



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

UMCG  
Raad van bestuur  
T.a.v. [redacted]  
Postbus 30 001  
9700 RB GRONINGEN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
www.lgz.nl

Inlichtingen bij  
Meldpunt IGZ  
meldpunt@lgz.nl

Datum 24 maart 2017  
Onderwerp Melding [redacted] / IGZ\_VMIT\_4460

Ons kenmerk  
2017-1393610 [redacted]

Bijlagen  
--

Uw kenmerk  
338.980/RvB

Uw brief  
20 februari 2017

Geachte [redacted],

Op 22 februari 2017 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg de rapportage ontvangen inzake melding [redacted] waarvoor dank.

De inspectie is intern in overleg over deze melding. Binnen vier weken ontvangt u bericht van ons.

Wij hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

[redacted]  
Voorzitter Meldingen Overleg  
Medisch Specialistische Zorg

Onderwerp:

FW: M [REDACTED] UMCG [REDACTED]

24.4 + 25.3 Wkkgz,  
10.2.d, 10.2.e,  
10.2.g Wob

Van: [REDACTED]

Verzonden: woensdag 12 april 2017 13:22

Aan: [REDACTED]

CC: [REDACTED]

Onderwerp: RE: M [REDACTED] UMCG [REDACTED]

24.4 + 25.3 Wkkgz,  
10.2.d, 10.2.e,  
10.2.g Wob

Dag [REDACTED],

Ik had deze melding vanuit MO in behandeling, maar betekent dus dat ik daar niets meer voor hoeft te doen en er geen brief vanuit MSZ weggaat(?)

UMCG heeft een tussenbericht van ons gekregen op 24 maart waarin we aangaven binnen 4 weken iets te laten weten. Ik denk dat we hen dan tussentijds ook even op de hoogte moeten houden..

Verder hebben wij geen hoorbrief in overweging genomen om deze alinea in de brief:

*Door een verschil van inzicht heeft melding van deze calamiteit door de afdeling psychiatrie pas eind december 2016 plaatsgevonden. Op 27 december 2016 is namens het Afdelingshoofd Psychiatrie melding gemaakt van een mogelijke zorgcalamiteit. De CCP heeft op 9 januari 2017 onderzoekers gevraagd een calamiteitonderzoek te doen, nadat er melding gedaan was aan de IGZ. Start onderzoek 12 januari 2017.*

De raad van bestuur was dus niet eerder op de hoogte vanuit MSZ beleid dan geen hoorbrief. Overigens heeft UMCG al een keer een waarschuwing van ons gekregen.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]  
Inspecteur

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht

Postbus 2518 | 36401 DA Heerlen

T telefoon : 088 120 5000

F fax : 088 120 5001

M 06- [REDACTED]

[REDACTED]@igz.nl

<http://www.igz.nl>

Van: [REDACTED]

Verzonden: woensdag 12 april 2017 13:13

Aan: [REDACTED]

CC: [REDACTED]

Onderwerp: Re: M [REDACTED] UMCG [REDACTED]

24.4 + 25.3 Wkkgz,  
10.2.d, 10.2.e,  
10.2.g Wob

Hi [REDACTED],

alle hoorbrieven van ons worden besproken met JZ.

voor dat overleg hoeft de acch niet op de hoogte gebracht te worden.

Ik begrijp dat je de casus nog in jullie proces hebben.

Als ik verder nog van dienst kan zijn hoor ik van je

Groet [redacted]

Verzonden met BlackBerry Work

**Van:** ["[redacted]"] <[redacted]@igz.nl>

**Verzonden:** 12 apr. 2017 13:04

**Aan:** ["[redacted]"] <[redacted]@igz.nl>

24.4 + 25.3 Wkkgz, 10.2.d,  
10.2.e, 10.2.g Wob

**Onderwerp:** [redacted] UMCG

**Cc:** ["[redacted]"] <[redacted]@igz.nl>, ["[redacted]"] <[redacted]@IGZ.nl>

Hoi [redacted],

Ff overleggen over M [redacted]; betreft melding van het UMCG, heeft plaatsgevonden op de afdeling [redacted]

Ik zou het volgende willen voorstellen:

[redacted]

Hoor graag je reactie, waarvoor mijn dank!

11.1

Groeten,

[redacted]

Overal 10.2.e,  
tenzij anders  
aangegeven.

Doc. 05



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

UMCG  
T.a.v. raad van bestuur  
Postbus 30001  
9700 RB GRONINGEN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
www.lgz.nl

Inlichtingen bij  
meldpunt@lgz.nl

Datum 1 mei 2017  
Onderwerp M[redacted]; oordeel inspectie nav uw rapportage

Ons kenmerk  
2017-2001642/M[redacted]

Geachte raad van bestuur,

Op 30 december 2016 heeft u volgens artikel 11, eerste lid, onder a, van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) melding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) van een calamiteit binnen uw organisatie. Het betreft [redacted] (hierna: patiënte). Patiënte [redacted] op de afdeling [redacted] nadat enkele dagen daarvoor een beeld van [redacted]

24.4 + 25.3 Wkkgz,  
10.2.d, 10.2.e,  
10.2.g Wob

De inspectie heeft u gevraagd de gebeurtenis nader te onderzoeken en te analyseren volgens de *richtlijn calamiteitenrapportage*. Op 22 februari 2017 heeft de inspectie uw rapportage ontvangen. Met deze brief informeren wij u over het oordeel van de inspectie over de kwaliteit van deze rapportage en over de calamiteit. Met excuses voor deze vertraagde berichtgeving.

De gebeurtenis betreft een verplichte melding volgens artikel 11, eerste lid, onder a van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Na de beoordeling van uw calamiteitenrapportage is geconstateerd dat de calamiteit plaatsvond op [redacted]. De melding aan de inspectie heeft plaatsgevonden op 30 december 2016. Volgens uw rapportage heeft de melding van deze calamiteit door de afdeling psychiatrie pas eind december plaatsgevonden door een verschil van inzicht. Op 27 december 2016 is namens het afdelingshoofd Psychiatrie melding gemaakt van deze calamiteit.

#### Uw onderzoek en rapportage

De calamiteit is onderzocht door een onderzoekscommissie bestaande uit een internist-nefroloog; een hoofdverpleegkundige en een stafadviseur kwaliteit en veiligheid; zij waren niet bij de casus betrokken. Het onderzoek heeft plaatsgevonden door middel van interviews met betrokken medewerkers, inzage in het medisch dossier van patiënte en gebruik makend van twee protocollen. De Prisma (RCA) methodiek werd als analysemethode gebruikt. Op 16 januari 2017 hebben de beide behandelteams van de twee afdelingen psychiatrie de ziektegeschiedenis geëvalueerd. De huisarts was daarbij – op het allerlaatste moment – niet aanwezig.

De onderzoekscommissie heeft gesproken met de echtgenoot.

Vanuit de afdeling is er uitgebreid contact geweest met de echtgenoot [redacted]; patiënte had geen contact meer met haar drie dochters, zij zijn niet

24.4 + 25.3 Wkkgz,  
10.2.d, 10.2.e,  
10.2.g Wob



betrokken geweest bij de behandeling. Er is peer support aangeboden aan de medewerkers, maar niet nodig bevonden.

Inlichtingen bij  
meldpunt@lgz.nl

24.4 + 25.3  
Wkkgz,  
10.2.d,  
10.2.e,  
10.2.g Wob

Patiënte was sinds [redacted]

Ons kenmerk  
2017-2001642/M [redacted]

Datum  
1 mei 2017

Vanuit de oorzakenboom worden technische, organisatorisch, menselijke en patiëntgebonden basisoorzaken als conclusie benoemd. Er worden zeven verbeteracties voorgesteld.

Uit het onderzoek blijkt dat niemand overzicht had hoe het fysiek met patiënte ging; [redacted]

U heeft als raad van bestuur aangegeven zich te kunnen vinden in de verbetervoorstellen en aangeven dat u de afdeling zult vragen deze in gang te zetten en hierover te rapporteren aan de directeur Medische Zaken.

#### Oordeel inspectie over rapportage

De inspectie baseert het oordeel over de kwaliteit van uw rapportage op de onderstaande onderdelen. Oordeel is ingedeeld op: voldoende en onvoldoende.

Onderdeel	Oordeel
Proces	Voldoende
Reconstructie	Voldoende
Analyse	Onvoldoende
Conclusies	Voldoende*
Verbetermaatregelen	Onvoldoende
Nazorg	Voldoende
Reactie raad van bestuur	Voldoende

Hieronder vindt u de verbeterpunten per onderdeel indien de inspectie hierover een aanvullende opmerking wil maken of een nadere toelichting wil geven.

#### Analyse

- Uit de huidige rapportage wordt niet duidelijk of de commissie voldoende diepgaand geanalyseerd heeft hoe deze gebeurtenissen konden plaatsvinden. Dit suggereert dat de calamiteitencommissie ruimte voor verbetering heeft wat betreft het stellen van de "waarom vraag". Bijvoorbeeld: waarom was de richtlijn somatische zorg wel geïmplementeerd, maar nog niet expliciet omschreven? Waarom is er geen systeem voor het opvolgen van acties? [redacted] Waarom was er geen zicht op de somatische toestand van de patiënte? Waarom zijn er geen afspraken over de rol van de huisarts bij klinische opname? De inspectie constateert dat op alle door u benoemde basisoorzaken de waarom-vraag gesteld kan worden. Antwoorden op deze vragen zijn relevant voor het identificeren van mogelijke maatregelen om soortgelijke ongewenste uitkomsten in de toekomst te voorkomen. Als het calamiteitenonderzoek meer diepgang heeft, wordt het aannemelijker dat de voorgestelde maatregelen ook

24.4 + 25.3  
Wkkgz,  
10.2.d,  
10.2.e,  
10.2.g Wob

daadwerkelijk effectief zullen zijn in het verkleinen van de kans op soortgelijke calamiteiten in de toekomst.

Inlichtingen bij  
meldpunt@igz.nl

#### Conclusies

- Er ontbreekt een duidelijke conclusie in uw rapportage ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap (regiebehandelaar) bij deze patiënte. Het is de inspectie niet duidelijk wie verantwoordelijk was voor de behandeling van patiënte en het contact met de echtgenoot en huisarts.

Ons kenmerk  
2017-2001642/M

Datum  
1 mei 2017

#### Verbetermaatregelen

- De verbetermaatregelen zijn onvoldoende SMART geformuleerd. Verbetermaatregelen waarbij termen gebruikt worden als 'onderzoek of' of 'overweeg of' maken dat de inspectie niet kan beoordelen of verbetermaatregelen leiden tot adequate risicoreductie omdat niet zeker is of daadwerkelijk een verbetering wordt doorgevoerd. Daarnaast is bij een aantal verbetermaatregelen onduidelijk op welke wijze u ervoor zorgt dat deze ook daadwerkelijk uitgevoerd wordt.
- Omdat de analyse en de conclusie voor verbetering vatbaar is, zijn mogelijk nog aanvullende verbetermaatregelen te formuleren.

#### Oordeel inspectie over de calamiteit

De inspectie oordeelt op grond van uw rapportage dat de aangelegenheid waarop de melding betrekking heeft, voldoende is onderzocht maar dat uw rapportage ruimte biedt voor aanvullende vragen zoals hierboven verwoord.

De inspectie vraagt zich af of de afdeling psychiatrie op deze wijze voldoende heeft kunnen leren van deze calamiteit.

Met name ziet de inspectie tekortkomingen in de volgende onderwerpen:

- Invulling taken regie/hoofdbehandelaar;
- Invulling en uitvoering beleid somatische zorg;
- Somatische deskundigheid van de AIOS en de supervisie daarop;
- Invulling en waarborging van consultants op de afdeling;
- Verslaglegging en signalering in het EPD Poliplus;
- Opname capaciteit van de afdeling
- Samenwerking met de ketenpartners in de zorg, zoals in dit geval met name de huisarts;
- Samenwerking en communicatie met het systeem betrokken bij de patiënt.

24.4 + 25.3 Wkkgz,  
10.2.d, 10.2.e,  
10.2.g Wob


Genoemde tekortkomingen zouden niet incidenteel en alleen op deze casus betrekking kunnen hebben maar structureel en typerend voor de afdeling UCP kunnen zijn. De inspectie stelt zich de vraag of de aansturing en het management van deze afdeling gebaseerd is op hetgeen verwacht mag worden van een academische psychiatrische kliniek. Daarnaast vraagt de inspectie zich af - mede ook door de late melding van het afdelingshoofd aan de raad van bestuur - of de raad van bestuur voldoende geïnformeerd wordt over de kwaliteit van zorg op deze afdeling en hierop - zo nodig - kan acteren.

Gezien bovenstaande overwegingen en geconstateerde tekortkomingen in de geleverde zorg aan patiënte, verwacht de inspectie een nadere analyse en daar waar nodig een plan van aanpak met SMART omschreven verbetermaatregelen.

De inspectie verwacht hierover voor **1 juni 2017** een reactie van u te ontvangen. Na ontvangst van uw reactie zal de inspectie een oordeel vormen of de ingezette acties voldoende zijn en de melding kan worden afgesloten of dat aanvullend onderzoek door de inspectie noodzakelijk is.

**Vragen?**

Ik ga ervan uit dat ik u met deze brief voldoende heb geïnformeerd. Heeft u toch nog vragen, neem dan contact op met meldpunt IGZ.

  
Coördinerend senior inspecteur  
Incidenttoezicht, Afdeling GGz

Inlichtingen bij  
meldpunt@lgz.nl

Ons kenmerk  
2017-2001642/M 

Datum  
1 mei 2017

Overal 10.2.e,  
tenzij anders  
aangegeven.



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Doc. 07

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

UMCG  
T.a.v. raad van bestuur  
Postbus 30001  
9700 RB GRONINGEN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
www.lgz.nl

Inlichtingen bij  
meldpunt@lgz.nl

Datum 21 augustus 2017  
Onderwerp M1 [redacted]; oordeel inspectie nav uw rapportage

Ons kenmerk  
2017-2032458/ [redacted]

Geachte raad van bestuur,

Op 30 december 2016 is er namens u, heeft u conform artikel 11, eerste lid, onder a, van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), melding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg van een calamiteit betreffende

[redacted] (hierna: patiënte). Patiënte overleed op [redacted]  
[redacted] op de afdeling [redacted]  
[redacted]  
[redacted]

24.4 + 25.3 Wkkgz,  
10.2.d, 10.2.e,  
10.2.g Wob

Op 22 februari 2017 heeft de inspectie uw rapportage ontvangen. Naar aanleiding van deze rapportage heeft de inspectie u per brief van 1 mei 2017 om een nadere analyse en een plan van aanpak met SMART omschreven verbetermaatregelen gevraagd. Deze informatie heeft de inspectie op 13 juni 2017 ontvangen, waarvoor onze dank.

#### Uw aanvullende informatie

U heeft aan de hand van de aanvullende vragen en opmerkingen van de inspectie een onderzoekscommissie aanvullend onderzoek laten doen. De onderzoekscommissie bestond uit drie leden die geen relatie hadden met de afdelingen psychiatrie en de calamiteit. Zij hebben een verdieplingsanalyse uitgevoerd aan de hand van uw rapportage van februari 2017, aanvullende schriftelijke informatie van het UPC, dossieronderzoek, een bezoek aan het UPC en gesprekken met de leiding van het UPC.

Reflecterend constateert deze onderzoekscommissie dat er door het UPC lering is getrokken uit deze calamiteit. Ter verbetering zijn maatregelen getroffen om de bestaande procedures te scherpen en aan te vullen met nieuwe werkwijzen. De komende tijd worden de verbetermaatregelen verder geïmplementeerd en zal de borging in de bestaande, goed werkende, kwaliteitscyclus voor de afdeling ondergebracht worden. De UMC-staf Medische Zaken houdt extern toezicht op de invoering van de verbetermaatregelen.

De leiding van het UPC was getroffen door de vragen van de inspectie omtrent de leiding en het management van de afdeling. Volgens de onderzoekscommissie verleent het UPC goede patiëntenzorg, heeft de leiding van het UPC leiderschap en betrokkenheid getoond en is er zowel bij de leiding als de medewerkers van het UPC de wil en de veerkracht tot verbeteren en de inspanning die daarvoor nodig is.

### **Oordeel en besluit inspectie**

De Inspectie oordeelt op basis van uw rapportage en uw aanvullende informatie dat de calamiteit voldoende zorgvuldig is onderzocht. De inspectie vindt dat de conclusies navolgbaar zijn en de verbetermaatregelen voldoende SMART zijn geformuleerd.

In de verdiepingsanalyse zijn de aanvullende vragen van de inspectie voldoende beantwoord en de verbetermaatregelen sluiten aan op zowel de door de onderzoekscommissie genoemde basisoorzaken en leerpunten als de door de inspectie geconstateerde tekortkomingen.

Wel ziet de inspectie nog verbetering voor het stellen van de "waarom vraag". Omdat de onderzoekscommissie in het kader van haar verdiepingsanalyse geen gesprek heeft gevoerd met betrokken hulpverleners kunnen er nog andere onderliggende redenen c.q. cultuuraspecten zijn waarom een aantal zaken in de zorgverlening niet goed zijn gedaan. Hierdoor kan het zijn dat een aantal verbetermaatregelen, zeker gezien de gevraagde verbeterkracht van de medewerkers, niet voldoende effectief zullen zijn. Ik vraag nogmaals uw aandacht hiervoor bij deze calamiteit maar ook bij toekomstige onderzoeken en rapportages.

Bij een volgend toezichtbezoek aan het UPC zal de inspectie de resultaten van de verbetermaatregelen toetsen. Tevens zal de inspectie na oktober 2017 een bezoek brengen aan de nieuwe afdeling Medische psychiatrische unit (MPU).

Gelet op bovenstaande en artikel 8.9, eerste lid, van het Uitvoeringsbesluit van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, sluit de inspectie het onderzoek naar deze melding af.

### **Vragen?**

Ik ga ervan uit dat ik u met deze brief voldoende heb geïnformeerd. Heeft u nog vragen, neem dan contact op met ons meldpunt. Wij zijn van maandag tot en met vrijdag bereikbaar tussen 09.00 en 17.00 uur op bovengenoemd telefoonnummer. U kunt ook een e-mail sturen naar [meldpunt@igz.nl](mailto:meldpunt@igz.nl). Vermeld daarbij alstublieft het registratienummer van uw melding.



Coördinerend/specialistisch senior inspecteur  
Voorzitter Landelijk Meldingenoverleg GGZ

Inlichtingen bij  
[meldpunt@igz.nl](mailto:meldpunt@igz.nl)

Ons kenmerk  
2017-2032458/

Datum  
21 augustus 2017

Hanzeplein 1 Postbus 30 001, 9700 RB Groningen

**Universitair Medisch Centrum Groningen**

**Raad van Bestuur**

Aan  
Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen

Telefoon (050) 36 1 [redacted]

Fax (050) 36 1 [redacted]

Bijlage(n) -

Kenmerk 17.348194/RvB

Datum 14 september 2017

Onderwerp Reactie UMCG op brief d.d. 21 augustus 2017

Geachte heer, mevrouw,

Naar aanleiding van uw brief d.d. 21 augustus 2017 met kenmerk 2017-2032458/  
M [redacted] kan ik u het volgende berichten.

U geeft in uw schrijven het volgende aan "Bij een volgend toezichtbezoek aan het UPC zal de inspectie de resultaten van de verbetermaatregelen toetsen. Tevens zal de inspectie na oktober 2017 een bezoek brengen aan de nieuwe afdeling Medische psychiatrische unit (MPU)."

Aanvankelijk leek het erop dat de MPU voor uw bezoek gerealiseerd zou kunnen worden. In verband met de Go-Live van het nieuw Elektronische Patiëntendossier in december 2017 (waardoor er een ICT-, bouw- en verhuisfreeze is vanaf september 2017) heeft de implementatie van de MPU echter vertraging opgelopen.

Tevens zijn er wijzigingen opgetreden in de aanpak van de "Hotfloor": bouwactiviteiten waarmee de vernieuwing van de operatiekamers (inclusief uitbreiding met hybride OK's), de inrichting van de Intensive Care Volwassenen (ICV) met éénpersoonsskamers en de uitbreiding van de Spoedeisende Hulp (SEH) tot een centrum voor acute zorg, worden aangeduid. Ook hierdoor is de bouw van de MPU vertraagd.

Wij willen u niet voor niets laten komen en stellen voor u te laten weten wanneer de MPU gereed is voor een bezoek.

Met vriendelijke groet,  
namens de Raad van Bestuur,



**umcg**



Overal 10.2.e,  
tenzij anders  
aangegeven.

Doc. 14

Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Universitair Medisch Centrum Groningen  
T.a.v. de Raad van Bestuur  
Postbus 30001  
9700 RB GRONINGEN

**Meldpunt IGZ**

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 31 (0)88 120 50 00  
F 31 (0)88 120 50 01  
[www.igz.nl](http://www.igz.nl)

**Inlichtingen bij**

Meldpunt IGZ  
T 088 1205000  
E [meldpunt@igz.nl](mailto:meldpunt@igz.nl)

Datum 26 april 2017  
Betreft Uw melding

**Ons kenmerk**

2017-2001064/

**Uw kenmerk**

**Uw melding**

20 april 2017

**Bijlagen**

1

Geachte Raad van Bestuur,

Op 20 april 2017 vulde [redacted] het  
'Meldingenformulier andere meldingen' in op onze website. Hiermee informeerde  
zij de Inspectie voor de Gezondheidszorg over [redacted] van [redacted]  
[redacted], geboren op [redacted].

24.4 + 25.3 Wkkgz, 10.2.d,  
10.2.e, 10.2.g Wob

**Uw melding**

Wij hebben uw melding geregistreerd onder nummer [redacted].  
Uit uw melding maak ik op dat het nog onduidelijk is of er sprake is van een  
calamiteit [redacted]. Op de website van de inspectie

(<http://igz.nl/melden.aspx>)

Vooralsnog

vraag ik u het incident te onderzoeken, samen met de andere benoemde  
instellingen. Wanneer uit dit onderzoek wordt geconcludeerd dat er  
tekortkomingen in de zorg hebben plaatsgevonden, dan vraag ik u te rapporteren  
volgens de richtlijn calamiteitenrapportage. Deze richtlijn vind u in de bijlage. Als  
er geen tekortkomingen worden geconstateerd, dan zie ik graag uw reactie terug  
met de bevindingen van het gezamenlijke onderzoek.

24.4 + 25.3  
Wkkgz, 10.2.d,  
10.2.e, 10.2.g  
Wob

Ik verzoek u de rapportage of uw bevindingen binnen acht weken na dagtekening  
van deze brief naar ons toe te sturen op bovenstaand adres. Dit betekent dat de  
inspectie uw rapportage uiterlijk op 21 juni 2017 verwacht. Indien deze termijn  
voor eigen onderzoek te kort is, kunt u beargumenteerd uitstel vragen bij de  
inspectie. U moet dit wel binnen de genoemde termijn van acht weken doen.

**Beoordeling inspectie**

Na ontvangst van uw rapportage beoordeelt de inspectie of er aanleiding is om  
verder onderzoek naar uw melding in te stellen. Wij informeren u binnen vier  
weken na ontvangst van uw rapportage. Als deze geen aanleiding geeft tot vragen  
of verder onderzoek, dan informeren wij u schriftelijk dat de inspectie het dossier  
van deze melding afsluit.

Deze ontvangstbevestiging wordt aan u als Raad van Bestuur gestuurd. Ik ga  
ervan uit dat u [redacted] op de hoogte stelt van de inhoud van deze  
brief.

**Vragen?**

Ik hoop dat ik u met deze brief voldoende heb geïnformeerd. Heeft u toch nog vragen, neem dan contact op met ons meldpunt. Wij zijn van maandag tot en met vrijdag bereikbaar tussen 9.00 en 17.00 uur op bovengenoemd telefoonnummer. U kunt ook een e-mail sturen naar [meldpunt@igz.nl](mailto:meldpunt@igz.nl). Vermeld daarbij alstublieft het registratienummer van uw melding.

**Ons kenmerk**

2017-2001064

**Datum**

26 april 2017

Hoogachtend,



Hoofd Meldpunt IGZ

Bijlage: Richtlijn calamiteitenrapportage

## Richtlijn calamiteitenrapportage

Ons kenmerk

2017-2001064/

Datum

26 april 2017

In deze richtlijn calamiteitenrapportage zet de Inspectie voor de Gezondheidszorg uiteen wat zij van een zorginstelling verwacht ten aanzien van de rapportage die de zorginstelling aan de inspectie stuurt naar aanleiding van een calamiteit. Op basis van de calamiteitenrapportage kijkt de inspectie zowel naar de inhoud van de calamiteit als naar de onderzoeksmethode. Verloopt het onderzoeksproces adequaat en zorgvuldig en kan geconcludeerd worden dat tekortkomingen leiden tot SMART<sup>1</sup> geformuleerde verbetermaatregelen die worden geborgd door de bestuurder<sup>2</sup>.

De inspectie hecht veel belang aan de inbreng van de betrokken patiënt, cliënt, bewoner, wettelijk vertegenwoordiger of nabestaande bij het vaststellen van de feiten en het beschrijven van de gebeurtenissen. Uw analyse geschiedt door een commissie die voldoende deskundig is en bij voorkeur bestaat uit onafhankelijke personen. Waar mogelijk wordt deze analyse uitgevoerd door een team dat is samengesteld uit vertegenwoordigers van alle betrokken disciplines. Vervolgens is het de verantwoordelijkheid van de bestuurder om ervoor te zorgen dat de zakelijke inhoud van de rapportage met de betrokken burgers wordt gedeeld.

Deze richtlijn is geen in te vullen format maar een handleiding waarin de inspectie de aspecten benoemt die in de rapportage aan de orde moeten komen, tenzij die niet van toepassing zijn.

1. Gegevens van de patiënt/cliënt/bewoner: naam, geboortedatum, geslacht, juridische status, zorgzwaarte.
2. Datum calamiteit, datum van melden bij de bestuurder, referentienummer van de ontvangstbevestiging.
3. Samenstelling van de calamiteitencommissie:
  - Functie en achtergrond van de leden.
  - Mate van betrokkenheid bij de calamiteit.
4. Betrokken zorgverleners bij de calamiteit:
  - Functies van alle betrokkenen.
  - Indien de bestuurder zorgen heeft over het individueel functioneren van een betrokkene, dan wil de inspectie ook de naam en het BIG-nummer van deze betrokkene ontvangen.
5. Wijze waarop het onderzoek is verricht:
  - Welke medewerkers zijn gehoord en op welke wijze?
  - Is de betrokken patiënt, cliënt, bewoner, wettelijk vertegenwoordiger of nabestaande gehoord? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, geef een toelichting.
  - Welke informatiebronnen zijn geraadpleegd?
  - Welke literatuur, richtlijnen en protocollen zijn bij het onderzoek betrokken?
  - Is er een externe deskundige geraadpleegd? Zo ja, op welke wijze?
  - Welke analysemethode is toegepast (bijvoorbeeld PRISMA, SIRE. Tripod, DAM)?
6. Beschrijving van de feiten, met bijbehorend tijdschema, zodanig dat het verloop van de calamiteit inzichtelijk is voor de lezer. Betrek daarbij, voor zover bij deze calamiteit van toepassing, de volgende aspecten:

<sup>1</sup> SMART: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden

<sup>2</sup> Indien er geen bestuurder is kunt u dit lezen als zijnde de eigenaar/hoofdverantwoordelijke van de zorginstelling

- Opname-indicatie en behandeling.
  - Locatie, setting en context van de zorgverlening.
  - Voorgeschiedenis en comorbiditeit.
  - Risicotaxatie, bijvoorbeeld bij suïcide, delier, valcalamiteiten.
  - Toezicht op patiënt, cliënt, bewoner.
  - Gehanteerde landelijke of interne richtlijnen en protocollen c.q. motivatie ter afwijking.
  - Bevoegd- en bekwaamheid van betrokken medewerkers en een reflectie daarop.
  - Betrokkenheid farmacotherapie.
  - Betrokkenheid medische hulpmiddelen en eventuele melding bij de fabrikant.
  - Beschrijving van toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen.
  - Beschrijving van de communicatie tussen de zorgverleners, zowel intern als extern.
  - Beschrijving van de communicatie met de patiënt, cliënt, bewoner, wettelijk vertegenwoordiger en familie.
  - Betrokkenheid ketenpartners; benoem en beschrijf de betrokkenheid en samenwerking in onderhavige casus.
  - Bij overlijden: afgifte natuurlijke dood verklaring.
  - Betrokkenheid Openbaar Ministerie met beschrijving.
  - Aangifte bij de politie met wijze, datum en plaats.
7. Analyse tot basisoorzaken met behulp van de aangegeven methode. Classificatie in technische, organisatorische en/of menselijke basisoorzaken.
8. Hoe luiden de conclusies van de calamiteitencommissie?
9. Wat zijn de verbetermaatregelen en sluiten die aan op de basisoorzaken? Welke verbetermaatregelen zijn al getroffen en welke moeten nog geëffectueerd worden?
10. Beschrijving van de nazorg die is verleend aan de betrokkenen en aan de betrokken zorgverleners. Geef eveneens aan wat de reactie is van de cliënt, bewoner, wettelijk vertegenwoordiger of nabestaande op de wijze waarop de calamiteit is afgehandeld en op de nazorg die is geboden.
11. Acties van de bestuurder:
- Op welke wijze onderschrijft de bestuurder de analyse, conclusies en verbetermaatregelen?
  - Sluiten de verbetermaatregelen in de ogen van de bestuurder aan bij de conclusies? Zo nee, geef een toelichting.
  - De inspectie verwacht dat de verbetermaatregelen SMART zijn geformuleerd. Hoe gaat de bestuurder de verbetermaatregelen implementeren? Is het duidelijk voor wie deze zijn bestemd en hoe deze worden geborgd?

