
DE SPV EN DE DOSSIERVORMING

Frans Huitema is psychiater en werkt bij de stichting GGz Groningen als hoofd behandelzaken van het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg te Stadskanaal.

Clemens Raaijmakers is socioloog/methodoloog en werkt als adviseur organisatie- en beleidsontwikkeling bij de dienst PO&O van de stichting GGz Groningen.

Samenvatting

Met behulp van de "methode Beenackers" is in het CGG Stadskanaal van GGz Groningen een onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de dossiers. Hier wordt gerapporteerd over het onderzoek in de Volwassenenzorg, waar door de beide onderzoekers 33 dossiers zijn beoordeeld op 8 verschillende kwaliteitsaspecten. Ofschoon het totaalcijfer positief is, wijst het onderzoek uit dat er met name meer aandacht nodig is voor de formulering van het behandelplan en het bijhouden van het journaal. Dit geldt voor alle medewerkers, omdat iedere discipline - ook de sociaal psychiatrisch verpleegkundige - verantwoordelijk is voor een juiste dossiervoering over het eigen handelen.

Inleiding

Hoewel vaak nog gesproken wordt van het medisch dossier wordt het ingevuld door veel disciplines. Soms komt er helemaal geen medicus aan te pas. Dossiervoering is volgens de WGBO een plicht voor elke individuele hulpverlener, ongeacht zijn discipline of plek in de organisatie (Lomwel en van Veen, 1999). Men kan die verantwoordelijkheid niet afschuiven of overdragen op iemand anders. Elke hulpverlener moet dus zorg dragen voor zijn eigen verslaglegging. Dat geldt ook voor de overige verplichtingen die uit de WGBO volgen, zoals het opstellen van een behandelplan, de evaluatie van het beloop en het schrijven van de nodige brieven.

Het gaat bij dossiervorming om een aantal aspecten, die o.a. door Beenackers nauwkeurig zijn beschreven, en die ook door hem als

meetpunten zijn gebruikt om de kwaliteit van de dossiervorming te onderzoeken. Binnen CGG Stadskanaal - een onderdeel van GGz Groningen - hebben wij een soortgelijk kwaliteitsonderzoek gedaan naar de dossiervorming en aan de hand daarvan willen wij wijzen op enkele valkuilen in de dossiervoering (Raaijmakers, 1999; Huitema en Raaijmakers, 2000).

Een goed dossier in de GGZ

Bij zijn onderzoekingen naar de kwaliteit van de dossiervoering in de GGZ heeft in ons land Beenackers kwaliteitseisen geformuleerd voor dossiers in de GGZ. Mede op basis hiervan is in CGG Stadskanaal een vertaling gemaakt naar de eisen te stellen aan de eigen dossiervorming. Een overzicht hiervan ziet er als volgt uit:

Vormgeving

De inhoud van het dossier is systematisch gerangschikt en gebundeld, conform de voorschriften. Er is vooral gekeken naar de aanwezigheid van formulieren en de volgorde.

Zo moest er in Stadskanaal altijd een (standaard) intakeverslag zijn, een WGBO-formulier, een cumulatieve medicijnlijst en een registratie-uitdraai met personalia; deze formulieren behoren daarnaast op de voorgeschreven plek in het dossier te zitten.

Voor crisissituaties gelden dezelfde kwaliteitscriteria maar is de invulling ervan aangepast aan de omstandigheden waarbinnen de dossiervoering plaats moet vinden. Zo moeten minimaal aantekeningen aanwezig zijn betreffende de

crisisituatie (in plaats van een intakeverslag); bij minder dan 5 gesprekken is een beknopt verslag of brief naar de verwijzer c.q. huisarts als voldoende beoordeeld.

Toegankelijkheid

Is bij de *vormgeving* gekeken of de juiste formulieren aanwezig zijn en op de juiste plek in het dossier zitten, bij de *toegankelijkheid* is vooral gekeken of deze formulieren zó ingevuld waren, dat ze snel een duidelijk beeld gaven van de stand van zaken.

