



Onderzoek IVenJ en IGZ naar aanleiding van signalen over misstanden in FPC De Rooyse Wissel



Onderzoek I VenJ en IGZ naar aanleiding van signalen over misstanden in FPC De Rooyse Wissel

Juli 2014

Inhoudsopgave

Inleiding	4
1 Deel 1 Inspectie Veiligheid en Justitie	6
1.1 Belangrijke thema's	7
1.2 Doel van het onderzoek	7
1.3 Onderzoeksaanpak	8
1.4 Rode draden uit de inventarisatie	9
1.5 Conclusie IVenJ	11
2 Deel 2 Inspectie voor de Gezondheidszorg	12
2.1 Onderzoeksaanpak en verantwoording IGZ	13
2.2 Resultaten onderzoek IGZ	15
2.3 Conclusies IGZ	27
2.4 Vervolg en handhaving IGZ	30
Bijlage 1 Mailbericht aan alle personeelsleden van FPC De Rooyse Wissel	32
Bijlage 2 Beleidsdocumenten	36

Inleiding

In Vrij Nederland van 19 februari 2014 verscheen een artikel waarin een voormalig medewerker¹ van FPC De Rooyse Wissel aan het woord is over een ‘vermoeden van misstand’ binnen dit FPC. De klachten en voorbeelden die de voormalig werknemer in het artikel beschrijft betreffen: een tekortschietende medische zorg, de slecht functionerende medische dienst en de gebrekkige communicatie tussen afdelingen onderling. Het artikel gaat nader in op een casus van een patiënt die zelfmoord pleegde en op de kwaliteit van het onderzoek dat plaatsvond naar aanleiding van het overlijden van deze patiënt.

Eerder (in februari 2013) heeft de voormalig medewerker deze klachten in een brief geuit bij de directie van FPC De Rooyse Wissel. Conform de Klokkenluidersregeling Zorg is vervolgens door de Raad van Bestuur van de kliniek een onafhankelijk onderzoek ingesteld. Uit het onderzoek kwamen verbetermogelijkheden naar voren. Niet is gebleken dat de medische zorg in De Rooyse Wissel onder de maat was.

De Inspectie Veiligheid en Justitie (IVenJ) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hebben, naar aanleiding van het artikel in Vrij Nederland, besloten een oriënterend gesprek aan te gaan met de voormalig medewerker van De Rooyse Wissel om hem de gelegenheid te geven het door Vrij Nederland opgetekende verhaal toe te lichten. De gesprekken hebben plaatsgevonden op 4 en 20 maart 2014. De Inspecties hebben bij de voorbereiding op de gesprekken kennis genomen van de rapportage en conclusies van het eerder genoemde onderzoek door een externe onderzoeker.

Beide inspecties hebben besloten op basis van de beschikbare informatie nader onderzoek in te stellen. De beide onderzoeken worden in dit inspectierapport in twee afzonderlijke hoofdstukken beschreven op basis van chronologie².

Deel 1 beschrijft het onderzoek door de IVenJ naar de mogelijke aanwezigheid van vermeende misstanden. In deel 2 beschrijft de IGZ haar onderzoek.

¹ Betrokken medewerker was in dienst van FPC De Rooyse Wissel van september 2009 tot april 2013.

² Nadat de inspecties hun onderzoek hadden uitgevoerd werd op 23 april 2014 een reportage van het EO-programma ‘Dit is de dag onderzoek’ over FPC De Rooyse Wissel uitgezonden. De Inspectie Veiligheid en Justitie besteedt hier in een afzonderlijk onderzoek aandacht aan. Voor de IGZ is er geen aanleiding om op basis van de informatie uit de uitzending nader onderzoek te doen.

1 Inspectie Veiligheid en Justitie

1.1 Belangrijke thema's

De Inspectie Veiligheid en Justitie heeft uit de gevoerde gesprekken met de voormalig medewerker vijf³ belangrijke thema's⁴ gedestilleerd:

- 1 Betrokkene benoemt een hoeveelheid klachten over de medische zorg⁵ aan en de verzorging van verstandelijk beperkte patiënten.
- 2 Betrokkene spreekt van een slechte interne communicatie tussen de medische dienst en de afdelingen.
- 3 Betrokkene is zeer kritisch over de bejegening van met name de groep verstandelijk beperkte patiënten.
- 4 Volgens betrokkene ontbreekt het veel personeel aan de vereiste expertise om op een afgestemde wijze met deze groep verstandelijk beperkte patiënten om te kunnen gaan.
- 5 Betrokkene signaleert een angstcultuur binnen De Rooyse Wissel, die veroorzaakt dat personeelsleden geen kritische geluiden durven af te geven.

1.2 Doel van het onderzoek

De Inspectie wil met dit onderzoek vaststellen of de misstanden die genoemd zijn door de voormalig medewerker zich daadwerkelijk hebben voorgedaan dan wel zich momenteel voordoen in De Rooyse Wissel. De uitvoering van dit onderzoek betreft een door de Inspectie georganiseerde inventarisatie onder de medewerkers van De Rooyse Wissel om na te gaan of de knelpunten op de genoemde thema's breed (h)erkend en gedragen worden. Mocht dit het geval zijn, dan ziet de Inspectie hierin aanleiding om een vervolgonderzoek uit te voeren op de genoemde thema's, waarbij zij dieper ingaat op de misstanden.

-
- ³ Het signaal van de voormalig medewerker over het vervoer van deze groep patiënten door DV&O was onderdeel van het onderzoek. Omdat tijdens het onderzoek medewerkers van FPC De Rooyse Wissel geen bijzonderheden over het vervoer te berde hebben gebracht, en de voormalig medewerker het merendeel van zijn klachten over de overige thema's heeft geuit, heeft de IVenJ besloten dit punt niet verder op te nemen in het rapport.
 - ⁴ Deze thema's zijn herleidbaar naar het toetsingskader dat de IVenJ gebruikt voor het doorlichten van FPC's.
 - ⁵ De IVenJ kijkt alleen naar de toegankelijkheid van de medische zorg. De IGZ beoordeelt de kwaliteit van de zorg. Zie hiervoor deel 2 van deze rapportage.

Door niet meteen een intensief onderzoekstraject te starten kan de Inspectie maatwerk leveren waardoor zij onnodige toezichtlast voor de kliniek voorkomt.

1.3 Onderzoeksaanpak

De Inspectie heeft in haar aanpak expliciet rekening willen houden met de medewerkers die zich, in het licht van de door de voormalig medewerker genoemde angstcultuur, wellicht niet tijdens een regulier inspectiebezoek tot de IVenJ zouden wenden.

Om zoveel mogelijk personeelsleden van De Rooyse Wissel de gelegenheid te geven hun opvattingen over de genoemde thema's kenbaar te maken, heeft de Inspectie het onderzoek in verschillende stappen opgebouwd. Op 27 maart 2014 heeft de IVenJ een drietal verblijfsafdelingen (twee daarvan met patiënten uit de doelgroep verstandelijk beperkten) en de medische dienst van FPC De Rooyse Wissel bezocht. Ook is een afvaardiging van de Commissie van Toezicht gesproken.

De Inspectie heeft diezelfde ochtend aan alle medewerkers een mailbericht (zie bijlage 1) doen uitgaan, waarin het doel en de vorm van het toezichtbezoek werd uitgelegd. Het bericht maakte melding van het spreekuur dat de Inspectie die dag in De Rooyse Wissel zou houden. De e-mail vermeldde bovendien op welke manier en binnen welke termijn medewerkers daarnaast nog met de Inspectie in contact konden treden. Hen werd ruim een week de gelegenheid geboden telefonisch dan wel via e-mail de inspecteurs van de IVenJ te benaderen.

Er is, tijdens de gevoerde gesprekken, niet gewerkt met gestructureerde vragenlijsten. Het initiatief en de regievoering zijn gelegd bij de individuele medewerkers. De Inspectie heeft daarbij als enige randvoorwaarde geformuleerd dat medewerkers hun verhaal konden onderbouwen met feiten en concrete voorbeelden.

Van de gevoerde gesprekken zijn geen gespreksverslagen of individuele dossiers opgemaakt. Wel heeft de Inspectie een registratie bijgehouden waarmee zij de gemaakte opmerkingen tijdens de gesprekken rubriceerde naar de vijf genoemde thema's.