Ons kenmerk

2017-2001064

Datum

26 april 2017

Overall 10.2.e,  
tenzij anders  
aangegeven.



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Doc. 16

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Universitair Medisch Centrum Groningen  
T.a.v. de raad van bestuur  
Postbus 30001  
9700 RB GRONINGEN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
www.lgz.nl

Inlichtingen bij  
meldpunt@lgz.nl

Datum 4 juli 2017  
Onderwerp M[redacted]; oordeel en besluit inspectie

Ons kenmerk  
2017-2021511 [redacted]

Geachte raad van bestuur,

Op 20 april 2017 is er namens u via onze website melding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) in de categorie 'Andere melding'. De melding betreft [redacted]. De [redacted] vond plaats op [redacted] en [redacted], geboren [redacted] (hierna: patiënt). Patiënt was [redacted] op basis van [redacted] van het Universitair Medisch Centrum Groningen.

24.4 + 25.3  
Wkkgz,  
10.2.d,  
10.2.e,  
10.2.g Wob

De inspectie heeft u gevraagd [redacted] nader te onderzoeken en te analyseren en een schriftelijke rapportage op te stellen. In het geval de [redacted] een calamiteit betrof, diende u gebruik te maken van de *richtlijn calamiteitenrapportage*. Op 15 juni 2016 heeft de inspectie uw onderzoeksrapportage d.d. 14 juni 2016 ontvangen, waarvoor dank.

24.4 + 25.3  
Wkkgz,  
10.2.d,  
10.2.e,  
10.2.g Wob

Met deze brief informeer ik u over het inspectieoordeel en -besluit op basis van uw onderzoek en rapportage.

#### **Uw interne onderzoek en rapportage**

Uit uw interne onderzoeksrapportage komt naar voren dat het onderzoeksproces en de rapportage zijn ingericht conform de *richtlijn calamiteitenrapportage*. Er is zodoende een onafhankelijke onderzoekscommissie samengesteld en heeft er onder andere een analyse tot basisoorzaken plaatsgevonden door middel van de Prisma-methodiek. Keten- en netwerkpartners zijn hierbij betrokken.

In de onderzoeksrapportage wordt door de commissie geconcludeerd dat er geen tekortkomingen in de zorgverlening aan patiënt zijn geconstateerd. Daarnaast wordt geconcludeerd dat het niet valt vast te stellen is of er sprake is geweest van [redacted], omdat hier vooralsnog de technische bewijzen voor ontbreken.

24.4 + 25.3  
Wkkgz,  
10.2.d,  
10.2.e,  
10.2.g Wob

24.4 + 25.3  
Wkkgz,  
10.2.d,  
10.2.e,  
10.2.g Wob

### Verbetermaatregelen

Op basis van de bevindingen uit het onderzoek heeft de commissie enkele voorstellen tot verbetering gedaan. Deze verbetervoorstellen houden geen verband met de totstandkoming van [REDACTED].

### Reactie raad van bestuur

In de begeleidende brief bij de onderzoeksrapportage geeft u aan zich te kunnen vinden in de conclusies van de onderzoekscommissie en in de verbetervoorstellen. U zal de betreffende afdeling vragen, daar waar deze nog niet in gang gezet zijn, dit zo spoedig mogelijk te doen, in ieder geval binnen twee maanden en hierover terug te rapporteren aan de directeur Medische Zaken.

Inlichtingen bij  
meldpunt@igz.nl

Ons kenmerk  
2017-2021511 [REDACTED]

Datum  
4 juli 2017

24.4 + 25.3  
Wkkgz,  
10.2.d,  
10.2.e,  
10.2.g Wob

### Oordeel en besluit inspectie

De inspectie oordeelt op basis van de door u verstrekte informatie, dat u de [REDACTED] zorgvuldig heeft onderzocht. De inspectie vindt de conclusies navolgbaar en de verbetermaatregelen passend. Ondanks de grote impact die [REDACTED] heeft gehad op de omwonenden en nabestaanden, is er vanwege de afwezigheid van tekortkomingen in de zorgverlening aan patiënt geen sprake van een calamiteit zoals omschreven in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. De inspectie stelt het echter op prijs dat u desondanks uw onderzoek en rapportage conform de *richtlijn calamiteitenrapportage* heeft ingericht.

24.4 + 25.3  
Wkkgz,  
10.2.d,  
10.2.e,  
10.2.g Wob

Volledigheidshalve wil de inspectie u nog op het volgende attenderen. In de onderzoeksrapportage komt niet naar voren in hoeverre er tijdens de behandeling en het onderhavige onderzoek gebruik is gemaakt van de '[REDACTED]'. De inspectie gaat ervan uit dat deze richtlijn binnen het UCP reeds geïmplementeerd is en gehanteerd wordt bij de taxatie en behandeling van [REDACTED].

Gelet op bovenstaande en artikel 8.23, tweede lid, van het Uitvoeringsbesluit van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, sluit de inspectie het onderzoek naar deze melding af. Ik dank u voor uw informatie.

### Vragen?

Ik ga ervan uit dat ik u met deze brief voldoende heb geïnformeerd. Heeft u nog vragen, neem dan contact op met ons meldpunt. Wij zijn van maandag tot en met vrijdag bereikbaar tussen 09.00 en 17.00 uur op bovengenoemd telefoonnummer. U kunt ook een e-mail sturen naar [meldpunt@igz.nl](mailto:meldpunt@igz.nl). Vermeld daarbij alstublieft het registratienummer van uw melding.

Hoogachtend,  
P/o

[REDACTED]

[REDACTED]  
Coördinerend/specialistisch senior inspecteur



Overal 10.2.e,  
tenzij anders  
aangegeven.

Doc. 19

Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Lentis Maatschappelijke Onderneming  
T.a.v. de Raad van Bestuur  
Postbus 128  
9470 AC ZUIDLAREN

**Meldpunt IGZ**

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 31 (0)88 120 50 00  
F 31 (0)88 120 50 01  
[www.igz.nl](http://www.igz.nl)

**Inlichtingen bij**

Meldpunt IGZ  
T 088 1205000  
E [meldpunt@igz.nl](mailto:meldpunt@igz.nl)

Datum 30 januari 2017  
Betreft Melding [REDACTED]

24.4 + 25.3 Wkkgz, 10.2.d,  
10.2.e, 10.2.g Wob

**Ons kenmerk**

2017-1371572 [REDACTED]

**Uw kenmerk**

-

**Uw brief**

4 januari 2017

**Bijlagen**

1

Geachte Raad van Bestuur,

Op 4 januari 2017 vulde [REDACTED], geneesheer-directeur, het 'Meldingenformulier andere meldingen' in op onze website. Hiermee informeerde zij de Inspectie voor de Gezondheidszorg over [REDACTED] geboren op [REDACTED], tijdens opname in het UMCG. De heer heeft [REDACTED].

24.4 + 25.3  
Wkkgz,  
10.2.d,  
10.2.e,  
10.2.g Wob

**Uw melding**

Wij hebben uw melding geregistreerd onder nummer [REDACTED]. Het UMCG heeft [REDACTED] eveneens gemeld en wel als calamiteit. Ik vraag u dan ook om [REDACTED] te onderzoeken en te analyseren volgens de bijgevoegde 'Richtlijn calamiteitenrapportage' in samenwerking met de UMCG.

24.4 + 25.3  
Wkkgz,  
10.2.d,  
10.2.e,  
10.2.g Wob

Ik verzoek u de gezamenlijke opgestelde rapportage binnen acht weken na dagtekening van deze brief naar ons toe te sturen op bovenstaand adres. Dit betekent dat de inspectie uw rapportage uiterlijk op 27 maart 2017 verwacht. Indien deze termijn voor eigen onderzoek te kort is, kunt u beargumenteerd uitstel vragen bij de inspectie. U moet dit wel binnen de genoemde termijn van acht weken doen.

**Beoordeling inspectie**

Na ontvangst van uw rapportage beoordeelt de inspectie of er aanleiding is om verder onderzoek naar uw melding in te stellen. Wij informeren u binnen vier weken na ontvangst van uw rapportage. Als deze geen aanleiding geeft tot vragen of verder onderzoek, dan informeren wij u schriftelijk dat de inspectie het dossier van deze melding afsluit.

Deze ontvangstbevestiging wordt aan u als Raad van Bestuur gestuurd. Ik ga ervan uit dat u [REDACTED] op de hoogte stelt van de inhoud van deze brief.



**Vragen?**

Ik hoop dat ik u met deze brief voldoende heb geïnformeerd. Heeft u toch nog vragen, neem dan contact op met ons meldpunt. Wij zijn van maandag tot en met vrijdag bereikbaar tussen 9.00 en 17.00 uur op bovengenoemd telefoonnummer.

U kunt ook een e-mail sturen naar [meldpunt@igz.nl](mailto:meldpunt@igz.nl). Vermeld daarbij alstublieft het registratienummer van uw melding.

Ons kenmerk  
2017-1371572/

Datum  
30 januari 2017

  
  
Hoofd Meldpunt IGZ

Bijlage: Richtlijn calamiteitenrapportage

**Richtlijn calamiteitenrapportage**

Ons kenmerk

2017-1371572/

Datum

30 januari 2017

In deze richtlijn calamiteitenrapportage zet de Inspectie voor de Gezondheidszorg uiteen wat zij van een zorginstelling verwacht ten aanzien van de rapportage die de zorginstelling aan de inspectie stuurt naar aanleiding van een calamiteit. Op basis van de calamiteitenrapportage kijkt de inspectie zowel naar de inhoud van de calamiteit als naar de onderzoeksmethode. Verloopt het onderzoeksproces adequaat en zorgvuldig en kan geconcludeerd worden dat tekortkomingen leiden tot SMART<sup>1</sup> geformuleerde verbetermaatregelen die worden geborgd door de bestuurder<sup>2</sup>.

De inspectie hecht veel belang aan de inbreng van de betrokken patiënt, cliënt, bewoner, wettelijk vertegenwoordiger of nabestaande bij het vaststellen van de feiten en het beschrijven van de gebeurtenissen. Uw analyse geschiedt door een commissie die voldoende deskundig is en bij voorkeur bestaat uit onafhankelijke personen. Waar mogelijk wordt deze analyse uitgevoerd door een team dat is samengesteld uit vertegenwoordigers van alle betrokken disciplines. Vervolgens is het de verantwoordelijkheid van de bestuurder om ervoor te zorgen dat de zakelijke inhoud van de rapportage met de betrokken burgers wordt gedeeld.

Deze richtlijn is geen in te vullen format maar een handleiding waarin de inspectie de aspecten benoemt die in de rapportage aan de orde moeten komen, tenzij die niet van toepassing zijn.

1. Gegevens van de patiënt/cliënt/bewoner: naam, geboortedatum, geslacht, juridische status, zorgzwaarte.
2. Datum calamiteit, datum van melden bij de bestuurder, referentienummer van de ontvangstbevestiging.
3. Samenstelling van de calamiteitencommissie:
  - Functie en achtergrond van de leden.
  - Mate van betrokkenheid bij de calamiteit.
4. Betrokken zorgverleners bij de calamiteit:
  - Functies van alle betrokkenen.
  - Indien de bestuurder zorgen heeft over het individueel functioneren van een betrokkene, dan wil de inspectie ook de naam en het BIG-nummer van deze betrokkene ontvangen.
5. Wijze waarop het onderzoek is verricht:
  - Welke medewerkers zijn gehoord en op welke wijze?
  - Is de betrokken patiënt, cliënt, bewoner, wettelijk vertegenwoordiger of nabestaande gehoord? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, geef een toelichting.
  - Welke informatiebronnen zijn geraadpleegd?
  - Welke literatuur, richtlijnen en protocollen zijn bij het onderzoek betrokken?
  - Is er een externe deskundige geraadpleegd? Zo ja, op welke wijze?
  - Welke analysemethode is toegepast (bijvoorbeeld PRISMA, SIRE, Tripod, DAM)?
6. Beschrijving van de feiten, met bijbehorend tijdschema, zodanig dat het verloop van de calamiteit inzichtelijk is voor de lezer. Betrek daarbij, voor zover bij deze calamiteit van toepassing, de volgende aspecten:

<sup>1</sup> SMART: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden

<sup>2</sup> Indien er geen bestuurder is kunt u dit lezen als zijnde de eigenaar/hoofdverantwoordelijke van de zorginstelling

- Opname-indicatie en behandeling.
  - Locatie, setting en context van de zorgverlening.
  - Voorgeschiedenis en comorbiditeit.
  - Risicotaxatie, bijvoorbeeld bij suïcide, delier, valcalamiteiten.
  - Toezicht op patiënt, cliënt, bewoner.
  - Gehanteerde landelijke of interne richtlijnen en protocollen c.q. motivatie ter afwijking.
  - Bevoegd- en bekwaamheid van betrokken medewerkers en een reflectie daarop.
  - Betrokkenheid farmacotherapie.
  - Betrokkenheid medische hulpmiddelen en eventuele melding bij de fabrikant.
  - Beschrijving van toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen.
  - Beschrijving van de communicatie tussen de zorgverleners, zowel intern als extern.
  - Beschrijving van de communicatie met de patiënt, cliënt, bewoner, wettelijk vertegenwoordiger en familie.
  - Betrokkenheid ketenpartners; benoem en beschrijf de betrokkenheid en samenwerking in onderhavige casus.
  - Bij overlijden: afgifte natuurlijke dood verklaring.
  - Betrokkenheid Openbaar Ministerie met beschrijving.
  - Aangifte bij de politie met wijze, datum en plaats.
7. Analyse tot basisoorzaken met behulp van de aangegeven methode. Classificatie in technische, organisatorische en/of menselijke basisoorzaken.
8. Hoe luiden de conclusies van de calamiteitencommissie?
9. Wat zijn de verbetermaatregelen en sluiten die aan op de basisoorzaken? Welke verbetermaatregelen zijn al getroffen en welke moeten nog geëffectueerd worden?
10. Beschrijving van de nazorg die is verleend aan de betrokkenen en aan de betrokken zorgverleners. Geef eveneens aan wat de reactie is van de cliënt, bewoner, wettelijk vertegenwoordiger of nabestaande op de wijze waarop de calamiteit is afgehandeld en op de nazorg die is geboden.
11. Acties van de bestuurder:
- Op welke wijze onderschrijft de bestuurder de analyse, conclusies en verbetermaatregelen?
  - Sluiten de verbetermaatregelen in de ogen van de bestuurder aan bij de conclusies? Zo nee, geef een toelichting.
  - De inspectie verwacht dat de verbetermaatregelen SMART zijn geformuleerd. Hoe gaat de bestuurder de verbetermaatregelen implementeren? Is het duidelijk voor wie deze zijn bestemd en hoe deze worden geborgd?

Ons kenmerk

2017-1371572/

Datum

30 januari 2017

Overal 10.2.e,  
tenzij anders  
aangegeven.

# Lentis



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
T.a.v. [REDACTED]  
Postbus 2518  
6401 DA HEERLEN

Inspectie voor de Gezondheidszorg Centraal Kantoor Utrecht	
Nr.	DEP
Ingenomen	15 MAART 2017 PARAAF
Relatie	d.d.
Melding	

**Lentis**  
**Raad van Bestuur**  
*Postadres:*  
Postbus 128  
9470 AC Zuidlaren  
Telefoon (050) 409 7911  
Fax (050) 409 7672  
rvb@lentis.nl  
*Bezoekadres:*  
E 6  
Zuidlaren

1.70315092103

Geachte :

24.4 + 25.3 Wkkgz, 10.2.d,  
10.2.e, 10.2.g Wob

In navolging van uw brief d.d. 30 januari 2017, met kenmerk 2017-1371572/  
[REDACTED] inzake [REDACTED], bericht ik u als volgt.

24.4 + 25.3  
Wkkgz,  
10.2.d,  
10.2.e, 10.2.g  
Wob

Onderhavige [REDACTED] is eveneens gemeld door het UMCG alwaar [REDACTED] plaatsvond. U verzoekt derhalve om in gezamenlijkheid met het UMCG een rapportage op te stellen en u deze uiterlijk op 27 maart 2017 te doen toekomen.

Het UMCG heeft van de inspectie het verzoek ontvangen om uiterlijk op 2 maart jl. een (gezamenlijke) rapportage toe te sturen.

Gelet hierop heeft er intensief overleg plaatsgevonden tussen beide instellingen. Hierbij is afgesproken, dat het UMCG u de gevraagde rapportages zal doen toekomen. Dit is reeds gebeurd middels een gezamenlijk schrijven van beide raden van bestuur d.d. 2 maart 2017.

**Ik ga er vanuit u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.**

Met vriendelijke groet,



Overall 10.2.e,  
tenzij anders  
aangegeven.

Doc. 22



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Lentis Maatschappelijke Onderneming  
T.a.v. de raad van bestuur  
Postbus 128  
9470 AC ZUIDLAREN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
www.igz.nl

Inlichtingen bij  
meldpunt@igz.nl

Datum 27 maart 2017  
Onderwerp M[redacted]; oordeel en besluit inspectie

Ons kenmerk  
2017-1392960 [redacted]

Geachte raad van bestuur,

Op [redacted] 2017 is er namens u via onze website melding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) in de categorie 'Andere melding'. De melding betreft [redacted], niet zijnde een calamiteit. [redacted] vond plaats op [redacted] en betrof [redacted], geboren [redacted] (hierna: patiënt). Patiënt werd [redacted]

24.4 + 25.3 Wkkgz,  
10.2.d, 10.2.e,  
10.2.g Wob

De inspectie heeft u gevraagd [redacted] in samenwerking met het UMCG, die eveneens een melding had gedaan, nader te onderzoeken en te analyseren en een schriftelijke rapportage op te stellen. Op 7 maart 2017 heeft de inspectie uw gezamenlijke onderzoeksrapportage d.d. 2 maart 2017 ontvangen, waarvoor dank. Met deze brief informeer ik u over het inspectieoordeel en -besluit op basis van uw onderzoek en rapportage.

24.4 + 25.3 Wkkgz,  
10.2.d, 10.2.e,  
10.2.g Wob

#### Uw interne onderzoek en rapportage

Uit uw interne onderzoeksrapportage komt naar voren dat zowel het UMCG als Lentis een Prisma-analyse heeft verricht door een onafhankelijke onderzoekscommissie voor het achterhalen van mogelijke basisoorzaken die ten grondslag hebben gelegen aan [redacted]. Het UMCG en Lentis zijn over en weer bij elkaars evaluatiebesprekingen aanwezig geweest en hebben elkaars onderzoeksverslagen meegelezen. De twee separate onderzoeksverslagen met één begeleidend schrijven namens beide raden van bestuur zijn tezamen als onderzoeksrapportage aan de inspectie aangeboden.

24.4 + 25.3 Wkkgz,  
10.2.d, 10.2.e,  
10.2.g Wob

Uit uw onderzoeksrapportage komt naar voren dat er bij patiënt sprake was van [redacted]

24.4 + 25.3 Wkkgz,  
10.2.d, 10.2.e,  
10.2.g Wob



24.4 + 25.3  
Wkkgz,  
10.2.d,  
10.2.e,  
10.2.g Wob

Uw onderzoekscommissie concludeert in de rapportage het volgende:  
*"Met betrekking tot de geboden zorg concludeert de onderzoekscommissie dat er geen tekortkomingen geweest zijn [redacted]. Wel is het zo dat er bij de overdracht tussen Lentis en UMCG geen gebruik gemaakt is van de Samenwerkingsovereenkomst Lentis – UCP UMCG, [redacted] omdat de samenwerkingsovereenkomst niet bij het behandelteam bekend was. De onbekendheid met het genoemde protocol is geen risico verhogende factor geweest [redacted]. Er is volgens de mening van de onderzoekscommissie wel warm en adequaat overgedragen".*

Inlichtingen bij  
meldpunt@igz.nl

Ons kenmerk  
2017-1392960/M [redacted]

Datum  
27 maart 2017

### Verbetermaatregelen

Met betrekking tot bovenstaande verbeterpunt is een SMART geformuleerd verbeter-schema opgesteld. In het eerste kwartaal van 2017 zal de samenwerkingsovereenkomst met het UMCG geëvalueerd worden, waarna eventuele aanpassing en implementatie en borging binnen Lentis zal plaatsvinden.

### Reactie raad van bestuur

De raden van bestuur van het UMCG en Lentis kunnen zich vinden in de conclusie dat er geen sprake is geweest van tekortkomingen in de zorgverlening en het gezamenlijk verbeterpunt met betrekking tot het evalueren en gebruiken van de samenwerkingsovereenkomst.

### Oordeel en besluit inspectie

De inspectie oordeelt op basis van de door u verstrekte informatie, dat u [redacted] zorgvuldig en in goede afstemming met het UMCG heeft onderzocht. De inspectie vindt de conclusies navolgbaar en de verbetermaatregelen passend en van belang voor adequate ketenzorg. De inspectie adviseert u de samenwerking, zoals in de overeenkomst is vastgelegd, jaarlijks gezamenlijk te evalueren.

24.4 + 25.3 Wkkgz,  
10.2.d, 10.2.e,  
10.2.g Wob

Gelet op bovenstaande en artikel 8.23, tweede lid, van het Uitvoeringsbesluit van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, sluit de inspectie het onderzoek naar deze melding af. Ik dank u voor uw informatie.

### Vragen?

Ik ga ervan uit dat ik u met deze brief voldoende heb geïnformeerd. Heeft u nog vragen, neem dan contact op met ons meldpunt. Wij zijn van maandag tot en met vrijdag bereikbaar tussen 09.00 en 17.00 uur op bovengenoemd telefoonnummer. U kunt ook een e-mail sturen naar [meldpunt@igz.nl](mailto:meldpunt@igz.nl). Vermeld daarbij alstublieft het registratienummer van uw melding.

[redacted]  
Coördinerend/specialistisch senior inspecteur

Overal 10.2.e.



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

UMCG  
Raad van bestuur  
T.a.v. [redacted]  
Postbus 30 001  
9700 RB GRONINGEN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
www.igz.nl

Inlichtingen bij  
Meldpunt IGZ  
meldpunt@igz.nl

Datum 27 maart 2017  
Onderwerp Melding [redacted] / IGZ\_VMIT\_4533

Ons kenmerk  
2017-1393667/M [redacted]

Bijlagen

Uw kenmerk

Uw brief

Geachte [redacted]

Op 5 januari 2017 heeft u een melding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg van een mogelijke calamiteit binnen uw organisatie. Het betreft [redacted] geboren op [redacted].

Naar aanleiding van de bovengenoemde melding heeft de inspectie u verzocht een intern onderzoek in te stellen. Op 7 maart 2017 heeft de inspectie uw reactie ontvangen. In deze afrondende brief is de conclusie van de inspectie weergegeven.

U heeft beargumenteerd dat geen sprake was van een calamiteit in de zin van artikel 11, eerste lid onder a, van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

### Conclusie inspectie

Op basis van uw toegestuurde informatie stelt de inspectie vast dat geen sprake was van een calamiteit in de zin van artikel 1, eerste lid en 11, eerste lid onder a van de Wkkgz. Gelet op artikel 8.23 tweede lid van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz, sluit de inspectie deze melding af.

### Vragen?

Ik ga ervan uit dat ik u met deze brief voldoende heb geïnformeerd. Heeft u toch nog vragen, neem dan contact op met het Meldpunt IGZ.

Met vriendelijke groet,

[redacted]  
dr.  
Voorzitter Meldingen Overleg  
Medisch Specialistische Zorg

**Van:** meldpunt@igz.nl  
**Aan:** [Dienstpostbus IGZ Utrecht](#)  
**Onderwerp:** 1602 2126, Verzoek tot verlenen uitstel aanlevering PRISMA rapportage n.a.v. Meldformulier  
**Datum:** vrijdag 12 februari 2016 15:20:11

---

Bijgaand bericht inboeken svp.

Lopende melding voor Afdeling overstijgend - LMO ... GGZ  
 meldingsnummer: [REDACTED]

@LMO: Betreft uitstelverzoek van 4 weken graag beoordelen en daarbij aangeven dat ze in het vervolg kenmerk M [REDACTED] dienen te gebruiken.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED] <meldpunt@igz.nl>

11-02-2016 14:21 Mailimport,:  
 Sender: [REDACTED]@umcg.nl  
 Date sent: Feb 11, 2016 2:20 PM  
 To: "meldpunt@igz.nl" <meldpunt@igz.nl>  
 Subject: Verzoek tot verlenen uitstel aanlevering PRISMA rapportage n.a.v. Meldformulier  
 \_102010\_UCP\_20160104

Geachte dames, heren,

Hierbij verzoeken wij u uitstel te verlenen m.b.t. de aanlevering van de rapportage betreffende dossier Meldformulier\_102010\_UCP\_20160104 (ons meldnummer CCP16.001).

Reden van dit verzoek is dat het helaas niet lukt binnen de gestelde termijn de rapportage aan te leveren. Dit mede in verband met de afwezigheid van een aantal betrokken zorgprofessionals door de krokusvakantie. Daardoor lukt het helaas niet om de plenaire eindbespreking tijdig te houden. Wij verzoeken u daarom ons een uitstel van vier weken te geven.

Uw reactie zien wij graag tegemoet.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]  
 Stafassistent UMC Staf Medische Zaken, Kwaliteit & Veiligheid  
 Secretaris Commissie Calamiteiten Patiëntenzorg  
 Universitair Medisch Centrum Groningen  
 De Brug 8.044, HPC LA10  
 Postbus 30 001  
 9700 RB Groningen  
 Telefoon 050 - 361 [REDACTED]  
 E-mail [REDACTED]@umcg.nl <[mailto:\[REDACTED\]@umcg.nl](mailto:[REDACTED]@umcg.nl)>

De inhoud van dit bericht is vertrouwelijk en alleen bestemd voor de geadresseerde(n). Anderen dan de geadresseerde(n) mogen geen gebruik maken van dit bericht, het niet openbaar maken of op enige wijze verspreiden of vermenigvuldigen. Het UMCG kan niet aansprakelijk gesteld worden voor een incomplete aankomst of vertraging van dit verzonden bericht.

The contents of this message are confidential and only intended for the eyes of the addressee(s). Others than the addressee(s) are not allowed to use this message, to make it public or to distribute or multiply this message in any way. The UMCG cannot be held responsible for incomplete reception or delay of this transferred message.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De Staat aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The State accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

[REDACTED]

---

**Van:** Dienstpostbus IGZ LMO MT  
**Verzonden:** woensdag 17 februari 2016 10:43  
**Aan:** [REDACTED]@umcg.nl  
**Onderwerp:** uitstel rapportage melding nummer [REDACTED]

Geachte [REDACTED],

In uw e-mail van 11 februari 2016 verzoekt u de Inspectie voor de Gezondheidszorg om uitstel voor het aanleveren van de onderzoeksrapportage.

U geeft aan dat het uitstel nodig is in verband met afwezigheid van betrokken zorgprofessionals. Hierdoor is het niet mogelijk tijdig de plenaire eindbespreking te houden.

De inspectie verleent u dit uitstel en verwacht uw rapportage uiterlijk op 31 maart 2016.

Uw melding is geregistreerd onder nummer [REDACTED]. Ik verzoek u vriendelijk dit nummer bij vervolgcorrespondentie te vermelden.

Ik ga er vanuit u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]  
Medewerker Toezicht

.....  
**Inspectie voor de Gezondheidszorg**  
**Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport**  
Stadsplateau 1 | 35121 AZ | UTRECHT  
Postbus 2518 | 6401 DA | HEERLEN  
.....

T 088 120 50 00

F 088 120 50 01

M 06 - [REDACTED]

<http://www.igz.nl>

Woensdagmiddag en vrijdagmiddag afwezig



Overal 10.2.e,  
tenzij anders  
aangegeven.

Doc. 28



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Universitair Medisch Centrum Groningen  
T.a.v. de Raad van Bestuur  
Postbus 30001  
9700 RB GRONINGEN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
www.lgz.nl

Inlichtingen bij  
meldpunt@lgz.nl

Datum 26 april 2016  
Onderwerp Melding [REDACTED]; oordeel en besluit inspectie

Ons kenmerk  
2016- 1281176  
/M [REDACTED]

Geachte Raad van Bestuur,

Op 4 januari 2016 heeft u conform artikel 11 eerste lid onder a van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg melding gedaan van [REDACTED] binnen uw instelling bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie). [REDACTED] vond plaats op [REDACTED] en betrof [REDACTED] geboren [REDACTED]. De melding is bij u bekend onder nummer IGZ\_VMIT\_50 en in ons systeem geregistreerd onder nummer [REDACTED].

