve dossiers waarbij FTF-contacten met een andere discipline plaats vonden in de loop van de volledige zorgperiode | 21 / 21 | 100% | 100% |
| aantal actieve dossiers waarbij zowel FTF-contacten met een CGG-psychiater als met een andere discipline plaats vonden | 9 / 21 | 43% | 52% |

Behandelplanbesprekingen en deelname

| totaal aantal gecontroleerde BHP-besprekingen in alle actieve dossiers | 50 | | |
|--|--------------------|-----------------|----------------------|
| | gevonden / gezocht | % gevonden 2023 | % gevonden 2017-2018 |
| aantal keer dat meer dan 1 aanwezige aantoonbaar was | 50 / 50 | 100% | 95% |
| aantal waarbij de aanwezigheid van een CGG-psychiater aantoonbaar was | 34 / 50 | 68% | 83% |

Betrokkenheid van een CGG-psychiater

| | gevonden / gezocht | % gevonden 2023 | % gevonden 2017-2018 |
|---|--------------------|-----------------|----------------------|
| 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) | 9 / 21 | 43% | |
| aantal dossiers met minstens één BHP-bespreking in de gecontroleerde periode waarbij de aanwezigheid van een CGG-psychiater kon aangetoond worden | 19 / 21 | 90% | |
| 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 | 19 / 21 | 90% | 95% |

Zesmaandelijks bespreking van het behandelplan

Volgens het referentiekader moet elk zorgproces dat langer dan 6 maanden loopt in het CGG, minstens halfjaarlijks multidisciplinair 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 zesmaandelijks 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 FTFb en inspectiedatum; bij langlopende dossiers beperkt tot de laatste 24 maanden), in maanden | 332 (= 55 keer 6 maanden) |
| totaal aantal gecontroleerde BHP-besprekingen in alle actieve dossiers | 50 |

| | gevonden / gezocht | % gevonden 2023 | % gevonden 2017-2018 |
|--|--------------------|-----------------|----------------------|
| aantal dossiers waarin nooit een periode van meer dan zes maanden voorkwam zonder dat een behandelplan werd opgesteld of besproken | 2 / 21 | 10% | 24% |

| looptijd dossiers | aantal dossiers | aantal periodes van meer dan 6 maanden waarin geen BHP werd opgesteld of besproken (opgedeeld in periodes van 6-12, 12-18 en 18-24 maanden) | | |
|---------------------|-----------------|---|---------------|---------------|
| | | 6-12 maanden | 12-18 maanden | 18-24 maanden |
| een half tot 1 jaar | 8 | 6 | n.v.t. | n.v.t. |
| 1 tot 2 jaar | 8 | 3 | 3 | 2 |
| meer dan 2 jaar | 5 | 5 | 2 | 1 |
| | | 14 | 5 | 3 |
| | | | 22 | |

In alle dossiers samen werd in totaal 22 keer een periode van meer dan zes maanden opgemerkt waarin geen behandelplan werd opgesteld of besproken. In 14 gevallen duurde deze periode 6 tot 12 maanden, in 5 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 FTFb 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 | 1 |
| <i>aantal daarvan waarbij in het betrokken dossier nog geen BHP-bespreking plaats vond</i> | <i>0</i> |
| aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen het moment dat 2 jaar voor de inspectie viel en de eerste daaropvolgende BHP-bespreking (bij dossiers met een looptijd van meer dan 2 jaar) | 3 |
| <i>aantal daarvan waarbij in de gecontroleerde periode geen BHP-bespreking gevonden werd</i> | <i>1</i> |

| | |
|--|-----------|
| aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen 2 behandelplanbesprekingen | 8 |
| aantal periodes van meer dan 6 maanden tussen de meest recente BHP-bespreking en de inspectiedatum | 10 |
| | 22 |

In 15 van de 16 gecontroleerde actieve 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 (94%). In 10 van de 21 gecontroleerde actieve dossiers werd het BHP in de laatste 6 maanden voor de inspectie opgesteld of besproken (48%).

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.