1.4 Rode draden uit de inventarisatie

De Inspectie ontving een inhoudelijke reactie van meer dan 30 gesprekspartners, sommigen afgevaardigd en gemachtigd om namens een heel team te spreken. Hierdoor bedroeg het totaal aantal personeelsleden dat vertegenwoordigd werd ruim 70. De gesprekspartners (en de teams die zij vertegenwoordigden) waren afkomstig uit zeer uiteenlopende disciplines⁶, die een goede afspiegeling van het personeel vormden. In het overgrote deel van de reacties namen personeelsleden nadrukkelijk afstand van de genoemde signalen. De gesprekspartners herkenden zich er in het geheel niet in, zowel niet ten aanzien van de periode waar de voormalig medewerker over sprak als voor de huidige situatie. Slechts een enkeling herkende enkele punten, maar wilde daarbij zeker niet spreken van misstanden, eerder van aandachtspunten voor de organisatie.

De Inspectie destilleert uit de onderwerpen die aan de orde zijn geweest in de gevoerde gesprekken een aantal belangrijke rode draden met betrekking tot de in paragraaf 1.1 genoemde vijf thema's:

Met betrekking tot de verzorging (thema 1) en de bejegening (thema 3) van patiënten met een verstandelijke beperking gaven de gesprekspartners aan:

- Op de verblijfsafdelingen wordt altijd gewerkt met multidisciplinaire teams. Deze multidisciplinaire aanpak komt met name in de casuïstiek-besprekingen van de patiënten tot zijn recht. Hierbij wordt regelmatig aandacht besteed aan het zoeken van een balans tussen enerzijds autonomie en zelfredzaamheid van de patiënt en anderzijds de verantwoordelijkheid van de kliniek (ic. het behandelend team) om zorg/verzorging over te nemen indien dat nodig is.

Met betrekking tot de communicatie tussen de medische dienst en de afdelingen (thema 2):

- Betrokkenen geven aan dat de communicatie tussen de leefafdelingen en de medische dienst naar tevredenheid verloopt. Indien een patiënt met een verstandelijke beperking naar het spreekuur van de medische dienst gaat, wordt deze begeleid door een persoonlijk begeleider om te

⁶ Onder andere medewerkers beveiliging, sociotherapie, therapeutische dienst, maatschappelijk werk en behandelaren, leidinggevenden en diverse stafmedewerkers.

voorkomen dat patiënten niet goed begrijpen wat daar besproken wordt en om afspraken vast te leggen⁷.

- Een enkeling erkende dat communicatie meer in het algemeen, enige tijd geleden voor verbetering vatbaar was⁸. De Rooyse Wissel heeft daar een aantal verbeteracties op uitgezet, waaronder het invoeren van gestructureerde overdrachtsmomenten.

Met betrekking tot thema 4, de expertise van het personeel:

- Er zijn in de gesprekken verschillende voorbeelden aan de orde geweest waaruit blijkt dat FPC De Rooyse Wissel in haar aannamebeleid bewust gericht was en nog steeds is, op het werven van functionarissen met expertise op het gebied van de doelgroep verstandelijk beperkten.
- Er is in de afgelopen jaren meerdere malen tijd en aandacht geweest voor het volgen van opleidingen en trainingen voor alle personeelsleden, ook voor de personeelsleden die werken met deze doelgroep. Bovendien is actief geïnvesteerd in stage programma's en kennisuitwisseling voor die medewerkers die nog niet zo ervaren waren met de doelgroep.

Met betrekking tot thema 5, de vermeende angstcultuur in De Rooyse Wissel:

- Van een angstcultuur is, volgens de gesprekspartners, geen sprake. Niet in de periode waar de voormalig medewerker over sprak en ook niet op dit moment. Medewerkers voelen zich vrij om zich in de kliniek uit te spreken over aan de orde zijnde thema's of onderwerpen.
- Een voorbeeld daarvan betrof het druk bezochte spreekuur dat de IVenJ op de dag van het inspectiebezoek instelde. Het overgrote deel van de reacties heeft de Inspectie tijdens dat spreekuur ontvangen. Personeelsleden gaven desgevraagd aan zich vrij te voelen hun verhaal bij de inspecteurs te doen. Telefonisch en via de e-mail zijn later nog slechts enkele reacties binnen gekomen.

⁷ De voormalig medewerker van FPC De Rooyse Wissel geeft in de wederhoor op het conceptrapport aan dat het tot vlak voor zijn vertrek (februari 2013) niet gebruikelijk was dat iemand van de afdeling met de patiënt meegang naar de medische dienst. Betrokkene geeft aan dat hij zelf veelvuldig op de begeleiding van de patiënten naar de medische dienst heeft aangedrongen.

⁸ De voormalig medewerker van FPC De Rooyse Wissel geeft in de wederhoor op het conceptrapport aan dat uit een medewerkerstevredenheidsonderzoek uit 2012 blijkt dat de communicatie met het management ten tijde van dat onderzoek als onvoldoende werd bestempeld.

De rode draden uit de inventarisatie zijn na afronding van het onderzoek door de Inspectie Veiligheid en Justitie gedeeld met de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

1.5 Conclusie IVenJ

De Inspectie concludeert naar aanleiding van dit onderzoek dat bij FPC De Rooyse Wissel geen aanwijzingen voor misstanden zijn aangetroffen, niet nu en ook niet in de periode waar de voormalig medewerker over spreekt. Het onderzoek levert geen aanknopingspunten op die doen veronderstellen dat de expertise van het personeel, de verzorging en de bejegening van de patiënten of de interne communicatie in de kliniek niet op orde zijn of waren. Ook van een angstcultuur is de Inspectie na deze inventarisatie niet gebleken.

Derhalve stelt de Inspectie op basis van dit onderzoek vast dat er geen redenen zijn voor het instellen van een vervolgonderzoek.

2

Inspectie voor de Gezondheidszorg

2.1 Onderzoeksaanpak en verantwoording IGZ

In de hierna volgende paragrafen wordt uiteengezet wat de IGZ beoogt met haar onderzoek en op welke wijze dit vorm heeft gekregen.

2.1.1 Doel en onderzoeksvragen IGZ

In de gesprekken die de inspecties hadden met de voormalig medewerker van de Rooyse Wissel gaf betrokkene aan dat de kwaliteit van zorg bij de Rooyse Wissel naar zijn oordeel onvoldoende was. Om dit te onderbouwen gaf hij mede op basis van zijn eigen ervaringen ten tijde van zijn dienstverband verschillende voorbeelden en beschreef hij individuele casuïstiek. De IGZ besloot op basis van de verkregen informatie om een breed onderzoek naar de kwaliteit van zorg in te stellen. Dit betekent in dit geval dat de IGZ niet de individuele casuïstiek onderzoekt maar de kwaliteit van zorgverlening van De Rooyse Wissel in structurele zin. De IGZ onderzocht of er sprake is van structurele tekortkomingen in de zorgverlening binnen De Rooyse Wissel. Daarbij keek de IGZ naar toegankelijkheid, beschikbaarheid en kwaliteit van de zorg.

Hoofdvraag 1

Zijn er aanwijzingen die duiden op structurele tekortkomingen in de kwaliteit van de zorg? Subvragen:

- Is voor patiënten de toegang naar eerstelijns huisartsenzorg (medische dienst) en naar tweedelijns gezondheidszorg voldoende geborgd?
- Is de geboden zorg binnen De Rooyse Wissel voldoende toegespitst op de doelgroep licht verstandelijk beperkte patiënten (LVB)? Is het scholings-/ opleidingsaanbod hierop afgestemd?
- Is de personele bezetting van het zorgpersoneel kwantitatief en kwalitatief op orde?

Heropening suïcidemelding 2012

De voormalig medewerker uitte in gesprekken met de inspecties kritiek op de wijze van behandeling van een melding in 2012 door de IGZ. De melding betrof een suïcide van een patiënt van De Rooyse Wissel. De voormalig medewerker gaf aan dat het onderzoek door de instelling, ondanks verzoek van de IGZ, niet onafhankelijk genoeg was uitgevoerd. Daarnaast ontbrak volgens hem belangrijke informatie van sociotherapeutisch medewerkers van De Rooyse Wissel in het onderzoek. De IGZ besloot op basis van de informatie die voormalig medewerker gaf, deze melding te heropenen. Daarbij stelde de IGZ de volgende vraag:

Hoofdvraag 2

Leidt herbeoordeling van de suïcidemelding uit 2012, op basis van de informatie die de voormalig medewerker gaf tot een ander oordeel van de IGZ over het onderzoek dat De Rooyse Wissel deed naar aanleiding van deze melding?