24.4 + 25.3 Wkkgz,  
10.1.d, 10.2.d,  
10.2.g Wob

De inspectie heeft u gevraagd de calamiteit nader te onderzoeken en te analyseren aan de hand van de *richtlijn calamiteitenrapportage*. U heeft de inspectie uitstel verzocht om tot een gedegen onderzoek en rapportage te kunnen komen en dat uitstel is u ook verleend.

Op 24 maart 2016 heeft de inspectie uw rapportage ontvangen. In deze brief informeer ik u over het oordeel over de kwaliteit van het onderzoek en rapportage en het besluit van de inspectie.

#### Uw onderzoek

De calamiteit is onderzocht door een onderzoekscommissie bestaande uit een regieverpleegkundige/kwaliteitscoördinator, een kinderarts-neonatoloog en een coördinator. Deze personen waren niet direct betrokken bij de casus. Bij het onderzoek zijn de volgende bronnen geraadpleegd: situatiebeschrijvingen van de betrokken medewerkers Universitair Centrum Psychiatrie (UCP), gesprekken met medewerkers, protocollen, het medische dossier, voor zover van toepassing en het verpleegkundige dossier UCP en de somatische afdeling Traumatologie. Er is gebruik gemaakt van een Prisma methodiek om [REDACTED] "systeem-gericht" te onderzoeken.

24.4 + 25.3 Wkkgz,  
10.1.d, 10.2.d,  
10.2.g Wob

Het onderzoek heeft zich gericht op twee facetten van de gebeurtenis:

- Welke factoren hebben bijgedragen aan [REDACTED] welke lering kan daaruit getrokken worden; wat kan aan dat proces worden verbeterd; en
- Welke factoren hebben ervoor gezorgd dat [REDACTED] welke lering kan daaruit worden getrokken; wat kan aan dat proces worden verbeterd.

24.4 + 25.3 Wkkgz,  
10.1.d, 10.2.d,  
10.2.g Wob



Met patiënt is de melding aan de inspectie besproken en is meegedeeld dat er onderzoek werd gedaan. In overleg met de Chef de Clinique en de plaatsvervangende geneesheer-directeur van het UCP is besloten de patiënt niet te benaderen voor een gesprek in het kader van het PRISMA onderzoek.

Ons kenmerk

2016- 1281176

/M

Datum

26 april 2016

Er is nazorg aangeboden aan de patiënt en de betrokken medewerkers. Op basis van het onderzoek zijn door de calamiteitencommissie conclusies en verbetervoorstellen vastgesteld.

### **Uw rapportage**

Uit de rapportage komt kort samengevat naar voren dat

[Redacted text block]

24.4 + 25.3 Wkkgz,  
10.1.d, 10.2.d,  
10.2.g Wob

In uw rapportage worden de casus, reconstructie, verdieplingsanalyse, conclusie, nazorg en verbetervoorstellen beschreven. De oorzakenboom is bijgevoegd.

De onderzoekscommissie concludeert dat [Redacted] kon plaatsvinden door verschillen in interpretatie van protocollen, aannames die waren gestoeld op het cameratoezicht in een somatische setting, het niet kunnen waarborgen van continue toezicht en dit in combinatie met [Redacted]

24.4 + 25.3 Wkkgz,  
10.1.d, 10.2.d,  
10.2.g Wob

[Redacted] is terug te voeren op onduidelijke belinstructies en de achteraf onvoldoende afweging van alle elementen die tot [Redacted] Dan valt te denken aan bereikbaarheid, onervarenheid bij een eerste zelfstandige dienst, niet optimale communicatie en onvoldoende duidelijke afspraken over de bevoegdheden van verpleegkundigen om [Redacted]

24.4 + 25.3 Wkkgz,  
10.1.d, 10.2.d,  
10.2.g Wob

De onderzoekscommissie heeft op basis van de PRISMA analyse organisatorische en mensgebonden verbetervoorstellen gedaan. U kunt zich vinden in deze verbetervoorstellen en draagt zorg voor de implementatie.

### **Beoordeling kwaliteit onderzoek en rapportage**

De inspectie baseert het oordeel over de kwaliteit van uw onderzoek en rapportage op de onderstaande onderdelen in de *richtlijn calamiteitenrapportage*, voor zover van toepassing op deze melding. Oordeel is ingedeeld als onvoldoende of voldoende.



Onderdeel	Oordeel
Onderzoeksproces (waaronder het informeren en betrekken van patiënt / nabestaanden bij het onderzoek)	Voldoende
Reconstructie van het gebeuren	Voldoende
Analyse van het gebeuren	Voldoende
Opgestelde conclusies	Voldoende
Verbetermaatregelen	Voldoende
Nazorg voor betrokkenen en professionals	Voldoende
Reactie raad van bestuur	Voldoende

Ons kenmerk

2016- 1281176

/M

Datum

26 april 2016

### Oordeel en besluit inspectie

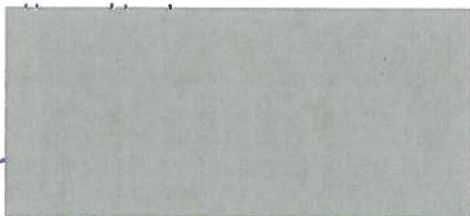
De inspectie oordeelt op basis van de door u verstrekte gegevens, dat u de calamiteit zorgvuldig heeft onderzocht. Ook beoordelen wij de door u voorgestelde maatregelen als voldoende en passend.

In aanvulling op de maatregelen ter verbetering van het separeer- en afzonderingsbeleid wil de inspectie u, wellicht ten overvloede, graag attenderen op het Toetsingskader Terugdringen Separeren en Afzonderen 2016 dat op 22 maart 2016 aan u is toegezonden (kenmerk: 2016-1271780/V1009042/GGZ, [redacted]).

Gelet op bovenstaande en artikel 8.9, eerste lid, van het Uitvoeringsbesluit van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, sluit de inspectie het onderzoek naar deze melding af. Ik dank u voor uw informatie.

### Vragen?

Ik ga ervan uit dat ik u met deze brief voldoende heb geïnformeerd. Heeft u nog vragen, neem dan contact op met ons meldpunt. Wij zijn van maandag tot en met vrijdag bereikbaar tussen 09.00 en 17.00 uur op bovengenoemd telefoonnummer. U kunt ook een e-mail sturen naar [meldpunt@igz.nl](mailto:meldpunt@igz.nl). Vermeld daarbij alstublieft het registratienummer van uw melding.



Coördinerend specialistisch senior inspecteur

Overall 10.2.e, tenzij  
anders aangegeven.

Doc. 30

**UCP**  
**Universitair Centrum Psychiatrie**

Inspectie voor de Gezondheidszorg Centraal Kantoor Utrecht	
Nr.	DEP
Ingenomen	08 FEB 2016
Relatie	d.d.
Melding	

Aan  
Meldpunt IGZ  
Tav [REDACTED]  
Postbus 2680  
3500 Utrecht

Bijlage(n)  
Uw kenmerk IGZ\_VMIT\_87.

Datum 4 februari 2016

Betreft: Verzoek intrekken melding

Geachte [REDACTED]

24.4 + 25.3 Wkkgz, 10.2.d,  
10.2.e, 10.2.g Wob.

Op 6 januari 2016 hebben wij een voorlopige melding gedaan van [REDACTED], geboren [REDACTED], welke is opgenomen in het centrale registratiesysteem onder nummer IGZ\_VMIT\_87. In uw reactie verzoekt u ons om binnen acht weken een rapportage op te sturen over de gemelde calamiteit.

De huidige [REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED] in acht nemend komen wij na zorgvuldig onderzoek echter tot de conclusie dat bij deze [REDACTED] patiënt geen sprake is geweest van een tekortkoming in de zorg.

24.4 + 25.3  
Wkkgz,  
10.2.d, 10.2.e,  
10.2.g Wob.

Na telefonisch contact met [REDACTED], inspecteur IGZ willen wij u verzoeken de melding in te trekken.

Hoogachtend,

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]



**umcg**

2.160208096086



Overal 10.2.e,  
tenzij anders  
aangegeven.



Doc. 31

Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Universitair Medisch Centrum Groningen  
T.a.v. de Raad van Bestuur  
Postbus 30001  
9700 RB GRONINGEN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
www.igz.nl

Inlichtingen bij  
meldpunt@igz.nl

Datum 11 februari 2016

Onderwerp [redacted]; intrekken [redacted]

24.4 + 25.3 Wkkgz, 10.2.d,  
10.2.e, 10.2.g Wob.

Ons kenmerk  
2016-1259064/M [redacted]

Geachte Raad van Bestuur,

Op 6 januari 2016 is door [redacted] bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg een melding gedaan van [redacted], geboren [redacted] heeft plaatsgevonden op [redacted]. Deze melding is in ons systeem opgenomen onder nummer [redacted] (bij u reeds bekend onder kenmerk IGZ\_VMIT\_87).

24.4 + 25.3  
Wkkgz, 10.2.d,  
10.2.e, 10.2.g  
Wob.

Op 8 februari 2016 heeft de inspectie met betrekking tot [redacted] een schrijven d.d. 4 februari jl. ontvangen van [redacted]. Hierin staat volgende geschreven:

24.4 + 25.3 Wkkgz, 10.2.d,  
10.2.e, 10.2.g Wob.

"De huidige [redacted] in acht nemend komen wij na zorgvuldig onderzoek echter tot de conclusie dat bij deze [redacted] patiënt geen sprake is geweest van een tekortkoming in de zorg. Na telefonisch contact met [redacted], inspecteur IGZ, willen wij u verzoeken de melding in te trekken."

24.4 + 25.3  
Wkkgz, 10.2.d,  
10.2.e, 10.2.g  
Wob.

De inspectie kan zich vinden in uw argumentatie over te gaan tot het intrekken van deze melding en zal het betreffende dossier sluiten. Ik dank u voor uw informatie.

#### Vragen?

Ik ga ervan uit dat ik u met deze brief voldoende heb geïnformeerd. Heeft u nog vragen, neem dan contact op met ons meldpunt. Wij zijn van maandag tot en met vrijdag bereikbaar tussen 09.00 en 17.00 uur op bovengenoemd telefoonnummer. U kunt ook een e-mail sturen naar [meldpunt@igz.nl](mailto:meldpunt@igz.nl). Vermeld daarbij alstublieft het registratienummer van uw melding.

Hoogachtend,

[redacted]

Coördinerend/specialistisch senior inspecteur





Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Universitair Medisch Centrum Groningen  
T.a.v. [redacted]  
voorzitter raad van bestuur  
Postbus 30 001  
9700 RB GRONINGEN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
www.igj.nl

Inlichtingen bij  
[redacted]  
ri.utrecht@igj.nl

Datum 26 juni 2018  
Onderwerp Verslag inspectiebezoek 9 april 2018

Ons kenmerk  
2018-2138090/V2002292/[redacted]

Bijlagen  
1

Geachte [redacted],

Op 23 mei 2018 ontving de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: de inspectie) uw reactie op het concept verslag van het onaangekondigd bezoek aan het Academisch Centrum voor Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Groningen, dat heeft plaats gevonden op 9 april 2018. U hebt aangegeven dat u geen feitelijke onjuistheden hebt geconstateerd in het verslag. Het verslag is daarom ongewijzigd vastgesteld. Hierbij ontvangt u het definitieve verslag.

Ik vertrouw er op u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben

Met vriendelijke groet,

[redacted signature block]

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting  
[redacted]  
Coördinerend/specialistisch inspecteur IGZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bij ondertekening gebruiken wij de organisatienaam genoemd in de wetten op het terrein van de volksgezondheid en de jeugdhulp.



# verslag

Omschrijving Onaangekondigd bezoek Universitair Centrum voor Psychiatrie  
Instelling Universitair Medisch Centrum Groningen  
Datum 9 april 2018  
Plaats Groningen  
Dossiernummer V2002292  
Documentnummer 2018-2138090

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
www.lgj.nl

Datum  
26 juni 2018

In aansluiting op het jaargesprek bracht de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: de inspectie) samen met een afvaardiging van de raad van bestuur en de directeur UMC-staf Patiëntenzorg een bezoek aan het Universitair Centrum voor Psychiatrie (hierna: het UCP) van het Universitair Medisch Centrum Groningen (hierna: het ziekenhuis). De inspectie kondigde de te bezoeken afdeling bij het begin van het jaargesprek aan. De inspectie observeerde een veiligheidsronde die werd uitgevoerd door een lid van de raad van bestuur en de directeur UMC-staf Patiëntenzorg, waarbij zoveel mogelijk aansluiting werd gezocht bij de gangbare werkwijze hierbij in het ziekenhuis.

Het doel van dit bezoek was een beeld te krijgen van de vorm en inhoud van een veiligheidsronde. Een kenmerk van de veiligheidsronde zoals uitgevoerd in het ziekenhuis is, dat het afdelingshoofd niet aanwezig is tijdens het gesprek. De bestuurder lichtte toe dat bij veiligheidsrondes een 'waarderende dialoog' wordt gevoerd en dat deze geen onderdeel uitmaakt van de PDCA-cyclus. De veiligheidsronde verloopt volgens een vaste structuur. Eerst vindt een gesprek plaats over de actuele stand van zaken met de medewerkers. Twee vragen worden daarin altijd gesteld: 'waar zijn jullie trots op' en 'wat kan de raad van bestuur doen om de zorg te verbeteren'. Na het gesprek vindt een rondleiding over de afdeling plaats, waarbij de medewerkers zelf aangeven wat ze willen laten zien. In 2017 hebben minder veiligheidsrondes plaatsgevonden, doordat veel aandacht uitging naar de implementatie van het nieuwe EPD.

## Bevindingen

De veiligheidsronde vond tijdens het onaangekondigde bezoek van de inspectie plaats in een iets andere vorm, in overleg met de inspectie. De rondleiding over de afdeling bleef achterwege en het afdelingshoofd bleef aanwezig bij het gesprek. De bestuurder en directeur voerden een gesprek met meerdere betrokkenen bij de UCP waaronder, naast het afdelingshoofd, zorgverleners en staffunctionarissen. De inspectie stelde enkele aanvullende vragen. Drie onderwerpen werden besproken, te weten de Medisch Psychiatische Unit (MPU), de nieuwbouw en de stand van zaken rond de medisch psychologen. Allereerst werd kort de achtergrond toegelicht van het ontstaan van de MPU. De bestuurder nodigde uit tot het gesprek en stelde enkele vragen. Uit het gesprek bleek dat de bestuurder op de hoogte was van de knelpunten inzake de MPU, zoals de besluitvorming over en start van de MPU.

Hierover werd tussen alle gesprekspartners van gedachten gewisseld. De bedoeling is dat de MPU nog dit jaar van start gaat.

**Datum**  
26 juni 2018

Aanvullend vroeg de inspectie of er ten aanzien van de behandeling van patiënten duidelijke afspraken zijn over wie de regie heeft en hoofdbehandelaar is bij de MPU. Erkend wordt dat binnen de MPU duidelijk moet worden vastgelegd wie de hoofdbehandelaar is van de patiënt. De stand van zaken is dat de somaticus dat in eerste instantie wordt/blijft, maar hier zal afhankelijk van de situatie heel bewust mee omgegaan moeten worden. Aangevuld werd dat de afdeling samen met een ethicus bezig is met morele reflectie, met als doel om reflecteren te bevorderen en te verrijken. Men is hier heel positief over.

Het tweede onderwerp dat besproken werd, is de nieuwbouw. De bestuurder had eerder een veiligheidsronde uitgevoerd op het UCP. Daarin was onder andere het gedateerde gebouw aan de orde gekomen, onder meer blijkend uit de moeilijke klimaatbeheersing, de sanitaire voorzieningen en de grote afstand tot het ziekenhuis. Nieuwbouw van het UCP staat gepland. De medewerkers gaven aan, ondanks het gebouw, toch trots te zijn op de kwaliteit van zorg. Men ziet zich als een toegewijd en betrokken team. Benadrukt werd dat de beperkingen voor de zorg het gebouw betreffen en niet het team. De bestuurder vroeg of en zo ja, hoe de patiënt wordt betrokken bij de nieuwbouw. Het UCP heeft een cliëntenraad die gedurende het gehele proces wordt geraadpleegd.

De inspectie vroeg naar de situatie rond de medisch psychologen die op diverse klinische afdelingen werken en in hoeverre zij met het oog op hun vakinhoudelijke professionele ontwikkeling een thuisbasis ervaren bij het UCP. De medisch psychologen zijn inmiddels onderdeel van de afdeling en zijn over het algemeen tevreden. De bestuurder onderschrijft dit en vindt het een positieve ontwikkeling dat zij onderdeel zijn geworden van het team dat is ondergebracht bij het UCP.

Tot slot stelde de bestuurder de twee vaste afsluitende vragen. Ten eerste waar de afdeling trots op is. Twee zaken komen naar voren, te weten de patiëntenparticipatie en de bejegening en inhoudelijke verdieping bij specifieke patiëntencasuïstiek. Daarnaast vroeg de bestuurder wat hij kan doen om de zorg te verbeteren. Hierop werd aangegeven, dat het wenselijk is dat de MPU op korte termijn start. Ook werd het belang van het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek en e-health aangegeven.

De inspectie was getuige van een open gesprek met constructieve inbreng van de kant van alle gesprekspartners.

### **Conclusies**

Uit de observaties blijkt dat de veiligheidsronde inzicht geeft in belangrijke randvoorwaarden voor goede zorg. Het maakt knelpunten zichtbaar waar medewerkers tijdens hun werk tegen aan lopen en die mogelijk risico's met zich meebrengen. Voor de bestuurder biedt een veiligheidsronde de mogelijkheid meer inzicht te krijgen in de kwaliteit en veiligheid op de afdelingen.

Op basis hiervan concludeert de inspectie daarom dat het systeem van veiligheidsrondes in het UMCG een positieve bijdrage levert aan de kwaliteit van zorg.

Het belang om bij de MPU het hoofdbehandelaarschap goed te regelen, wordt door het UMCG erkend en zal dienovereenkomstig worden uitgewerkt.

**Universitair Medisch Centrum Groningen**

**Raad van Bestuur**

**Overall 10.2.e**

Aan  
Inspectie voor de Gezondheidszorg  
T.a.v. [redacted]  
Senior inspecteur, projectleider  
Terugdringen Insluiten  
Postbus 2518  
6401 DA HEERLEN

Telefoon (050) 36 [redacted]

Bijlage(n) 1 – Auditverslag  
Kenmerk 16.336147/RvB

Datum 28 december 2016

Onderwerp implementatie toetsingskader Terugdringen, Separeren en Afzonderen 2016

Geachte [redacted]

Naar aanleiding van uw brief d.d. 22 maart 2016 (kenmerk 2016-1271780/V1009042/GGZ [redacted]) doen wij u hierbij onze reactie toekomen.

Op 7 december 2016 heeft Lentis, als extern partij een audit op het onderwerp Terugdringen, Separeren en Afzonderen uitgevoerd bij het Universitair Centrum Psychiatrie (UCP). Het auditverslag treft u hierbij aan. Er staan nog "oranje" en "rode" bevindingen in het auditverslag, waar het UCP de nodige aandacht aan moet besteden. Duidelijk is dat er stappen zijn gemaakt. Enige voorbeelden daarvan zijn:

- Er is een werkgroep Terugdringen Dwang en Drang geformeerd.
- Het protocol separeren is aangepast.
- Er zijn scholings- en informatiebijeenkomsten geweest voor de medewerkers van de acute afdeling waar gesepareerd en afgezonderd wordt.
- Intervisiegroepen zijn opgestart.
- Iedere betreffende afdeling heeft een aandachtsfunctionaris Terugdringen Dwang en Drang.

Verder heeft het UCP aangegeven regelmatig intern audits te zullen gaan uitvoeren. Wij zullen vragen dit in ieder geval vóór 1 april 2017 te gaan doen.

De "rode" bevindingen moeten dan in ieder geval zijn aangepakt. De volgende verbeteringen zijn daar nu al toegezegd.

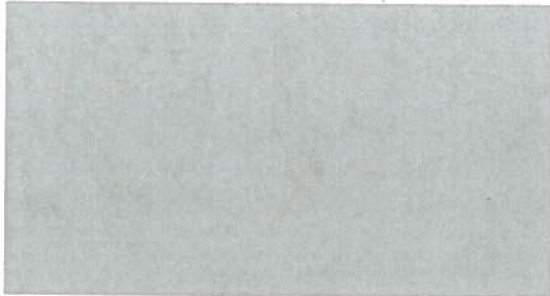
- In het nieuwe EPD van de afdeling Psychiatrie wordt een nieuw sjabloon toegevoegd, waardoor er ambulant al een crisisplan wordt gemaakt voor patiënten van UCP.



**umcg**

- De aandachtsfunctionaris Terugdringen Dwang en Drang zal alerter zijn dat het signaleringsplan sneller wordt ingevuld.
- Met de psychiaters van gesloten afdelingen zal besproken worden hoe er gezorgd kan worden voor beter beargumenteerde verslaglegging m.b.t. (de)separeren.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.





Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Universitair Medisch Centrum Groningen  
t.a.v. de raad van bestuur  
Postbus 30.001  
9700 RB GRONINGEN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
www.igz.nl

Ons kenmerk  
2017-2047151/V1009042/  
GGZ

Datum 21 september 2017

Onderwerp vervolgaudits terugdringen separeren en afzonderen V1009042

Geachte raad van bestuur,

In maart 2016 stuurde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) u het Toetsingskader terugdringen separeren en afzonderen 2016, met het verzoek dit toetsingskader in uw instelling te implementeren, audits uit te (laten) voeren op alle afdelingen waar patiënten afgezonderd en gesepareerd worden of ingesloten in een EBK, en uiterlijk 1 januari 2017 een verslag van deze audits naar de inspectie te sturen.

Op 29 december 2016 heeft de inspectie de rapportage ontvangen van de audit van de afdeling psychiatrie van uw ziekenhuis.

Uw ziekenhuis is door de inspectie niet geselecteerd voor een bezoek.

De resultaten van de audit die door u is uitgevoerd, zijn echter voor de inspectie wel aanleiding om u te verzoeken om dit jaar opnieuw audits uit te voeren.

U heeft destijds één audit aangeleverd. Uit de gegevens van de audit maak ik op dat er op nog een afdeling patiënten gesepareerd en/of afgezonderd worden. Ik wil u dan ook vragen om ook op deze afdeling een audit uit te voeren en de resultaten hiervan toe te sturen. In de brief van maart 2016 is hier ook expliciet door de inspectie om gevraagd:

*'Het is de bedoeling dat u dit Toetsingskader op alle afdelingen van uw instelling implementeert, waar patiënten gesepareerd, ingesloten in een Extra Beveiligde Kamer (EBK) en afgezonderd kunnen worden.'*

In de begeleidende brief bij de rapportage geeft u aan dat er bevindingen uit de audit zijn gekomen waar het UCP aandacht aan moet besteden. Ook de inspectie is op basis van de aangeleverde audit van mening dat met name op hoofdstuk 1, al het mogelijke is geprobeerd om separatie/afzondering te voorkomen, nog een aantal noodzakelijke verbeterpunten doorgevoerd moeten worden.

U geeft aan dat er reeds stappen zijn gezet en dat u gevraagd heeft om voor 1 april 2017 opnieuw een audit uit te voeren. U kunt ervoor kiezen om deze audits naar de inspectie te sturen of een nieuwe audits te laten uitvoeren.



De inspectie ontvangt van u graag uiterlijk 1 december 2017 het volgende:

- De rapportage van de nieuwe audit per afdeling;
- Het oordeel van de raad van bestuur over de resultaten van deze audits ten opzichte van die van de vorige audit;
- De stand van zaken met betrekking tot eventueel ingezette verbetermaatregelen.

**Ons kenmerk**  
2017-2047151/V1009042/  
GGZ/ [redacted]

**Datum**  
21 september 2017

De inspectie verzoekt u om het toetsingskader als audit-instrument te hanteren en per afdeling in te vullen.

Het toetsingskader is in wordversie te vinden op de website van de inspectie, [www.igz.nl](http://www.igz.nl), vanaf 2 oktober a.s. [www.igj.nl](http://www.igj.nl).

De inspectie zal de door u verstrekte informatie betrekken in de Factsheet die zij in 2018 op haar website zal publiceren over de resultaten van de Inspanningen van alle GGZ-instellingen rond het terugdringen van separeren en afzonderen.

Ik ga ervan uit u voldoende geïnformeerd te hebben. Mocht u nog vragen hebben, neemt u dan contact op met ondergetekende.

Emailadres: [redacted]@igj.nl.

Met vriendelijke groet,

[redacted signature]

[redacted]  
senior inspecteur, projectleider terugdringen insluiten

Overall 10.2.e

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	
Nr.	DEP
Ingenomen 29 NOV 2017	PARAAF
Relatie	d.d.
Melding	

1.71129127034



Hanzeplein 1 Postbus 30 001, 9700 RB Groningen

**Universitair Medisch Centrum Groningen****Raad van Bestuur**

Aan  
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd i.o.  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen

Telefoon (050) 36 [REDACTED]

Bijlage(n) 4

Kenmerk 17.351525/RvB

Datum 28 november 2017

Onderwerp Reactie UMCG op brief d.d. 21 september 2017

Geachte heer, mevrouw,

Naar aanleiding van uw brief d.d. 21 september 2017, met kenmerk 2017-2047151/V1009042/GGZ/[REDACTED] inzake vervolgaudits terugdringen separeren en afzonderen, kan ik u het volgende berichten.

In uw brief verzoekt u, per afdeling waar patiënten gesepareerd en/of afgezonderd woorden, audits uit te voeren, met het toetsingskader als audit-instrument. In het Universitair Centrum Psychiatrie (UCP) hebben wij één afdeling met twee units waar gesepareerd en afgezonderd kan worden, dit zijn de units acute opname 2 (PSI2) en acute opname 4 (PSI4). Op beide units heeft een interne audit plaatsgevonden. In 2017 hebben de GGZ-instellingen uit het noorden van Nederland gezamenlijk een nieuw audit format opgesteld. Dit format is voor de audit van 1 november 2017 gebruikt.

Bijgevoegd ontvangt u de volgende documenten:

1. Auditrapportage Interne audit naar toetsingskader Terugdringen Separeren en afzonderen 2016 d.d. 3 februari 2017 op UCP, opname 2
2. PSI2 – Verbeterplan terugdringen separeren en afzonderen, waarin opgenomen een evaluatie voortgang verbeteracties d.d. september 2017
3. Rapport Interne audit Terugdringen separeren en afzonderen en Dwangbehandelingen d.d. 1 november 2017 op UCP Intensieve psychiatrie, Acute opname 4
4. PSI4 – Verbeterplan terugdringen separeren en afzonderen, waarin opgenomen een evaluatie voortgang verbeteracties september 2017 én een interne audit november 2017.

**umcg**

1.71129127035



Onze indruk, als Raad van Bestuur, is dat het UCP veel aandacht heeft voor de kwaliteit van de aanpak van terugdringen dwang en drang. Dit blijkt uit het benoemen van een aandachtfunctionaris die nauw samenwerkt met de behandelteams en de geneesheer directeur. Door het uitvoeren van zowel de interne audits als de externe netwerkaudit is er sprake van een goed bewaakte kwaliteitscyclus.

Naast de audits die vanuit het toetsingskader terugdringen separeren en afzonderen worden georganiseerd, wordt het UCP jaarlijks geaudit i.v.m. de HKZ-certificering van het UCP. Tijdens de laatste audit, uitgevoerd in juni 2017, werd geconstateerd dat de uitvoering van de toepassing van de BOPZ veel aandacht krijgt.

Naar aanleiding van de audits zijn er aandachtspunten welke opgepakt dienen te worden. Per unit zijn het de volgende:

#### PSI4

Wij hebben het UCP gevraagd om sneller een signaleringsplan op te stellen, binnen twee maanden wordt een plan van aanpak hiervoor verwacht. Eveneens verwachten wij een plan van aanpak voor het oplossen van de nieuwe verbeterpunten, welke geconstateerd zijn in de audit van november 2017.

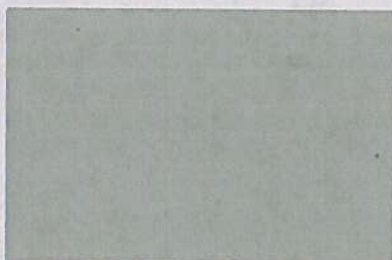
#### PSI2

Ook binnen deze unit is geconstateerd dat het tijdig opstellen van een signaleringsplan verbeterd dient te worden. Daarnaast is er een verbeteractie nodig op de controles van het invullen van de crisiskaart in de verpleegkundige anamnese.

