



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapport
Kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid en
sturing van verbeterprocessen
in GGZ Drenthe, onderdeel van Espria

Utrecht, 9 april 2015

V1004285
2015-1171448

Voorwoord

De inspectie heeft besloten bij GGZ Drenthe verscherpt toezicht in te stellen, ingaande op 7 april voor een termijn van zes maanden. In bijlage 1 is de reactie van de zorgaanbieder op dit besluit opgenomen.

Inhoud

- 1 Aanleiding
- 2 Bevindingen
- 3 Conclusies
- 4 Handhaving

1 Aanleiding

De afgelopen twee jaren heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) enkele inspectiebezoeken afgelegd aan verschillende locaties van GGZ Drenthe. Ook zijn er in die periode enkele meldingen en signalen bij de inspectie binnengekomen over verschillende onderwerpen, die aanleiding gaven voor nader onderzoek door de inspectie. De (vervolg)bezoeken en (de afhandeling van) de meldingen hebben de inspectie reden gegeven om haar zorgen uit te spreken over de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid bij GGZ Drenthe. In dit inspectierapport geeft de inspectie de belangrijkste bevindingen weer. Hoofdstuk 3 bevat de conclusies en hoofdstuk 4 bevat de maatregel die de inspectie oplegt.

2 Bevindingen

2. 1. Uitvoering Wet Bopz

A. Melden van dwangtoepassingen in de Beter Leven Kliniek

Dwangbehandelingen en Middelen of Maatregelen (hierna: dwangtoepassingen) zijn in de locatie Beter Leven Kliniek van GGZ Drenthe vanaf augustus 2012 slechts gedeeltelijk gemeld, terwijl in de Wet Bopz is aangegeven dat de inspecteur in geval van een dwangbehandeling uiterlijk bij aanvang, en in geval van Middelen of Maatregelen zo spoedig mogelijk in kennis gesteld dient te worden van de toepassing ervan. Ook de beëindiging van elke dwangtoepassing dient gemeld te worden aan de inspectie.

Pas nadat de inspectie n.a.v. het inspectiebezoek op 23 september 2013 had verzocht om alsnog alle dwangtoepassingen te melden, is door GGZ Drenthe gecontroleerd of alle dwangtoepassingen betreffende de Beter Leven Kliniek wel aan de inspectie gemeld waren. De Argusregistratie zou vaak problemen geven en om deze reden was een dubbel registratiesysteem geïmplementeerd, zonder te controleren of hiermee wel alle dwangtoepassingen afdoende aan de inspectie werden gemeld. Negen ontbrekende Middelen of Maatregelen zijn niet eerder dan op 16 juni 2014 ontvangen. Voor het te laat melden heeft de inspectie aan GGZ Drenthe een boete opgelegd.¹

GGZ Drenthe heeft op 21 februari 2014 aan de inspectie aangegeven dat diverse verbetermaatregelen ingevoerd waren. Zo werd aangegeven dat drie Argusfunctionarissen zouden worden aangewezen en getraind. Ook zou een beleidsmedewerker gedurende een jaar steeds toetsingen doen op het juist toepassen van de normen en daarmee ook op de juiste registratie in Argus.

Ondanks bovenbeschreven verbetermaatregelen bleek in januari 2015 bij controle van de aan de inspectie gemelde dwangtoepassingen dat van de locatie Beter Leven Kliniek drie Middelen of Maatregelen zijn ontvangen in 2014. De inspectie acht het gezien het lage aantal gemelde Middelen of Maatregelen aannemelijk dat ook in 2014 het systeem rondom het melden van dwangtoepassingen betreffende de locatie Beter Leven Kliniek niet afdoende functioneerde.

De reactie van GGZ Drenthe van 10 maart 2015 op de conceptversie van dit rapport geeft de inspectie aanleiding om deze aanname te verlaten. De inspectie gaat ervan uit dat er feitelijk slechts drie middelen of maatregelen zijn toegepast in deze kliniek.

Uit de reactie van GGZ Drenthe blijkt echter ook dat de Argusregistratie in andere onderdelen van GGZ Drenthe wel kwetsbaar is.

