

INSPECTIE CGG

In 2017-2018 werden er twintig CGG geïnspecteerd door Zorginspectie. De bestaande procedures en de dossiers van de doelgroep volwassenen in de vestiging van Tongeren werden gecontroleerd. Op vier items dienden we een minimum percentage te behalen (**prioritaire opvolgpunten**). Verder werden er ook **vier inhoudelijke thema's** uitgelicht tijdens de inspectie (het behandelplan, de multidisciplinaire werking, outcome-metingen en detectie en behandeling van suïcidaal gedrag). Deze vier thema's werden gecontroleerd en getoetst aan het [Referentiekader Centra Geestelijke Gezondheidszorg](#) en de [Multidisciplinaire richtlijn rond detectie en behandeling van suïcidaal gedrag](#). Binnen de VGGZ zal zowel intern als extern gezocht worden naar antwoorden op de bevindingen van Zorginspectie. Intern gebeurt dit met een werkgroep en extern via deelname aan de werkgroep kwaliteit en ethiek.

PRIORITAIRE OPVOLGPUNTEN

Hieronder zijn de resultaten op de te behalen minima terug te vinden.

1. De dossiers zijn toegankelijk voor het behandelende team. (16/16 dossiers)
100 % behaald (minimum te behalen 85 %)
2. De basisinformatie over de klachten en problemen van de cliënt is aanwezig in het dossier. (72/80 dossiers)
90 % behaald (minimum te behalen 70 %)
3. Het dossier bevat een inschatting van suïcidaliteit van de cliënt. (16/16 dossiers)
100 % behaald 100% (minimum te behalen 85 %)
4. **Bij cliënten met een verhoogd suïciderisico werd een plan met waarschuwingssignalen en gerelateerde acties gevonden in het dossier.** (0/6 dossiers)
behaald 0% (minimum te behalen 70 %)

VIER INHOUDELIJKE THEMA'S

Behandelplan

“Als resultaat van de indicatiestellingsfase stelt het CGG voor elke cliënt een behandelplan op...” (referentiekader CGG). In een behandelplan zijn de doelen van de behandeling beschreven en hoe de cliënt en de hulpverlener deze doelen willen bereiken.

Er werd vastgesteld dat de VGGZ beschikt over een sjabloon van een behandelplan waarin alle verplichte elementen zijn opgenomen. Er zijn concrete verwachtingen geformuleerd over de informatie die in het behandelplan moet staan en de termijn waarbinnen het moet worden opgesteld en besproken op de teamvergadering.

Uit de dossiercontrole bleek dat er voor elk gecontroleerd dossier (100 %) een behandelplan was opgesteld. De diagnose/hypothese, de hulpvraag en -verwachting van de cliënt werden in alle gecontroleerde dossiers (100%) gevonden. De doelstellingen werden in 81% van de dossiers gevonden. Ook het overzicht van klachten en problemen bleek grotendeels volledig; 90% van de gezochte items werd gevonden in de dossiers.

Er werd geconstateerd dat de VGGZ de aanwezigheid van behandelplannen in de dossiers opvolgt. Er werden verbeteracties aangetoond en ook een effectieve objectieveerbare verbetering over de laatste jaren vastgesteld.

Multidisciplinaire werking

“Het CGG legt voor elk cliëntsysteem waaraan hulpverlening wordt verstrekt, één multidisciplinair dossier aan...” (referentiekader). Alle betrokken hulpverleners moeten toegang hebben tot de informatie in het dossier (inspectieverslag).

Er werd vastgesteld en dat alle gecontroleerde informatie in de dossiers toegankelijk is voor alle disciplines (100 %). De VGGZ zet reeds meer dan vijf jaar in op een volledig elektronisch dossier (EPD).

Het CGG werkt multidisciplinair en benadert de cliënten minimaal vanuit psychiatrische, psychologische, agogische en sociale disciplines (referentiekader).

De VGGZ beschikt over schriftelijke afspraken betreffende de intercollegiale besprekingen (teamvergaderingen). In slechts 7 van de 21 actieve dossiers (33 %) kon de betrokkenheid van een CGG psychiater aangetoond worden door de aanwezigheid bij minstens één behandelplanbespreking of één face-to-face contact in de gecontroleerde periode.

Deze lage percentages vallen te verklaren door het feit dat het team enkele jaren zonder psychiater heeft gewerkt. Door de krapte op de arbeidsmarkt, lukte het ons niet – ondanks vele inspanningen - om de beschikbare artsuren in te vullen. Recent werd een psychiater aangeworven (april 2017).

De inspectie stelde vast dat dit cijfermatig wordt opgevolgd en dat niet enkel verbeteracties opgezet waren maar ook effectief verbeterresultaten werden geboekt.

Volgens het referentiekader moet elk zorgproces dat langer loopt dan 6 maanden, minstens halfjaarlijks intercollegiaal besproken worden...