Voor Stadskanaal betekent dit: er is minimaal een ingevuld en leesbaar (standaard)intakeverslag, een (standaard)brief en de formulering van het behandelplan in het WGBO-formulier. Bij medicijngebruik is ook de cumulatieve medicijnlijst ingevuld. Het Journaal is bijgehouden en met meer informatie dan alleen een datum met vermelding van tekst als "op bezoek geweest" of "gesprek gehad".

Intakeverslag

Er is een getypt verslag met duidelijke omschrijving van klachten en andere relevante informatie; verder diagnostische overwegingen en resultaten van eventuele onderzoeken.

Behandelplan

Er is een omschrijving van de klachten, de doelen en eventuele subdoelen, het behandelplan of de voorgenomen methode. Het moet duidelijk zijn wat er gaat gebeuren. Ergens moet ook genoteerd staan dat de cliënt instemt met de behandeling.

Brief huisarts

Er is een afschrift van de brief aan de huisarts aanwezig, met vermelding van de reden van aanmelding en de klachten, de diagnostische overwegingen en het behandelplan, met eventueel medicijngebruik en de naam van de behandelaar.

Journaal

Het journaal is bijgehouden en geeft het een goed beeld van het verloop van behandeling. Het gaat om vermelding van contacten, afspraken, relevante informatie, wijzigingen e.d.

Afsluitende evaluatie

Er is uitdrukkelijk geëvalueerd. Er wordt gerapporteerd over het resultaat. Ook wordt gekeken of het uitschrijfformulier is verwerkt en of het dossier is opgeschoond (verwijdering van werkaantekeningen, kladjes e.d.).

Brief afsluitende evaluatie

De huisarts wordt schriftelijk geïnformeerd over de beëindiging van de behandeling.

Dossieronderzoek in Stadskanaal

Eind vorig jaar is door ons op basis van deze criteria een kwaliteitsonderzoek gedaan naar de dossiervorming in CGG Stadskanaal.

We vermelden enkele resultaten uit dit onderzoek. In dit onderzoek werden drie teams bekeken: het team Jeugd, het team Volwassenen en het team Deeltijd; gezien de aanwezigheid van de sociaal-psychiatrische discipline in de 2 laatstgenoemde teams, worden alleen hiervan de beoordelingen genomen. In totaal werden voor deze twee teams 33 dossiers beoordeeld.

Allereerst kijken we naar de beoordeling per afzonderlijk criterium en daarna volgt een beoordeling per dossier. (Zie tabel volgende bladzijde)

In totaal valt 92% van de gegeven beoordelingen als voldoende te kwalificeren, of zo u wilt 8% als onvoldoende. Goed wordt er gescoord op de criteria toegankelijkheid, intakeverslag en journaal. Het behandelplan komt met maar 15 voldoende beoordelingen het meest voor verbetering in aanmerking.

Tabel: Beoordeling van dossiers, Volwassenenteams CGG Stadskanaal

Criterium	Nvt	Onvoldoende	Twijfel	Voldoende
1. vormgeving	0	8	6	19
2. toegankelijkheid	0	1	1	31
3. intakeverslag	5	1	0	27
4. behandelplan	13	1	4	15
5. brief huisarts over behandelplan	11	2	2	18
6. journaal	4	1	2	26
7. afsluitende evaluatie	16	0	0	17
8. brief huisarts over afsluitende evaluatie	16	0	0	17
TOTAAL (33 dossiers= 264 beoordelingen)	65	15	15	169
In percentages van totaal	24%	6%	6%	64%
In percentages van totaal, excl. nvt	XXX	7,5%	7,5%	85%
In percentages van totaal, excl. nvt en twijfel	XXX	8%	XXX	92%

Eindscore: $169/(169+15) = 92\%$ *Toelichting:* - er zijn 33 dossiers bekeken op 8 kwaliteitsaspecten; dat geeft 264 beoordelingen. - In sommige situaties is een bepaald kwaliteitsaspect niet aan de orde; bijvoorbeeld: als een behandeling nog niet is afgesloten, zijn de punten 7 en 8 als nvt gescoord.