De Raad van Bestuur verwacht van het UCP dat deze verbeterpunten opgepakt worden en verwacht voor eind januari 2018 een plan van aanpak.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,  
namens de Raad van Bestuur,



umcg



## Auditrapportage Interne audit naar toetsingskader Terugdringen Separeren en afzonderen 2016.

Datum audit: 03-02-2017

Kliniek: UCP, opname-2

Namen auditoren:

Namen auditée(s):

### Inleiding:

Het UCP heeft n.a.v. adviezen uit de externe audit besloten om regelmatig interne audits te gaan uitvoeren. De interne audit bestaan uit 4 onderdelen:







- Vragenlijst voor verpleegkundigen
- Vragenlijst voor behandelaren
- Dossieronderzoek (2 patiënten dossiers)
- Evaluatie en advies

### Samenvatting bevindingen:

- Uitvragen crisiskaart/plan gebeurd niet of nauwelijks, uitvragen wensen als crisis zich zou voordoen ook nog niet.
- Signaleringsplannen zijn aanwezig, maar die zouden eerder moeten geschreven worden, voor de eerste behandelplanbespreking..
- Patiënten in separeer krijgen iedere dag een nieuw begeleidingsplan. Er is aandacht voor de normen m.b.t. toezicht en de separatie wordt middels een format nabesproken met zowel patiënt als team.
- Er is multidisciplinaire teamoverstijgende interventie opgestart.
- Werken volgens de 5 minuten methode (o.i.d.) is nog niet geïmplementeerd.
- Er wordt bij opname aantoonbaar een nieuwe afweging gemaakt i.v.m. dwangmaatregelen.
- Er is de wens en het plan om de arguscijfers weer periodiek met multidisciplinair team te bespreken in het maandelijks werkoverleg.
- De beide regieverpleegkundigen en psychiater vinden het wenselijk om de verschillende disciplines regelmatig de vragenlijsten te laten invullen om zo hun eigen afdeling te onderzoeken.



## Audit-verslag interne audit 03-02-2017

	Norm				Bevindingen	Dossieronderzoek
Hoofdthema preventie						
1.1	<p>Eigen regie, perspectief van de patiënt staat centraal <i>Indien de patiënt een crisiskaart, wilsverklaring, triadekaart en/of zelfbindingsverklaring heeft, is deze opgenomen in het patiëntendossier, aantoonbaar actueel en is de inhoud ervan aantoonbaar meegenomen in de overweging hoe te handelen. Dit betekent dat de voorkeuren van de patiënt worden gehonoreerd en dat hier alleen gemotiveerd van kan worden afgeweken. Elke afwijking moet vastgelegd worden.</i> <i>Indien patiënt geen crisiskaart o.i.d. heeft, in crisis verkeert en niet aanspreekbaar is, dan is aantoonbaar contact gezocht met naasten of met een ervaringsdeskundige om zoveel mogelijk te handelen vanuit het perspectief van de patiënt.</i></p>					
	Crisiskaart uitvragen bij opname				Nee, niet standaard. Zou tijdens de verpleegkundige anamnese moeten gebeuren maar gebeurd nog niet/onvoldoende	Er was bij beide patiënten geen crisisplan aanwezig in dossier
	Indien aanwezig, wat dan?				Dan wordt de inhoud meegenomen bij het maken van keuzes in de behandeling	
	Indien geen crisiskaart en niet aanspreekbaar, wat dan?				Er wordt wel informatie verzameld na opname bij familie en ambulante zorg maar zit nog onvoldoende structuur in. Ook het alsnog maken van een concreet crisisplan voor de huidige opname gebeurt niet volgens een format.	Wensen bij een crisis zijn niet aantoonbaar uitgevraagd.
<p><b>Bevindingen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Er is aandacht voor informatie verzamelen van binnenkomende patiënten.</li></ul> <p><b>Aandachtspunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Er wordt vaak niet naar crisiskaart/plan etc. gevraagd bij binnenkomst.</li><li>• Wensen m.b.t. opname/crisis worden weinig expliciet uitgevraagd.</li></ul>						



## 1.2

**Opstellen en uitvoeren signaleringsplan**

Bij patiënten die bekend zijn met agressie, suicidaliteit of ander gevaarzettend gedrag is een op de individuele patiënt toegesneden en met hem/haar afgesproken signaleringsplan opgesteld met als doel escalatie en onveilige situaties te voorkomen.

Een signaleringsplan is samen met de patiënt opgesteld en is steeds aangepast aan de actuele situatie van de patiënt, waarbij de wensen van de patiënt herkenbaar zijn opgenomen. Het signaleringsplan geeft per fase aan wat te doen, zowel door team als door patiënt zelf en eventueel door naasten; is in het dossier aanwezig en wordt aantoonbaar toegepast.

Er kan alleen gemotiveerd worden afgeweken van toepassing van het plan.

Indien er geen actueel signaleringsplan is opgesteld, omdat de patiënt hier niet aan mee kon werken, dient het risicopreventiebeleid/crisisbeleid /de-escalatiebeleid in het dossier te zijn opgenomen

Werken jullie met signaleringsplannen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ja, beide patiënten hebben een signaleringsplan.	Signaleringsplannen gezien
Wanneer wordt deze opgesteld?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verpleegkundige geeft aan dat de afspraak is deze zo snel mogelijk te maken, in de praktijk gebeurt dit vaak nog te laat. Hierop wordt wel actief gestuurd door de regieverpleegkundige. Behandelaar geeft aan nog niet goed genoeg op de hoogte te zijn van de aanwezigheid maar heeft er wel aandacht voor. Het is een vast item bij de behandelplanbespreking.	Bij 1 patiënt 3 dagen na opname gemaakt maar doordat patiënt nog te verward was weinig gevuld, dit is in de weken erna niet opgepakt. Andere patiënt nam signaleringsplan mee van andere afdeling, deze is na 2 weken geëvalueerd en aangepast.
Hoe wordt deze opgesteld?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Volgens een vast format, de verschillende fases worden beschreven. Het plan wordt indien mogelijk met patiënt opgesteld. De familie erbij betrekken gebeurd nog niet altijd.	Format gezien, ziet er goed uit.

**Bevindingen:** Beide patiënten hebben een signaleringsplan met daarin verschillende fases beschreven.

**Aandachtspunten:** Borgen in werkproces dat signaleringsplan sneller opgesteld wordt. Ook betrekken van naasten verdient hier aandacht.



## 1.3

## Preventiebeleid

Bij patiënten die tevoren niet bekend waren met agressie, suicidaliteit en/of gevaarzettend gedrag, zijn alvorens dwang wordt toegepast, ook zonder signaleringsplan, aantoonbaar eerst alternatieve interventies overwogen dan wel uitgeprobeerd, die deel uitmaken van het preventiebeleid van afdeling en instelling. Er is aantoonbaar tijd en aandacht ingezet om de functie en de oorzaak van het gedrag van de patiënt, dat zou kunnen leiden tot dwang of vrijheidsbeperking, te begrijpen.

Welke alternatieve interventies worden overwogen alvorens dwang wordt toegepast?				Inzet meer toezicht/begeleiding, medicatie, familie betrekken, bespreken met patiënt zijn veel voorkomende andere interventies die toegepast worden.
Waar aantoonbaar terug te vinden in dossier?				Dit wordt vastgelegd in decursus/rapportage maar dit zou vollediger/concreter kunnen.
				1 patiënt was niet gesepareerd geweest, bij de andere was terug te vinden welke andere interventies zijn overwogen. Gezien in "start separatie" en "BOPZ bezoek dag 1"

**Bevindingen:** Er wordt veel ondernomen om dwang te voorkomen. Er zijn op de afdeling ook veel andere mogelijkheden.

**Aandachtspunten:** Concreter aantoonbaar maken welke interventies zijn ondernomen.



## 1.4

**Beleid bij binnenkomst**

Het "beleid bij binnenkomst" is aantoonbaar uitgevoerd:

- Bij opname van een patiënt vindt een nieuwe afweging en beoordeling van de situatie plaats, ook al wordt patiënt geboeid, onder politiebegeleiding, binnengebracht en/of ook al heeft de verwijzer separatie/afzondering geïndiceerd geacht.
- Er is aandacht voor een zo gastvrij mogelijke ontvangst van de patiënt die opgenomen wordt: aanbieden van rustige omgeving, eten, drinken, contact met buitenwereld, praktische zorg voor bv dieren, uitleg over de afdeling en uitleg over de situatie.

Wat is jullie beleid bij binnenkomst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Geen methodiek. Wel is de eigen indruk dat een ieder gastvrij is bij binnenkomst.	
Wat als de patiënt geboeid binnenkomt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Niet automatisch meteen in separateer bij binnenkomst ook al staat dat in overdracht. Er wordt een nieuwe afweging gemaakt.	Terug te vinden in 1 dossier, de patiënt kreeg wel extra toezicht middels een open afzondering om te kunnen observeren. Terug te vinden in rapportage van het opnamegesprek en decursus.

**Bevindingen:**

- Er wordt aantoonbaar een nieuwe afweging gemaakt bij binnenkomst
- Er wordt niet met een methodiek gewerkt.

**Aandachtspunten:** Het zou wel wenselijk zijn om gastvrijheid onder de aandacht te brengen en hiervoor middels een methodiek te werken.







1.5	<b>Evaluatie met de patiënt</b> <i>Elke separatie/afzondering is aantoonbaar geëvalueerd met patiënt. Indien een separatie en/of afzondering langer dan een week duurt, dan is minimaal eens per week een evaluatie uitgevoerd. Indien evaluatie niet mogelijk is, dient dit in het dossier te worden aangetekend. Bij de evaluatie dienen de ervaringen en eventuele wensen en suggesties van de patiënt een plaats te krijgen. Ook de informatievoorziening aan de patiënt en eventuele naasten alsmede de gezamenlijke besluitvorming moet onderwerp zijn van de evaluatie. Evaluatie gebeurt aan de hand van een format en wordt bij voorkeur uitgevoerd met een ervaringsdeskundige. Ook naastbetrokkenen dienen de mogelijkheid te krijgen deel te nemen aan de evaluaties, tenzij de patiënt hier bezwaar tegen heeft. Indien de evaluaties verbeterpunten voor de zorg opleveren, dan zijn deze aantoonbaar toegepast.</i>				
	Hoe evalueren jullie separaties/afzonderingen met de patiënt?		Middels een format, de verpleegkundige bespreekt de dwangtoepassing na met de patiënt indien patiënt hier toe in staat is, anders wordt dit uitgesteld tot een later moment. (dit wordt dan niet altijd vastgelegd) De familie betrekken wordt geprobeerd maar is soms niet de wens van de patiënt en soms lukt dat moeizaam.	Format gezien	
	Hoe vaak?		Binnen een week na separatie, Dit is geborgd in werkproces doordat er ook na een week een casuïstiek bespreking wordt gepland waarvoor de evaluatie dwang met de patiënt gedaan moet zijn.	Evaluatie dwang was binnen 1 week uitgevoerd en volledig. Gezien in dossier.	
	Wat gebeurt er met eventuele verbeterpunten?		Die worden meegenomen in het handelen en meegenomen ter bespreking in de casuïstiekbespreking.		
<b>Bevindingen:</b> evaluatie wordt gedaan volgens een format. Ook het feit dat hierna casuïstiek bespreking volgt helpt om dat evalueren wel op tijd te doen. <b>Aandachtspunten:</b> Wanneer evaluatie niet lukt dan dit ook vastleggen in dossier.					
1.6	<b>Evaluatie in het team</b> <i>Wekelijks worden alle afzonderingen en separaties multidisciplinair besproken. Indien de evaluaties verbeterpunten voor de zorg opleveren, dan zijn deze aantoonbaar toegepast.</i>				
	Hoe evalueren jullie separaties/afzonderingen met het team?		1x per week een casuïstiek bespreking (multidisciplinair) middels een format.	Format gezien	
	Wat gebeurt er met eventuele verbeterpunten?		Deze worden meegenomen in het handelen, indien nodig vertaald in beleid en in patiënt dossier gerapporteerd. Ook is het voorgekomen dat dit rondgemaild worden (geanonimiseerd) aan het team.		
<b>Bevindingen:</b> evaluatie gebeurt wekelijks volgens een format <b>Aandachtspunten:</b> geen					



<b>1.7</b> <b>Risicotaxatie</b> <i>Tijdens het verblijf in separeer- of afzonderingsruimte dient minimaal 2x per dag risicotaxatie te worden verricht, zo mogelijk met hiervoor ontwikkelde instrumenten. Het doel hiervan is om te beoordelen of de insluiting beëindigd kan worden en (intensieve) begeleiding op de afdeling (weer) mogelijk is.</i>								
Hoe voeren jullie de risicotaxatie uit wanneer iemand in de separeer/afzondering verblijft?	<input checked="" type="radio"/>	Risicotaxatie door verpleging is wat voortdurend gebeurd, hiervoor wordt het instrument Broset gebruikt. De behandelaar/psychiater bezoekt de patiënt dagelijks en doet dan een inschatting. Er is in verslagen terug te vinden dat de doelmatigheid en noodzaak van toepassing dwang beschreven wordt.						
Hoe vaak?	<input checked="" type="radio"/>	2x per dag Broset voor alle patiënten, 1x per dag bezoek psychiater.						
<b>Bevindingen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risicotaxatie gebeurd voortdurend middels Broset, ook de psychiater bezoekt patiënt dagelijks.</li> </ul> <b>Aandachtspunten:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• geen</li> </ul>								

Broset 2x daags gezien bij de verpleegkundige rapportage. Iedere dag is een BOPZ verslag van bezoek psychiater terug te vinden. (op dag 2 mist het verslag maar is wel in ander verslag te vinden dan dit bezoek is geweest)



Hoofdthema Teamcultuur		
2.1	Benadering: gastvrij en present Er wordt gewerkt met de 'vijf minuten methodiek' of een vergelijkbare methodiek. Overdag is er continu minimaal één teamlid bij de patiënten aanwezig en aanspreekbaar.	
	Werken jullie met de 5 minuten methodiek?	 Nee
	Hoeveel zijn jullie bij de patiënten aanwezig?	 3-3-2 medewerkers aanwezig op de afdeling. Hierdoor lukt het goed om bijvoorbeeld 1 op 1 begeleiding te kunnen geven.
2.2	Herstelgerichte attitude / bejegening Het team werkt volgens de principes van herstelondersteunende zorg. Er wordt samengewerkt met de behandelaren van de (ambulante) setting voorafgaand aan de opname en volgend op de opname. Het team besteedt aantoonbaar tijd en aandacht om de functie en de oorzaak van het gedrag van de patiënt, dat zou kunnen leiden tot dwang of vrijheidsbeperking, te begrijpen.	
	Hoe verloopt de samenwerking met ambulante setting?	 Veel contact met ambulante behandelaren wordt gezocht, standaard bij opname en daarna is de afspraak dat ze uitgenodigd worden bij de behandelplanbespreking. Dit gebeurt soms nog niet maar hier zijn onlangs weer goede afspraken over gemaakt en wordt/is weer opgepakt.
2.3	Reflectie op eigen handelen De organisatie faciliteert interventie en/of supervisie voor de individuele teamleden en voor het gehele multidisciplinaire team. Hebben jullie interventie?	 Ja, dit is nog wel in de opstartfase maar tot nu toe zijn de ervaringen goed. Iedereen wordt ingedeeld in een groep. Multidisciplinair en team overstijgend
		n.v.t.
<b>Bevindingen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gastvrijheid is niet middels methodiek in werkproces geborgd.</li> <li>De medewerkers zijn present op de afdeling</li> <li>Er is voldoende aandacht voor contact met ambulante setting</li> <li>Er is interventie.</li> </ul> <b>Aandachtspunten:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aanwezigheid bij de patiënten op de afdeling niet uitgevraagd.</li> </ul>		



Hoofdtthema Uitvoering van separatie / afzondering				
3.1	<b>Separereer / afzonderingsbegeleidingsplan</b> <i>Een patiënt die intensieve zorg nodig heeft, laat je niet alleen.  Er is een separereer/afzonderings-begeleidingsplan, waar in staat hoe vaak er contact is en hoe toezicht op de patiënt wordt uitgevoerd. De wensen en voorkeuren van de patiënt dienen hier zichtbaar in te zijn verwerkt. Dit plan is in het dossier te vinden en aantoonbaar uitgevoerd.  Dit betekent hier dat in het dossier per dienst is aangegeven, uiteraard vergezeld van de eventuele bijzonderheden; en indien het plan niet is uitgevoerd, de redenen hiervoor.  In noodsituaties kan meteen een standaardplan gebruikt worden dat voldoet aan de minimumnormen</i>			
	Werken jullie met een separereer/afzonderingsbegeleidingsplan?	<input checked="" type="radio"/>	Er wordt deseparatieprogramma (volgens een vast format) gemaakt snel nadat iemand gesepareerd is. Daarin staat wanneer de patiënt bezocht wordt en wanneer eten, drinken ed. en andere wensen. Iedere dag een nieuw plan. Wel is het in de praktijk duidelijk dat een plan voortdurend in verandering is omdat soms niet overzien kan worden hoe de dag loopt.	Dagelijks nieuw deseparatieplan gezien
	Hoe vaak evalueren jullie dit plan?	<input checked="" type="radio"/>	Iedere 24 uur. De patiënt wordt betrokken bij het opstellen van het plan.	







## 3.2

**Inhoud begeleidingsplan**

*Een separate/afzonderingsbegeleidings-plan is op de patiënt toegesneden, en bevat ook diens wensen en voorkeuren over toiletgang, verblijf in buitenlucht en contact met naasten en ervaringsdeskundigen. Er dient inspanning te zijn verricht om de patiënt bij het opstellen van het plan te betrekken.*

*Er is minimaal elk half uur face to face contact tussen patiënt en hulpverleners via het raam of via een gesloten videoverbinding en minimaal elk uur face to face contact tussen patiënt en hulpverleners in dezelfde ruimte (fysieke nabijheid), tenzij de patiënt andere wensen ten aanzien van contact heeft.*

*Indien de behandelaar inschat dat een bepaalde wens in strijd is met goed hulpverlenerschap, legt hij/zij dit vast in het dossier*

Wat staat daar zoal in beschreven?			In plan staat informatie, wensen van de patiënt en de voorgenomen bezoektijden.	
Wordt de patiënt bij het opstellen betrokken?			Ja.	
Hoe vaak is er contact met de patiënt in de separate/afzondering?			Ieder uur minimaal 5 minuten fysiek contact. Inspecteur is daar tevreden over. Er wordt op lijst met pen en papier bijgehouden hoe vaak iemand langskomt, of toezicht houdt. Separatie/observatielijst (overdag elk kwartier, 's nachts elk half uur) Face to Face -momenten moeten weer terugkomen in het dossier. Patiënten kunnen altijd bellen.	

**Bevindingen:** Er is een plan, waarin informatie en bezoektijden beschreven zijn. Deze wordt elke dag opnieuw gemaakt en de patiënt heeft inspraak.  
**Aandachtspunten:** Er zijn geen ervaringsdeskundigen aanwezig.



3.3	<p><b>Toezicht</b></p> <p><i>Wettelijke norm: Op een of andere wijze moet voorzien zijn in doorlopend toezicht: hetzij persoonlijk, hetzij via gesloten televisiecircuit (camera). Operationalisatie van de wettelijke norm: Er is minimaal elk kwartier gericht toezicht op de ingesloten patiënt, dus vaker indien nodig. Met gericht toezicht is bedoeld: kijken door het raam van de separeer/ afzonderingsruimte met de intentie om te checken of het goed gaat met patiënt of kijken op de monitor met dezelfde intentie. Afhankelijk van het toestandbeeld van de patiënt kan gekozen worden voor persoonlijk toezicht of cameratoezicht. 's Nachts zal vaker worden gekozen voor cameratoezicht, om de patiënt niet te storen in zijn slaap. Een eenduidige norm hiervoor is niet mogelijk. De beslissing hierover is aan de professional (psychiater) en situatie-gebonden.</i></p> <p>Hoe houden jullie toezicht op de patiënt in de separeer/afzondering?</p>	<p>Via camera, minstens elk kwartier, ieder half uur face-to-face.</p> <p>Gezien in de rapportage van de verpleging. Hier wordt de manier van toezicht beschreven per moment.</p>
3.4	<p><b>Jongeren</b></p> <p><i>Jongeren onder de 18 die afgezonderd of gesepareerd zijn, worden permanent begeleid door een verpleegkundige of sociaaltherapeut. Met permanente begeleiding is bedoeld dat een verpleegkundige/sociaaltherapeut permanent beschikbaar moet zijn voor contact en zichtbaar is in de voorruimte.</i></p> <p>Hoe gaan jullie om met jongeren onder de 18 in de separeer?</p>	<p>Niet vaak van toepassing, wel is men op de hoogte van bovenstaande norm.</p>



## 3.5

**Eigen kleding**

*Uitgangspunt is dat de patiënt zijn eigen kleding draagt. Indien er een hoog risico is op suïcide, is het aangewezen om de patiënt permanent te begeleiden en/of bewaken (i.p.v. hem/haar scheurkleding te laten dragen).*

*Met permanente begeleiding is bedoeld dat een verpleegkundige of sociaaltherapeut permanent beschikbaar moet zijn voor contact en zichtbaar is in de voorruimte.*

*Indien deze permanente begeleiding/bewaking door de patiënt niet gewenst is EN daardoor door de professional niet verantwoord geacht wordt, is de beslissing om scheurkleding te gebruiken met toelichting in het dossier opgenomen.*

Hoe gaan jullie om met de kleding van de patiënt in de separeer?



Zoveel mogelijk met eigen kleding tenzij anders is afgesproken door behandelaar.

Behandelaar maakt nog wel mee dat achteraf blijkt dat patiënt in scheurkleding is gesepareerd, wel is het gesprek hierover gaande.

Wat is beleid bij hoog risico op suïcide?




Als suïcidaal: Dan wordt 1 op 1 begeleiding als eerste optie overwogen.

**Bevindingen:**

- Er wordt inspanning geleverd om voldoende toezicht te hebben en dit wordt vastgelegd in de rapportage.
- Er wordt in principe in eigen kleding gesepareerd.















**Aandachtspunten:** Geen



<b>Hoofdthema Consultatie</b>				
4.1 – 4.5	consultatie			
	Hoe verlopen consultaties?			De arts is op de hoogte wanneer er consultatie aangevraagd moet worden. De secretaresse van de afdeling is hier uitermate alert op. Ook de geneesheer-directeur is hier alert op. Geen van de patiënten heeft een consultatie nodig gehad dus verder niet van toepassing voor deze audit.
<b>Bevindingen:</b> Hier wordt de arts voldoende tijdig op geattendeerd. <b>Aandachtspunten:</b> geen				



## Hoofdthema Reductie

5.1	<p><b>Aantal en duur vrijheidsbeperkende interventies uit Argusregistratie ten opzichte van vorige jaren</b>  <i>Ter reductie van het separeren en afzonderen (al dan niet onder verzet) zijn de gegevens van Argus van zowel de instelling als de afdeling over meerdere jaren onderzocht en is een plan van aanpak opgesteld en geïmplementeerd. In dit plan van aanpak is de doelstelling SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdgebonden) beschreven. Ook is het voorkomen van substitutie naar andere vormen van vrijheidsbeperking hierin opgenomen. In een gesprek licht het team de cijfers toe en maakt het de context duidelijk.</i></p>
	<p>Bent u op de hoogte van de argus cijfers? Wanneer worden deze cijfers besproken met het team?</p>
	<p>      </p>
5.2	<p><b>Aantal dwangtoepassingen ten opzichte van vorig jaar</b>  <i>Er is een daling bereikt in aantal separaties en afzonderingen onder dwang, zonder substitutie naar andere vormen van dwang. In een gesprek licht het team de cijfers toe en maakt het de context duidelijk.</i></p>
	<p>Is er een daling in het aantal separaties/afzonderingen merkbaar?</p>
	<p>      </p>
	<p>Nog niet merkbaar, wel is er de wens om de cijfers vaker te bespreken met het multidisciplinaire team.</p>

### Bevindingen:

- De cijfers worden niet meer besproken met het team.

### Aandachtspunten:

- Plan van aanpak reductie, is dat er?
- De cijfers structureel gaan bespreken met het team.



PSL - Verbeterplan terugdringen separeren en afzonderen

Kwaliteitscriterium	Interne audit februari 2017	Verbeterpunt volgens de norm	Verbeteractie	Plan van aanpak	Verantwoordelijk voor uitvoering	Realisatiedatum	Benodigde middelen	Evaluatie voortgang verbeteracties september 2017	Netwerkaudit Januari 2018
Hoofdstuk 1.1	Er was geen crisiskaart uitgevraagd en wensen niet aantoonbaar uitgevraagd	Bij alle patiënten crisiskaart uitvragen bij opname en indien geen crisiskaart aanwezig dan uitvragen wat de voorkeuren van de patiënt bij crisis zijn.	Voor 1 Juni 2017 is het uitvragen van crisiskaart danwel wensen bij crisis beter in het zorgproces geborgd. Alle behandelaren en verpleegkundigen zijn op de hoogte van deze norm.	voorzichting aan het team twee wekelijks checks doen in dossiers. Aanpassing in EPD		1-jun-17	Teamoverleg 2 wekelijkse check door regieverpleegkundige en aansturen van het team indien nodig.	Op teammiddag in april 2017 is hierover voorlichting gegeven. Alle behandelaren en verpleegkundigen zijn op de hoogte van deze norm. De vraag of patiënt een crisiskaart heeft is aanwezig in de verpleegkundige anamnese. De twee wekelijkse check is niet uitgevoerd.	
Hoofdstuk 1.2	Signaleringsplan wel aangemaakt maar nieuwelijks gevuld.	Bij iedere patiënt met een maatregel en/of score op broeset moet binnen 2 dagen een signaleringsplan zijn opgesteld. Waar mogelijk naasten betrekken bij het opstellen van dit plan.	Signaleringsplannen moeten opgesteld worden volgens het format.	Regieverpleegkundige gaat hierop toezien en verpleegkundigen hierop aanspreken Beslisboom maken voor verpleegkundige ter ondersteuning		1-mei-17	inzage in patiëntendossiers door regievpk.	Er hangt een beslisboom in het verpleegkantoor om verpleegkundigen te ondersteunen om alert te zijn op het z.a.m. maken van een signaleringsplan. Sommige periodes gaat dit beter dan andere. De regieverpleegkundige motiveert het team. verpleegkundigen worden steeds weer via de email, werkoverleggen en persoonlijk aanspreken alert gemaakt.	
Hoofdstuk 1.4 & 2.1	Nieuwe afweging bij binnenkomst wordt nog niet altijd gemaakt Geen methodiek	Bij opname van een patiënt vindt een nieuwe afweging en beoordeling van de situatie plaats, ook al wordt patiënt geboeid, onder politiebegeleiding, binnengebracht en/of ook al heeft de verwijzer separate/afzondering gelidiceerd geacht. Er wordt gewerkt met de 'vijf minuten methodiek' of een vergelijkbare methodiek.	Teamleden voorlichting geven over nieuwe afweging bij binnenkomst Een methodiek implementeren	Voorlichting in de jaarlijkse training agressiehantering over nieuwe afweging bij binnenkomst en 5 minuten methodiek.		1-sep-17	Methodiek Trainingsmateriaal	Aanleren van de 5 minuten methodiek wordt in de jaarlijks terugkerende verplichte agressiehanteringscursus meegenomen. Daarnaast komt het evalueren op de binnenkomst tijdens de wekelijkse casuslast bespreking aan bod. Bij binnenkomst wordt er altijd een nieuwe afweging gemaakt op de afdeling.	
Hoofdstuk 2.2	Veel contact met ambulante behandelaren wordt gezocht, standaard bij opname en daarna is de afspraak dat ze uitgenodigd worden bij de behandelplanbespreking. Dit gebeurt soms nog niet maar hier zijn onlangs weer goede afspraken over gemaakt en wordt/is weer opgepakt	Het team werkt volgens de principes van herstelondersteunende zorg. Er wordt samengewerkt met de behandelaren van de (ambulante) setting voorafgaand aan de opname en volgend op de opname.	Meer toezien op overleg met ambulante setting. Hier structuur in aanbrengen	Regieverpleegkundige en psychiater gaan hier op toezien, bij de behandelplanbesprekingen wordt ambulante setting actiever uitgenodigd.		1-jun-17	Goede planning van de wekelijkse behandelplan bespreking en vaste afspraken binnen het team op welke dag ambulant behandelaren worden uitgenodigd.	Goet goed. Er is een goed werkbaar structuur ingeret. Door de wekelijkse behandelplan bespreking en actieve inzet van alle disciplines worden ambulant behandelaren actiever betrokken.	
Hoofdstuk 3.5	Zoveel mogelijk met eigen kleding tenzij anders is afgesproken door behandelbaar maakt nog wel mee dat achteraf blijkt dat patiënt in schortkleding is geïmpareerd, wel is het gesprek hierover gaande.	Uitgangspunt is dat de patiënt zijn eigen kleding draagt tenzij er wordt ingeschat dat dit niet veilig is.	Grotere bewustwording bij Verpleegkundige en artsen (uit de dienst) dat eigen kleding nu de norm is.	Voorlichting op teammiddag		1-mei-17	Teamoverleg, voorlichting geven.	Op teammiddag in april 2017 hierover voorlichting gegeven. Resultaat hiervan is dat model separeren niet meer voorkomt.	





umcg

## Rapport Interne audit Terugdringen separeren en afzonderen en Dwangbehandelingen

Instelling	UCP
Afdeling	Intensieve psychiatrie
Team	Acute opname 4 (P14)
Auditee(s)	
Auditoren	
Datum	1 november 2017

### Samenvatting audit:

#### Afdeling:

het betreft een afdeling met 9 bedden  
1 vaste psychiater en 1 psychiater in opleiding  
Verpleegkundig team 2-2-1, zo nodig wordt er opgeschaald  
1 afzonderingsruimte met separeer, gelegen op de afdeling Oudbouw

#### Aandachtspunten n.a.v. audit:

Er had een signaleringsplan opgesteld moeten worden toen de patiënt een score had op Broset.  
De afspraken over het beleid bij binnenkomst zijn bekend en worden uitgevoerd, maar het is niet vastgelegd.