Risico: een ondeugdelijk registratiesysteem van dwangtoepassingen heeft tot gevolg dat er voor zowel medewerkers als management geen betrouwbare informatie beschikbaar is over het terugdringen van dwang, zodat het beleid niet bijgestuurd kan worden.

Een ondeugdelijk registratie- en meldsysteem van dwangtoepassingen heeft ook tot gevolg dat de inspectie onvoldoende toezicht kan uitoefenen op toegepaste dwang. Dit schaadt de rechtspositie van patiënten.

¹ Zie hiervoor het boeterapport BB 1000096, 24 september 2014

B. Implementatie van verbetermaatregelen

Op 24 april 2013 heeft de inspectie een bezoek in het kader van de Wet Bopz afgelegd naar aanleiding van een uitspraak van de klachtencommissie. Hierbij constateerde de inspectie het volgende:

- In het dossier was het gevaar onvoldoende concreet omschreven;
- In het dossier ontbrak in de schriftelijke beslissing de termijn van de dwangbehandeling;
- In het dossier was niet in het behandelingsplan aangegeven of patiënt met het behandelingsplan had ingestemd;
- In het dossier was de second opinion te summier omschreven.

De inspectie heeft verzocht een plan van aanpak met verbetermaatregelen op te stellen en deze te implementeren. Dit plan van aanpak is opgesteld en toegestuurd.

De inspectie moest naar aanleiding van de follow-up bezoeken op 8 en 11 september 2014 echter concluderen dat de uitvoering van de Wet Bopz wederom in drie van de bovengenoemde vier opzichten onzorgvuldig is geweest.

- Bij de twee getoetste dwangbehandelingen ontbrak opnieuw in de schriftelijke beslissing de termijn van de dwangbehandeling.
- Bij het onderzoek naar aanleiding van het overlijden van een patiënte in de separeerunit was opnieuw niet in het behandelingsplan of in het dossier aangegeven of patiënte met het behandelingsplan had ingestemd.
- Tevens was het gevaar bij bovengenoemd onderzoek onvoldoende concreet omschreven. Het gevaar om zichzelf te beschadigen, zoals de geneesheer-directeur in de reactie op de conceptrapportage heeft aangegeven, was niet in het dossier vermeld dat aan de inspectie was overhandigd tijdens het toetsingsbezoek.

Op 12 februari 2015 ontving de inspectie het gehele dossier. Als gevaar is daarin wel het gevaar van uitputting genoemd: in een verpleegkundig deelplan als een van de redenen waarom patiënte is gesepareerd en in het meldingsformulier aan de inspectie onder de omschrijving van de geestesstoornis.

Naar aanleiding van de reactie van GGZ Drenthe voegt de inspectie hier aan toe, dat de beslissing tot separatie niet navolgbaar in het dossier was onderbouwd met een omschrijving van het concrete gevaar dat door de separatie zou worden weggenomen. Het feit dat dit gevaar in een verpleegkundig deelplan is genoemd, en op het meldingsformulier op een plek die daar overigens niet voor bedoeld is, is voor de inspectie niet voldoende.

De inspectie constateerde bovendien dat de separatie bij het onderzoek naar aanleiding van het overlijden in de separeerunit niet aantoonbaar subsidiair is geweest.

De mogelijkheid van intensieve begeleiding in een aparte omgeving (zoals de separeerruimte met een open separeer) was namelijk niet geprobeerd. In het dossier was niet gemotiveerd, waarom was besloten niet eerst dit minder ingrijpende alternatief te proberen.

Naar aanleiding van de reactie van GGZ Drenthe, dat deze keuze tijdens het inspectiebezoek uitvoerig is gemotiveerd, voegt de inspectie hier toe, dat het juist van belang is om deze motivering in het dossier vast te leggen. De keuze is dan ook voor andere zorgverleners navolgbaar.

Risico: onvoldoende sturing op verbetermaatregelen rond de uitvoering van de Wet Bopz kan leiden tot onverantwoorde gedwongen zorg.