Het referentiekader vermeldt een aantal aspecten over hoe de communicatie moet gebeuren. Goede zorgverlening – zeker in het kader van de netwerkvorming in de geestelijke gezondheidszorg – vereist goede communicatie met verwijzers en met de vervolgzorg. Hierover werd tijdens de inspecties via volgende twee invalshoeken informatie verzameld over communicatie met externe zorgverleners in de afgesloten dossiers:

- de schriftelijke communicatie met de huisarts tijdens het zorgproces (vanuit de vaststelling dat de taak van de huisarts meer en meer evolueert naar coördinator van de zorg en beheerder van de informatie over het gezondheidsbeeld van de patiënt);
ter vervollediging van de informatie keken we vooreerst in de dossiers na of er informatie betreffende de huisarts in het dossier was genoteerd (bv. een naam van de huisarts, een weigering van de cliënt tot contactname met de huisarts, of de vermelding dat de cliënt geen huisarts heeft).
- de schriftelijke communicatie naar externe hulpverleners bij beëindiging van een zorgproces, afsluitbrief genoemd; als een afsluitbrief werd gevonden in het dossier, werd nagekeken of deze werd bezorgd aan:
 - de geplande vervolgzorg;
 - de verwijzer;
 - de huisarts;
 - de cliënt of zijn naaste.

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

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

| | gevonden / gezocht | % gevonden 2023 | % gevonden 2017-2018 |
|--|--------------------|-----------------|----------------------|
| aantal dossiers met enige informatie over (communicatie met) de huisarts | 16 / 16 | 100% | 88% |
| <i>aantal dat de naam van de huisarts bevat</i> | 14 / 16 | | |
| <i>aantal waarin stond genoteerd dat de cliënt geen huisarts heeft</i> | 0 / 16 | | |
| <i>aantal waarin stond genoteerd dat cliënt geen communicatie met de huisarts wou</i> | 2 / 16 | | |
| aantal dossiers waarin schriftelijke communicatie met de huisarts kon worden aangetoond in de loop van de zorgperiode | 11 / 14 | 79% | 20% |
| aantal afgesloten dossiers dat een eindsynthese bevat (bv. een intern eindverslag, afsluitbrief, brief voor de adviserend arts, ...) | 15 / 16 | 94% | 81% |
| indien eindsynthese aanwezig, bevat deze volgende elementen: | | | |
| <i>diagnose / omschrijving van de problematiek</i> | 13 / 15 | | |
| <i>start- en einddatum zorgperiode</i> | 14 / 15 | | |
| <i>verloop van de behandeling</i> | 14 / 15 | | |
| <i>info over medicatie</i> | 0 / 15 | | |
| <i>informatie over suïcidaliteit</i> | 2 / 15 | | |
| <i>instructies voor nazorg / vervolgbehandeling</i> | 14 / 15 | | |
| <i>contactpersoon voor verdere informatie</i> | 12 / 15 | | |
| aantal dossiers waarin de gevonden eindsynthese een afsluitbrief was | 11 / 15 | | |
| <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> | 8 / 11 | | |
| <i>aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief verstuurd werd naar de verwijzer</i> | 4 / 11 | | |
| <i>aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief verstuurd werd naar de huisarts</i> | 11 / 11 | | |
| <i>aantal dossiers waarin kon worden aangetoond dat de afsluitbrief meegegeven werd aan de cliënt of zijn naaste</i> | 0 / 11 | | |

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 werd voor onderstaande elementen een score toegekend.

| | 2023 | 2017-2018 |
|--|----------|-----------|
| gecontroleerd element | ja / nee | ja / nee |
| Het CGG beschikt voor het geselecteerde team over schriftelijke afspraken betreffende het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking | ja | 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 | nee |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ disciplines die bij het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking aanwezig moeten zijn | ja | ja |
| Er zijn gegevens beschikbaar (max. 5 jaar oud) omtrent het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking (bv. over de gehaalde frequentie per dossier, over aanwezigheid, over verslaggeving in het dossier). | Ja | ja |
| Er werden de voorbije 5 jaar verbeteracties opgezet omtrent het multidisciplinair overleg / de multidisciplinaire behandelplanbespreking. | ja | ja |
| Indien ja, kan er verbetering worden aangetoond in de laatste 5 jaar | ja | nee |