De wekelijkse evaluaties separatie/afzonderen zijn gedaan en vastgelegd, maar hiervoor is maar eenmaal het daarvoor ontwikkelde format gebruikt.  
Er is geen ervaringsdeskundige werkzaam in het UCP, daarom kan deze niet betrokken worden in het beleid.  
De afspraak is dat de Broset 2x per dag wordt ingevuld, dit is niet altijd gebeurd.  
Er moet beter aantoonbaar gemaakt worden hoe het toezicht is uitgevoerd.  
Consultaties moeten op tijd aangevraagd worden.





<p>Er moet aantoonbaar gemaakt worden dat de patiënt/vertegenwoordiger van te voren op de hoogte is gebracht dat er een consultatie zal plaatsvinden en of er toestemming gegeven is.</p> <p>De uitkomst van de consultatie moet altijd op schrift gesteld worden.</p> <p>Tijdens de derde consultaties is er geen overleg geweest met de uitvoerders van de eerdere consultaties omdat dit niet bijdragend werd geacht. Er is niet vastgelegd waarom er van de norm werd afgeweken.</p> <p>De geneesheer directeur is niet aantoonbaar voor de start van de dwangbehandeling geïnformeerd.</p> <p>Bij de overgang van <i>M</i> of <i>M</i> naar <i>dwangbehandeling</i> moeten de schriftelijke aanzegging beter geregeld worden.</p> <p>Het voorkómen van substitutie naar andere vormen van vrijheidsbeperking is niet aantoonbaar in het Plan van Aanpak opgenomen.</p>	
---	--

**Inhoudelijk sterke punten audit:**

Er is bij deze patiënt veel samenwerking met echtgenote geweest.

Het team is inventief geweest in het zoeken naar opties om patiënt uit de separeer/ afzondering te halen.

Argus wordt goed geregistreerd

Er is aantoonbaar veel energie gestoken om de uitvoering van de separatie/afzondering zo zorgvuldig mogelijk te doen.

**Legenda auditbevindingen:**

😊 Voldaan aan de norm (vraagt geen directe aandacht voor verbetering)

😐 Gedeeltelijk voldaan aan de norm (op onderdelen is aandacht voor verbetering aan de orde)

🔴 Niet voldaan aan de norm (reden om te bepalen welke verbeteringen aan de orde zijn d.m.v. een verbeterplan)





## DEEL A Terugdringen separeren en afzonderen

### 1 Hoofdstuk 1: Preventie

Al het mogelijks is geprobeerd om separatie/afzondering te voorkomen. De rechtsbeginselen subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid zijn in acht genomen.

	NORM				BEVINDING
1.1	Eigen regie, perspectief van de patiënt staat centraal				
	Heeft de patiënt een (actuele) crisiskaart, wilsverklaring, triadekaart en/of zelfbindingsverklaring?				Bij deze patiënt is het hebben van een crisiskaart uitgevraagd en geregistreerd. Dhr. had geen crisiskaart. Met echtgenote is gesproken over wat te doen in geval van crisis, dhr. was zelf niet aanspreekbaar. Daarnaast is er met familie een signaleringsplan opgesteld.
	Zo ja, is de inhoud meegenomen in het handelen (aantoonbaar*, in het dossier)?	n.v.t.			
	*dit betekent dat de voorkeuren van de patiënt worden gehonoreerd en dat hier alleen gemoetheid van kan worden afgeweken. Elke afwijking moet worden vastgelegd)				
	Indien geen crisiskaart aanwezig en patiënt is niet aanspreekbaar: er is aantoonbaar contact gezocht met naasten of een ervaringsdeskundige, om zoveel mogelijk te handelen vanuit het perspectief van de patiënt.				NB: Er zijn weinig patiënten die binnenkomen met een crisiskaart. In de loop van de eerste dagen wordt gevraagd hoe patiënt behandeld wil worden in geval van crisis.
1.2	Opstellen en uitvoeren signaleringsplan				
	Bij patiënten die bekend zijn met agressie, suïciditeit of gevaar zettend gedrag is een op de individuele patiënt toegesneden en met hem/haar afgesproken signaleringsplan opgesteld, met als doel escalatie en onveilige situaties te voorkomen. De wensen van de patiënt zijn herkenbaar in het plan opgenomen.				Signaleringsplan: Er is een actueel signaleringsplan aanwezig, Patiënt kon zijn wensen zelf niet uiten waarna ervoor is gekozen om zijn partner bij het opstellen van het plan te betrekken.. Plan is tussentijds aangepast, aantoonbaar in dossier.
	Is er een actueel signaleringsplan in het dossier aanwezig? Is dit samen met de patiënt opgesteld?				



	NORM				BEVINDING
	Is het signaleringsplan aangepast aan de huidige situatie en aantoonbaar toegepast? Indien niet toegepast: is in het dossier gemotiveerd waarom er is afgeweken van toepassing van het plan?	😊	😊	😊	Ja
	Een signaleringsplan voldoet aan de norm, indien het minimaal de volgende elementen bevatten: 1) Beschrijving van concrete gedragingen van patiënt die zouden kunnen leiden tot escalatie/onhanteerbare gevaarlijke situatie 2) Beschrijving van de inzet van naastbetrokkenen 3) Beschrijving van maatregelen en afspraken om escalatie te voorkomen Voldoet het aanwezige signaleringsplan aan genoemde norm?	😊			Ja, er staan concrete gedragingen in het plan. Maatregelen om escalatie te voorkomen staan beschreven. Het plan is in samenspraak met naastbetrokkenen opgesteld.
	Indien er geen signaleringsplan aanwezig is omdat de patiënt hieraan niet mee kon/wil werken, dient het risico-preventiebeleid/crisisbeleid/de-escalatiebeleid in het dossier te zijn opgenomen. Is dit beleid aantoonbaar in het dossier opgenomen?	😊			Eerste signaleringsplan is aangemaakt op 3 augustus 2017, de opnamedatum was 17 juli 2017. In het begin van de opname was dhr. vrijwillig en rustig aanwezig daarom is er geen plan opgesteld. Op 31 juli 2017 was afzondering noodzakelijk en kreeg patiënt een IBS.  Aandachtspunt: Er had een signaleringsplan opgesteld moeten worden toen patiënt een score had op Brosset. De reden die het team aangeeft dat dit niet meteen gebeurde was omdat er moeilijk met patiënt een plan op te stellen was.
1.3	<b>Preventiebeleid</b> Bij patiënten die niet bekend waren met agressie, suïciditeit en/of gevaar zettend gedrag, zijn vóórdat dwang wordt toegepast, ook zonder signaleringsplan, aantoonbaar eerst-alternatieve interventies overwogen dan wel uitprobeerde, die deel uitmaken van het preventiebeleid van afdeling en instelling. Indien deze situatie van toepassing is: is aantoonbaar tijd en aandacht ingezet om de functie en de oorzaak van het gedrag van de patiënt, dat zou kunnen leiden tot dwang of vrijheid beperking, te begrijpen?	😊			Blanco voorgeschiedenis. Was niet agressief geweest op de somatische afdeling waar hij eerder opgenomen was.  Ja, is aantoonbaar gebeurd, genoteerd in dossier op verschillende plaatsen. Bij Brosset overzicht terug te vinden.







	Is de evaluatie uitgevoerd aan de hand van een format?				Vanwege het feit dat evaluatie met patiënt niet mogelijk was is format onvoldoende gebruikt bij deze patiënt. Het format is 1x gebruikt. Evaluaties zijn terug te vinden in het dossier, maar niet gestructureerd. (onder decursus i.p.v. evaluatieformulier)
	<b>NORM</b>				Aandachtspunt: voor de wekelijkse evaluatie standaard het format gebruiken.
					<b>BEVINDING</b>
	De norm geeft aan dat de evaluatie bij voorkeur uitgevoerd is met een ervaringsdeskundige. Is dat gebeurd?				Nee, i.v.m. dat er momenteel geen ervaringsdeskundige in dienst is bij het UCP.
	Ook naastbetrokkenen dienen de mogelijkheid te krijgen deel te nemen aan de evaluaties, tenzij de patiënt hier tegen bezwaar heeft. Hebben naastbetrokkenen hiervoor aantoonbaar gelegenheid gekregen?				Aandachtspunt: Door afwezigheid kan de patiënt geen ervaringsdeskundige aangeboden krijgen. Ja
	Hebben de ervaringen en eventuele wensen en suggesties van de patiënt aantoonbaar een plaats gekregen in de evaluatie?				In dit geval geen wensen naar voren gekomen die toegepast zijn, familie was tevreden over de uitvoering en toepassing van dwang.
	Is de informatievoorziening aan de patiënt en eventuele naasten, alsmede de gezamenlijke besluitvorming aantoonbaar een onderwerp van de evaluatie geweest?				Er is veel gesproken met echtgenote, dit is ook vastgelegd in het dossier. Doordat het format onvoldoende gebruikt is, is niet altijd aantoonbaar terug of de informatievoorziening en de gezamenlijke besluitvorming een onderwerp van gesprek is geweest. Het team benadrukt dat alles in samenspraak met echtgenote is gebeurd.
					Aandachtspunt: voor de wekelijkse evaluatie standaard het format gebruiken.
<b>1.6</b>	<b>Evaluatie in het team</b>				
	De norm is dat alle afzonderingen en separaties wekelijks multidisciplinair besproken worden. Indien de evaluaties verbeterpunten voor de zorg opleveren: zijn deze aantoonbaar toegepast?				Wekelijks is er multidisciplinair teamevaluatie geweest. Uit evaluatie kwamen verbeterpunten naar voren om te veranderen, deze zijn aantoonbaar toegepast.







## 2. Hoofdstuk 2: Teamcultuur

Team: het multidisciplinaire team van de betreffende afdeling.

Teamcultuur: het geheel aan waarden en normen binnen een team; inclusief (ongeschreven) regels over communicatie en omgang met elkaar en met cliënten, en met een gedeelde visie op de zorg

	NORM			BEVINDING
2.1	<b>Benadering: gastvrij en present</b> Werkt de afdeling aantoonbaar met de "Vijf Minuten" methodiek of een vergelijkbare methodiek?			5 minuten methodiek wordt mee gewerkt, maar niet aantoonbaar. Aandachtspunt: aantoonbaar vastleggen dat met 5 minuten methodiek wordt gewerkt.
	Er is overdag aantoonbaar continu minimaal één teamlid bij de patiënten aanwezig en aanspreekbaar.			Ja, altijd iemand aanwezig. Voor deze patiënt is extra verpleging ingezet om dit mogelijk te maken.
2.2	<b>Herstelgerichte attitude/bejegening</b> Het team werkt aantoonbaar volgens de principes van de herstel ondersteunende zorg	n.v.t.		Er wordt mee gewerkt maar bij deze patiënt niet van toepassing omdat een ernstig progressief neurologisch beeld was.
	Het team werkt aantoonbaar samen met de behandelaren van de (ambulante) setting voorafgaand aan de opname en volgend op de opname	n.v.t.		Ja, er wordt samengewerkt met ambulante behandelaren. Deze patiënt had geen ambulante behandelaren. (blanco voorgeschiedenis). Er is wel aantoonbaar veel contact geweest met andere experts.
	Het team besteedt aantoonbaar tijd en aandacht om de functie en de oorzaak van het gedrag van de patiënt, dat zou kunnen leiden tot dwang of vrijheidsbeperking, te begrijpen.			Ja. Bij deze patiënt zijn er veel somatische onderzoeken en consultaties gedaan. Oorzaak lag in somatiek en daar is aantoonbaar naar gezocht.
2.3	<b>Reflectie op eigen handelen</b> Is er aantoonbaar interventie en/of supervisie voor de individuele teamleden en voor het gehele multidisciplinaire team (bv. moreel beraad)			Psychiater heeft deze patiënt besproken in psychiateroverleg. 1x per 5 weken is er interventie multidisciplinair en teamoverstijgend en dit is aantoonbaar. Daarnaast worden de wekelijkse casuïstiek besprekingen ook als
















	patiënt andere wensen ten aanzien van contact heeft.				
	Indien de behandelaar inschat dat een bepaalde wens in strijd is met goed hulpverlenerschap, legt hij/zij dit aantoonbaar vast in het dossier.	😊	😊	😊	
	<b>NORM</b>				<b>BEVINDING</b>
3.3	<b>Toezicht</b>				
	Er is aantoonbaar minimaal elk kwartier gericht toezicht* op de ingesloten patiënt. Afhankelijk van de toestand van de patiënt: persoonlijk toezicht of cameratoezicht.  *gericht toezicht: kijken door het raam van de separeer/afzonderingsruimte met de intentie om te checken of het goed gaat met patiënt of kijken op de monitor met dezelfde intentie.		😊		Er is persoonlijk toezicht geweest en daarnaast was er voortdurend camera-toezicht, maar is niet altijd in het dossier aantoonbaar terug te vinden. . .  Aandachtspunt: beter aantoonbaar maken welk toezicht er is geweest.
3.5	<b>Eigen kleding</b>				
	Uitgangspunt bij separatie/afzondering is dat de patiënt eigen kleding draagt. Indien er een hoog risico is op suïcide, is het aangewezen om de patiënt permanent* te begeleiden en/of bewaken (i.p.v. het laten dragen van scheurkleding). Indien deze permanente begeleiding/bewaking door de patiënt niet gewenst is EN daardoor door de professional niet verantwoord geacht wordt, is de beslissing om scheurkleding te gebruiken met toelichting in het dossier opgenomen.  *permanent: een verpleegkundige of sociaaltherapeut is permanent beschikbaar voor contact en zichtbaar in de voorruimte.	😊			Hij had eigen kleding aan. Geen scheurhemd aan gehad, wel eens zijn riem ingenomen.



## 4 Hoofdthema 4: Consultatie

	NORM				BEVINDING
4.1	Eerste consultatie				
	Is op het juiste moment consultatie aangevraagd, dat wil zeggen: dat voor een patiënt die in 1 week meer dan 84 uur in de separeerruimte/afzonderingsruimte of een combinatie van beide verblijft en de insluiting kan niet beëindigd worden, een onafhankelijk psychiater gevraagd wordt een consultatie uit te voeren.				Er is een 1 <sup>e</sup> consultatie geweest. Deze is bij deze patiënt te laat aangevraagd.  Aandachtspunt: op tijd de consultatie aanvragen
	Is de patiënt* van te voren op de hoogte gesteld van de consultatie en het doel ervan, zodat hij/zij op grond van de WGBO expliciet geïnformeerde toestemming kunnen geven voor het verstrekken van informatie aan en voor het rechtstreeks contact met de consultant-expert(s)?  *NB: indien wilsonbekwaam: vertegenwoordiger toestemming vragen				Dit komt niet uit dossier naar voren.  Aandachtspunt: de patiënt aantoonbaar van tevoren op de hoogte brengen van de consultatie.
	Heeft de onafhankelijk psychiater in het kader van de consultatie gesproken met de behandelaar en met de patiënt (indien mogelijk)				Ja
	Bevat het EPD een op schrift gesteld advies van de psychiater die de consultatie heeft uitgevoerd?				Ja
	Is dit advies aantoonbaar opgevolgd? Zo nee, is dit besluit schriftelijk afdoende gemotiveerd?				Ja
	Zijn naasten van de patiënt tussentijds aantoonbaar betrokken geworden bij het zoeken naar alternatieven (tenzij de patiënt hier bezwaar tegen heeft)?				Ja



	NORM	😊	😐	😞	BEVINDING
4.2	Tweede consultatie				
	Is op het juiste moment consultatie aangevraagd, dat wil zeggen: dat voor een patiënt die in 3 weken meer dan 252 uur in de separaarruimte/afzonderingsruimte of een combinatie van beide verblijft en de insluiting kan niet beëindigd worden, een onafhankelijk teamconsulent gevraagd is?			😞	Er is een 2e consultatie geweest. Deze is bij deze patiënt te laat aangevraagd.  Aandachtspunt: op tijd de consultatie aanvragen
	Heeft de onafhankelijke teamconsulent aantoonbaar met het multidisciplinaire team onderzocht wat het aandeel van het team in de casus is, welke inzichten en handreikingen mogelijk zijn voor het team ter beëindiging van de separatie/afzondering en voor het inzetten van alternatieven?	😊			Ja
	Is de patiënt* van te voren op de hoogte gesteld van de consultatie en het doel ervan, zodat zij op grond van de WGBO expliciet geïnformeerde toestemming kunnen geven voor het verstrekken van informatie aan en voor het rechtstreeks contact met de consultant-expert(s)?  *NB: Indien wilsonbekwaam, vertegenwoordiger toestemming vragen			😞	Echtgenote is steeds betrokken bij het beleid, is ook gesproken tijdens de consultatie maar het is niet vastgelegd dat er van tevoren besproken is dat er een consultatie zou zijn en/of zij toestemming gegeven heeft.  Aandachtspunt: de patiënt/vertegenwoordiger toestemming vragen voor de consultatie en dit vastleggen.
	Bevat het EPD een op schrift gesteld advies van de teamconsulent die de consultatie heeft uitgevoerd?	😊			ja
	Is dit advies aantoonbaar opgevolgd? Zo nee, is dit besluit schriftelijk afdoende gemotiveerd?	😊			Ja
	Zijn naasten van de patiënt tussentijds aantoonbaar betrokken geworden bij het zoeken naar alternatieven (tenzij de patiënt hier bezwaar tegen heeft)?	😊			Ja



	NORM				BEVINDING
4.3	Derde consultatie				
	Is op het juiste moment consultatie aangevraagd, dat wil zeggen: dat voor een patiënt die in 6 weken meer dan 504 uur in de separaeruimte/afzonderingsruimte of een combinatie van beide verblijft en de insluiting kan niet beëindigd worden, een externe teamconsultatie aangevraagd is?				Consultatie van het KEP (kenniscentrum ernstig probleemgedrag) is als derde consultatie beschouwd.
	Is met dit externe consultatieteam casusoverleg geweest, waar ook alle eerder geconsulteerde experts bij aanwezig zijn?				Nee, omdat het voorgestelde beleid bij deze patiënt duidelijk was werd dit casusoverleg niet als bijdragend geacht. Patiënt werd overgeplaatst naar een instelling voor neurologische/psychiatrische problematiek waar de derde consulent werkzaam is). Het afwijken van de norm is niet vastgelegd in het dossier.
	Is in dit overleg aantoonbaar gezocht naar alle denkbare mogelijkheden om het behandelteam van aanvullende inzichten en handreikingen te voorzien ter beëindiging van de separatie/afzondering en voor het inzetten van alternatieven?				Aandachtspunt: Bij afwijken van de norm vastleggen in dossier. Ja
	Bevat het EPD een op schrift gesteld advies van het externe collegiale team die de consultatie heeft uitgevoerd?				Er is verslag van de adviezen van het KEP, maar er is geen schriftelijk advies door henzelf opgesteld.
	Is dit advies aantoonbaar opgevolgd? Zo nee, is dit besluit schriftelijk afdoende gemotiveerd?				Aandachtspunt: Consultatie op schrift laten stellen. Ja
	Zijn naasten van de patiënt tussentijds aantoonbaar betrokken geworden bij het zoeken naar alternatieven (tenzij de patiënt hier bezwaar tegen heeft)?				Ja
4.4	Vierde consultatie				
	Is op het juiste moment consultatie aangevraagd, dat wil zeggen: dat voor een patiënt die in 13 weken meer dan 1092 uur in de separaeruimte/afzonderingsruimte of een combinatie van beide	n.v.t.			



	verblijft en de insluiting kan niet beëindigd worden, een consultatie aangevraagd is aangevraagd is bij externe experts, van buiten de instelling, die nog niet eerder waren geconsulteerd in deze casus, bijvoorbeeld het CCE of een kwalitatief vergelijkbaar expertteam?					
	<b>NORM</b>					
	Is dit advies aantoonbaar opgevolgd? Zo nee, is dit besluit schriftelijk afdoende gemotiveerd?	n.v.t.				
	Zijn naasten van de patiënt tussentijds aantoonbaar betrokken geworden bij het zoeken naar alternatieven (tenzij de patiënt hier bezwaar tegen heeft)?	n.v.t.				
<b>4.5</b>	<b>Herhaalde consultatie</b>					
	Is op het juiste moment herhaalde consultatie aangevraagd, dat wil zeggen: indien een separatie of afzondering (of een combinatie van beide) na de 4 <sup>e</sup> consultatie niet beëindigd kan worden, dan betreft de behandelende psychiater elke 6 weken een externe consulent bij de behandelplanbespreking.	n.v.t.				
	Zijn naasten van de patiënt tussentijds aantoonbaar betrokken geworden bij het zoeken naar alternatieven (tenzij de patiënt hier bezwaar tegen heeft)?	n.v.t.				





## 5 Hoofthema 5: Reductie

	NORM	😊	😐	😞	BEVINDING
5.1	Aantal en duur vrijheid beperkende interventies uit Argusregistratie ten opzichte van vorige jaren				
	Heeft de afdeling een Plan van Aanpak opgesteld ter reductie van het separeren en afzonderen (al dan niet onder verzet)?	😊			Ja, beschreven in het BOPZ jaarplan en n.a.v. eerdere audits zijn er verbeterplannen opgesteld.
	Is in dit plan de doelstelling aantoonbaar SMART beschreven? (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden)	😊			Ja
	Is het voorkómen van substitutie naar andere vormen van vrijheidsbeperking aantoonbaar in het Plan van Aanpak opgenomen?			😞	Nee, er is geen plan van aanpak voor het voorkómen van substitutie naar andere vormen van vrijheidsbeperking in het Bopz jaarplan/plan opgenomen. De aantallen zijn zo klein dat daar geen plan van aanpak op geschreven is. Dit betekent niet dat er geen aandacht is voor dwangtoepassingen en eventuele substitutie. Alle dwangtoepassingen worden wekelijks in het overleg van de GD met het secretariaat GD en de aandachtfunctionaris terugdringen dwang en drang besproken en maandelijks in het Bopz-overleg, waarbij de GD, de aandachtfunctionaris, het secretariaat en de behandelaars en regievoerpleegkundigen van de opname afdelingen aanwezig zijn.
	Kan het team de cijfers en de context toelichten?	😊			Aandachtspunt: in plan van aanpak meenemen. Op deze afdeling is in 2017 weinig gesepareerd/afgezonderd. In het eerste kwartaal is er niet gesepareerd, in het tweede kwartaal is er 1 patiënt 1 uur afgezonderd geweest en in het derde kwartaal is er 1 patiënt gesepareerd / afgezonderd (de patiënt waarover deze audit gaat).
5.2	Aantal dwangtoepassingen ten opzichte van vorig jaar				
	Is er aantoonbaar (d.m.v. cijfers en context) een daling bereikt in het			😞	Over de eerste drie kwartalen van 2017 is geen daling bereikt.









## DEEL B

### Documenten, registreren en informeren in het kader van BOPZ

	NORM	😊	😐	😞	BEVINDING	
B1	Argus: Worden alle verplichte items in Argus geregistreerd? Graag tonen wat er geregistreerd wordt?	😊			Ja en aantoonbaar	
B2	Als de patiënt geen maatregel heeft, dan moet in geval van onvrijwillige separatie/afzondering een IBS worden aangevraagd; Is een IBS aantoonbaar aangevraagd?	😊			Ja en aantoonbaar	
B3	Indien de patiënt niet instemde met de separatie/ afzondering: Is er een artikel 39 "Toepassen middelen of maatregelen" gestart?	😊			Ja en aantoonbaar	
B4	Is de informatiebrief artikel 39 separeren/afzonderen opgesteld en uitgereikt aan de patiënt?	😊			Ja en aantoonbaar	
B5	Is artikel 39 'toepassing middelen of maatregelen' gesloten na einde noodsituatie/ dwangtoepassing?	😊			Ja en aantoonbaar	
B6	Is er een informatiebrief 'artikel 40' uitgereikt aan de patiënt, indien de patiënt met een maatregel is opgenomen en er beperkende maatregelen zijn opgelegd (vrijheidsbeperking, beperking internetverkeer, beperking telefoonverkeer, beperking post)?	😊			Ja en aantoonbaar	
B7	Is de eerste contactpersoon geïnformeerd over separatie/afzondering?	😊			Ja, brief	
B8	Is de gesepareerde/afgezonderde patiënt dagelijks door een arts bezocht?	😊			Ja en aantoonbaar	
B9	Indien de toepassing langer dan 7 dagen duurde: is dwangbehandeling tijdig aangevraagd?	😊			Ja en aantoonbaar	
B10	Is in de rapportage aangegeven waarom de patiënt is gesepareerd/afgezonderd?	😊			Ja en aantoonbaar	
B11	Is in de rapportage aangegeven wat er gedaan is om de separatie/dwangmaatregel te voorkomen?	😊			Ja en aantoonbaar	
B12	Is in de rapportage vastgelegd wie het besluit genomen heeft om te separeren?	😊			Ja en aantoonbaar	
B13	Is in de rapportage het besluit tot en de wijze van de-separeren vastgelegd?	n.v.t.			Was niet van toepassing	



## DEEL C

### Thema Dwangbehandeling

	NORM	😊	😐	😞	BEVINDING
C1	<p>Had de patiënt gedurende de dwangbehandeling één van de volgende titels:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IBS</li> <li>• Voorlopige en voortgezette RM, RM op eigen verzoek en zelfbindingsmachtiging</li> <li>• Voorwaardelijke machtiging (37 wetboek van strafrecht)</li> <li>• Strafrechtelijke machtiging (37 wetboek van strafrecht)</li> <li>• TBS met bevel tot verpleging inclusief de proefverloftase (37a en 37b wetboek van strafrecht)</li> <li>• TBS met voorwaarden (38, 38a en 38b wetboek van strafrecht)</li> <li>• Pro Justitia-rapportage</li> <li>• Schorsing voorlopige hechtenis (80 wetboek v. strafvordering)</li> <li>• Plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (PJ, 77s wetboek van strafrecht) ISD (Inrichting Stelselmatige Daders)</li> </ul>	😊			Ja, IBS en voorlopige machtiging.
C2	Als een MoM-Nood-toepassing na 7 dagen moet worden voortgezet en de patiënt verzet zich hier tegen dan moet de toepassing worden omgezet in een dwangbehandeling. Als deze situatie van toepassing is geweest, is de dwangbehandeling dan ook aantoonbaar tijdig gestart?	😊			Ja, aantoonbaar
C3	Is de Geneesheer-directeur voor aanvang van de dwangbehandeling aantoonbaar geïnformeerd?			😞	GD is regelmatig geïnformeerd maar niet aantoonbaar.
C4	Is voor aanvang van de dwangbehandeling een behandelplan	😊			<p>Aandachtspunt: GD aantoonbaar vooraf aan de dwangbehandeling informeren.</p> <p>Ja</p>



opgesteld?	NORM	😊	😐	☹️	BEVINDING
C5	Is voor aanvang van de dwangbehandeling aantoonbaar een second opinion uitgevoerd?	😊			Ja
C6	Blijkt uit de rapportage dat dwangbehandeling strikt noodzakelijk was?	😊			Ja
C7	Is de dwangbehandeling aan de patiënt schriftelijk voor aanvang van de dwangbehandeling aangezegd?			☹️	Nee, er is niet meer aan gedacht omdat de dwangbehandeling volgde op M of M en daarbij alle brieven wel uitgereikt zijn.
C8	Is aan de patiënt schriftelijk medegedeeld waarom een minder ingrijpende behandeling niet mogelijk is?			☹️	Nee, er is geen artikel 38 brief uitgereikt.
C9	Is aan de patiënt schriftelijk meegedeeld dat contact kan worden opgenomen met een patiëntvertrouwenspersoon?			☹️	Nee, er is geen artikel 38 brief uitgereikt.
C10	Is aan de patiënt schriftelijk meegedeeld dat een klacht kan worden ingediend bij de klachtencommissie?			☹️	Nee, er is geen artikel 38 brief uitgereikt.
C11	Zijn, in geval een patiënt door een behandelaar wilsonbekwaam is bevonden, de wettelijk vertegenwoordiger en/of naasten zo spoedig mogelijk schriftelijk geïnformeerd over de dwangbehandeling?			☹️	Nee, er is geen artikel 38 brief aan de vertegenwoordiger uitgereikt.
C12	Is de dwangbehandeling regelmatig geëvalueerd? (ten minste maandelijks en -indien separatie deel uitmaakt van de dwangbehandeling-, minimaal dagelijks)	😊			Aandachtspunt: Bij de overgang van M of M naar dwangbehandeling moet een artikel 38 brief met bovenstaande punten uitgereikt worden. Ja
C13	Wanneer dwangbehandeling wordt toegepast om te voorkomen dat een patiënt te lang blijft opgenomen (d.w.z. dat sprake is van zogenaamd extern gevaar) dan moet, indien de dwangbehandeling langer dan 3 maanden zou moeten duren, de Geneesheer-directeur, bij het bereiken van deze periode van 3 maanden, een schriftelijke beslissing van verlenging verstrekken. Is, indien van toepassing, de schriftelijke verlenging tijdig verstrekt?	n.v.t.			
C14	Is de dwangbehandeling beëindigd op het moment dat het doel is bereikt of op het moment dat de patiënt het verzet tegen de behandeling staakte?	n.v.t.			Hij is overgeplaatst
C15	Is de beëindiging van de dwangbehandeling gemeld aan de Geneesheer-directeur?	😊			Ja



