

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 SUÏDEPREVENTIE

INSPECTIEPUNT

Naam	CGG De Pont
Adres	Lange Ridderstraat 20, 2800 Mechelen
Erkenningsnummer	103

INRICHTENDE MACHT

Naam	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg De Pont
Juridische vorm	VZW
Adres	Lange Ridderstraat 20, 2800 Mechelen

UITBATINGSPLAATS

Naam	CGG De Pont Lier
Adres	Paradeplein 2 bus 3, 2500 Lier

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Aangekondigde inspectie op 10/08/2021 (09:30 - 13:00)
Datum laatste vaststelling	10/08/2021
Verslagnummer	V-2021-XXXX-0006
Inspecteur	XXXX

Gesprekspartners	1 coördinator ambulante hulpverlening 1 beleidsmedewerker
------------------	--

INHOUD

1	Inleiding	3
1.1	Toezicht door Zorginspectie.....	3
1.2	Aanleiding tot dit inspectiebezoek.....	3
1.3	Inspectieproces.....	4
1.4	Rapportering.....	4
2	Situering.....	5
3	Vaststellingen	6
3.1	Achtergrond	6
3.2	Beleid	6
3.3	Dossiers.....	8

1 INLEIDING

1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

Situering Zorginspectie

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

- voorzieningen 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**.

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

1.2 AANLEIDING TOT DIT INSPECTIEBEZOEK

De "Multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag" werd door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) gelanceerd op 30/3/2017; via een ministeriële omzendbrief dd. 4/7/2017 werden alle voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg geïnformeerd dat de toepassing van deze richtlijn vanaf het najaar van 2017 deel zou uitmaken van het toezicht door Zorginspectie.

In de voorbije jaren heeft Zorginspectie dit thema, op basis van deze multidisciplinaire richtlijn, bevraagd in een aantal GGZ-voorzieningen.

Zorginspectie kiest ervoor om dit thema ook de komende jaren op te nemen, gezien de relevantie voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

1.3 INSPECTIEPROCES

Tijdens deze inspectie wordt de focus gelegd op detectie en behandeling van suïcidaal gedrag bij meerderjarigen.

Om de aanwezigheid van de nodige gesprekspartners te verzekeren, werd het inspectiebezoek aangekondigd op de dag vóór de inspectie, en werd ook bepaald op welke teams de inspectie betrekking zou hebben (zie verder).

Een aantal aspecten m.b.t. het beleid op het vlak van suïcidepreventie werd beoordeeld op basis van schriftelijke procedures en/of beleidsdocumenten, tijdens een gesprek met één of meerdere medewerker(s).

Daarnaast werd een praktijktoets uitgevoerd in een steekproef van dossiers.

Op het einde van het inspectiebezoek gebeurde een korte terugkoppeling naar de verantwoordelijke(n) van de voorziening.

1.4 RAPPORTERING

De inspectieverslagen worden op een gestandaardiseerde manier opgemaakt en bevatten objectief aantoonbare vaststellingen. Die vaststellingen zijn gebaseerd op informatie uit de geraadpleegde documenten en op de bevindingen van de inspectie ter plaatse (nl. informatie verkregen tijdens de gesprekken met medewerkers en steekproeven van zorggebruikersdossiers).

In functie van overzichtelijkheid en leesbaarheid worden de vaststellingen hoofdzakelijk in tabelvorm weergegeven. In het inspectieverslag kan de voorziening de elementen identificeren waarrond verbeteracties zijn aangegeven.

Binnen 30 dagen na het inspectiebezoek ontvangt de voorziening 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.

In het kader van actieve openbaarheid publiceert Zorginspectie alle inspectieverslagen op haar website **www.zorginspectie.be**. Publicatie van 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 voorzieningen ook aan om open en actief te communiceren over hun toezichtresultaten en bijhorende verbeteracties.

Elk definitief inspectieverslag wordt ook aan Zorg en Gezondheid bezorgd, het agentschap dat instaat voor de verdere opvolging van de vaststellingen.

Meer informatie over deze inspecties en over Zorginspectie is te vinden op **www.zorginspectie.be**.

2 SITUERING

Op de bezochte vestigingsplaats zijn volgende teams actief met een zorgaanbod voor meerderjarigen:

- Volwassenenteam
- Ouderenteam

De inspectie had betrekking op volgende teams:

- Volwassenenteam
- Ouderenteam

3 VASTSTELLINGEN

3.1 ACHTERGROND

De "Multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag", die sinds het na-jaar van 2017 deel uitmaakt van het toezicht door Zorginspectie, geeft aan dat suïcidale gedachten en gedrag bij elke persoon binnen de geestelijke gezondheidszorg moeten bevestigd worden.