| | | |
|---|-----|-----|
| Er zijn schriftelijke afspraken betreffende de afsluitbrief | ja | ja |
| ▪ afspraken betreffende termijn voor verzending | ja | ja |
| de termijn voor verzending is eenduidig en meetbaar geformuleerd (bv. duidelijke tijdsperiode) | nee | nee |
| ▪ afspraken betreffende inhoud | ja | nee |
| ▪ afspraken betreffende bestemming(en) | ja | ja |
| Er zijn schriftelijke afspraken betreffende communicatie met de huisarts | ja | ja |
| Er zijn gegevens beschikbaar (maximaal 5 jaar oud) over het al dan niet versturen van afsluitbrieven / eindsyntheses | ja | nee |
| Er zijn gegevens beschikbaar (maximaal 5 jaar oud) over de inhoud van de afsluitbrieven / eindsyntheses | nee | nee |
| Er werden de voorbije 5 jaar (aantoonbare) verbeteracties opgezet omtrent de inhoud en het versturen van afsluitbrieven door het geselecteerde team | ja | ja |
| Aangetoonde verbeteracties: | | |
| ▪ gebruik van een gemeenschappelijk model van afsluitbrief | ja | nee |
| ▪ bepaalde inhoudelijke topics van de afsluitbrief | nee | nee |
| ▪ registratie van het opmaken of versturen van afsluitbrieven | ja | ja |
| ▪ andere aspecten m.b.t. afsluitbrieven | ja | nee |
| Er kan objectief verbetering worden aangetoond m.b.t. de voorbije 5 jaar. | ja | ja |

4.2.3 Conclusie

Zoals verwacht

- $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was toegankelijk voor alle teamleden (100% in orde).*
- In $\geq 80\%$ 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 (94% in orde).
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers werd info over de huisarts gevonden (100% in orde).

Inbreuken

- In $< 80\%$ van de gecontroleerde dossiers werd het behandelplan in de laatste 6 maanden voor de inspectie opgemaakt of besproken (48% in orde).
- In $< 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was schriftelijke communicatie met de huisarts aantoonbaar (79% in orde).
- In $< 80\%$ van de gecontroleerde afgesloten dossiers was een afsluitbrief aanwezig (69% in orde).

* In de vorige inspectieronde (2017-2018) was dit item als potentieel prioritair verbeterpunt benoemd. Voor CGG Kohesi (toen CGG LITP) was dit item in orde in de vorige inspectieronde.

4.3 UITKOMSTENMONITORING EN CLIËNTENFEEDBACK

4.3.1 Dossiers

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

In de actieve dossiers met een looptijd van minder dan 2 jaar, werd gezocht naar een neerslag van een gehanteerd meetinstrument en/of een gestructureerde bevraging van de cliënt over ten minste 1 van de 4 gezochte aspecten, aan de hand waarvan de evolutie in kaart kon worden gebracht.

| | 2023 | 2017-2018 |
|---|-----------|-----------|
| Aantal gecontroleerde dossiers | 16 | 16 |
| aantal dossiers met resultaten over minstens één van de vier gezochte aspecten (klinische symptomen, algemeen functioneren, tevredenheid van de cliënt, werkrelatie cliënt-therapeut) | 2 | 13 |
| % aantal dossiers met resultaten over minstens één van de vier gezochte aspecten (klinische symptomen, algemeen functioneren, tevredenheid van de cliënt, werkrelatie cliënt-therapeut) | (13%) | (81%) |

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 kan brengen m.b.t. volgende aspecten: | aantal dossiers met gegevens | <i>aantal met gegevens op basis van meet-instrument 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 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| het algemeen functioneren van de cliënt | 2 | 1 | 1 | 0 |
| de tevredenheid van de cliënt over de behandeling | 2 | 1 | 1 | 0 |
| de werkrelatie tussen cliënt en therapeut | 2 | 1 | 1 | 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 op basis van diens inschatting;

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

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

Periodieke anonieme gebruikerstevredenheidsbevragingen werden hierbij buiten beschouwing gelaten, aangezien deze geen informatie bieden in functie van individuele behandeltrajecten.

| | 2023 | 2017-2018 |
|--|----------|-----------|
| gecontroleerd element | ja / nee | 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 | ja | nee |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ cliëntenfeedback, verzameld aan de hand van een gestructureerde cliëntenbevraging | ja | ja |
| Er zijn cijfergegevens beschikbaar omtrent het gebruik van uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ op cliënteniveau (bv. bijsturing van de doelstellingen of van de aanpak op basis van de resultaten) | ja | ja |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ op teamniveau (bv. bijsturing van de aanpak op basis van de geaggregeerde resultaten) | nee | 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 | nee |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ resultaten van de cliëntenfeedback (verzameld aan de hand van een gestructureerde cliëntenbevraging) | nee | ja |

4.3.3 Conclusie

Inbreuken

- < 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) (13% in orde).