## PS14 Verbeterplan terugdringen separeren en afzonderen

Kwaliteitsnorm	netwerkaudit december 2016	Verbeterpunt volgens de norm	Verbeteractie	Plan van aanpak	Verantwoordelijk voor uitvoering	Realisatiedatum	Benodigde middelen	Evaluatie voortgang verbeteracties september 2017	Interne audit november 2017
Hoofdstuk 1.1	Voorafgaand aan de separatie was er geen signaleringsplan; verwanten van patiënt of een ervaringsdeskundige zijn niet betrokken geweest bij het verdrukken van het perspectief van de patiënt.	Bij alle patiënten crisiskaart uitvragen bij opname en indien geen crisiskaart aanwezig dan uitvragen wat de voorkeuren van de patiënt bij crisis zijn.	Het opstellen van een signaleringsplan is een middel om de wensen bij crisis uit te vragen. Voor 1 juni 2017 is het uitvragen van crisiskaart danwel wensen bij crisis in het zorgproces geborgd. Alle behandelaren en verpleegkundigen zijn op de hoogte van deze norm.	Voortlichting aan het team twee wekelijks checks doen in dossiers. Aanpassing in EPD		jun-17	aanpassingen in EPD	De vraag of patiënten een crisiskaart hebben is toegevoegd aan de verpleegkundige anamnese. Het team is voorgelicht over het uitvragen van de voorkeuren van de patiënt. De twee wekelijkse check is niet uitgevoerd.	Bij deze dossiercheck had patiënt geen crisiskaart en zijn de voorkeuren uitgevraagd.
Hoofdstuk 1.2	Signaleringsplan is er wel, maar opgesteld n.v.v. de separatie van de patiënt (zie ook 1.1.) Het opstellen van het signaleringsplan is in interactie met patiënt gebeurd.	Bij iedere patiënt met een maatregel en/of score op bruset moet binnen 2 dagen een signaleringsplan zijn opgesteld. Waar mogelijk naasten betrekken bij het opstellen van dit plan.	Signaleringsplannen moeten sneller opgesteld worden.	Regie verpleegkundige gaat hierop toezien en verpleegkundigen hierop aanspreken		jun-17	Inzage in patiëntendossiers door regievoer.	Regie verpleegkundige heeft hierop toezien en waar nodig herinneringen verstuurd	Signaleringsplan had sneller opgesteld moeten worden
Hoofdstuk 1.3	De overwegingen en de afweging van de psychiater om op de betreffende dag tot separatie over te gaan is niet aantoonbaar terug te vinden in het dossier. Ditzelfde geldt voor de overwegingen en de afweging van de psychiater om de separatie te beëindigen	De overwegingen en de afweging van de psychiater om op de betreffende dag tot separatie over te gaan of te beëindigen moet aantoonbaar terug te vinden zijn in het dossier.	De overwegingen van de psychiater/behandelaar zijn aantoonbaar en dagelijks terug te vinden.	In het nieuwe epd een format maken waarin deze overwegingen opgenomen zijn. Psychiater en behandelaren instructie geven over het nieuwe format		jun-17	Inzage in patiëntendossiers	Separer rapportage wordt nauwkeurig bijgehouden. De patiënt in de separer wordt dagelijks bezocht door arts/psychiater en hiervan wordt een gestructureerd verslag vastgelegd.	De overwegingen zijn aantoonbaar te vinden in het dossier.
Hoofdstuk 2.3	Intervisie zit in de opstartfase, de eerste groep is gestart.	Reflectie op eigen handelen De organisatie faciliteert intervisie en/of supervisie voor de individuele teamleden en voor het gehele multidisciplinaire team.	Alle teamleden nemen deel aan intervisie	Organiseren dat iedereen structureel wordt ingepland voor intervisie		1-met-17		Elke zorgverlener is ingedeeld in een multidisciplinaire groep. Iedere groep is gestart met intervisie en houden een schema/agenda bijeenkomsten bij.	1x per 5 weken is er intervisie multidisciplinair en teamoverstijgend en dit is aantoonbaar



Kwaliteitsnorm	Interne audit november 2017	Verbeterpunt volgens de norm	Verbeteractie	Plan van aanpak	Verantwoordelijk voor uitvoering	Realisatiedatum	Benodigde middelen	netwerkaudit in 2018
Hoofdstuk 1.2	Signaleringsplan had sneller opgesteld moeten worden							
Hoofdstuk 1.4 & 2.1	nieuwe afweging bij opname: Deze afspraken zijn niet vastgelegd en daarmee niet aantoonbaar, wel bekend bij het personeel.							
Hoofdstuk 1.5	evaluatie met de patient of diens familie is met grote regelmaat gebeurd alleen niet aan de hand van het afgesproken format (evaluatie separatie/afzondering) De norm geeft aan dat de evaluatie bij voorkeur uitgevoerd is met een ervaringsdeskundige. Dit is niet gebeurd							
Hoofdstuk 1.7	Risicotaxatie, broset is niet 2x daags ingevuld							
Hoofdstuk 3.3	Toezicht: er is voldoende toezicht maar dit is niet aantoonbaar							
Hoofdstuk 4.1 en 4.2	Eerste en tweede consultatie zijn te laat aangevraagd.	Eerste consultatie wordt aangevraagd na 84 uur insluiting. Tweede consultatie wordt aangevraagd na 252 uur insluiting.	Behandelaren hebben inzicht in de totale duur van de insluiting waardoor op tijd consultatie aangevraagd wordt.	Tijdsregistratie aanpassen zodat duidelijk is wanneer consultatie aangevraagd moet worden.		1-10-2017 (aandachtspunt al eerder gevonden en daarop al actie ondernomen). De audit van november ging over een separatie in september vandaar de gevonden afwijking.		
Hoofdstuk 4.1, 4.2 en 4.3	de patient is niet van tevoren op de hoogte gesteld van de consultatie en het doel ervan.							
Hoofdstuk 4.3	bij de derde consultatie is met externe consultatieteam geencasusoverleg geweest, waar ook alle eerder geconsulteerde experts bij aanwezig waren. De consultatie is niet op schrift laten zetten							



Hoofdstuk 5.1	Er is geen plan van aanpak om substitutie naar andere vormen te voorkomen.								
Hoofdstuk 5.2									
C3	De GD is niet voor de dwangbehandeling op de hoogte gesteld.								
C7 v/m C11	De art. 38 brieven zijn niet uitgereikt.								



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

UMCG  
T.a.v. de Raad van bestuur  
Postbus 30001  
9700 RB GRONINGEN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
www.igj.nl

Datum 19 december 2017  
Onderwerp ontvangstbevestiging verslag vervolgaudit(s) terugdringen separeren en afzonderen

Ons kenmerk  
2017-  
2074914/V1009042

Geachte Raad van bestuur,

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: de inspectie) ontving op 29 november 2017 het verslag van de vervolgaudit(s) terugdringen separeren en afzonderen; hartelijk dank hiervoor.

De inspectie zal in het eerste kwartaal van 2018 alle toegestuurde auditverslagen analyseren en beoordelen.

De inspectie kan vervolgens naar aanleiding van de beoordeling een onaangekondigd toezichtbezoek brengen aan uw instelling om met behulp van een toezicht-instrument dat gebaseerd is op het Toetsingskader terugdringen separeren en afzonderen 2016 de vijf hoofdthema's Preventie, Teamcultuur, Uitvoering, Consultatie en Reductie te toetsen.

De inspectie kan u ook verzoeken om aanvullende informatie aan te leveren.

De inspectie zal de door u verstrekte informatie betrekken in een voortgangsrapportage die zij op haar website zal publiceren over de resultaten van de inspanningen van alle GGZ-instellingen rond het terugdringen van separeren en afzonderen.

Ik ga ervan uit u voldoende geïnformeerd te hebben. Mocht u nog vragen hebben, neemt u dan contact op met ondergetekende.

Emailadres: [redacted]@igj.nl.

Met vriendelijke groet,

[redacted]  
[redacted]  
senior inspecteur IGZ<sup>1</sup>, projectleider terugdringen Insluiten

<sup>1</sup> Bij ondertekening gebruiken wij de organisatiennaam genoemd in de wetten op het terrein van de volksgezondheid en de jeugdhulp.





Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Universitair Medisch Centrum Groningen  
T.a.v. de raad van bestuur  
Postbus 30001  
9700 RB GRONINGEN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
www.igj.nl

Ons kenmerk  
2018-2117071/V1009042/  
GGZ/

Datum 2 mei 2018  
Onderwerp Reactie op verslag vervolgaudits terugdringen separeren en afzonderen V1009042

Geachte raad van bestuur,

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: de Inspectie) ontving op 28 november 2017 het verslag van de (vervolg)audits terugdringen separeren en afzonderen van de afdeling psychiatrie (het UCP) van uw ziekenhuis. Deze audits zijn uitgevoerd op 3 februari 2017 en op 1 november 2017. Deze laatste audit was een vervolg op de (netwerk)audit van 7 december 2016 bij unit PSI4.

In de begeleidende brief heeft u het door de inspectie gevraagde oordeel over de resultaten van de (vervolg)audits ten opzichte van die van de vorige audit gegeven.

Ook ontving de inspectie de gevraagde stand van zaken met betrekking tot de ingezette verbetermaatregelen voor unit 2 in september 2017.

U hebt het UCP gevraagd om voor eind januari 2018 een plan van aanpak aan te leveren.

### Conclusie

De inspectie heeft de ontvangen informatie beoordeeld en vergeleken met de resultaten van de eerste audit en komt tot de volgende conclusies:

1. De vervolgaudit van unit 4 laat in vergelijking met de eerste audit in december 2016 een wisselend beeld zien: op drie onderdelen is een verbetering zichtbaar, maar op zes onderdelen een verslechtering. Het thema consultatie was tijdens de eerste audit niet van toepassing en tijdens de tweede audit kwamen er verschillende verbeterpunten aan het licht, met de nuancering dat er inmiddels al een verbeteractie zou zijn ondernomen. Over het geheel genomen constateert de inspectie dan een verslechtering, die niet goed verklaard wordt.
2. De eerste audit van unit 2 laat 9 verbeterpunten zien, terwijl het bijgeleverde verbeterplan slechts zes verbeteracties bevat. De inspectie mist verbeteracties rond de items 1.3, 5.1 en 5.2.

De verbeterplannen zelf zien er qua opzet goed uit. Helder is omschreven wie verantwoordelijk is voor welk concreet doel en op welke termijn het doel gerealiseerd moet worden. Een evaluatie is gepland. Daarmee is de kwaliteitscyclus, zoals de inspectie dit nodig vindt, geborgd.

Volledigheidshalve wil de inspectie nog de volgende punten opmerken:

1. De vraag over herstelgerichte attitude / bejegening (item 2.2) betreft het team van een afdeling en moet dus niet bekeken worden op casusniveau.
2. Bij de tweede deelvraag van item 2.2 is het van belang dat ook samengewerkt wordt met de behandelaren van het team **volgens** op de opname. Dit deel ontbreekt bij het antwoord.
3. Bij deze deelvraag is het ook de bedoeling om na te gaan of het team werkt volgens de principes van herstelondersteunende zorg. Dit onderdeel ontbreekt in de audit van unit 2 en bij unit 4 is gekeken naar de casus in plaats van naar het team.
4. Bij het antwoord op de vraag over de reflectie op eigen handelen, item 2.3, is ingevuld dat een wekelijkse casuïstiekbespreking ook als intervisie wordt gezien. De inspectie merkt hierbij op dat dit alleen zo gezien kan worden als tijdens deze bespreking ook ruimte is voor het bespreken van ervaringen in het omgaan met moeilijke situaties (zie ook het Werkboek HIC 2013).
5. In het toetsingskader is bij dit item uitdrukkelijk onderscheid aangebracht tussen intervisie/supervisie voor het multidisciplinaire team en intervisie/supervisie voor individuele teamleden. In de beide audits lijkt alleen gekeken te zijn naar intervisie voor het team.
6. Over het aantoonbaar voldoen aan de norm rond het toezicht, item 3.3, heeft de inspectie als standpunt uitgedragen, dat, wanneer dit toezicht op de juiste wijze in het individuele begeleidingsplan is neergelegd, kan worden volstaan met in de verpleegkundige rapportage per dienst aan te tekenen dat het plan is uitgevoerd, ook wat betreft het toezicht. Het is dan niet noodzakelijk om aftekenlijsten bij te houden. Wanneer het plan niet is uitgevoerd dient uiteraard te worden aangetekend wat de reden hiervoor is.
7. Wat betreft het dragen van eigen kleding, item 3.5, is het uitgangspunt van het toetsingskader niet, dat de patiënt zijn eigen kleding draagt tenzij er wordt ingeschat dat dit niet veilig is, zoals beschreven staat in het verbeterplan van unit 2. Het uitgangspunt dient te zijn dat de patiënt eigen kleding draagt, ook al zou vanwege (bijvoorbeeld) een hoog risico op suïcide scheurkleding aangewezen zijn. Er dient dan gekozen te worden voor permanente begeleiding en/of bewaking, tenzij de patiënt dit zelf niet wenst EN dit daardoor door de professional niet verantwoord wordt geacht. Op dat moment kan de behandelaar besluiten om scheurkleding te gebruiken. De motivatie van deze beslissing dient in het dossier vermeld te worden.

Ons kenmerk  
2018-2117071/V1009042/  
GGZ/

Datum  
2 mei 2018

### Vervolg

U heeft naar aanleiding van de audits een plan van aanpak gevraagd voor beide units van het UCP. Graag ontvangt de inspectie uiterlijk 21 mei 2018 dit plan van aanpak met uw reactie hierop.

De inspectie verwacht daarnaast ook uw analyse over de geconstateerde verslechtering op unit 4, ondanks alle aandacht van de afdeling voor het terugdringen van dwang en drang.



Ik ga ervan uit u voldoende geïnformeerd te hebben. Mocht u nog vragen hebben, neemt u dan contact op met ondergetekende.

e-mailadres: [redacted]@ict.nl



senior inspecteur IGZ, projectleider terugdringen insluiten

Ons kenmerk  
2018-2117071/V1009042/  
GG: [redacted]

Datum  
2 mei 2018

---

<sup>1</sup> Bij ondertekening gebruiken wij de organisatienaam genoemd in de wetten op het terrein van de volksgezondheid en de jeugdhulp.

**Universitair Medisch Centrum Groningen**

**Raad van Bestuur**

Overall 10.2.e

Aan

senior inspecteur IGZ, projectleider  
terugdringen insluiten  
Postbus 2518  
6401 DA HEERLEN

Telefoon (050) 36

Bijlage(n) 5  
Kenmerk 18.357859/RvB

e-mail: meldpunt@igj.nl

Datum 17 mei 2018

Onderwerp Reactie brief vervolgaudits terugdringen separeren en afzonderen V1009042

Geachte

Naar aanleiding van uw brief d.d. 2 mei 2018, met kenmerk 2018-2117071/V1009042/GGZ/  
kan ik u het volgende berichten.

In uw brief refereert u aan ons schrijven d.d. 28 november 2017 dat u, met een viertal bijlagen, van ons heeft ontvangen. Hierin is de stand van zaken rond het terugdringen separeren en afzonderen en hoe zaken binnen het Universitair Centrum Psychiatrie (UCP) verbeterd zullen worden geschetst.

U verzoekt ons naar aanleiding van deze informatie een analyse te geven over de geconstateerde verslechtering op unit 4, de toezending van het plan van aanpak van beide units op het UCP en de reactie vanuit de Raad van Bestuur hierop.

Binnen het UCP van het UMCG bevindt zich één afdeling met twee units waar gesepareerd en afgezonderd kan worden, namelijk acute opname 2 (PSI2) en opname 4 (PSI4).

Op beide units vinden jaarlijks interne audits plaats en wordt een keer per jaar een netwerkaudit afgenomen. Naar aanleiding van deze audits wordt per unit in afstemming met de teams een verbeterplan opgesteld.





Hieronder treft u de reactie van de afdelingsleiding van het UCP op de door u genoemde punten..

#### 1. Reactie op geconstateerde verslechtering

*De interne audit van PSI4 in november 2017 laat in vergelijking met de netwerkaudit in december 2016 een wisselend beeld zien.*

*Over het geheel genomen constateert de inspectie een verslechtering, die niet goed verklaard wordt.*

Tijdens de interne audit van november 2017 is kritisch gekeken naar één casus waarbij iemand langdurig in de separeer is verbleven. In die periode was dat de enige patiënt die voor een langere periode is gesepareerd.

De verslechtering van de audituitkomsten betreft voornamelijk het aanvragen en uitvoeren van consultaties. Dit is tijdens de separatieperiode van deze patiënt al opgemerkt en hersteld. Tijdens de audit moest alsnog worden geconstateerd dat de hierover gemaakte afspraken niet waren nagekomen.

Inmiddels zijn verbeteracties uitgevoerd om herhaling te voorkomen, namelijk:

1. Het geven van een standaard instructie door de geneesheer directeur aan nieuwe arts-assistenten bij aanvang van de stageperiode op een van de units van het UCP waar wordt gesepareerd.
2. Het begeleiden van het verpleegkundig team door de aandachtsfunctionaris BOPZ.
3. Het gebruiken van de argusregistratie om dagelijks aan de arts te laten weten hoeveel uur een patiënt is gesepareerd. Hierdoor heeft de arts zicht op de duur van een separatie in relatie tot het aanvragen van de consultaties.
4. Het aanpassen van het protocol Dwangbehandeling. Dit is op 19 december 2017 gepubliceerd op DocPortal, het interne systeem waarop protocollen worden bijgehouden. Ter informatie is dit protocol bijgevoegd (Bijlage 1).

Het feit dat op PSI4 weinig wordt gesepareerd, maakt dat er weinig routine ontstaat in de procedures rondom separeren en afzonderen. Dit is onder de aandacht van de geneesheer directeur. Medewerkers van het bureau van de geneesheer directeur begeleiden de afdeling actief op het gebied van regelgeving tijdens een separatie.

Er werd tijdens de interne audit in november 2017 eveneens geconstateerd dat het verpleegkundig team "minder trouw" was geworden in het uitvoeren van de Broset (1.7 Risicotaxatie). De invoering van een elektronisch patiëntendossier heeft dit veroorzaakt. Inmiddels zijn medewerkers voldoende goed ingewerkt en wordt de registratie goed uitgevoerd.

#### 2. Reactie op missende verbeteracties

*De eerste audit van unit 2 laat 9 verbeterpunten zien, terwijl het bijgeleverde verbeterplan slechts zes verbeteracties bevat. De inspectie mist verbeteracties rond de items 1.3, 5.1 en 5.2.*

Uw constatering dat er een drietal verbeteracties missen, is correct en reeds door het UCP opgepakt. In het verbeterplan 2018 voor de PSI2 staan deze verbeteracties vermeld.



De punten ter verduidelijking van de interpretatie van de normen, die u in uw brief op pagina 2 benoemt, zullen worden meegenomen in het beleid inzake het terugdringen van separeren en afzonderen.

Overzicht stand van zaken audits per unit:

Acute opname 2 (PSI2)

- Op 18 januari 2018 hebben de geneesheer directeur en twee BOPZ-medewerkers van Dimence een netwerkaudit uitgevoerd op deze unit. Het verbeterplan naar aanleiding van deze audit is opgesteld en besproken met het team. Het verslag, d.d. 7 februari 2018, is toegevoegd aan dit schrijven (Bijlage 2).
- In juni 2018 staat er een interne audit voor PSI2 gepland.

Opname 4 (PSI4)

- Op 1 november 2017 is er een interne audit geweest, een verbeterplan naar aanleiding van deze audit is opgesteld en begin 2018 besproken met het team.
- In de tweede helft van het jaar 2018 zal er een netwerkaudit op deze unit plaatsvinden. Deze zal worden uitgevoerd door GGZ Drenthe.

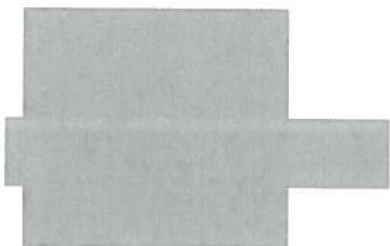
Het plan van aanpak voor 2018 in de vorm van verbeterplannen per unit gericht op het terugdringen van separeren en afzonderen in het UCP is toegevoegd (Bijlagen 3 en 4). In de verbeterplannen wordt gesproken over scholingsmiddagen voor de verpleging. Ter informatie is de agenda van de laatste scholingsmiddag bijgevoegd (Bijlage 5)

Vanuit de Raad van Bestuur kan ik u melden dat het UCP de verbeteracties serieus neemt. Het UCP heeft een goed werkende kwaliteitssysteem met bijbehorende PDCA cyclus en voert regelmatig zowel interne als externe audits uit.

De openstaande verbeteracties worden regelmatig besproken met de teams. Verder nemen afgevaardigden van het UCP deel aan de landelijke en regionale sessies aangaande het terugdringen van dwang en drang en neemt de geneesheer directeur deel aan de intervisiegroep van geneesheer-directeuren van de noordelijke provincies waar de implementatie van het normenkader en het terugdringen van dwang en drang regelmatig besproken worden. Met het AMC is een werkgroep gestart om te onderzoeken hoe men dwang en drang in een academische setting nog verder terug kan dringen.

Hopende u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groet,  
namens de Raad van Bestuur,





# UCP Protocol Dwangbehandeling (Bopz art. 38)

---

## Dwangbehandeling (Bopz art. 38)

Een Bopz dwangbehandeling is het onder dwang ten uitvoer leggen van (delen van) het behandelingsplan. Dit behandelingsplan is erop gericht de geestesstoornis zodanig te verbeteren dat het gevaar dat aanleiding was voor de opname, wordt weggenomen. Ambulante dwangbehandeling is dus niet mogelijk. Uitvoering van een behandelingsplan kan alleen met instemming van de patiënt of diens vertegenwoordiger. Bij (feitelijk en consistent) verzet van de patiënt of de vertegenwoordiger kan het behandelingsplan alleen worden uitgevoerd wanneer dat volstrekt noodzakelijk is om gevaar voor de patiënt of anderen binnen de Bopz-inrichting, voortvloeiend uit de stoornis der geestvermogens, af te wenden. Naast dit interne gevaarscriterium (behandeling volstrekt noodzakelijk om gevaar voor de patiënt of anderen, als gevolg van de stoornis, af te wenden) is er ook ruimte voor dwangbehandeling wanneer het onthouden van die behandeling er toe leidt dat betrokkene niet binnen redelijke termijn zal kunnen worden ontslagen (extern gevaar). Dit zal in over het algemeen gelden voor **dwangbehandeling met medicatie**.

Er is ook sprake van dwangbehandeling wanneer langer dan een week **middelen of maatregelen** worden toegepast wegens een noodsituatie (Bopz art 39). Deze middelen of maatregelen moeten dan wel opgenomen zijn in een behandelplan.

Bij dwangmedicatie gelden de beginselen van

- doelmatigheid (het toegepaste middel dient geschikt te zijn om het beoogde doel te bereiken),
- subsidiariteit (er is geen minder ingrijpend middel) en
- proportionaliteit (ingreep staat in verhouding tot het gevaar).

Bij dwangbehandeling onder de Bopz is de psychiater verantwoordelijk.

De wet Bopz schrijft voor dat het doel van de behandeling gericht is op het wegnemen van gevaar, zo mogelijk door verbetering van de (gevaarzettende) psychiatrische stoornis. Dit doel moet in het behandelplan terug te vinden zijn in de vorm van therapeutische middelen, die regelmatig toetsbaar zijn en ook getoetst worden.

Voor de uitvoering van dwangbehandeling zie de protocollen **separatie**, **afzondering**, **vocht en voeding onder dwang**, **fixatie** en **medicatie onder dwang** en **ECT**.

Bij wilsonbekwame patiënten dient de vertegenwoordiger ingelicht te worden over start en stop dwangbehandeling.

De geneesheer-directeur dient voor de start van de dwangbehandeling ingelicht te worden.

De patiënt kan over het toepassen van medicatie onder dwang een klacht indienen bij de klachtencommissie (Bopz art 41). Daarom moet bij er altijd een **brief Voornemen Dwangbehandeling** (te vinden in Nexus/juridische status) aan de patiënt uitgereikt worden. In deze brief staat uitgelegd waarom er overgegaan wordt tot dwangbehandeling en dat de patiënt hierover een klacht in kan dienen).

Het begin en einde dwangbehandeling moet gemeld worden aan de Inspectie, zie hiervoor de formulieren **Meldformulier Dwangbehandeling** en **Meldformulier Einde Dwangbehandeling** (te vinden in Nexus/juridische status).

Argusregistratie moet bijgehouden worden bij: separatie, afzondering, fixatie, toedienen van vocht of voeding onder verzet, medicatie onder verzet en ECT onder verzet (zie **protocol Argusregistratie**).

WIE DOET WAT (dit is globaal, zie verder de protocollen separatie, afzondering, vocht en voeding onder dwang, fixatie en medicatie onder dwang en ECT):

#### BEHANDELAAR

De psychiater is verantwoordelijk voor de dwangbehandeling. Voorafgaande aan de behandeling draagt de psychiater zorg voor een second opinion, de schriftelijke melding aan patiënt van het voornemen van dwangbehandeling en de melding aan de Geneesheer-directeur. De psychiater draagt zorg voor een zorgvuldige verslaglegging in het patiëntendossier.

De arts-assistent vult het *Meldformulier Dwangbehandeling* (voor IGZ, te vinden in Nexus/juridische status) in. De arts-assistent draagt zorg voor de melding van de dwangbehandeling aan de wettelijk vertegenwoordiger of, indien deze ontbreekt, de persoon die daartoe door patiënt schriftelijk is gemachtigd. De arts-assistent draagt zorg voor de tijdige melding aan de geneesheer-directeur dat voortzetting van dwangbehandeling na de termijn van drie maanden noodzakelijk is. Na afloop van de dwangbehandeling vult de arts-assistent het *Meldingsformulier Eind Dwangbehandeling* (voor IGZ, te vinden in Nexus/juridische status) in.

#### VERPLEGING

De verpleging draagt zorg voor een zorgvuldige verslaglegging van het dagelijks verloop van de dwangbehandeling.

#### MEDISCHE ADMINISTRATIE

Begin en einde dwangbehandeling meldingsformulieren IGZ laten ondertekenen door geneesheer directeur en opsturen naar IGZ. Bij het begin van de dwangbehandeling wordt tevens een kopie van het behandelingsplan bijgevoegd. Draagt zorg voor verzending van de voorgeschreven stukken aan de Inspectie.







#### GENEESHEER-DIRECTEUR

Formulier melding aanvang en beëindiging dwangbehandeling ondertekenen. Bij aanvang van de dwangbehandeling een kopie van het behandelingsplan toevoegen.



## Checklist die gebruikt wordt voor interne en externe audits

### Thema Dwangbehandeling

	NORM				BEVINDING
C1	<p>Had de patiënt gedurende de dwangbehandeling één van de volgende titels:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IBS</li> <li>• Voorlopige en voortgezette RM, RM op eigen verzoek en zelfbindingsmachtiging</li> <li>• Voorwaardelijke machtiging na conversie</li> <li>• Strafrechtelijke machtiging (37 wetboek van strafrecht)</li> <li>• TBS met bevel tot verpleging inclusief de proefverloffase (37a en 37b wetboek van strafrecht)</li> <li>• TBS met voorwaarden (38, 38a en 38b wetboek van strafrecht)</li> <li>• Pro Justitia-rapportage</li> <li>• Schorsing voorlopige hechtenis (80 wetboek v. strafvordering)</li> <li>• Plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (PJ, 77s wetboek van strafrecht) ISD (Inrichting Stelselmatige Daders)</li> </ul>				
C2	Als een MofM-Nood-toepassing na 7 dagen moet worden voortgezet en de patiënt verzet zich hiertegen dan moet de toepassing worden omgezet in een dwangbehandeling. Als deze situatie van toepassing is geweest, is de dwangbehandeling dan ook aantoonbaar tijdig gestart?				
C3	Is de Geneesheer-directeur voor aanvang van de dwangbehandeling aantoonbaar geïnformeerd?				
C4	Is voor aanvang van de dwangbehandeling een behandelplan opgesteld?				
	NORM				BEVINDING
C5	Is voor aanvang van de dwangbehandeling aantoonbaar een second opinion uitgevoerd?				