2. 2. Thematoezicht "Terugdringen separeren"

In het kader van het thematoezicht "Terugdringen separeren" bezocht de inspectie op 27 maart 2013 GGZ Drenthe. De inspectie onderzocht zes casus en constateerde dat GGZ Drenthe aan de vier normen niet of onvoldoende voldeed (één maal deels aan de norm Argusregistratie; twee maal niet aan de norm Voorkómen van separeren; vijf maal deels en eenmaal niet aan de norm Geen eenzame opsluiting; en vijf maal niet aan de norm t.a.v. Consultatie). De inspectie verzocht aan GGZ Drenthe binnen 3 maanden een interne audit uit te voeren, waarvan aan de inspectie een verslag toegestuurd diende te worden. Hier moest uit blijken dat de noodzakelijke verbeteringen waren uitgevoerd.

Omdat de inspectie aan de hand van het auditverslag niet kon vaststellen of de noodzakelijke verbeteringen in voldoende mate waren uitgevoerd, bezocht zij op 9 december 2013 GGZ Drenthe in het kader van de follow-up van het project. Uit dit inspectieonderzoek bleek dat GGZ Drenthe aan drie normen niet en aan één norm (Voorkómen van separeren) deels voldeed. De inspectie eiste terstond de noodzakelijke verbetermaatregelen en kondigde een tweede follow-up toetsingsbezoek aan. De inspectie kondigde tevens aan dat indien dan nog steeds niet voldaan zou zijn aan de normen, de inspectie over zou gaan tot het instellen van verscherpt toezicht op dit onderdeel van de zorg. Ook kondigde zij aan dat wanneer bij een volgende toetsing zou blijken dat nog steeds niet geregistreerd werd volgens de Argus dataset de inspectie de Minister zou verzoeken tot het opleggen van een last onder dwangsom, op basis van artikel 70a, lid 2 van de Wet Bopz.

Op 8 april 2014 bezocht de inspectie GGZ Drenthe in het kader van een 2^e follow-up "Terugdringen separeren". Alhoewel GGZ Drenthe aan twee normen niet volledig voldeed (namelijk Voorkómen van separeren en Consultatie), zag de inspectie geen aanleiding tot het instellen van verscherpt toezicht. De inspectie verzocht om de uitvoering van het onderdeel 'consultatie' van het plan van aanpak van GGZ Drenthe te implementeren. De inspectie gaf daarbij aan dat zij nogmaals onaangekondigd zou komen toetsen. De inspectie verwachtte dat met het concreet benoemen van de door te voeren verbetermaatregelen en de aankondiging van een follow-up inspectiebezoek de geconstateerde risico's afdoende zouden worden teruggedrongen.

Op 8 september 2014 is locatie Emmen van GGZ Drenthe bezocht in het kader van een 3^e follow-up "Terugdringen separeren". De inspectie constateerde dat bij de twee getoetste casus aan alle normen werd voldaan.

De inspectie constateerde echter ook tijdens dit inspectiebezoek dat de wijze waarop berekend werd wanneer een tweede consultatie zou zijn aangekomen, niet overeen kwam met het Toetsingskader terugdringen separeren

van 2012. Men zou namelijk bij het bereiken van 252 uren separeren binnen 3 weken opnieuw een eerste consultatie uit laten voeren in plaats van de geïndiceerde, uitgebreidere tweede consultatie.

Risico: onvoldoende sturing op het terugdringen van separeren kan leiden tot onnodig lange separaties.

2. 3. Onderzoek motie Leijten

Op 20 augustus 2014 werd door GGZ Drenthe het overlijden gemeld van een patiënte die kort daarvoor gesepareerd was geweest. Deze melding is door de inspectie onderzocht in het kader van de motie Leijten (TK 2012-2013, 31 996, nr. 70 en de brief van de Staatssecretaris aan de Tweede Kamer van 9 december 2013).