Slechts in 5 % van de gecontroleerde dossiers werd nooit een periode van zes maanden overschreden zonder dat er een behandelplan werd opgesteld of besproken. Het systematisch (om de zes maanden) bespreken van het behandelplan is een uitdaging voor het team. De inhoudelijke bespreking van behandelplannen is een vast agendapunt tijdens de wekelijkse teamvergadering. Gezien het hoge aantal dossiers slagen we er niet in om alle dossiers elke zes maanden te bespreken. We zien dit als een belangrijk werkpunt en gaan hier verder mee aan de slag.

Het CGG zorgt 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 (referentiekader).

Het referentiekader vermeldt echter niet hoe dit dient te gebeuren. Tijdens de inspectie werd ervoor gekozen om informatie te verzamelen over de communicatie met de huisarts tijdens het zorgproces en de communicatie met externe hulpverleners bij het beëindigen van het zorgproces (a.h.v. een afsluitbrief).

De systematische communicatie met de huisarts via een beveiligd elektronisch communicatieplatform werd in Tongeren ingevoerd in mei 2017. Er zijn eveneens schriftelijke afspraken over de communicatie met de huisarts. In alle gecontroleerde (gesloten) dossiers (100 %) werd informatie van de huisarts teruggevonden. In de helft van de dossiers (50 %) – waarbij de cliënt hiervoor toestemming gaf – werd schriftelijk gecommuniceerd met de huisarts. We stellen alles in zijn werk om dit percentage op te halen. Via het elektronisch communicatieplatform kan de communicatie met de huisarts verder geoptimaliseerd worden.

Er werd vastgesteld dat er schriftelijke afspraken zijn rond de inhoud van de afsluitbrief (via een vast sjabloon), maar niet rond de ontvanger en de termijn. In geen enkel dossier was er een afsluitbrief gestuurd. Er konden wel verbeteracties worden aangetoond om het versturen van afsluitbrieven te optimaliseren. Binnen de VGGZ wordt er geopteerd om bij afsluiting de huisarts telefonisch te contacteren omwille van de tijdsinvestering en de mogelijkheid om te overleggen.

Uitkomstenmonitoring en cliëntenfeedback

De hulpverleners van het CGG hanteren een systeem van uitkomstenmonitoring en systematische cliëntenfeedback om de resultaten van de zorg te verbeteren (referentiekader).

Het CGG be vraagt op systematische wijze de cliënt over de outcome van de behandeling (via de dialogische feedbackschaal, ORS, SRS, QIT-online). De gegevens worden gebruikt om het behandelplan bij te sturen; het CGG heeft ook zicht op het gebruik van de cliëntenfeedback op teamniveau. In 19% van de gecontroleerde dossiers werden resultaten gevonden over systematische uitkomstenmonitoring. De periodieke anonieme cliënttevredenheidsmeting die om de twee jaar door VGGZ wordt afgenomen, werd hierbij buiten beschouwing gelaten. Verdere uitrol van uitkomstenmonitoring is volop aan de gang.

Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag

De detectie en behandeling van suïcidaal gedrag werd getoetst a.h.v. de recente multidisciplinaire richtlijnen voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag (MDR) die werden gepubliceerd in maart 2017. De meeste dossiers werden opgestart vóór de publicatie van deze richtlijn. Het is daarom ook niet verwonderlijk dat in de meeste CGG - CGG VGGZ inclus - nog niet alle aspecten van deze richtlijn zijn ingeburgerd.

In het CGG VGGZ is er een uitgeschreven suïcidebeleid, dat alle gecontroleerde aspecten bevat die voorgesteld worden in de MDR. In alle gecontroleerde dossiers (16/16) was een inschatting van het suïciderisico van de cliënt genoteerd. In 25% van de dossiers kon een evolutie van het suïciderisico doorheen de zorgperiode gevonden worden. In 6/16 dossiers was het risico verhoogd, in deze dossiers werd steeds een inhoudelijke argumentatie voor de verhoogde score werd gevonden, maar geen crisisafsprakenplan (0/6).

Reeds vóór de publicatie van MDR werkte de VGGZ mee aan de ontwikkeling van een suïcidepreventiebeleid van de Limburgse GGZ netwerken. Verder engageerde de VGGZ zich voor de PROSPECT studie van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. In het kader van deze studie werd er in 2016 vorming gevolgd en in 2017 een groepsaanbod 'toekomstgerichte training' georganiseerd. Na de publicatie van deze richtlijnen werd het suïcideprotocol geactualiseerd a.h.v. de richtlijnen en doorliepen de volwassenenteams de SP reflex e-learning modules tijdens hun teamvergaderingen. De implementatie van het crisisafsprakenplan is nu een volgende werkpunt evenals de monitoring van suïciderisico doorheen de zorgperiode. Bij de ingebruikname van het vernieuwde registratiesysteem (eind 2018) zal de evolutie van het suïciderisico beter kunnen gemonitord en opgevolgd worden.

Indien u nog vragen hebt, of voorstellen kan u steeds terecht bij de directie Karen Beuckx (karen.beuckx@vggz.be of 011/22 30 10). We staan u graag te woord.