C6	Blijkt uit de rapportage dat dwangbehandeling strikt noodzakelijk was?						
C7	Is de dwangbehandeling aan de patiënt schriftelijk voor aanvang van de dwangbehandeling aangezegd?						
C8	Is aan de patiënt schriftelijk medegedeeld waarom een minder ingrijpende behandeling niet mogelijk is?						
C9	Is aan de patiënt schriftelijk meegedeeld dat contact kan worden opgenomen met een patiëntvertrouwenspersoon?						
C10	Is aan de patiënt schriftelijk meegedeeld dat een klacht kan worden ingediend bij de klachtcommissie?						
C11	Zijn, in geval een patiënt door een behandelaar wilsonbekwaam is bevonden, de wettelijk vertegenwoordiger en/of naasten zo spoedig mogelijk schriftelijk geïnformeerd over de dwangbehandeling?						
C12	Is de dwangbehandeling regelmatig geëvalueerd? (ten minste maandelijks en -indien separatie deel uitmaakt van de dwangbehandeling-, minimaal dagelijks)						
C13	Wanneer dwangbehandeling wordt toegepast om te voorkomen dat een patiënt te lang blijft opgenomen (d.w.z. dat sprake is van zogenaamd extern gevaar) dan moet, indien de dwangbehandeling langer dan 3 maanden zou moeten duren, de Geneesheer-directeur, bij het bereiken van deze periode van 3 maanden, een schriftelijke beslissing van verlenging verstrekken. Is, indien van toepassing, de schriftelijke verlenging tijdig verstrekt?						
C14	Is de dwangbehandeling beëindigd op het moment dat het doel is bereikt of op het moment dat de patiënt het verzet tegen de behandeling staakte?						
C15	Is de beëindiging van de dwangbehandeling gemeld aan de Geneesheer-directeur?						



## Format Netwerkaudits Terugdringen separeren en afzonderen en Dwangbehandelingen Vastgestelde versie 12-06-2017

<b>Instelling</b>	Universitair Medisch centrum Groningen
<b>Afdeling</b>	Universitair Centrum Psychiatrie, afdeling PS12
<b>Team</b>	Intensieve psychiatrie, acute opname
<b>Auditee(s)</b>	
<b>Auditoren</b>	
<b>Datum</b>	7 februari 2018

### Samenvatting audit: DEFINITIEVE VERSIE d.d. 07022018

De gesloten afdeling voor acute psychiatrie heeft 9 klinische bedden, per dienst zijn er 2-3 verpleegkundigen en in de nacht 1-2 verpleegkundigen aanwezig. De afdeling laat kenmerken zien van een traditionele klinische afdeling met een lange gang met slaapkamersdeuren en een gemeenschappelijke ruimte en een verpleegpost. Er is een aparte ruimte en een afzonderingsruimte die ook via een schuifdeur in de voorruimte van de separeer te bereiken is. Auditee geeft aan dat de afzonderingsruimte ook als comfortroom in gebruik is. Het is te adviseren om beide functies ruimtelijk te scheiden, zodat het gebruik ook éénduidig is voor de desbetreffende functie. Er zal een renovatie van de separeerruimte plaats vinden.

Preventie: Met de huidige faciliteiten is er enigszins een rem op het verder ontwikkelen van alternatieven ter voorkoming van separaties. Er is geen ervaringsdeskundige binnen het team. Een ervaringsdeskundige die zich ook gericht met de evaluaties van de dwangmaatregelen bezig gaat

houden kan een belangrijke bijdrage leveren aan het ontdekken van nieuwe invalshoeken vanuit patiënt-optiek m.b.t. de-escaleren en de preventie van separaties.

Teamcultuur: De uitgangspunten van de herstelgerichte zorg worden wel gehanteerd in de praktijk, het gericht inzetten van de resultaten en analyses van de evaluaties (inbreng van patiënt en naastbetrokken) is methodisch (PDCA) niet overtuigend aantoonbaar. In de afname van de risicotaxatie is geïnvesteerd.

Uitvoering van separatie/afzondering: De rapportage van de separatie bij deze patiënt is in lijn met de norm van het toetsingskader. De wensen van de patiënt en naastbetrokken zijn niet expliciet opgenomen in de verslaglegging.

Consultatie: De consultatie is in lijn met de norm hiervoor uitgevoerd. Ook hier is het explicieter vermelden van de mogelijkheden m.b.t. alternatieven vanuit de optiek van de patiënt en naastbetrokken niet overtuigend.

Reductie: Er is voor 2017 een plan van aanpak aantoonbaar met SMART geformuleerde doelstellingen. De reductie is voor 2017 grotendeels gerealiseerd. Advies m.b.t. het plan van 2018: Kijk of je het met concrete punten aan kunt pakken b.v. percentage signaleringsplannen (of kwaliteit hiervan of meten van het effect). De visie op het terugdringen van separatie en afzondering zou ook beschreven kunnen worden en hoe dit te realiseren.

#### Inhoudelijk sterke punten audit:

Er is een plan van aanpak voor 2017 gemaakt, met SMART geformuleerde doelstellingen, om het separeren en afzonderen terug te dringen. In 2018 zal er op een andere manier gewerkt gaan worden aan de doelstelling, meer vanuit een eigen visie, waarbij de waaronder vraag meer centraal staat (van binnen naar buiten). Waarop doen wij het wel en waarom niet.

De Argus registratie is nog op papier maar hulpverleners voelen zich wel proceseigenaar waardoor de lijsten consequent worden ingevuld.

De risicotaxatie is geborgd door het gebruik van de Brøset checklist, minimaal 1 x per dag gerealiseerd en op enkele omissie na 2 x per dag.





### Legenda auditbevindingen:

😊 Voldaan aan de norm (vraagt geen directe aandacht voor verbetering)

😐 Gedeeltelijk voldaan aan de norm (op onderdelen is aandacht voor verbetering aan de orde)

😞 Niet voldaan aan de norm (reden om te bepalen welke verbeteringen aan de orde zijn d.m.v. een verbeterplan)

## DEEL A Terugdringen separeren en afzonderen






### 1 Hoofdstuk 1: Preventie

Al het mogelijks is geprobeerd om separatie/afzondering te voorkomen. De rechtsbeginselen subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid zijn in acht genomen.

	NORM	😊	😐	😞	BEVINDING
1.1	Eigen regie, perspectief van de patiënt staat centraal				
	Heeft de patiënt een (actuele) crisiskaart, wilsverklaring, triadekaart en/of zelfbindingsverklaring?				Geen score, niet van toepassing: Toelichting: Patiënt is met een IBS binnen gekomen (eerste opname) en er was nog geen crisiskaart. Dit is een punt om te ontwikkelen tijdens deze opname. Momenteel loop er een aanvraag voor een rechtelijke machtiging.
	Zo ja, is de inhoud meegenomen in het handelen (aantoonbaar*, in het dossier)?				Dit is niet van toepassing gezien bovenstaande.
	*dit betekent dat de voorkeuren van de patiënt worden gehonoreerd en dat hier alleen gemotiveerd van kan worden afgeweken. Elke afwijking moet worden vastgelegd				
	Indien geen crisiskaart aanwezig en patiënt is niet aanspreekbaar: er is aantoonbaar contact gezocht met naasten of een ervaringsdeskundige, om zoveel mogelijk te handelen vanuit het perspectief van de patiënt.	😊			Familie (vooral de moeder) is sterk betrokken bij haar zoon en regelmatig op bezoek en er zijn frequent contacten. Er is daarbij ook aandacht voor psycho-educatie (gezien blinde vlekken bij de ouders, patiënt blowde dagelijks). Voor zover mogelijk is er rekening gehouden met de wensen van de patiënt. Er is echter nog weinig ziekte-inzicht.
1.2	Opstellen en uitvoeren signaleringsplan				
	Bij patiënten die bekend zijn met agressie, suicidaliteit of gevaar zettend gedrag is een op de individuele patiënt toegesneden en met hem/haar afgesproken signaleringsplan opgesteld, met als doel escalatie en onveilige situaties te voorkomen. De wensen van de patiënt zijn herkenbaar in het plan opgenomen. Is er een actueel signaleringsplan in het dossier aanwezig? Is dit	😊			Er is een signaleringsplan aanwezig en een tweede aangepaste versie is gemaakt op 12 januari 2018. Er is een format met het item "de wensen van de patiënt", het uitgangspunt is om dit in samenspraak met de patiënt op te stellen (in de eerste persoon geformuleerd). Het behandelplan is geformuleerd vanuit de hulpverlenersoptiek.



	samen met de patiënt opgesteld?					In deze casus is de inbreng van de patiënt beperkt, de eventuele wensen zijn niet aantoonbaar.
	<b>NORM</b>	😊	😊	😊	😞	<b>BEVINDING</b>
	Is het signaleringsplan aangepast aan de huidige situatie en aantoonbaar toegepast? Indien niet toegepast: is in het dossier gemotiveerd waarom er is afgeweken van toepassing van het plan?	😊				Er is niet direct sprake van afwijken van het plan maar eerder het actualiseren van het plan op basis van de observaties en zicht krijgen op de gedragskenmerken en de problematiek.
	Een signaleringsplan voldoet aan de norm, indien het minimaal de volgende elementen bevatten: 1) Beschrijving van concrete gedragingen van patiënt die zouden kunnen leiden tot escalatie/onhanteerbare gevaarlijke situatie 2) Beschrijving van de inzet van naastbetrokkenen 3) Beschrijving van maatregelen en afspraken om escalatie te voorkomen Voldoet het aanwezige signaleringsplan aan genoemde norm?		😊			De elementen zijn wel opgenomen in het formulier (format) echter in het signaleringsplan bij deze patiënt niet alle drie ingevuld. In die zin niet aantoonbaar in het signaleringsplan, wel in het behandelplan. De inzet van naastbetrokkenen zijn niet terug te vinden in het signaleringsplan terwijl er wel sprake is van een betrokken familie.  Er kan door familie ook gebruik gemaakt worden van een ruimte om te overnachten (BOR-bed). Incidenteel is er ook een bed in de separeer bij gezet voor een familielid. Niet direct gekoppeld aan deze casus.
	Indien er geen signaleringsplan aanwezig is omdat de patiënt hieraan niet mee kon/wil werken, dient het risico-preventiebeleid/crisisbeleid/de-escalatiebeleid in het dossier te zijn opgenomen. Is dit beleid aantoonbaar in het dossier opgenomen?					Is niet van toepassing omdat er wel een signaleringsplan is.
<b>1.3</b>	<b>Preventiebeleid</b>					
	Bij patiënten die niet bekend waren met agressie, suicidaliteit en/of gevaar zettend gedrag, zijn voordat dwang wordt toegepast, ook zonder signaleringsplan, aantoonbaar eerst alternatieve interventies overwogen dan wel uitprobeerde, die deel uitmaken van het preventiebeleid van afdeling en instelling. Indien deze situatie van toepassing is: is aantoonbaar tijd en aandacht ingezet om de functie en de oorzaak van het gedrag van de patiënt,		😊			In het dossier is onvoldoende aantoonbaar dat er volgens het engagementmodel (5 minuten) is gewerkt in deze casus. Het team geeft wel aan te werken volgens bepaalde principes van het model. Ook is in deze casus niet overtuigend aantoonbaar dat er op basis van het preventiebeleid alternatieven zijn uitgetoetst. Er is nog geen optimaal zicht op de oorzaken van het gedrag en hoe alternatieven een bijdrage kunnen leveren ter preventie.

	dat zou kunnen leiden tot dwang of vrijheid beperking, te begrijpen?				Evaluaties worden nog niet met een ervaringsdeskundige uitgevoerd.
	<b>NORM</b>				<b>BEVINDING</b>
<b>1.4</b>	<b>Beleid bij binnenkomst</b>				
	<p>Is het beleid bij binnenkomst aantoonbaar toegepast?</p> <p>Het beleid bij binnenkomst is aantoonbaar uitgevoerd als:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een nieuwe afweging en beoordeling van de situatie plaatsgevonden heeft, ook al wordt patiënt geboeid, onder politiebegeleiding, binnengebracht en/of ook al heeft verwijzer separatie/afzondering geïndiceerd geacht</li> <li>- er aandacht is voor een zo gastvrij mogelijke ontvangst van patiënt die opgenomen wordt: aanbieden van rustige omgeving, eten, drinken, contact met de buitenwereld, praktische zorg voor bijv. dieren, uitleg over de afdeling en uitleg over de situatie.</li> <li>- er aandacht is voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie.</li> </ul>				Er is zeker aandacht voor de uitgangspunten c.q. het beleid bij binnenkomst. Het analyseren van het beleid en de bevindingen gericht als instrument inzetten is minder goed uitgewerkt en aantoonbaar.
<b>1.5</b>	<b>Evaluatie met de patiënt</b>				
	<p>Elke separatie/afzondering wordt aantoonbaar geëvalueerd met de patiënt. Hiervoor geldt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In de rapportage van het dossier van de patiënt moet de evaluatie met de patiënt worden genoteerd evenals de uitkomsten van deze evaluatie. Er hoeft geen uitgewerkt document in het dossier te worden opgenomen.</li> <li>- Indien een separatie/afzondering langer dan een week duurt, is aantoonbaar minimaal eens per week een evaluatie uitgevoerd.</li> <li>- Na een evaluatie wordt indien nodig het signaleringsplan of veiligheidsplan aangepast.</li> </ul> <p>Indien evaluatie niet mogelijk is, dient dit onderbouwd in het dossier te worden aangetekend.</p>				<p>Patiënt heeft hoofdzakelijk een vraag m.b.t. de termijn waarop hij met ontslag kan. Op de gesloten afdeling is dit een onderwerp waar in zijn algemeenheid niet eenvoudig duidelijkheid over gegeven kan worden volgens de auditees. In deze casus is de wens niet expliciet aantoonbaar besproken met patiënt of opgenomen in het dossier hoe met de vraag/wens om te gaan.</p> <p>Volgens auditee evalueert de verpleegkundige de insluiting met de patiënt aan de hand van een format.</p> <p>1 x per 14 dagen is er een evaluatie met ambulante behandelaars en naast betrokkenen. Dit zou de noemer zorg afstemmingsgesprek kunnen krijgen (ZAG), advies om die terminologie te gebruiken. Vragen de patiënt of hij/zij het er mee eens is. De</p>



						aanpassing van de evaluatie is niet aantoonbaar terug te vinden.
	Is de evaluatie uitgevoerd aan de hand van een format?					
	<b>NORM</b>					<b>BEVINDING</b>
	De norm geeft aan dat de evaluatie bij voorkeur uitgevoerd is met een ervaringsdeskundige. Is dat gebeurd?	😊	😊	😊		Er is geen ervaringsdeskundigheid aanwezig binnen het team.
	Ook naastbetrokkenen dienen de mogelijkheid te krijgen deel te nemen aan de evaluaties, tenzij de patiënt hier tegen bezwaar heeft. Hebben naastbetrokkenen hiervoor aantoonbaar gelegenheid gekregen?	😊				
	Hebben de ervaringen en eventuele wensen en suggesties van de patiënt aantoonbaar een plaats gekregen in de evaluatie?	😊				Voor zover deze er waren is daar rekening mee gehouden, uitzondering het verzoek om de ontslagdatum.
	Is de informatievoorziening aan de patiënt en eventuele naasten, alsmede de gezamenlijke besluitvorming aantoonbaar een onderwerp van de evaluatie geweest?	😊				Is onderdeel van de format.
<b>1.6</b>	<b>Evaluatie in het team</b>					
	De norm is dat alle afzonderingen en separaties wekelijks multidisciplinair besproken worden. Indien de evaluaties verbeterpunten voor de zorg opleveren: zijn deze aantoonbaar toegepast?		😊			Gestructureerd verbeterpunten doorvoeren met vermelding in het dossier was niet overtuigend aantoonbaar bij deze casus. Volgens auditee worden insluitingen wekelijks besproken in de casuïstiek bespreking. Van belang is ook aandacht te besteden aan de beoordeling van de wijs(on)bekwaamheid, bij de wekelijkse bespreking. Het gaat dan niet om een verschil van mening maar de vraag of de patiënt in staat is om te beoordelen of een separatie/interventie nodig is voor de behandeling.
<b>1.7</b>	<b>Risicotaxatie</b>					
	Tijdens het verblijf in separeer- of afzonderingsruimte dient minimaal 2 keer per dag risicotaxatie te worden toegepast. Doel hiervan is om te beoordelen of de insluiting beëindigd kan worden en (intensieve) begeleiding op de afdeling (weer) mogelijk is. Is aantoonbaar voldaan aan deze norm?	😊				Beleid is om dit twee keer per dag te doen met de Brøset checklist. Uitvoering is niet altijd optimaal maar het is wel het streven om dit te realiseren. Er is een grafiek aantoonbaar.



umcg

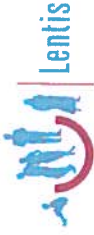


JIMENCE GROEP



GGZ Friesland

Doc. 45



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



## 2. Hoofdthema 2: Teamcultuur

Team: het multidisciplinaire team van de betreffende afdeling.

Teamcultuur: het geheel aan waarden en normen binnen een team; inclusief (ongeschreven) regels over communicatie en omgang met elkaar en met cliënten, en met een gedeelde visie op de zorg

	NORM	😊	😐	😞	BEVINDING
2.1	<b>Benadering: gastvrij en present</b>				
	Werkt de afdeling aantoonbaar met de "Vijf Minuten" methodiek of een vergelijkbare methodiek?	😊	😊		De uitgangspunten worden in praktijk gebracht, het systematisch inzetten van deze methodiek was minder overtuigend. In ieder geval worden huisregels e.d. onder de aandacht gebracht en is er een afweging c.q. beoordeling bij binnenkomst. ASV-scholing heeft plaats gevonden.
	Er is overdag aantoonbaar continu minimaal één teamlid bij de patiënten aanwezig en aanspreekbaar.		😊		Op 9 bedden zijn er in de dag en avonddienst 2 tot 3 hulpverleners aanwezig. Teamleden zijn wel aanspreekbaar maar dit is vanuit de verpleegpost. Geen continue aanwezigheid in de voorruimte van de separeer. De intentie is wel aanwezig echter door drukte op de afdeling is er niet altijd een teamlid bij de patiënten aanwezig.
2.2	<b>Herstelgerichte attitude/bejegening</b>				
	Het team werkt aantoonbaar volgens de principes van de herstel ondersteunende zorg		😊		De principes zijn wel uitgangspunt, er heeft geen specifieke scholing op herstelgerichte zorg plaats gevonden. Ook is het team niet volledig onderdeel van de keten.
	Het team werkt aantoonbaar samen met de behandelaars van de (ambulante) setting voorafgaand aan de opname en volgend op de opname	😊			Zie ook de bevinding bij punt 1.5
	Het team besteedt aantoonbaar tijd en aandacht om de functie en de oorzaak van het gedrag van de patiënt, dat zou kunnen leiden tot dwang of vrijheidsbeperking, te begrijpen.	😊			Patiënten krijgen een persoonlijk begeleider, het is een verdeling op maat, dit kan niet altijd standaard uitgevoerd worden. Voorbeeld m.b.t. oorzaak gedrag is de overweging van de hulpverlening of de afdeling wel de juiste omgeving is voor deze patiënt en zijn problematiek.
2.3	<b>Reflectie op eigen handelen</b>				

	Is er aantoonbaar interventie en/of supervisie voor de individuele teamleden en voor het gehele multidisciplinaire team (bv. moreel beraad)	😊			Intervisie multidisciplinair 1 x per 2 maanden. Ook is er een casuïstiekbespreking, die ook een bijdrage kan leveren aan het onderzoeken van de oorzaak van het gedrag van patiënt. Er is een roulerende voorzitter, er is geen vaste methodiek deze kan wisselen.
--	---	---	--	--	--










### 3 Hoofdstuk 3: Uitvoering van separatie/afzondering

	NORM	😊	😐	😞	BEVINDING
<b>3.1</b>	<b>Separateer/afzonderings- begeleidingsplan</b>				
	Is er aantoonbaar een begeleidingsplan, waarin staat hoe vaak er contact is en hoe het toezicht op de patiënt wordt uitgevoerd?	😊			
	Zijn de wensen en voorkeuren van de patiënt* hier zichtbaar in verwerkt?  *in noodsituaties kan meteen een standaardplan gebruikt worden dat voldoet aan de minimumnormen	😊			Er is wel een format begeleidingsplan m.b.t. separatie, in deze casus zijn echter de wensen en voorkeuren van patiënt niet overtuigend beschreven.
	Is dit plan aantoonbaar* uitgevoerd?  *aantoonbaar betekent hier: in het dossier is per dienst aangetekend dat het plan is uitgevoerd, uiteraard vergezeld van de eventuele bijzonderheden, en indien het plan niet is uitgevoerd: de redenen hiervoor	😊			
<b>3.2</b>	<b>Inhoud begeleidingsplan</b>				
	Een op de patiënt toegesneden separateer/afzonderingsbegeleidingsplan: - bevat ook wensen en voorkeuren van patiënt over: toiletgang, verblijf in buitenlucht en contact met naasten en ervaringsdeskundigen. - Minimaal elk half uur face to face contact tussen	😊			Ondanks dat de faciliteiten in de voorruimte van de separateer niet optimaal zijn, maken patiënten en verpleegkundigen hier wel frequent en langdurig gebruik van.



	patiënt en hulpverleners via het raam (zie 3.3.) of via een gesloten videoverbinding Minimaal elk uur face to face contact tussen patiënt en hulpverleners in dezelfde ruimte (fysieke nabijheid), tenzij de patiënt andere wensen ten aanzien van contact heeft.  Indien de behandelaar inschat dat een bepaalde wens in strijd is met goed hulpverlenerschap, legt hij/zij dit aantoonbaar vast in het dossier.					
	<b>NORM</b>	😊	😊	😞		<b>BEVINDING</b>
<b>3.3 Toezicht</b>						
	Er is aantoonbaar minimaal elk kwartier gericht toezicht* op de ingesloten patiënt. Afhankelijk van de toestand van de patiënt: persoonlijk toezicht of cameratoezicht.  *gericht toezicht: kijken door het raam van de separeer/afzonderingsruimte met de intentie om te checken of het goed gaat met patiënt <b>of</b> kijken op de monitor met dezelfde intentie.	😊				Er is een camera in de separeer zodat daar m.b.t. het toezicht ook gebruik van kan worden gemaakt.
<b>3.5 Eigen kleding</b>						
	Uitgangspunt bij separatie/afzondering is dat de patiënt eigen kleding draagt. Indien er een hoog risico is op suicide, is het aangewezen om de patiënt permanent* te begeleiden en/of bewaken (i.p.v. het laten dragen van scheurkleding). Indien deze permanente begeleiding/bewaking door de patiënt niet gewenst is EN daardoor door de professional niet verantwoord geacht wordt, is de beslissing om scheurkleding te gebruiken met toelichting in het dossier opgenomen.  *permanent: een verpleegkundige of sociaaltherapeut is permanent beschikbaar voor contact en zichtbaar in de voorruimte.	😊				Uitgangspunt is eigen kleding. In deze casus geen scheurkleding aan de orde.  Indien er wel een keuze voor scheurkleding gemaakt dient te worden, is het de vraag of een hulpverlener permanent in de voorruimte beschikbaar kan zijn. Dit punt is niet uitvoerig bekeken tijdens de audit.

## 4 Hoofdstuk 4: Consultatie

	NORM				BEVINDING
4.1	Eerste consultatie				
	Is op het juiste moment consultatie aangevraagd, dat wil zeggen: dat voor een patiënt die in 1 week meer dan 84 uur in de separeerruimte/afzonderingsruimte of een combinatie van beide verblijft en de insluiting kan niet beëindigd worden, een onafhankelijk psychiater gevraagd wordt een consultatie uit te voeren.				Deze heeft plaats gevonden, waarbij het advies was om de separatie te verlengen.
	Is de patiënt* van te voren op de hoogte gesteld van de consultatie en het doel ervan, zodat hij/zij op grond van de WGBO expliciet geïnformeerde toestemming kunnen geven voor het verstrekken van informatie aan en voor het rechtstreeks contact met de consultant-expert(s)?  *NB: indien wilsonbekwaam: vertegenwoordiger toestemming vragen				
	Heeft de onafhankelijk psychiater in het kader van de consultatie gesproken met de behandelaar en met de patiënt (indien mogelijk)				
	Bevat het EPD een op schrift gesteld advies van de psychiater die de consultatie heeft uitgevoerd?				
	Is dit advies aantoonbaar opgevolgd? Zo nee, is dit besluit schriftelijk afdoende gemotiveerd?				
	Zijn naasten van de patiënt tussentijds aantoonbaar betrokken geworden bij het zoeken naar alternatieven (tenzij de patiënt hier bezwaar tegen heeft)?				In de verslaglegging niet overtuigend aantoonbaar.



	NORM	😊	😐	😞	BEVINDING
4.2	Tweede consultatie				
	Is op het juiste moment consultatie aangevraagd, dat wil zeggen: dat voor een patiënt die in 3 weken meer dan 252 uur in de separeerruimte/afzonderingsruimte of een combinatie van beide verblijft en de insluiting kan niet beëindigd worden, een onafhankelijk teamconsulent gevraagd is?	😊			Is uitgevoerd door een waarnemend psychiater en vervolgens heeft er telefonisch overleg over plaatsgevonden. Het advies was om patiënt in te stellen op lithium, maar dat was al gedaan.
	Heeft de onafhankelijke teamconsulent aantoonbaar met het multidisciplinaire team onderzocht wat het aandeel van het team in de casus is, welke inzichten en handreikingen mogelijk zijn voor het team ter beëindiging van de separatie/afzondering en voor het inzetten van alternatieven?	😊	😊		Het is minder expliciet geweest hoe de separatie beëindigd kan worden en welke alternatieven hierbij uitgetroefd kunnen worden.
	Is de patiënt* van te voren op de hoogte gesteld van de consultatie en het doel ervan, zodat zij op grond van de WGBO expliciet geïnformeerde toestemming kunnen geven voor het verstrekken van informatie aan en voor het rechtstreeks contact met de consultant-expert(s)?  *NB: indien wilsonbekwaam, vertegenwoordiger toestemming vragen	😊			
	Bevat het EPD een op schrift gesteld advies van de teamconsulent die de consultatie heeft uitgevoerd?	😊			
	Is dit advies aantoonbaar opgevolgd? Zo nee, is dit besluit schriftelijk afdoende gemotiveerd?	😊			Het advies van continuering van de separatie en andere medicatie is in principe opgevolgd.
	Zijn naasten van de patiënt tussentijds aantoonbaar betrokken geworden bij het zoeken naar alternatieven (tenzij de patiënt hier bezwaar tegen heeft)?	😊	😊		De naasten zijn wel betrokken maar minder met de insteek om alternatieven voor separatie te bedenken. Anderzijds is het verblijven in de voorruimte en samen eten en eten brengen wel voorbeelden van intensieve betrokkenheid.

	NORM	😊	😐	😞	BEVINDING
4.3	Derde consultatie				
	Is op het juiste moment consultatie aangevraagd, dat wil zeggen: dat voor een patiënt die in 6 weken meer dan 504 uur in de separaeruimte/afzonderingsruimte of een combinatie van beide verblijft en de insluiting kan niet beëindigd worden, een externe teamconsultatie aangevraagd is?	😊			De aanvraag is tijdig gedaan maar ook weer ingetrokken.
	Is met dit externe consultatieteam casusoverleg geweest, waar ook alle eerder geconsulteerde experts bij aanwezig zijn?				n.v.t
	Is in dit overleg aantoonbaar gezocht naar alle denkbare mogelijkheden om het behandelteam van aanvullende inzichten en handreikingen te voorzien ter beëindiging van de separatie/afzondering en voor het inzetten van alternatieven?				n.v.t
	Bevat het EPD een op schrift gesteld advies van het externe collegiale team die de consultatie heeft uitgevoerd?				n.v.t
	Is dit advies aantoonbaar opgevolgd? Zo nee, is dit besluit schriftelijk afdoende gemotiveerd?				n.v.t
	Zijn naasten van de patiënt tussentijds aantoonbaar betrokken geworden bij het zoeken naar alternatieven (tenzij de patiënt hier bezwaar tegen heeft)?				n.v.t
4.4	Vierde consultatie				
	Is op het juiste moment consultatie aangevraagd, dat wil zeggen: dat voor een patiënt die in 13 weken meer dan 1092 uur in de separaeruimte/afzonderingsruimte of een combinatie van beide verblijft en de insluiting kan niet beëindigd worden, een consultatie aangevraagd is aangevraagd is bij externe experts, van buiten de instelling, die nog niet eerder waren geconsulteerd in deze casus, bijvoorbeeld het CCE of een kwalitatief vergelijkbaar expertteam?				Is niet aan de orde bij deze patiënt. Wel bij een andere casus is de CCE ingeschakeld.



	NORM	😊	😐	😞	BEVINDING
	Is dit advies aantoonbaar opgevolgd? Zo nee, is dit besluit schriftelijk afdoende gemotiveerd?				n.v.t.
	Zijn naasten van de patiënt tussentijds aantoonbaar betrokken geworden bij het zoeken naar alternatieven (tenzij de patiënt hier bezwaar tegen heeft)?				n.v.t.
4.5	<b>Herhaalde consultatie</b>				
	Is op het juiste moment herhaalde consultatie aangevraagd, dat wil zeggen: indien een separatie of afzondering (of een combinatie van beide) na de 4 <sup>e</sup> consultatie niet beëindigd kan worden, dan betreft de behandelende psychiater elke 6 weken een externe consulent bij de behandelplanbespreking.				Niet van toepassing.
	Zijn naasten van de patiënt tussentijds aantoonbaar betrokken geworden bij het zoeken naar alternatieven (tenzij de patiënt hier bezwaar tegen heeft)?				n.v.t.