Ook in eerder onderzoek komen zwakheden juist op dit punt naar voren: van een echt plan is eigenlijk zelden sprake.

Bekijken we de dossiers nu als een geheel; hoeveel onvoldoendes mag een dossier dan hebben vóórdat het als ontoereikend wordt beoordeeld? Mag een dossier geen enkele onvoldoende als beoordeling hebben, dan voldoet in Stadskanaal 64% van de dossiers aan deze norm. Legt men de norm op maximaal 1 onvoldoende als beoordeling, dan voldoet 91% van de dossiers aan deze norm.

Conclusies uit het onderzoek; de valkuilen

Op basis van de criteria van Beenackers zou gesteld kunnen worden dat het dossierbeheer in CGG Stadskanaal alleszins redelijk is. Toch kunnen bij deze algemeen positieve waardering enige kanttekeningen geplaatst worden, want hoewel één onvoldoende op je rapport niet slecht is, betekent dat nog niet dat alle voldoende een tien zijn. Vandaar dat per criterium nog wel enkele opmerkingen te maken zijn.

Vormgeving en toegankelijkheid

Relatief komt de vormgeving er het slechtst vanaf; aangezien het een veelomvattend onderdeel is, zit daar ook enige logica in. Essentieel hierbij is dat alle formulieren op de juiste plaats in het dossier zitten en - indien van toepassing - zijn ingevuld. Beide aspecten laat nogal eens te wensen over, met name WGBO-formulieren zijn regelmatig niet ingevuld of ontbreken; hetzelfde geldt voor de cumulatieve medicijnlijst. Ook een niet ingevuld, maar wel aanwezig formulier geeft informatie, zoals bij de cumulatieve medicijnlijst het geval is. In Stadskanaal zijn er afspraken over de inhoud van een dossier, maar wij constateren dat dit onvoldoende houvast biedt om zich daaraan te houden.

De toegankelijkheid omvat volgens van Dale de navolgende aspecten: *bereikt* *kunnende worden (...)* *betreden* *kunnende worden (...)* *bezocht* *kunnende of mogende worden, open voor bezoek (...)* *openstaand voor - ,* *willende aanvaarden (...)* *geraadpleegd,* *bestudeerd of geassimileerd kunnende worden (...).*

In gewone woorden betekent dit dat een dossier "zinnig in te zien" is door een

ander, de andere hulpverlener moet de informatie kunnen inzien, kunnen lezen, kunnen begrijpen, en weten bij wie hij wezen moet als er onduidelijkheden zijn.

Concreet betekent dit dat een dossier leesbaar moet zijn, informatie moet geven over de inhoud van de contacten ("huisbezoek" is dus niet voldoende) en dat terug te halen valt wie een bepaald contact heeft gedaan. Hoewel vaak uit het handschrift valt af te leiden wie diegene is geweest, is dat binnen een grotere organisatie onvoldoende. Ook al heeft elke cliënt een eigen behandelaar toegewezen dan nog is de praktijk dat meerdere personen er zich mee bemoeien, niet alleen in tijden van crisis.

Intakeverslag, behandelplan en brief aan de huisarts

De klassieke onderdelen van het intakeverslag (reden van aanmelding; klachten; huidig functioneren; levensgeschiedenis; somatische anamnese; voorgeschiedenis; familieanamnese; hulpvraag; psychiatrisch onderzoek; diagnostische overwegingen) krijgen over het algemeen voldoende aandacht. Nagenoeg elke cliënt krijgt wel een behandelplan, maar over de kwaliteit hiervan valt wel het nodige op te merken. Zo zijn de klachten, doel en eventuele subdoelen meestal wel in algemene termen beschreven. Echter het daadwerkelijke plan van aanpak komt er meestal bekaaid vanaf. Vaak komt het niet verder dan "gesprekken" of "groep 1 of 2", zonder dat dit werkelijk inhoud wordt gegeven.