De IGZ heeft alle informatie die tijdens de gesprekken met de voormalig medewerker en nadien schriftelijk door hem werd verstrekt, geanalyseerd en de thema's die naar voren kwamen een plek gegeven in de onderzoeksvragen. Betrokkene heeft een aantal voorbeelden/individuele casuïstiek aangedragen waarop de onderzoeksvragen zijn gebaseerd. Deze voorbeelden gingen over: onvoldoende serieus nemen van lichamelijke klachten bij patiënten (zoals hartklachten, kiespijn, vervanging gehoorapparaten, niet verwijderen van splinter), onvoldoende aandacht voor persoonlijke hygiëne (ADL) van kwetsbare patiënten, foutieve inschatting van capaciteiten van patiënten bij bijzondere dagelijkse levensbehoeften (BDL, zoals bijhouden van kasboek) en verstrekken van onjuiste informatie aan de rechtbank. Daarnaast heeft betrokkene aangegeven dat een aantal advocaten van patiënten van De Rooyse Wissel soortgelijke klachten geuit heeft over de kwaliteit van de medische zorg.

De IGZ heeft besloten om aan de hand van deze voorbeelden een breed onderzoek uit te voeren.

Dit onderzoek is er op gericht om vast te stellen hoe De Rooyse Wissel op dit moment functioneert en of er risico's zijn voor de huidige patiëntenpopulatie. Een nader onderzoek naar de individuele casuïstiek die de voormalig medewerker aandroeg achtte de IGZ niet noodzakelijk om een oordeel te kunnen geven over de kwaliteit van zorg op dit moment.

Vanuit het risicogericht systeemtoezicht heeft de IGZ de taak toe te zien op de algehele kwaliteit van zorg. Mocht uit dit onderzoek blijken dat er sprake is van onverantwoorde risico's in de patiëntenzorg, dan kan alsnog worden besloten om individuele casuïstiek nader te onderzoeken.

2.1.2 Onderzoeksmethode en periode

Op 11 april 2014 heeft de IGZ een inspectiebezoek gebracht aan De Rooyse Wissel. Hierbij heeft de IGZ beleidsdocumenten ingezien (zie bijlage), vijf willekeurige patiëntendossiers ingezien, een bezoek gebracht aan de medische dienst, gesproken met de manager en een verpleegkundige van de medische dienst, een psychiater gesproken, twee afdelingen bezocht (op

basis van de eerder die dag getoetste patiëntendossiers: afdeling Siwa en Pharos) waar zij in totaal vijf sociotherapeutisch medewerkers sprak en een hoofd behandeling.

Nadat zowel de voormalig medewerker als de directie hebben gereageerd op feitelijke onjuistheden in het conceptrapport, heeft de IGZ besloten ook een gesprek aan te gaan met de patiëntenraad, om aan de hand van ervaringen van patiënten beter duiding te kunnen geven aan de bevindingen. Dit gesprek met een vertegenwoordiging van de patiëntenraad had plaats op 26 juni 2014. De bevindingen uit dit gesprek staan beschreven in paragraaf 2.2.2.

Daarnaast heeft de IGZ de suïcidemelding van De Rooyse Wissel uit 2012 heropend. Het onderzoek zoals dat door De Rooyse Wissel is uitgevoerd is door niet eerder bij de casus betrokken inspecteurs opnieuw beoordeeld. De inspecteurs hebben de destijds ontvangen informatie vergeleken met de informatie die de voormalig medewerker recent heeft aangedragen, om na te gaan of destijds mogelijk voor de oordeelsvorming relevante feiten buiten beeld zijn gebleven.

2.1.3 Toetsingskader

Het toetsingskader dat de IGZ hanteert is onder meer gebaseerd op:

- Kwaliteitswet Zorginstellingen
- Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
- Geneesmiddelenwet
- Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden
- Richtlijnen en veldnormen waaronder:
 - Multidisciplinaire richtlijn behandeling en diagnostiek van suïcidaal gedrag
 - Handreiking verantwoordelijkheidstoedeling

2.2 Resultaten onderzoek IGZ

In de hierna volgende paragrafen staan de resultaten van het onderzoek van de IGZ beschreven. Onder 2.2.1 staan de resultaten gerelateerd aan hoofdvraag 1, in paragraaf 2.2.2 staan de resultaten gerelateerd aan hoofdvraag 2.

2.2.1 Resultaten onderzoek naar kwaliteit van de zorg

Toegeleiding en toegang eerste- en tweedelijnszorg

- Binnen twee werkdagen na binnenkomst in de kliniek wordt bij patiënten de verpleegkundige anamnese afgenomen.
- Alle patiënten die nieuw zijn in de kliniek worden op het eerstvolgend spreekuur van de huisarts geplaatst. De huisarts ziet iedere nieuw binnengekomen patiënt en accordeert de verpleegkundige intake.
- De medische dienst heeft op maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag een verpleegkundig inloopspreekuur. Hiervoor is geen verzoekbriefje nodig. Wel stelt men het op prijs als patiënten vooraf op de afdeling kenbaar maken dat ze naar het spreekuur willen. Er kan dan een tijdindicatie voor de afspraak gegeven worden. Patiënten hoeven hun klachten/redenen om naar het inloopspreekuur te gaan niet te delen met de sociotherapeutisch medewerkers, als ze dat niet willen⁹.
- De arts heeft eenmaal per week op donderdag spreekuur in de instelling. Consulten vinden plaats op afspraak. Daarnaast is hij tijdens kantooruren beschikbaar en oproepbaar. Verpleegkundigen kunnen de huisarts dan op verzoek inschakelen¹⁰.
- In de avond-, nacht- en weekenduren is op de leefafdelingen altijd een Big-geregistreerde (verpleegkundige) sociotherapeutisch medewerker aanwezig. Buiten kantooruren heeft één van hen de toeleidingsfunctie. Een forensisch huisarts is beschikbaar voor spoedgevallen.
- Ten behoeve van de toegeleiding naar de huisarts door verpleegkundigen maakt de instelling geen gebruik van toeleidingsprotocollen. De 'NHG telefoonwijzer, een leidraad voor triage en advies' wordt als zodanig gebruikt door verpleegkundigen bij de beslissing een medische klacht al dan niet (met spoed) door te geleiden naar de huisarts. De verpleegkundigen maken de afweging op basis van hun ervaring. In geval zij twifelen, overleggen zij met collegae en/of huisarts, waarna een eventuele doorverwijzing kan plaatsvinden.
- Er zijn door-, en ten behoeve van medewerkers van de medische dienst diverse protocollen ontwikkeld op het gebied van de behandeling van (chronische) aandoeningen (bijvoorbeeld COPD). Er is geen overzicht van de opgestelde protocollen beschikbaar.
- Voor doorverwijzing naar de tweede lijn gelden afspraken met het nabijge algemene ziekenhuis. Medewerkers van de medische dienst geven aan dat doorverwijzing naar het algemeen ziekenhuis goed verloopt. Zij ervaren

⁹ In reactie op het conceptrapport geeft de voormalig medewerker aan dat patiënten destijds pas na toestemming van het personeel van de leefafdeling naar de medische dienst konden gaan.

¹⁰ In reactie op het conceptrapport geeft de voormalig medewerker aan dat hij tijdens zijn dienstverband de arts nooit gezien heeft.

dat wachttijden voor patiënten van De Rooyse Wissel over het algemeen korter zijn dan voor burgers in de vrije maatschappij.

- Bij bijzonderheden dringt de medische dienst er via de directie bij DV&O op aan dat aangepast vervoer plaatsvindt (bijvoorbeeld rechtstreeks vervoer of comfortabeler vervoer)¹¹.
- Alle klinische patiënten worden jaarlijks opgeroepen door de medische dienst voor een somatische screening.