## 5 Hoofdthema 5: Reductie

	NORM	😊	😐	😞	BEVINDING
5.1	Aantal en duur vrijheid beperkende interventies uit Argusregistratie ten opzichte van vorige jaren	😊		😞	Er is voor 2017 een plan van aanpak aantoonbaar met SMART geformuleerde doelstellingen. De reductie is voor 2017 grotendeels gerealiseerd. Het plan van 2018 zal anders van opzet zijn en meer gericht zijn op de visie m.b.t. terugdringen van separatie en afzondering. Om dit te concretiseren worden er punten geformuleerd zoals b.v. percentage signaleringsplannen (of kwaliteit hiervan of meten van het effect).
	Heeft de afdeling een Plan van Aanpak opgesteld ter reductie van het separeren en afzonderen (al dan niet onder verzet)?	😊			
	Is in dit plan de doelstelling aantoonbaar SMART beschreven? (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden)	😊			
	Is het voorkomen van substitutie naar andere vormen van vrijheidsbeperking aantoonbaar in het Plan van Aanpak opgenomen?		😐		Dit is niet expliciet beschreven in het plan, het team is ten aanzien van dit thema nog zoekende c.q. zich aan het beraden hierover.
	Kan het team de cijfers en de context toelichten?	😊			
5.2	Aantal dwangtoepassingen ten opzichte van vorig jaar				
	Is er aantoonbaar (d.m.v. cijfers en context) een daling bereikt in het aantal separaties/afzonderingen onder dwang, zonder substitutie naar andere vormen van dwang?	😊			



## DEEL B

### Documenten, registreren en informeren in het kader van BOPZ

	NORM	😊	😐	😞	BEVINDING	
B1	Argus: Worden alle verplichte items in Argus geregistreerd? Graag tonen wat er geregistreerd wordt?	😊			De Argus registratie is (nog) niet digitaal maar op papier en de lijsten worden handmatig ingevuld. De lijsten bij deze casus zijn ingevuld. Omdat de lijsten op de afdeling zijn voelen hulpverleners zich ook proces eigenaar. De Argus registratie is geen onderdeel van het EPD, het programma is recentelijk gewijzigd. T.z.t. zal bekeken worden of Argus geïntegreerd kan worden in het softwareprogramma.	
B2	Als de patiënt geen maatregel heeft, dan moet in geval van onvrijwillige separatie/afzondering een IBS worden aangevraagd; Is een IBS aantoonbaar aangevraagd?	😊			Is met een IBS binnen gekomen, RM-procedure loopt.	
B3	Indien de patiënt niet instemde met de separatie/ afzondering: Is er een artikel 39 "Toepassen middelen of maatregelen" gestart?				Geen score. De aanzegging voor de dwangbehandeling is voorwaarde zodat de patiënt recht heeft om te klagen (en weet bij wie)?  Werkwijze Dimece groep: vanwege het belang te kunnen klagen wordt bij separatie/nood, een art. 39 mededeling aan patiënt gedaan en afzonderlijk ook bij separatie/dwang, een art. 38 en medicatie/dwang art. 38.	
B4	Is de informatiebrief artikel 39 separeren/afzonderen opgesteld en uitgereikt aan de patiënt?				Niet meer voldoende aan de orde geweest om een score en bevinding te kunnen rapporteren. Of in deel A al vermeld.	
B5	Is artikel 39 'toepassing middelen of maatregelen' gesloten na einde noodsituatie/ dwangtoepassing?				Idem	
B6	Is er een informatiebrief 'artikel 40' uitgereikt aan de patiënt, indien de patiënt met een maatregel is opgenomen en er beperkende maatregelen zijn opgelegd (vrijheidsbeperking, beperking internetverkeer, beperking telefoonverkeer, beperking post)?				Idem	

B7	Is de eerste contactpersoon geïnformeerd over separatie/afzondering?				Idem	
B8	Is de gesepareerde/afgezonderde patiënt dagelijks door een arts bezocht?				Idem	
B9	Indien de toepassing langer dan 7 dagen duurde: is dwangbehandeling tijdig aangevraagd?				Idem	
B10	Is in de rapportage aangegeven waarom de patiënt is gesepareerd/afgezonderd?				Idem	
B11	Is in de rapportage aangegeven wat er gedaan is om de separatie/dwangmaatregel te voorkomen?				Idem	
B12	Is in de rapportage vastgelegd wie het besluit genomen heeft om te separeren?				Idem	
B13	Is in de rapportage het besluit tot en de wijze van de-separeren vastgelegd?				Idem	

## DEEL C

### Thema Dwangbehandeling

	NORM	😊	😐	😞	BEVINDING
C1	<p>Had de patiënt gedurende de dwangbehandeling één van de volgende titels:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IBS</li> <li>• Voorlopige en voortgezette RM, RM op eigen verzoek en zelfbindingsmachtiging</li> <li>• Voorwaardelijke machtiging na conversie</li> <li>• Strafrechtelijke machtiging (37 wetboek van strafrecht)</li> <li>• TBS met bevel tot verpleging inclusief de proefverloffase (37a en 37b wetboek van strafrecht)</li> <li>• TBS met voorwaarden (38, 38a en 38b wetboek van strafrecht)</li> <li>• Pro Justitia-rapportage</li> <li>• Schorsing voorlopige hechtenis (80 wetboek v. strafvordering)</li> </ul>				<p>Niet meer voldoende aan de orde geweest om een score en bevinding te kunnen rapporteren. Of in deel A al vermeld.</p>



	Plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (PIJ, 77s wetboek van strafrecht) ISD (Inrichting Stelselmatige Daders)				
C2	Als een MofM-Nood-toepassing na 7 dagen moet worden voortgezet en de patiënt verzet zich hiertegen dan moet de toepassing worden omgezet in een dwangbehandeling. Als deze situatie van toepassing is geweest, is de dwangbehandeling dan ook aantoonbaar tijdig gestart?				Idem
C3	Is de Geneesheer-directeur voor aanvang van de dwangbehandeling aantoonbaar geïnformeerd?	😊			
C4	Is voor aanvang van de dwangbehandeling een behandelplan opgesteld?	😊			Is er volgens auditee standaard binnen een paar dagen.
	<b>NORM</b>	😊	😐	😞	<b>BEVINDING</b>
C5	Is voor aanvang van de dwangbehandeling aantoonbaar een second opinion uitgevoerd?				Niet meer voldoende aan de orde geweest om een score en bevinding te kunnen rapporteren. Of in deel A al vermeld.
C6	Blijkt uit de rapportage dat dwangbehandeling strikt noodzakelijk was?				Idem
C7	Is de dwangbehandeling aan de patiënt schriftelijk voor aanvang van de dwangbehandeling aangezegd?				Idem
C8	Is aan de patiënt schriftelijk medegedeeld waarom een minder ingrijpende behandeling niet mogelijk is?				Idem
C9	Is aan de patiënt schriftelijk meegedeeld dat contact kan worden opgenomen met een patiëntvertrouwenspersoon?				Idem
C10	Is aan de patiënt schriftelijk meegedeeld dat een klacht kan worden ingediend bij de klachtencommissie?				Idem
C11	Zijn, in geval een patiënt door een behandelaar wilsonbekwaam is bevonden, de wettelijk vertegenwoordiger en/of naasten zo spoedig mogelijk schriftelijk geïnformeerd over de dwangbehandeling?				Idem
C12	Is de dwangbehandeling regelmatig geëvalueerd? (Ten minste maandelijks en -indien separatie deel uitmaakt van de dwangbehandeling-, minimaal dagelijks)				Idem
C13	Wanneer dwangbehandeling wordt toegepast om te voorkomen dat een patiënt te lang blijft opgenomen (d.w.z. dat sprake is van zogenaamd extern gevaar) dan moet, indien de dwangbehandeling				Idem

	langer dan 3 maanden zou moeten duren, de Geneesheer-directeur, bij het bereiken van deze periode van 3 maanden, een schriftelijke beslissing van verlenging verstrekken. Is, indien van toepassing, de schriftelijke verlenging tijdig verstrekt?					
C14	Is de dwangbehandeling beëindigd op het moment dat het doel is bereikt of op het moment dat de patient het verzet tegen de behandeling staakte?					Idem
C15	Is de beëindiging van de dwangbehandeling gemeld aan de Geneesheer-directeur?					Idem

Kwaliteitscriterium	Netwerkaudit Januari 2018	Verbeterpunt volgens de norm	Verbeteractie	Plan van aanpak	Verantwoordelijk voor uitvoering	Realisatiedatum	Benodigde middelen	Evalueer interne audit Juni 2018
Hoofdstuk 1.2	Er is een signaleringsplan aanwezig en een tweede aangepaste versie is gemaakt op 12 januari 2018. Er is een format met het item "de wensen van de patiënt" het uitgangspunt is om dit in samenspraak met de patiënt op te stellen (in de eerste persoon geformuleerd).	Bij iedere patiënt met een maatregel en/of score op broset moet binnen 2 dagen een signaleringsplan zijn opgesteld.	Binnen 2 dagen doen, ook als het berekend niet lukt.	Regieverspleegkundige gaat hierop toezien en verspleegkundigen hierop aanspreken  Na opname een blok in de gezamenlijke agenda plannen met patiënt/verspleegkundige om anamnese en sign. Plan te maken		1-4-2018	Inzage in patiëntendossiers door regieversplegk.	
Hoofdstuk 1.2	De elementen zijn wel opgenomen in het formulier (format) echter in het signaleringsplan bij deze patiënt niet alle drie ingevuld. In die zin niet aantoonbaar in het signaleringsplan, wel in het behandelplan. De inzet van naastbetrokkenen zijn niet terug te vinden in het signaleringsplan terwijl er wel sprake is van een betrokken familie.	Een signaleringsplan voldoet aan de norm, indien het minimaal de volgende elementen bevat: 1) Beschrijving van concrete gedragingen van patiënt die zouden kunnen leiden tot escalatie/onthanteerbare gevaarlijke situatie 2) Beschrijving van de inzet van naastbetrokkenen 3) Beschrijving van maatregelen en afspraken om escalatie te voorkomen Voldoet het aanwezige signaleringsplan aan genoemde norm?	Verpleegkundigen stimuleren om familie/naastbetrokkenen meer te betrekken bij het opstellen van een signaleringsplan.	Aandacht aan besteden op scholingsmiddag dwang en drang in maart 2018		1-4-2018	Scholingsmiddagen maart 2018	
Hoofdstuk 1.3	In het dossier is onvoldoende aantoonbaar dat er volgens het engagementmodel (5 minuten) is gewerkt in deze casus. Het team geeft wel aan te werken volgens bepaalde principes van het model. Ook is in deze casus niet overtuigd aantoonbaar dat er op basis van het preventiebeeld alternatieven zijn uitgeprobeerd. Er is nog geen optimaal zicht op de oorzaken van het gedrag en hoe alternatieven een bijdrage kunnen leveren ter preventie.	Bij patiënten die niet bekend waren met agressie, suïciditeit en/of gevaar zettend gedrag, zijn voordat dwang wordt toegepast, ook zonder signaleringsplan, aantoonbaar eerst alternatieve interventies overwogen dan wel uitgeprobeerd, die deel uitmaken van het preventiebeeld van afdeling en instelling. Indien deze situatie van toepassing is: is aantoonbaar tijd en aandacht ingezet om de functie en de oorzaak van het gedrag van de patiënt, dat zou kunnen leiden tot dwang of vrijheid beperking, te begrijpen?	Er worden alternatieve interventies toegepast danwel overwogen. Teams erop wijzen dat dit nauwekeuriger vastgelegd wordt. De formats "start separatie" en BOPZ bezoek dag xx" sturen zorgverleners om dit goed vast te leggen.	Aandacht aan besteden op scholingsmiddag dwang en drang in maart 2018  Indien separatie aan de orde is zal aandacht functionaris dwang en drang meekijken of dit voldoende wordt vastgelegd		1-6-2018	Scholingsmiddagen maart 2018	
Hoofdstuk 1.5	Er is geen ervaringsdeskundige aanwezig binnen het team.	De norm geeft aan dat de evaluatie met de patiënt bij voorkeur uitgevoerd is met een ervaringsdeskundige.	In 2018 zal er met ervaringsdeskundigen worden gewerkt in het UCP	Het dagelijks leestuur heeft een werkgroep opgericht om het ervaringsdeskundige in het UCP in 2018 te implementeren		31-12-2018		
Hoofdstuk 1.6	Gestructureerd verbeterpunten doorvoeren met vermelding in het dossier was niet overtuigend aantoonbaar bij deze casus. Volgens auditte worden insluitingen wekelijks besproken in de caustiek bespreking.	De norm is dat alle afzonderingen en separaties wekelijks multidisciplinair besproken worden. Indien de evaluaties verbeterpunten voor de zorg opleveren: zijn deze aantoonbaar toegepast?	Wekelijks worden alle afzonderingen en separaties besproken (dat is al zo), in 2018 extra aandacht voor het gestructureerd doorvoeren van hieruit voorkomende verbeterpunten.	Het team is zelf met een voorstel gekomen hoe dit gestructureerd vast te leggen, dit is reeds ingevoerd begin 2018		1-3-2018		



Hoofdstuk 2.1	De uitgangspunten worden in praktijk gebracht; het systematisch metten van deze methode was minder overtuigend. In ieder geval worden huisregels e.d. onder de aandacht gebracht en is er een afweging c.q. beoordeling bij binnenkomst ASV-scholing heeft plaats gevonden.	Werk de afdeling aantoonbaar met de "Vijf Minuten" methode of een vergelijkbare methode	Alle teamleden zijn voldoende op de hoogte en geschoold met de principes van de 5 minuten methode.	Jaarlijks hierop iedereen scholen, dit gebeurt tijdens de training agressiehantering die ieder teamlid jaarlijks volgt.	1-4-2018		
Hoofdstuk 2.1	Op 9 bedden zijn er in de dag en avonddienst 2 tot 3 hulpverleners aanwezig. Teamleden zijn wel aanspreekbaar maar dit is vanuit de verpleegpost. Geen continue aanwezigheid in de voorruimte van de separeer. De intentie is wel aanwezig echter door drukte op de afdeling is er niet altijd een teamlid bij de patiënten aanwezig.	Er is overdag aantoonbaar continu minimaal één teamlid bij de patiënten aanwezig en aanspreekbaar.	Er is altijd een verpleegkundige aanwezig bij de patiënten.	Er zijn laptops aangeschaft zodat verpleegkundigen ook in de huiskamer kunnen werken. Daarnaast wordt aan dit onderwerp aandacht besteed op de scholingsmiddag.	1-4-2018	Scholingsmiddagen maart 2018	
Hoofdstuk 2.2	De principes zijn wel uitgangspunt, er heeft geen specifieke scholing op herstelgerichte zorg plaats gevonden. Ook is het team niet volledig onderdeel van de keten.	Het team werkt aantoonbaar volgens de principes van de herstel ondersteunende zorg	Het team werkt volgens de principes van herstelgerichte zorg, hierbij is aandacht voor de keten en veelvuldig contact met ambulante behandelaars.	Het team werkt al volgens deze principes, er is veel contact met ambulante behandelaars. Extra aandacht hiervoor op scholingsmiddag.	1-4-2018	Scholingsmiddagen maart 2018	
Hoofdstuk 3.1	Er is wel een format begeleidingsplan m.b.t. separeatie, in deze casus zijn echter de wensen en voorkeuren van patiënt niet overtuigend beschreven.	Zijn de wensen en voorkeuren van de patiënt zichtbaar verwerkt in het deseparatieplan	De wensen en voorkeuren van de patiënt dienen zichtbaar te zijn verwerkt in deseparatieplan.	Aandacht hiervoor onder verpleegkundigen vergroten door onderwerp te bespreken op scholingsmiddag dwang en drang	1-4-2018	Scholingsmiddagen maart 2018	
Hoofdstuk 5.1 en 5.2	bevinding vanuit audit 2017 was: Cijfers werden vroeger met team besproken, dat is ergens gestopt en de wens is om dit weer op te pakken. Daling nog niet merkbaar, wel is er de wens om de cijfers vaker te bespreken met het multidisciplinaire team.  bevinding vanuit audit 2018 was: Er is voor 2017 een plan van aanpak aantoonbaar met SMART geformuleerde doelstellingen. De reductie is voor 2017 grotendeels gerealiseerd. Het plan van 2018 zal anders van opzet zijn en meer gericht zijn op de visie m.b.t. terugdringen van separeatie en afzondering. Om dit te concretiseren worden er punten geformuleerd zoals b.v. percentage signaleringsplannen (of kwaliteit hiervan of meten van het effect).  in 2018 alleen oranje score op plan van aanpak ter voorkoming van substitutie naar andere vormen. Dit is niet expliciet beschreven in het plan, het team is ten aanzien van dit thema nog zoekende e.q. zich aan het beraden hierover	Er is een daling bereikt in aantal separeaties en afzonderingen onder separatie, zonder substitutie naar andere vormen van dwang. In een gesprek licht het team de cijfers toe en maakt het de context duidelijk	Plan van aanpak schrijven voor 2018 om substitutie naar andere vormen te voorkomen.	overleg andere GD's	1-6-2018		

Kwaliteitsnorm	Interne audit november 2017	Verbeterpunt volgens de norm	Verbeteractie	Plan van aanpak	Verantwoordelijk voor uitvoering	Realisatiedatum	Benodigde middelen	netwerkaudit in 2e helft 2018
Hoofdstuk 1.2	Signaleringsplan had sneller opgesteld moeten worden	Bij iedere patient met een maatregel en/of score op broset moet binnen 2 dagen een signaleringsplan zijn opgesteld. Waar mogelijk naasten betrekken bij het opstellen van dit plan.	Signaleringsplannen moeten sneller opgesteld worden.	Regieverpleegkundige gaat hierop toezien en verpleegkundigen hierop aanspreken voorlichting op groot werkoverleg en op scholings middagen dwang en drang		dec 2017 overleg regie & maart 2018 scholingsmiddagen verpleging	Inzage in patiëntendossiers door regievk.	
Hoofdstuk 1.4 & 2.1	nieuwe afweging bij opname: Deze afspraken zijn niet vastgelegd en daarmee niet aantoonbaar, wel bekend bij het personeel	aantoonbaar maken dat een nieuwe afweging wordt gemaakt.		protocol opname maken, op docportal plaatsen, verpleegkundigen en behandelaren hierin scholen		maart 2018 scholingsmiddagen verpleging		
Hoofdstuk 1.5	evaluatie met de patient of diens familie is met grote regelmaat gebeurd alleen niet aan de hand van het afgesproken format (evaluatie separatie/afzondering) De norm geeft aan dat de evaluatie bij voorkeur uitgevoerd is met een ervaringsdeskundige. Dit is niet gebeurd.	format als standaard wekelijks gebruiken	werkwijze opnieuw onder de aandacht brengen.	bespreken met regieverpleegkundige		1-10-2017 (is reeds gebeurd a.d.h.v. een casus waarbij opviel dat het format te weinig gebruikt werd)	Inzage in patiëntendossiers door regievk	
Hoofdstuk 1.7	Risicotaxatie, broset is niet 2x daags ingevuld	er vind 2x daags risicotaxatie plaats	verpleegkundige vult elke dag en late dienst broset in.	Regieverpleegkundige gaat hierop toezien en verpleegkundigen hierop aanspreken voorlichting op groot werkoverleg en op scholings middagen dwang en drang		1-mrt-18	Inzage in patiëntendossiers door regievk	
Hoofdstuk 3.3	Toezicht: er is voldoende toezicht maar dit is niet aantoonbaar.	Aantoonbaar maken van toezicht, dit kan door aan dagelijks aan te tekenen dat deseparatieplan is uitgevoerd. Hierin staat de mate van toezicht beschreven.	verpleegkundigen rapporteren duidelijker dat deseparatieplan is uitgevoerd.	aanpassen in format separeer rapportage,		1-mrt-18	Inzage in patiëntendossiers door regievk	

Hoofdstuk 4.1 en 4.2	Eerste en tweede consultatie zijn te laat aangevraagd.	Alle consultaties worden op tijd aangevraagd	Behandelaren hebben inzicht in de totale duur van de insluiting waardoor op tijd consultatie aangevraagd wordt.	Tijdsregistratie aanpassen zodat duidelijk is wanneer consultatie aangevraagd moet worden. Hiervoor wordt Argus gebruikt, de exacte duur van separatie/afzondering wordt elke dag doorgegeven aan de behandelaar.	1-10-2017 (aandachtspunt al eerder gevonden en daarop al actie ondernomen). De audit van november ging over een separatie in september vandaar de gevonden afwijking.	
	Eerste en tweede consultatie zijn te laat aangevraagd.	Alle consultaties worden op tijd aangevraagd	Behandelaar vragen de consultatie tijdig aan en leggen dit vast	Aanpassen format voor de rapportage van het separaerbezoek. Schrijven protocol consultatie. Instructie nieuwe AIOS bij aanvang stageperiode.	1-jun-18	
Hoofdstuk 4.1, 4.2 en 4.3	De patiënt is niet van te voren op de hoogte gesteld van de consultatie en het doel ervan.	De behandelaar gaat de patiënt van te voren op de hoogte stellen van de consultatie en het doel ervan.	Behandelaren krijgen bij het schrijven van verslag van separaerbezoek een herinnering aan het op de hoogte stellen van de patiënt indien er een consultatie aangevraagd wordt.	Aanpassen format voor de rapportage van het separaerbezoek. Instructie nieuwe AIOS bij aanvang stageperiode.	1-jun-18	
Hoofdstuk 4.3	Bij de derde consultatie is met externe consultatieteam geencasusoverleg geweest, waar ook alle eerder geconsulteerde experts bij aanwezig waren. De consultatie is niet op schrift laten zetten	Bij een 3e consultatie vind een casusoverleg plaats met een extern consultatieteam Hiervan wordt een verslag vastgelegd.	Voorlichting geven aan behandelaren over consultaties	Beschrijven protocol consultaties Instructie nieuwe AIOS bij aanvang stageperiode.	1-jun-18	
Hoofdstuk 5.1	Er is geen plan van aanpak om substitutie naar andere vormen te voorkomen.	Er is een plan voor het UCP dat substitutie naar andere vormen van Dwang voorkomt.	Het UCP ontwikkelt hierop een visie.	Overleggen met andere geneesheer directieuren in de regio hoe zij hier invulling aan geven.	31-dec-18	



Hoofdstuk 5.2	Er is geen daling bereikt in aantal separaties en afzonderingen onder dwang. Over de eerste drie kwartalen van 2017 is geen daling bereikt. Hieronder staan het aantal uren afzonderen/separeren op de afdeling PSI4 per kwartaal in de jaren 2016/2017. Het gaat in 2017 om 3 patiënten. Het gaat om kleine aantallen patiënten waarbij 1 patiënt een groot effect heeft op de cijfers.  Aandachtspunt: geen	Er is een daling bereikt in aantal separaties en afzonderingen onder dwang.	d.m.v. cijfers en context een daling bereiken in 2018 door het juist toepassen van alle geformuleerde normen.	Het UCP blijft zich inzetten voor het terugdringen dwang en drang. Dit d.m.v. voortdurend toezicht door bureau geneesheer directeur en d.m.v. blijven toepassen van de kwaliteitscyclus.		31-12-2018		
C3		De GD moet voor de dwangbehandeling op de hoogte gesteld worden	Voorlichting geven aan behandelaren, proces evaluaeren	protocol dwangbehandeling aanpassen		1-feb-18		
C7 t/m C11	De GD is niet voor de dwangbehandeling op de hoogte gesteld. De art. 38 brieven zijn niet uitgereikt.	Bij aanvragen dwangbehandeling (ook als het een MofM opvolgt) dienen de art38 brieven uitgereikt te worden aan de patiënt.		protocol dwangbehandeling aanpassen en toevoegen aan protocollen separeren en afzonderen. Artsen voorlichten.		1-feb-18		

# Scholingsmiddag Bopz & terugdringen dwang en drang

7 maart en 12 maart 2018

# Agenda 7 & 12 maart 2018

Overall 10.2.e

- \* Toelichting op Bopz → WvGGZ (door [redacted])
- \* PAUZE
- \* Quiz kahoot (kennis over toetsingskader)
- \* Bespreken proces van opname → ontslag
- \* Casuïstiekbesprekingen evalueren
- \* Herhaling inhoud toetsingskader (door [redacted])



Overall 10.2.e



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Universitair Medisch Centrum Groningen  
T.a.v. de raad van bestuur  
Postbus 30001  
9700 RB GRONINGEN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
www.igj.nl

Ons kenmerk  
2018-2150759/V1009042/  
GGZ/

Datum 26 juli 2018  
Onderwerp reactie op brief vervolgaudits terugdringen separeren en afzonderen  
V1009042

Geachte raad van bestuur,

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: de inspectie) ontving op 17 mei 2018 uw reactie op de brief van de inspectie van 2 mei 2018.

In haar brief van 2 mei reageerde de inspectie op uw brief van 28 november 2017 met de auditrapportages van het Universitair Centrum Psychiatrie (UCP) unit 2 (audit februari 2017) en unit 4 (interne audit november 2017), de 2 verbeterplannen van beide afdelingen en uw toelichting hierop.

De inspectie constateerde een verslechtering bij unit 4 die niet goed verklaard werd.

Zij vroeg om een analyse van deze verslechtering en om het plan van aanpak voor beide units, met uw reactie hierop.

Bij uw reactie heeft u naast de gevraagde documenten ook het verslag meegestuurd van een netwerkaudit die op 7 februari 2018 is uitgevoerd bij unit 2.

In deze brief reageer ik op uw reactie van 17 mei 2018.

#### Auditverslagen unit 4

In uw brief van 17 mei 2018 stelt u dat de verslechtering van de audituitkomsten voornamelijk het aanvragen en uitvoeren van consultaties betrof, en daarnaast bent u ingegaan op het uitvoeren van de risicotaxatie.

De inspectie merkt op dat de geconstateerde verslechtering ook ging over andere onderwerpen. Deze onderwerpen ontbreken in de analyse. Verslechtering was immers ook opgetreden bij:

- Het hoofdthema preventie: item 1.4
- Het hoofdthema teamcultuur: item 2.1
- Het hoofdthema uitvoering: item 3.3
- Het hoofdthema reductie: item 5.1 en item 5.2

Daarnaast scoorde bij het hoofdthema preventie, het item 1.5 evaluatie nog steeds niet voldoende.

In het toegezonden verbeterplan voor unit 4, toegevoegd bij uw brief van 17 mei 2018, ziet de inspectie wel alle onderdelen terugkomen die onvoldoende scoorden

in de laatste audit, maar zij mist een verbetermaatregel op het hoofdthema teamcultuur bij het onderdeel gastvrije benadering.

Ons kenmerk  
2018-2150759/V1009042/  
GGZ, [redacted]

Tot slot geeft u aan dat er in de tweede helft van 2018 een netwerkaudit gepland staat die door medewerkers van GGZ Drenthe zal worden uitgevoerd.

Datum  
26 juli 2018

### **Auditverslagen unit 2**

In februari 2017 heeft er op unit 2 een interne audit plaatsgevonden. Hier kwamen 9 verbeterpunten uit, die de inspectie niet allemaal terugzag in het verbeterplan. Inmiddels heeft u alle verbeterpunten opgenomen in het nieuwe verbeterplan. In januari 2018 heeft een externe audit plaatsgevonden door medewerkers van Dimence en er staat voor juni 2018 een interne audit gepland.

Naar aanleiding van de resultaten van de interne audit in februari 2017 en de externe audit in januari 2018 constateert de inspectie dat er op 3 onderdelen een verslechtering heeft plaatsgevonden en dat 7 onderdelen nog niet voldoende scores. Het meegezonden verbeterplan bevat wel alle onderdelen die bij de audit van januari 2018 niet voldoende scores.

### **Conclusie**

Op unit 2 en 4 van het UCP zijn twee audits afgenomen. Beide vervolgaudits laten een verslechtering zien: diverse onderdelen waren verslechterd en een aantal was nog steeds niet verbeterd.

Voor beide units zijn verbeterplannen geschreven en nieuwe audits gepland, waarvan 1 mogelijk al is uitgevoerd.

### **Vervolg**

De uitkomst van de audits in combinatie met uw beperkte reactie hierop vormt naar het oordeel van de inspectie een risico voor de kwaliteit van zorg voor patiënten in afzondering en/of separatie.

Aangezien er in juni en in de tweede helft van 2018 opnieuw audits zijn gepland op beide afdelingen, zal de inspectie de uitkomst hiervan afwachten en na ontvangst van deze audits haar vervolgtoezicht bepalen. Daarbij zal de inspectie ook de eerdere resultaten alsmede uw reactie op de verslechtering meewegen.

Graag ontvangt de inspectie voor 1 oktober 2018 de beide auditverslagen voorzien van uw reactie.

Ik ga ervan uit u voldoende geïnformeerd te hebben. Mocht u nog vragen hebben, neemt u dan contact op met ondergetekende.

E-mailadres: [redacted]@igj.nl.

Met vriendelijke groet

[redacted]  
senior inspecteur IGZ<sup>1</sup>, projectleider terugdringen insluiten

<sup>1</sup> Bij ondertekening gebruiken wij de organisatienaam genoemd in de wetten op het terrein van de volksgezondheid en de jeugdhulp.