Volgens de MDR is er beperkt wetenschappelijk bewijs voor de validiteit, betrouwbaarheid of bruikbaarheid van een risicoformulering op basis van gradaties en wordt aanbevolen om een gewogen besluitvorming te maken voor de risicoformulering.

Suïciderisico fluctueert bij eenzelfde persoon over de tijd. De MDR geeft dan ook aan dat het belangrijk is dit op verschillende momenten te herbevesten.

Volgens de MDR is het bovendien aangewezen dat er bij een verhoogd risico een beschrijving is van mogelijke acties of interventies gekoppeld aan alarmsignalen bij cliënten.

Niet enkel het uitgeschreven beleid werd getoetst aan bovenstaande uitgangspunten, ook de concrete praktijk werd nagegaan d.m.v. dossiersteekproeven.

3.2 BELEID

Tijdens de inspectie werd de schriftelijke procedure m.b.t. het gevoerde suïcidepreventiebeleid opgevraagd voor de geselecteerde teams. Op basis hiervan en op basis van een gesprek met een medewerker werden onderstaande elementen gescoord voor de betreffende teams.

Legende	
kolom 1	Volwassenenteam
kolom 2	Ouderenteam

	1	2
Is er voor het team in kwestie een uitgeschreven suïcidepreventiebeleid van kracht (van toepassing op meerderjarigen)?	ja	ja
Schriftelijke afspraken m.b.t. detectie en (her)bevesten van suïcidaliteit		
▪ Zijn er schriftelijke afspraken over het bevesten van suïcidale gedachten en gedrag?	ja	ja
▪ Omvatten die afspraken dat suïcidale gedachten en gedrag systematisch bij de start van elke zorgperiode moeten worden bevestigd?	ja	ja
▪ Zijn er schriftelijke afspraken vastgelegd omtrent het systematisch herbevesten van suïcidale gedachten en gedrag bij de zorggebruikers?	ja	ja
▪ Omvatten die afspraken dat bij elk ontslag uit de voorziening (vanuit dit team) een herbevesting van suïcidale gedachten en gedrag gebeurt?	nee	nee
Schriftelijke afspraken m.b.t. interventies bij verhoogde suïcidaliteit		
▪ Zijn er schriftelijke afspraken over interventies bij verhoogd suïciderisico?	ja	ja
▪ Werkt de voorziening met safety plannen m.b.t. suïcidaliteit?	ja	ja

▪ Zijn er schriftelijke afspraken rond het bevorderen van de veiligheid van de omgeving? (bv. inschakelen context / huisarts, verhoogde contactname, ...)	ja	ja
Schriftelijke afspraken over de vervolgzorg voor suïcidale personen		
▪ Zijn er schriftelijke afspraken over informatieoverdracht over suïcidaliteit naar vervolgzorg?	ja	ja
▪ Zijn er schriftelijke afspraken over het geven van informatie aan zorggebruikers over waar ze terecht kunnen bij crisis?	ja	ja
▪ Zijn er schriftelijke afspraken over follow-up contacten?	nee	nee
Schriftelijke afspraken na een suïcidepoging		
▪ Zijn er schriftelijke afspraken over de evaluatie van elke suïcidepoging?	nee	nee
▪ Zijn er schriftelijke afspraken over de opvang van naasten na een suïcidepoging?	nee	nee
▪ Zijn er schriftelijke afspraken over de opvang van hulpverleners na een suïcidepoging? (bv. zelfzorg, intervisie, ...)	nee	nee
Schriftelijke afspraken na een suïcide		
▪ Zijn er schriftelijke afspraken over de evaluatie van elke suïcide?	ja	ja
▪ Zijn er schriftelijke afspraken over de opvang van nabestaanden na een suïcide?	nee	nee
▪ Zijn er schriftelijke afspraken over de opvang van hulpverleners na een suïcide? (bv. zelfzorg, intervisie, ...)	ja	ja
Schriftelijke afspraken m.b.t. vorming over detectie en behandeling van suïcidaal gedrag		
▪ Beschrijft het beleid hoe de basisvorming suïcidepreventie georganiseerd wordt?	nee	nee
▪ Is vorming rond suïcidepreventie onderdeel van de inscholing van nieuwe medewerkers?	ja	ja
▪ Omvat het beleid verwachtingen m.b.t. herhaling minimaal elke 36 maand?	nee	nee
Schriftelijke afspraken m.b.t. documenteren, registreren en evalueren		
▪ Zijn er schriftelijke afspraken dat suïciderisico-inschattingen van zorggebruikers gedocumenteerd worden in het dossier?	ja	ja
▪ Zijn er schriftelijke afspraken waar de suïciderisico-inschattingen van zorggebruikers gedocumenteerd worden in het dossier?	ja	ja
▪ Zijn er schriftelijke afspraken dat suïcidepogingen geregistreerd worden?	nee	nee
▪ Zijn er schriftelijke afspraken waar suïcidepogingen moeten geregistreerd worden?	nee	nee
▪ Zijn er schriftelijke afspraken dat suïcides geregistreerd worden?	ja	ja