Afstemming tussen disciplines en afdelingen

- Iedere maandag vindt multidisciplinair afstemmingsoverleg plaats op alle afdelingen waarbij thans de sociotherapeutisch medewerkers, maatschappelijk werkers, TLW (Tijdsbesteding, Leren, Werken), psychiater, hoofd behandeling, hoofd sociotherapie en de medische dienst uitgenodigd zijn. Dit afstemmingsoverleg vindt plaats sinds ongeveer twee jaar. Opgemerkt wordt dat niet iedere discipline altijd aanwezig kan zijn. Doel van het overleg is informeren over en uitwisselen van gegevens en bijzonderheden van de patiënten die van belang zijn voor de uitvoering van de behandeling¹².
- Het afstemmingsoverleg heeft er volgens de gesprekspartners voor gezorgd dat veel winst is geboekt op het gebied van communicatie en samenwerking tussen de bij de behandeling betrokken disciplines. De samenwerking is intensiever en meer laagdrempelig geworden. Het afstemmingsoverleg wordt beschouwd als belangrijke schakel in de behandeling.
- Halfjaarlijks, zo blijkt uit dossiertoetsing, worden in de behandelplanbespreking alle aspecten uit de behandeling verwerkt in het behandelplan dat in het EPD komt.
- Op de leefafdeling vindt behandeling en begeleiding plaats aan de hand van deelplannen die afgeleid zijn van het multidisciplinair behandelplan. Verantwoordelijk Sociotherapeutisch medewerkers bespreken wekelijks de voortgang in de patiëntenbespreking in het team. Uit de patiëntbespreking worden bespreekpunten voor het multidisciplinair afstemmingsoverleg gedestilleerd.
- Aan iedere leefafdeling is thans een aandachtsverpleegkundige van de medische dienst gekoppeld, die in beginsel ook aansluit bij het afstemmingsoverleg.

¹¹ In reactie op het conceptrapport geeft de voormalig medewerker aan dat sociotherapeuten destijds moesten aandringen op aangepast vervoer en dat het hem steeds veel overredingskracht gekost heeft om aangepast vervoer mogelijk te maken.

¹² In reactie op het conceptrapport geeft de voormalig medewerker aan dat hij destijds heeft ervaren dat diverse disciplines nooit aanwezig waren bij het afstemmingsoverleg.

- De medische dienst communiceert relevante bevindingen, bijvoorbeeld over consulten of risicopatiënten, aan de leefafdeling via het afstemmingsoverleg en/of via MeXtra (het gedeelde rapportagesysteem van de medische dienst en de leefafdeling). De medewerkers van de leefafdeling worden via MeXtra geïnformeerd als nieuwe informatie door de medische dienst is toegevoegd.
- Vanuit leefafdelingen wordt in toenemende mate actief ingespeeld op bevindingen van de medische dienst, bijvoorbeeld op het gebied van leefstijltraining bij patiënten met diabetes mellitus en anti-psychotica-gebruik (metabole syndroom). Een deelplan kan bijvoorbeeld gericht zijn op het monitoren van effecten van medicatiegebruik.
- Aan de leefafdelingen worden niet standaard specifieke handelingsinstructies gegeven vanuit de medische dienst.
- Op de leefafdelingen is te allen tijde een BIG-geregistreerd (verpleegkundig) sociotherapeutisch medewerker aanwezig. Deze sociotherapeutisch medewerker is geautoriseerd om buiten kantoor tijden Microhis in te zien en raadpleegt Microhis in voorkomend geval.
- De psychiater geeft aan dat relevante informatie in principe altijd mondeling overgedragen wordt aan sociotherapeutisch medewerkers. Om te zorgen dat informatie niet verloren gaat vindt ook verslaglegging in MeXtra of terugkoppeling via de e-mail (en daarmee buiten het dossier) plaats.
- Psychiaters hebben wel toegang tot Microhis maar werken er niet in. Om op de hoogte te blijven van de somatische gesteldheid van een patiënt vallen zij vooral terug op regelmatig overleg. In voorkomend geval kunnen zij iets in Microhis opzoeken. Wel gebruiken zij Microhis voor het voorschrijven van medicatie.
- Psychiaters maken geen gebruik van een EPD. Zij rapporteren op een gezamenlijke schijf (in Word-bestanden, en daarmee buiten het dossier). De relevante gegevens worden in het maandag ochtend overleg besproken¹³.
- Op de leefafdelingen is geen gestructureerd overzicht van somatische problemen die tot acute gezondheidsrisico's kunnen leiden (bijvoorbeeld cardiovasculaire risico's) bij patiënten.
- Indien medicatie van een patiënt gewijzigd moet worden komt de medische dienst vaak op de leefafdeling een toelichting geven hierover.

¹³ Als reactie op het conceptrapport heeft de Rooyse Wissel ingebracht: Dagelijks hebben de twee aanwezige psychiaters onderling overleg. Op donderdag vindt overleg plaats van alle psychiaters. De psychiaters leveren informatie aan ten behoeve van de behandelplanbespreking. Deze informatie wordt opgenomen in het patiëntendossier.

Zorg en communicatie toegespitst op de doelgroep

- Medewerkers van de medische dienst geven aan meer tijd te nemen en hun communicatie zo goed mogelijk aan te passen aan patiënten met een verstandelijke beperking (navraag doen of patiënt het begrepen heeft, boodschap herhalen). Gesproken sociotherapeuten bevestigen dit.
- Sociotherapeutisch medewerkers worden steeds actiever betrokken bij de somatische zorg om de klachten, vragen en belangen van patiënten goed in beeld te krijgen. Sociotherapeutisch medewerkers gaan mee naar consulten, tenzij patiënt daar bezwaar tegen maakt. Ook kan de medische dienst gerichte observatie-instructies aan de leefafdeling meegeven.
- Een van de medewerkers van de medische dienst heeft een specifieke opleiding gevolgd gericht op patiënten met een verstandelijke beperking. Zij is aandachtsverpleegkundige voor de LVB-afdeling en deelt haar kennis in voorkomende gevallen met collega's van de medische dienst.
- Toen de LVB-afdeling werd opgericht is er binnen de medische dienst een teammiddag gewijd aan het omgaan met deze specifieke doelgroep.
- In mei 2014 staat een herhaaltmiddag gepland waarbij medewerkers van de medische dienst van een aanpalende instelling voor gehandicaptenzorg uitleg komen geven aan de medische dienst van De Rooyse Wissel.
- Gedurende ca. anderhalf jaar heeft een AVG-arts van een naburige LVB-instelling spreekuren gedraaid binnen de medische dienst i.v.m. kennis- en ervaringsoverdracht aan de medische dienst. Werkbezoeken bij gespecialiseerde instellingen hebben plaatsgevonden en daarnaast heeft een aan de LVB-afdeling verbonden pedagogisch geschoolde medewerker (met master pedagogiek) teammiddagen verzorgd voor de medische dienst en deze is bovendien op afroep nog immer beschikbaar voor de medische dienst.
- Een medewerker van de medische dienst geeft aan dat het soms lastig is om zicht te krijgen op bijvoorbeeld hygiëne van een verstandelijk beperkte patiënt. De gesproken sociotherapeuten benadrukken dat het uitgangspunt is dat de patiënt de regie heeft tenzij. Steeds wordt een afweging gemaakt in hoeverre de patiënt deze in eigen hand kan houden. Daarbij komt het wel eens voor dat achteraf blijkt dat een andere keus mogelijk beter was geweest. Dat patiënten door nonchalance zouden vervuilen, bestrijden zij¹⁴.
- Patiënten worden betrokken bij de totstandkoming van het behandelplan en zijn vaak bij (een deel van) de behandelplanbespreking aanwezig. Ook worden patiënten in de gelegenheid gesteld om een eigen bijdrage voor het behandelplan aan te leveren.

¹⁴ In reactie op het conceptrapport geeft de voormalig medewerker aan dat naar zijn mening er wel sprake is geweest van vervuiling door met name onkunde en mogelijk door nonchalance.

- In behandelplannen wordt in voorkomende gevallen aandacht besteed aan de wijze van benadering en bejegening, toegespitst op (de verstandelijke mogelijkheden van) de specifieke patiënt, zo blijkt uit de dossiertoetsing.