Natuurlijk is dit voor een ingewijde misschien wel te begrijpen, maar iemand van de crisisdienst begrijpt dan niet wat de aanpak is geweest, evenmin als de huisarts. Met name deze laatste wil weten wat er met de cliënt gebeurt; hij of zij krijgt de cliënt weer op het spreekuur met vragen en dient dan op de hoogte te zijn van de inhoud van de aanpak.

Verder moet relevante informatie soms

teruggezocht worden in het journaal (op zich een kwetsbaar onderdeel). De reden hiervan is vaak gelegen in het feit dat het verslag reeds geschreven wordt vóór de beraadslaging in het intake-team, en het verslag nadien niet wordt aangepast. Dit doet de toegankelijkheid geen goed, en ook niet de brief aan de huisarts, die vaak een afgeleide is van het intakeverslag. Een ander punt is de instemming van de cliënt. Dit is veelal niet opgenomen in het WGBO-formulier, en vraagt zoekwerk in het journaal, als het daar al in te vinden is. Hoewel de cliënt niet hoeft te ondertekenen moet wel geregistreerd staan of er ingestemd wordt met de voorgenoemde aanpak.

Journaal

Het journaal is een zaak op zichzelf. Het lezen van het journaal (als dit al lukt) geeft meestal geen goed beeld van het verloop van de behandeling. Vaak is het slecht bijgehouden of staat er te weinig informatie in. Ook degene die het gesprek heeft gehad is vaak niet vermeld.

Tussentijdse evaluaties (eventueel van het behandelplan, aanpassingen ervan) staan er niet eenduidig in.

Daar waar het journaal de stand van zaken zou moeten weergeven, zodat onverwachte zaken goed in te schatten zijn, doet het dat meestal niet.

Verslaglegging als: "Cliënt ziet de kleuren van de regenboog weer, maar verwacht er niet de pot met goud te vinden", zijn misschien wel prozaïsch en metaforisch mooi, maar geven weinig informatie.

Aanbevelingen

Elke behandelaar is verantwoordelijk voor zijn of haar verslaglegging; deze verantwoordelijkheid is niet overdraagbaar. Als de (sociaal) verpleegkundige zich als beoefenaar van de sociale psychiatrie onderscheidt van andere disciplines - zie hiervoor het artikel in *Sociale Psychiatrie* van Ben Venneman (Venneman, 2001) -

dan zal dat ook in de dossiervoering tot uitdrukking moeten komen. De volgende aanbevelingen gelden voor alle hulpverleners in de GGZ, maar in het bijzonder voor sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, omdat het zelfstandig voeren van behandeldossiers voor hen wellicht minder vanzelfsprekend is dan voor andere disciplines.

- Een dossier valt en staat met de vormgeving, alles op zijn plek is een vereiste.
- Toegankelijkheid is ook bedoeld voor anderen, niet alleen voor jezelf.
- Het behandelplan is bedoeld voor cliënt en behandelaar, maar wordt ook gebruikt voor de huisarts, zodat deze weet wat er gebeurt. Ook dit stelt extra eisen aan de begrijpelijkheid. Daar waar gesteld wordt dat het behandelplan bedoeld is voor de cliënt, betekent dit dat de formulering "in gewone taal" dient te zijn. Voorts houdt dit ook in dat in het behandelplan staat wat de cliënt als zijn of haar probleem ziet en wat hij of zij als (sub)doelen ziet. Het plan van aanpak moet uitgeschreven zijn; het moet duidelijk zijn voor de cliënt wat er gaat gebeuren en wat hij of zij kan verwachten. Als dagbehandeling de aanpak is, kan niet volstaan worden met het nummer of letter van de groep, maar dient de totaalaanpak omschreven te worden. Bijvoorbeeld: een driedaags programma met verschillende therapie-onderdelen, die

in een groep gegeven worden. Naast het bespreken van uw problematiek met elkaar (lotgenotencontact) wordt uitleg gegeven over ziektebeelden en is medicatie ter ondersteuning mogelijk. Op de beleving van uw problemen wordt ook ingegaan door middel van creatieve werkvormen en lichaamswerk.