▪ Zijn er schriftelijke afspraken waar suïcides geregistreerd moeten worden (tijdens de behandeling/begeleiding, bv. tijdens het weekend)?	ja	ja
▪ Beschrijft het beleid wanneer het suïcidepreventiebeleid geëvalueerd wordt?	ja	ja
▪ Beschrijft het beleid door wie het suïcidepreventiebeleid geëvalueerd wordt?	nee	nee

3.3 DOSSIERS

Er werden een aantal willekeurig gekozen dossiers van de geselecteerde teams gecontroleerd; de dossiers moesten wel aan een aantal voorwaarden voldoen:

- er waren minimum 6 en maximaal 24 maanden verlopen tussen het tweede face-to-face-contact (FTF) en de dag van de inspectie;
- er hadden minstens 4 individuele FTF plaats gevonden;
- de zorggebruiker was meerderjarig.

De gecontroleerde elementen werden zowel in het elektronisch patiëntendossier (EPD) als in eventuele papieren gedeeltes van het dossier gezocht (weliswaar niet in de persoonlijke notities van de betrokken hulpverleners; het is immers de bedoeling dat deze informatie toegankelijk is voor alle betrokken hulpverleners, met het oog op het bevorderen van de onderlinge communicatie, evaluatie en bijsturing).

In dossiers waarin minstens één risico-inschatting werd gevonden, en waarin de vroegste inschatting wees op een verhoogd suïciderisico, werden de verdere herevaluaties en interventies gecontroleerd.

Legende	
kolom 1	Volwassenenteam
kolom 2	Ouderenteam

	1	2
Aantal gecontroleerde lopende dossiers	10	3
Aantal gecontroleerde dossiers waarin minstens één bevraging van suïcidale gedachten en gedrag aantoonbaar was	10	3
Aantal gecontroleerde dossiers waarin gevonden werd bij het hoeveelste FTF de eerste bevraging gebeurde	10	3
Bij het hoeveelste FTF gebeurde de eerste bevraging gemiddeld in deze dossiers? (< 1 indien de eerste bevraging gemiddeld al voor FTF 1 gebeurde, bv. tijdens een telefonische aanmelding)	0	0
Mediaan van het hoeveelste FTF waarbij de eerste bevraging van suïcidale gedachten en gedrag gebeurde	0	0
Aantal gecontroleerde dossiers waarin sprake was van suïcidaliteit bij de eerste bevraging	5	0
Aantal van deze dossiers waarin sprake was van suïcidaliteit bij de eerste bevraging, waarbij volgende elementen werden gevonden:		

Aantal met inhoudelijke argumentatie voor de inschatting (bv. de huidige suïcidale intentie, historiek van suïcidale gedachten en gedrag, risicofactoren, beschermende factoren)	2	0
Aantal met herbevraging van suïcidale gedachten en gedrag (*)	2	0
Aantal met een verhoogd initieel suïciderisico waarbij acties of interventies konden aangetoond worden	4	0
<i>Ter informatie: soort acties of interventies die in deze dossiers werden gevonden</i>		
Aantal dossiers met een safety-plan - intern genaamd: safety plan	1	0
Aantal hiervan waarbij de betrokkenheid van de zorggebruiker bij het opstellen van het plan kon aangetoond worden	1	0
Aantal dossiers waarin sprake was van maatregelen om de veiligheid van de omgeving te bevorderen (bv. frequentere contactname, inschakelen van naasten, ...)	1	0
Aantal dossiers waarin andere acties of interventies konden aangetoond worden	3	0

(*) Door Zorginspectie geoperationaliseerd als: bij 1 van de 3 eerstvolgende FTF