Suïcidepreventie

- De implementatie van het suicidepreventieprotocol is in 2013 voorbereid. Een quick scan naar mogelijke hoog-risico-patiënten maakte deel uit van deze voorbereiding.
- Per 1 januari 2014 is gestart met de implementatie. Deze is gefaseerd uitgevoerd, waarbij de hoog-risico-patiënten in de eerste fase zijn meegenomen. Ten tijde van het inspectiebezoek was nog niet voor alle patiënten een suïciderisicotaxatie in het dossier opgenomen. Inmiddels is de implementatie afgerond¹⁵. Van alle patiënten is een suïciderisicotaxatieformulier in het dossier opgenomen, met uitzondering van patiënten die hun medewerking hebben geweigerd (die weigering is in het dossier aangetekend) en patiënten die recent zijn opgenomen.
- Het suicidepreventieprotocol is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn 'diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag'.

Medicatieveiligheid

- Medicatie wordt in Microhis geregistreerd door de huisarts. Meestal ondertekent de aanwezige psychiater de recepten van de door hem voorgeschreven medicatie, indien de huisarts niet ter plekke is.
- Op de leefafdeling is in de avond één sociotherapeutisch medewerker verantwoordelijk voor het uitzetten van alle medicatie voor de volgende dag. De sociotherapeutisch medewerker die verstrekt controleert en tekent verstrekking af op de deellijst. Iedere dinsdag gaat de deellijst terug naar de medische dienst. Indien verstrekking niet is afgetekend of indien medicatie niet wordt ingenomen door de patiënt wordt dit geproblematiseerd en contact gezocht door de medische dienst met de afdeling.
- Bij ontslag wordt binnen 24 uur de medicatielijst naar de nieuwe verblijfplaats gefaxt.
- De aanwezige opiaten waren op naam gesteld, uitgezonderd de noodampullen morfine. Aan de extra bewaarcondities van opiaten werd voldaan. De boekhouding was kloppend.
- De lijst van middelen in de noodvoorraad was nauwkeurig omschreven evenals de aantallen. Ook hier klopte de administratie.

¹⁵ In reactie op het conceptrapport liet de directie van De Rooyse Wissel weten dat inmiddels (juni 2014) de implementatie is afgerond.

- Uit de noodvoorraad wordt ook geput tot aan de nieuwe leveringsdatum van de apotheek bij tussentijdse medicatiewijziging.
- De toegang tot de medicijnkamer op de medische dienst is ook buiten kantoor tijden adequaat geregeld.
- In de medicijnkamer werd een aantal disposables aangetroffen waarvan de houdbaarheidsdatum verstreken was. Op de houdbaarheid van disposables vindt geen periodieke check plaats.

Dossiervoering

- Microhis is actueel. ICPC-codes worden niet in Microhis opgenomen, probleellijsten wel.
- Uitslagformulieren van bloedonderzoeken worden niet in Microhis opgeslagen. (Ze worden wel ter beoordeling onder de aandacht gebracht van de arts).
- Voor het volgen van patiënten/monitoren van terugkerende afspraken, depot toediening, vaccinatie wordt door de medische dienst gewerkt met een zelf ontwikkeld excelbestand. Dit omdat de beschikbare versie van Microhis hiervoor onvoldoende mogelijkheid biedt.
- Dossiervoering van en communicatie tussen diverse disciplines vindt in/ via verschillende (dossier)systemen plaats; Microhis, MeXtra, Word-bestanden, Excelbestanden, Edox, e-mail.
- Hoewel de behandelgegevens op diverse plaatsen worden vastgelegd, is voor de gesproken medewerkers helder wat van ze verwacht wordt en waar ze informatie kunnen vinden. Medewerkers geven desondanks aan behoefte te hebben aan een nieuw geïntegreerd, elektronisch dossier.
- Het MeXtra-systeem is ingericht als een soort logboek, gericht zoeken naar informatie of een overzicht krijgen van relevante informatie is zeer bewerkelijk.
- Het huidige EPD fungeert niet als actueel werksysteem in de dagelijkse zorgverlening.

MIP commissie

- Binnen de instelling functioneert een MIP commissie die inzicht heeft in de meldingen die door medewerkers gedaan worden.
- Na een kritisch jaarverslag (over 2012) waarin de commissie een gebrek aan reactie van de toenmalige directie opmerkt, blijkt uit het jaarverslag van 2013 dat de huidige directie zich de kritiek heeft aangetrokken en worden de nadere afspraken die zijn gemaakt over de opvolging van signalen nageleefd.

Behandelaanbod

- Voor patiënten wordt een behandelaanbod geïndiceerd en geregistreerd wordt hoeveel (behandel)activiteiten doorgang hebben gevonden ten opzichte van het aantal geplande (behandel)activiteiten, zo blijkt uit de getoetste dossiers.
- In juni 2014 levert de therapeutische dienst een of meer therapeutische contacten aan 130 van de 177 (interne en elders verblijvende) patiënten.
- Er verblijven ten tijde van het IGZ-onderzoek 137 patiënten in de kliniek. Daarvan hebben 112 patiënten een aanbod van een of meerdere therapeutische contacten. Er zijn 25 patiënten die geen gebruik maken van het therapeutische aanbod. De redenen hiervoor zijn o.a. weigeren van alle aanbod, de psychische gesteldheid, wachtfase. Zij hebben wel allen contact met bijvoorbeeld de psychiaters en het forensisch maatschappelijk werk.
- Voortgang van de behandeling wordt op vooraf vastgestelde ijkmomenten getoetst op gestandaardiseerde wijze.
- Indien (risicotaxatie)instrumenten niet op de geplande tijdstippen (kunnen) worden afgenomen wordt hiervan beargumenteerd aantekening gemaakt in het dossier.
- Het behandelaanbod wordt binnen De Rooyse Wissel in drie zorgprogramma's vormgegeven: psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en verstandelijke beperking. De zorgprogramma's zijn alle drie opgebouwd uit een ruim aanbod van diverse behandelmodules.

Kwantiteit en deskundigheid personeel

- Er is een gedetailleerd formatieplaatsenplan voor de zorgprofessionals door de inspectie ingezien. Dit wijkt nauwelijks af van de feitelijk aanwezige bezetting.
- Er is een opleidingsbudget vastgesteld voor zorgprofessionals en jaarlijks wordt een opleidingsplan vastgesteld. Er wordt vanuit de lijn gestuurd op de wettelijk verplichte (bij)scholingen (BHV, maar ook op voorbehouden handelingen) Het budget wordt volledig gebruikt.
- Het ziekteverzuim bedraagt in 2012 5,2%

2.2.2 Gesprek met de patiëntenraad

Op 26 juni 2014 sprak de IGZ met een vertegenwoordiging van de patiëntenraad (zes patiënten) van De Rooyse Wissel. De patiënten vertegenwoordigden vijf (van de 13) afdelingen binnen De Rooyse Wissel. De tijd dat de gesproken patiënten binnen de Rooyse Wissel, locatie Venray verblijven varieert van zeven maanden tot zeven jaar.

Van de zijde van de patiëntenraad wordt aangegeven dat zij tevreden zijn over de manier waarop zij medezeggenschap hebben over de algemene gang van zaken en de medische zorg in het bijzonder.

De gesproken patiënten geven aan dat zij de medische zorg in de kliniek over het algemeen goed geregeld vinden. Bij iedere patiënt vindt kort na binnenkomst een medische intake plaats. In geval van medische klachten wenden patiënten zich in eerste instantie tot de sociotherapeutisch medewerker met de mededeling dat ze graag een afspraak op het verpleegkundig spreekuur willen. De sociotherapeutisch medewerker vraagt dan naar de aard van de klachten. Sommige patiënten geven aan dit niet altijd te willen delen met de sociotherapeutisch medewerkers op de afdeling. Patiënten geven aan dat ze desondanks nog nooit belemmerd zijn geweest/weerhouden zijn als ze een afspraak op het spreekuur wilden. Jaarlijks vindt een somatische screening plaats en halfjaarlijks kunnen patiënten bij de tandarts terecht voor controle. Patiënten benoemen dat hun ervaring is dat in geval van acute problemen adequaat wordt gehandeld, mede door de aanwezigheid van een BIG-geregistreerde sociotherapeutisch medewerker op de afdeling, wanneer de medische dienst niet in huis is.

Tijdens het gesprek met de inspectie vertelt een aantal patiënten over hun eigen ervaringen met de medische dienst.