- Het is noodzakelijk aan te geven dat de cliënt instemt met het behandelplan. Vermeldt dit op het formulier, bijvoorbeeld door de cliënt voor akkoord te laten tekenen.
- Het journaal moet weergeven waar het voor is, het verloop van de behandeling, de stand van zaken, zodat een andere behandelaar kan inspringen als dat nodig is.
- Bedenk dat een dossier de basis is voor eventuele klachten; wat er niet in staat is geen mogelijkheid voor verweer. Het is daarbij niet alleen belangrijk te noteren wat is besloten, maar ook wat de overwegingen daartoe waren; dit laatste is soms zelfs belangrijker in een klachtenprocedure.
- Regelmatig korte samenvattingen (minimaal één maal per jaar in ambulante behandelingen) komen de toegankelijkheid ten goede.

De auteurs bedanken

dr. Ad Beenackers voor zijn commentaar en adviezen bij zowel de onderzoeks-rapportage als de eerdere versies van dit artikel.

Literatuur

Beenackers, A.A.J.M.,
Eenvoudig Sturingsmodel voor de
Gezondheidszorg - ten behoeve van
Management en Evaluatie,
Delft, uitgeverij Eburon, 1992.

Beenackers, A.A.J.M.,
Onderzoek dossiervoering RIAGG Gooi en
Vechtstreek, Hilversum, januari 1994.

Beenackers, A.A.J.M.,
Onderzoek dossiervoering RIAGG Flevoland,
Lelystad, juni 1994.

Beenackers, A.A.J.M.,
Toetsing eerste traject invoering
dossierrichtlijnen RIAGG Gooi en
Vechtstreek,
Hilversum, oktober 1996.

Beenackers, A.A.J.M.,
Toetsing invoering dossierrichtlijnen RIAGG
Flevoland, Lelystad, december 1997.

Beenackers, A.A.J.M.,
Toetsing invoering dossierrichtlijnen RIAGG
Gooi en Vechtstreek, Hilversum, april 1998.

Beenackers, A.A.J.M.,
Riagg-dossiers bijgewerkt, van spaarzame
aantekeningen naar regelmatig een brief,
In: Maandblad Geestelijke volksgezondheid
54 (1999), I, pp.3-10.

Raaijmakers, C.
Dossiervorming in CGG Stadskanaal, een
kwaliteitsonderzoek, Groningen, mei 1999.

Beenackers, A.A.J.M.,
Handleiding Dossiervoering Ambulante
Geestelijke Gezondheidszorg,
Delft, uitgeverij Eburon, 1999.

Beenackers, Ad,
Waarom moet een dossier in de GGZ
voldoen? In: Psychopraxis, jrg.2, nummer 4,
mei 2000, pp. 177-183.

Huitema, F., en Raaijmakers, C.,
Dossiervorming in CGG Stadskanaal, een
herhaald kwaliteitsonderzoek,
Groningen, november 2000.

Legemaate, prof.mr. J., (eindredactie)
Knelpunten rond het medisch dossier,
Koninklijke Vermande, Lelystad, 2000.

Lomwel, Mr. A.B. van, en Veen, Mr. E-B van,
De WGBO, de betekenis voor de
hulpverleners in de gezondheidszorg,
Koninklijke Vermande, Lelystad, 2^e druk,
1999.

Scholing, C.,
Toetsing Wet op de Geneeskundige
Behandeloevereenkomst in CGG Delfzijl en
CGG Stadskanaal,
Eindrapportage pilot project,
Zuidlaren, augustus 2001.

Venneman, B.,
Sociale psychiatrie als referentiekader voor
de sociaal psychiatrisch verpleegkundige
In: Sociale Psychiatrie, september 2001,
pp.7-15.