- Zo vertelt een patiënt dat hij veel aandacht voor zijn ziekte heeft ervaren en dat de zorg snel tot stand kwam. Ziekenhuisbezoeken werden vlot gepland en goed gecoördineerd. De planning voor de controleafspraken wordt door de medische dienst bijgehouden, aldus deze patiënt. Dezelfde patiënt geeft aan tevreden te zijn over het vervoer bij ziekenhuisbezoeken; er werd rekening gehouden met zijn gezondheidstoestand en persoonlijke wensen.
- Een andere patiënt vertelt over diens ervaringen nadat bij de jaarlijkse somatische controle een afwijkende bloedwaarde aangetroffen werd. Door de medische dienst werd een opvolgcontrole geïnitieerd en een afspraak in het ziekenhuis binnen een week.
- Over de jaarlijkse somatische controle geeft een andere patiënt aan dat bij weigering van bloedafname uitgebreide (ook schriftelijke) informatie wordt verstrekt over nut en noodzaak van een dergelijk onderzoek, om te zorgen dat patiënt goed geïnformeerd zijn keuze kan maken.
- Een patiënt die zijn klachten liever niet met teveel medewerkers deelt kan daarvoor naar eigen zeggen altijd bij dezelfde verpleegkundige terecht.
- Voor een medepatiënt met hartklachten was extra aandacht onder meer door extra controles in de nacht. Persoonlijke alarmering is ook mogelijk.
- Bij een patiënt met diabetes waarbij de zelfzorg onder de maat was, werd volgens een patiënt veel aandacht besteed aan zijn eetgewoonten, zelfzorg en het bijhouden van zijn kamer.
- Medicatie wordt per innamemoment uitgedeeld en de ervaring is dat dit vrijwel altijd op tijd gebeurt.

Naast de positieve geluiden beschrijft een aantal patiënten ook aandachtspunten.

- Een patiënt geeft aan dat de huisarts tot twee keer toe zelf zijn klachten probeerde te verhelpen, zonder het gewenste resultaat. Patiënt voelt zich niet serieus genomen in zijn klachten en vindt dat de huisarts te lang wacht met doorverwijzen naar het ziekenhuis.
- Een patiënt vertelt dat hij wilde stoppen met bepaalde medicatie omdat hij er bijwerkingen van ervoer, maar daarvoor moest eerst een afspraak met de psychiater gearrangeerd worden. Patiënt vond dit lang duren en zou meer eigen verantwoordelijkheid willen krijgen in (in dit geval) het stoppen met de medicatie.
- Naar het oordeel van een aantal patiënten kan hun betrokkenheid bij de totstandkoming en wijzigingen in hun behandelplan nog verder verbeteren. Men vindt dat het bestwil-principe genuanceerder gebruikt zou moeten worden, zo blijkt uit hetgeen men vertelt. De meeste patiënten mogen bij de hele behandelplanbespreking aanwezig zijn, echter een enkeling mag slechts een kwartier aanschuiven. Met aanwezigheid bij behandelplanbesprekingen wordt per hoofd behandeling verschillend omgegaan, aldus patiënten.
- Patiënten benoemen dat voor bepaalde therapieën wachtlijsten zijn binnen de kliniek, waardoor de behandeling soms trager gaat dan gewenst. Een patiënt geeft in dit kader ook aan het demotiverend te vinden dat binnen een bepaalde therapievorm eerst een observatieperiode wordt gehanteerd, temeer omdat patiënt binnen diens vorige verblijfplek reeds die observatiefase had doorlopen binnen het betreffende therapieonderdeel.
Over de wachttijden is de patiëntenraad in gesprek gegaan met de directie, waarna door de directie een werkgroep in het leven is geroepen om het gesignaleerde probleem verder in kaart te brengen.
- De communicatie tussen de sociotherapie en TLW (Tijdsbesteding Lerende Werken) en tussen de sociotherapie en vaktherapieën is volgens patiënten voor verbetering vatbaar. Naar het oordeel van de patiënten weten disciplines onvoldoende van elkaar waar men aan werkt en hoe de planning is (hierbij gaven patiënten vooral voorbeelden over de moeizaam verloopende afstemming over verlofdagen). Men heeft het gevoel hier zelf alert op te moeten zijn, om te zorgen dat het goed loopt. Sinds een aantal maanden is de TLW-mentor bij het multidisciplinaire afstemmingsoverleg aanwezig, hetgeen volgens patiënten wel voor verbetering heeft gezorgd op dit vlak.

Patiënten geven aan dat er wel eens dingen misgaan en dat er verbeterpunten zijn, maar geven tegelijkertijd aan dat hun ervaring is dat dat in de vrije

maatschappij niet anders is en dat ‘overal wel eens fouten worden gemaakt’¹⁶. Men heeft de indruk dat de directie gemotiveerd is om te verbeteren en ziet dit ook terug in de plannen die de directie maakt en de werkgroepen die in het leven worden geroepen. Tot slot hechten zij eraan te benadrukken dat van verwaarlozing in de kliniek naar hun oordeel geen sprake is.

2.2.3 Resultaten herbeoordeling suïcidemelding uit 2012¹⁷

De voormalig medewerker van De Rooyse Wissel heeft in het gesprek met beide inspecties informatie gegeven over een suïcidemelding die door de IGZ is behandeld. De IGZ heeft op basis van deze informatie de melding heropend. Bij de heropening van de melding is de informatie betrokken die door de voormalig medewerker is aangedragen. Deze informatie ging met name over de zorgverlening die aan patiënt is geleverd na een eerder incident waarbij patiënt ernstig letsel had opgelopen. De voormalig medewerker geeft aan dat er een mogelijke relatie is tussen de suïcide en de zorgverlening naar aanleiding van het incident. De voormalig medewerker geeft aan van mening te zijn dat de kritische opmerkingen die sociotherapeuten maakten naar de calamiteitenonderzoekscommissie, onder meer over gebrekkige samenwerking/afstemming tussen sociotherapie en medische dienst, onvoldoende zijn weergegeven in het calamiteitenrapport.

Omdat de voormalig medewerker aangaf dat er fouten zijn gemaakt na het ontstaan van het letsel, heeft de IGZ over deze periode aanvullende informatie opgevraagd.

Daaruit komt het volgende naar voren:

Op 18 mei 2009 vond een incident plaats waarbij patiënt letsel heeft opgelopen waarvoor behandeling (een operatieve ingreep) geïndiceerd was. Deze behandeling heeft hij gekregen in een algemeen ziekenhuis. Postoperatieve zorg werd eveneens verleend buiten De Rooyse Wissel. Op 11 juni 2009 werd patiënt teruggeplaatst naar De Rooyse Wissel. Op 17 juni 2009 is er contact geweest met de behandelend chirurg; deze geeft aan dat een vervolgspraak en/of foto's niet nodig waren. Ingeval van klachten kon er altijd een afspraak gemaakt worden.

¹⁶ In reactie op het conceptverslag van het gesprek met de patiëntenraad merkt een patiënt op dat hiermee niet gesuggereerd mag worden dat het maken van fouten zonder meer geaccepteerd mag worden.

¹⁷ Vanwege de medische vertrouwelijkheid kan de IGZ in dit rapport geen gedetailleerde informatie over de verleende medische zorg opnemen. Bovenstaande is een algemene weergave van het zorgverleningsproces.

Thuiszorg en fysiotherapie zijn direct na terugkeer in De Rooyse Wissel ingezet en later werd ergotherapie ingeschakeld. Toen patiënt in september aangaf pijnklachten te hebben, werd conform instructie een afspraak bij de chirurg gepland. Op 10 september 2009 werd patiënt opnieuw gezien door de chirurg. Er werd tevens een vervolgspraak voor 14 oktober 2009 gepland (in verband met aanhoudende pijnklachten werd deze afspraak een week vervroegd).

Daarna (maart 2010) werden contacten met een revalidatiearts gerapporteerd die overleg had met een orthopedisch chirurg. In april 2010 is er wederom contact geweest met een revalidatie arts die een neuroloog inschakelde. In juni 2010 werd een afspraak bij de pijnpoli van een ander ziekenhuis gepland.

In de periode van 11 juni 2009 tot en met 21 maart 2012 is 115 maal een contact geregistreerd in MicroHis over contacten tussen de medische dienst (verpleegkundige en/of huisarts) en patiënt en/of leefafdeling of over resultaten van (para)medische behandelingen.

Uit de informatie blijkt dat op basis van de aanhoudende pijnklachten de behandeling aangepast werd; patiënt ontving andere medicatie, bezocht daarnaast een andere medisch specialist.

Het eerdere incident, waarbij het ernstige letsel bij patiënt ontstond, heeft De Rooyse Wissel destijds gemeld aan de IGZ. Deze melding van De Rooyse Wissel heeft de IGZ destijds niet onderzocht omdat deze gebeurtenis, hoe ernstig en ingrijpend ook, niet aangemerkt kan worden als een calamiteit in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen omdat het incident geen betrekking had op de verleende zorg. Wel heeft de IGZ de instelling gewezen op haar plicht om het incident intern te onderzoeken.

Ook de suïcide is door De Rooyse Wissel gemeld aan de IGZ. Na de suïcide van patiënt is op verzoek van de IGZ een multidisciplinaire onderzoekscommissie ingesteld waarin medisch psychiatrische expertise vertegenwoordigd is, die de suïcide heeft onderzocht. Aangegeven werd door de IGZ dat van deze commissie bij voorkeur de voorzitter en één lid niet gelieerd is aan de instelling. De voorzitter van de onderzoekscommissie was de directeur zorg en behandeling van een andere locatie van De Rooyse Wissel.

De onderzoekscommissie heeft een onderzoeksrapport opgesteld waarin een aantal kritische conclusies was geformuleerd. De directie van De Rooyse Wissel onderschreef de conclusies en aanbevelingen van de onderzoekscommissie en heeft vervolgens op verzoek van de IGZ een verbeterplan opgesteld en dat aan de IGZ gezonden.

2.3 Conclusies IGZ

De hieronder beschreven conclusies omvatten de antwoorden op de gestelde onderzoeksvragen die gebaseerd zijn op de signalen van de voormalig medewerker. Daarnaast wordt ingegaan op de kwaliteit van een aantal relevante aspecten van de zorg die bij het inspectieonderzoek aan bod kwamen.

De laatste deelconclusie gaat over de suïcidemelding die de IGZ opnieuw beoordeelde in het kader van dit onderzoek.

2.3.1 Geen structurele tekortkomingen die leiden tot onverantwoorde zorg. Dossiervoering behoeft verbetering

Naar het oordeel van de IGZ was er ten tijde van het inspectieonderzoek geen sprake van structurele tekortkomingen die leiden tot onverantwoorde zorg. De IGZ stelt vast dat medische zorg voldoende laagdrempelig toegankelijk is en er voldoende aandacht is voor het toespitsen van de zorg, begeleiding en bejegening op patiënten met een verstandelijke beperking. De personele bezetting is kwalitatief en kwantitatief op orde, suïcidepreventiebeleid is geïmplementeerd en medicatieveiligheid is geborgd. Dossiervoering en geprotocolleerde toegeleiding vragen om verbetering.

Deze hoofdconclusie wordt hieronder uitgewerkt in een aantal deelconclusies.

2.3.1.1 *Toegang tot de zorg voldoende geborgd, toegeleiding niet geprotocolleerd*

De toegang voor patiënten naar eerstelijns huisartsenzorg (medische dienst) en naar tweedelijns gezondheidszorg is naar het oordeel van de IGZ voldoende geborgd onder meer omdat bij iedere nieuw opgenomen patiënt standaard door een verpleegkundige een anamnese wordt afgenomen waarvan in het daarvoor bestemde systeem aantekening wordt gehouden. Daarnaast ziet de huisarts alle nieuw opgenomen patiënten op het eerstvolgend spreekuur. Als uit de anamnese bijzonderheden naar voren komen of indien er sprake is van gezondheidsrisico's dan kan een consult worden vervroegd. Er is altijd, ook buiten kantoor tijden, een verpleegkundige in dienst om vragen op het gebied van somatische zorg te beantwoorden en zo nodig somatische zorg te leveren. Indien nodig kan altijd worden doorverwezen naar een (dienstdoend) huisarts. Ook gesproken patiënten zijn overwegend positief over de toegankelijkheid van de zorg. De IGZ constateert dat eenduidige protocollen voor de toegeleiding door verpleegkundigen naar de huisarts ontbreken. Bovendien ontbreekt een totaaloverzicht van alle beschikbare protocollen. De IGZ acht het van belang

dat er protocollen zijn voor toegeleiding en dat eenduidig en inzichtelijk is voor medewerkers wat de geldende protocollen zijn.

Uit het IGZ-onderzoek is gebleken dat indien de huisarts doorverwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk acht, doorgaans doorverwijzing en consultatie voldoende tijdig kan plaatsvinden.

2.3.1.2 Veel aandacht voor toespitsen zorg op LVB-doelgroep, voldoende LVB-expertise in de instelling aanwezig

Om aan te sluiten bij de behoeften van de LVB doelgroep, zo stelt de IGZ vast, worden patiënten begeleid bij medische consulten, vindt gericht deskundigheidsbevordering van medewerkers plaats en zijn diverse zorgprogramma's beschikbaar waarin op basis van de zorgvraag/-behoefte modules gekoppeld kunnen worden. Voorts heeft iedere patiënt een actueel behandelplan waarin zo nodig aandacht wordt besteed aan het omgaan met de specifieke behoeften en kwetsbaarheden van betreffende patiënt en diens (impliciete dan wel expliciete) zorgvraag.

Vanwege hun specifieke kennis en kunde op het gebied van de LVB-doelgroep is een aantal medewerkers vraagbaak voor de afdelingen en medische dienst. Ten behoeve van deskundigheidsbevordering wordt periodiek contact onderhouden met nabijgelegen instelling die specialistische zorg biedt aan de LVB-doelgroep.

2.3.1.3 Personele bezetting en behandelaanbod op orde

De personele bezetting van het zorgpersoneel is kwantitatief en kwalitatief op peil conform het door de kliniek opgestelde formatieplaatsenplan.

Omdat het behandelaanbod divers is kan het worden toegespitst op de zorgbehoefte en de behandelfase fase waarin de patiënt zich bevindt. Alle patiënten die daartoe bereid en in staat zijn maken gebruik van een behandelaanbod.

Voortgang van de individuele behandeling wordt op gestandaardiseerde wijze getoetst en afwijken van de planning wordt beargumenteerd en geregistreerd.

2.3.1.4 Dossiervoering gefragmenteerd, risico's mogelijk onvoldoende in beeld op de leefafdeling

De IGZ is kritisch over de dossiervoering binnen de De Rooyse Wissel.

Er bestaan verschillende naast elkaar functionerende dossiersystemen.

De medische dienst rapporteert in Microhis, de psychiater (onder meer) in Word-documenten op een afgeschermd scherm, de leefafdelingen rapporteren in MeXtra. De afzonderlijke dossiersystemen worden correct gebruikt, maar sluiten niet op elkaar aan, waardoor een risico ontstaat dat informatie die relevant is onvoldoende beschikbaar is of onvoldoende kan worden

gedeeld tussen de verschillende bij de behandeling betrokken disciplines. Op de leefafdelingen ontbreekt een overzicht van actuele somatische problemen, hetgeen naar het oordeel van de IGZ het risico verhoogt op het ontstaan van een zorgdelay. Er is een communicatie- en overlegstructuur die ertoe bijdraagt dat relevante informatie tijdig gewisseld kan worden tussen de verschillende disciplines en afdelingen.

Zo is naast de bestaande behandelinhoudelijke overlegstructuur twee jaar geleden een wekelijks multidisciplinair afstemmingsoverleg ingevoerd. De IGZ constateert echter dat niet alle functionarissen consequent aanwezig zijn bij dit multidisciplinaire afstemmingsoverleg en is van mening dat risico's voor de patiënt daarmee nog onvoldoende zijn weggenomen.

2.3.2 Herbeoordeling van de suïcidemelding uit 2012 leidt niet tot een ander oordeel van de IGZ: calamiteitenonderzoek naar aanleiding van suïcide van voldoende kwaliteit en voldoende onafhankelijk

Aanleiding voor het heropenen en herbeoordelen van de melding was de kritiek van de voormalig medewerker over de onafhankelijkheid van de leden van de calamiteitenonderzoekscommissie en de kwaliteit van het onderzoek. Ook geeft voormalig medewerker aan dat de onderzoekscommissie onvoldoende kritisch is geweest over de kwaliteit van de samenwerking tussen sociotherapie en de medische dienst.

Onafhankelijkheid onderzoek

De instelling werd volgens de gebruikelijke werkwijze gevraagd onderzoek uit te voeren en de onderzoeksresultaten te rapporteren aan de IGZ. De IGZ is van oordeel dat in het rapport van de onderzoekscommissie helder is aangegeven hoe het onderzoek werd uitgevoerd, wie daarbij werden betrokken en op welke punten kritisch is geoordeeld. Ook na herbeoordeling van het eerder uitgevoerde calamiteitenonderzoek komt de IGZ tot de conclusie dat het onderzoek destijds voldoende zorgvuldig en voldoende onafhankelijk werd uitgevoerd. Weliswaar voldeed de commissiesamenstelling niet geheel aan de door IGZ uitgesproken voorkeur (géén eis) dat de voorzitter en één lid niet gelieerd zouden zijn aan de instelling, echter, geen van de commissieleden was direct betrokken bij de recente zorgverlening aan de patiënt in kwestie. Minimaal één lid was op dat moment niet gelieerd aan de instelling. De commissie rapporteerde een aantal kritische bevindingen en formuleerde naar de directie van De Rooyse Wissel diverse aanbevelingen ter verbetering van de kwaliteit van de zorg. Deze kritiek ging onder meer ook over de samenwerking tussen de verschillende afdelingen van De Rooyse Wissel. In reactie op het onderzoeksrapport (en op verzoek van de IGZ) stelde de directie een verbeterplan op dat naar het oordeel van

de IGZ aansloot bij de bevindingen en kritische conclusies van de onderzoekscommissie.

Kwaliteit onderzoek

De voormalig medewerker geeft aan dat er een mogelijke relatie is tussen de suïcide en fouten in de zorgverlening naar aanleiding van een incident dat plaats had voorafgaand aan het incident. De IGZ stelt bij de herbeoordeling vast dat de onderzoekscommissie destijds de keuze maakte om niet de hele periode tussen het ontstaan van het letsel en de suïcide te onderzoeken. Daarom heeft de IGZ aanvullend onderzoek gedaan naar de zorg in deze periode. Uit de beschikbare informatie, waaronder het medisch dossier, blijkt dat in die periode veel en frequent overleg is geweest met patiënt en tussen diverse hulpverleners binnen en buiten De Rooyse Wissel. Naar het oordeel van de IGZ is voldoende zorgvuldig en tijdig gereageerd op hulpvraag van betrokken patiënt. De aanvullende bevindingen leiden niet tot een ander oordeel van de IGZ over het onderzoek dat De Rooyse Wissel deed naar aanleiding van deze melding. Ook na herbeoordeling op dit punt komt de IGZ tot de conclusie dat het calamiteitenonderzoek van voldoende kwaliteit was.

2.4 Vervolg en handhaving IGZ

Op geleide van de uitkomsten van dit onderzoek, heeft de IGZ de directie van de Rooyse Wissel gevraagd om een verbeterplan waarin naast de verbetermaatregelen ook het tijdpad en de resultaten beschreven staan. Op het gebied van dossiervoering heeft de IGZ per direct om verbetermaatregelen gevraagd. De IGZ monitort de voortgang en zal in de loop van het jaar door middel van een onaangekondigd bezoek controleren op welke wijze het verbeterplan is uitgevoerd en of de beoogde resultaten zijn bereikt.

Bijlage 1

Mailbericht aan alle
personeelsleden van
FPC De Rooyse Wissel

Aanleiding

In Vrij Nederland van 19 februari 2014 verscheen een artikel waarin een voormalig werknemer van FPC De Rooyse Wissel aan het woord is over een ‘vermoeden van misstand’ binnen dit FPC.

De Inspectie Veiligheid en Justitie heeft de betreffende medewerker recentelijk gesproken om hem in de gelegenheid te stellen zijn verhaal toe te lichten.

Ontvangen signalen

De Inspectie heeft uit dit gesprek de volgende punten gedestilleerd als de belangrijkste signalen:

- klachten over de medische zorg/verzorging aan verstandelijk beperkte patiënten;
- de interne communicatie tussen de medische dienst en de afdelingen;
- de bejegening van met name de groep verstandelijk beperkte patiënten;
- de expertise om op een afgestemde wijze met deze groep verstandelijk beperkte patiënten om te kunnen gaan;
- het vervoer (door DV&O) van deze groep patiënten.

Bovendien benoemt betrokkene dat er onder het personeel van De Rooyse Wissel een angstcultuur zou heersen, waardoor mensen zich niet snel zullen melden. Tegelijkertijd zouden volgens betrokkene meer medewerkers vergelijkbaar oordelen over bovengenoemde zaken.

Verificatie van de signalen

Om zich een onafhankelijk oordeel te kunnen vormen heeft de Inspectie VenJ tot de volgende stappen besloten. De Inspectie bezoekt vandaag (27 maart 2014) FPC De Rooyse Wissel. De Inspectie bezoekt dan een aantal verblijfsafdelingen (inclusief de medische dienst). Het daar aanwezige personeel wordt de gelegenheid geboden om zijn verhaal te doen en opmerkingen te maken bij de hierboven genoemde thema's. Daarnaast houdt de Inspectie van 15.00 – 17.00 ook een inloopspreekuur (vergader-ruimte 5, begane grond).

Uw verhaal delen met de Inspectie VenJ

Niet iedereen kon vandaag worden gesproken. Vandaar dat u de gelegenheid krijgt om uw verhaal met betrekking tot de hierboven genoemde thema's alsnog met de Inspectie te delen. Dit kan zowel telefonisch als per e-mail. Desgewenst kan dat anoniem.

U kunt uiterlijk tot en met 4 april 2014 (op maandag t/m vrijdag van 09.00-20.00 uur) terecht bij:

Inspecteur : telefoonnummer..... e-mail:.....

Inspecteur: telefoonnummer..... e-mail:.....

Bij geen gehoor kunt u de andere inspecteur bellen of de voicemail inspreken, dan wordt u teruggebeld.

Het vervolg

De Inspectie VenJ haalt tijdens het gesprek of uit uw e-mail de punten die een directe relatie hebben met de genoemde thema's. U wordt gevraagd uw verhaal te onderbouwen met feiten en concrete voorbeelden.

De inspecteurs vullen uitsluitend een scorelijst in waarmee zij de gemaakte opmerkingen rubriceren naar de genoemde thema's. Er wordt geen inhoudelijk verslag of individueel dossier gemaakt.

De Inspectie beraadt zich na 4 april op te nemen vervolgstappen dan wel het afsluiten van deze casus.

U wordt hierover eveneens via een e-mailbericht geïnformeerd.

Bijlage 2

Beleidsdocumenten

Opleidingsjaarplannen	2011, 2012, 2013 en 2014
Formatieplaatsenplan	2013, 2014 en de realisatie
Jaarverslagen MIP commissie	2012 en 2013
Beleidsdocument juli 2013	
Sociaal jaarplan (waaronder verzuimpercentage, instroom/uitstroom personeel)	
Behandel/zorgvisie en behandelmodulen	
Beleidsplannen	2013 en 2014
Jaarverslag CVT	
Verslaglegging overleg RvB met RvT	



Onze missie's

“De Inspectie Veiligheid en Justitie houdt toezicht op instellingen en organen die actief zijn op het terrein van veiligheid en justitie.

Hierdoor draagt de Inspectie VenJ bij aan verbetering van de kwaliteit van de taakuitvoering binnen haar toezicht-domein en aan een veilige en rechtvaardige samenleving.”

“Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg luidt het motto van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.”

Colofon

Dit rapport is een uitgave van:
Inspectie Veiligheid en Justitie
Ministerie van Veiligheid en Justitie
Turfmarkt 147 | 2511 DP Den Haag
Postbus 20301 | 2500 EH Den Haag
www.ivenj.nl

en

Inspectie voor de Gezondheidszorg
Centrale vestiging Utrecht
Postbus 2680 | 3500 GR Utrecht
www.igz.nl

Juli 2014 | Publicatie-nr.: J-24661