De inspectie heeft naar aanleiding van dit onderzoek geconcludeerd dat de geleverde zorg aan patiënte in de separeerruimte wat betreft haar psychiatrische aandoening deels aan de normen van verantwoorde zorg voldeed. Patiënte is op 31 juli niet gezien door een psychiater; in ieder geval ontbreekt hiervan de rapportage in het dossier.

Daarnaast concludeerde de inspectie dat de somatische zorg aan patiënte onvoldoende was: er was onvoldoende zicht op haar somatische toestand. Patiënte is gedurende de opname niet somatisch gescreend. Van de verpleegkundige somatische controles die zijn uitgevoerd, is éénmaal gerapporteerd in het dossier. Aan de opgemerkte signalen van oedeem in de benen en vingers, de aanvankelijke urineretentie en daarna urine-incontinentie is minimaal vervolg gegeven, volgens het dossier. De psychiater heeft de benen van patiënte onderzocht op 30 juli; van de bevindingen is geen melding gedaan in het dossier. Tijdens de opname was de aandacht met name gericht op het psychiatrische toestandsbeeld van patiënte.

Risico: onvoldoende somatische screening en onvoldoende zicht op het somatisch toestandsbeeld kunnen leiden tot onbehandelde somatische aandoeningen en tot overlijden van patiënten.

2. 4. Suïcides

Op 25 mei en op 7 juli 2014 werden vier suïcides gemeld bij de inspectie. Omdat de vier suïcides een aantal overeenkomende knelpunten in de verleende zorg vertoonden, voerde de inspectie op 22 september 2014 een gesprek met GGZ Drenthe hierover.

Het betrof hier de volgende overeenkomsten:

- a. De suïcides vonden alle plaats in de overbruggingsperiode, tussen intake en start van de behandeling in een zorgprogramma. De patiënten hadden geen hoofdbehandelaar en hadden alleen crisiscontacten ter overbrugging;
- b. Tijdens de overbruggingsfase waren geen signalerings- of crisisplannen gemaakt;
- c. In de intakefase vond geen diagnostiek plaats. Het intakecentrum baseerde zich op de informatie van de huisarts;

- d. Uit de suïciderapportages bleek onvoldoende of en in hoeverre de Multidisciplinaire Richtlijn voor Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (MDR) was gevolgd.

Daarnaast ging het gesprek ook over de interne procedure van calamiteitsmeldingen, de kwaliteit van de interne onderzoeken van GGZ Drenthe en over de borging van de verbetermaatregelen. Deze aspecten behoefden verbetering. Tenslotte bleken de vier suïcides te laat bij de inspectie te zijn gemeld en twee ervan bijzonder laat: een half jaar respectievelijk bijna een jaar later. Voor deze overtreding heeft GGZ Drenthe een waarschuwing gekregen. 2

Na ontvangst van de reactie van GGZ Drenthe op nadere vragen van de inspectie over de vier afzonderlijke meldingen houdt de inspectie zorgen over de volgende aspecten:

- De kwaliteit van het intern onderzoek en de rapportage naar aanleiding van meldingen;
- De systematiek waarmee verbetermaatregelen naar aanleiding van de suïcide-evaluaties worden geïmplementeerd en het interne toezicht op de implementatie;
- Implementatie van de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag;
- Organisatie van de zorg tijdens de overbruggingsperiode, vooral rond suïcidepreventie en spoedige diagnostiek;
- Beleid en uitvoering van somatische screening van patiënten. De inspectie voegt hier naar aanleiding van de reactie van GGZ Drenthe/Espria aan toe, dat uit een van de casus bleek dat er onvoldoende aandacht was voor de somatische zorg, geen betrokkenheid bij de somatische behandeling is geweest, er geen somatische screening heeft plaatsgevonden; dat niet duidelijk is geworden waarom dit niet is gebeurd en dat hier ook achteraf niet op is gereflecteerd.

Risico: Onvoldoende sturing op en borging van suïcidepreventiebeleid kan leiden tot meer suïcides.

Onvoldoende sturing op somatische zorg kan leiden tot verergering van somatisch lijden.

2. 5. Verbetercapaciteit en sturing

De inspectie constateert op basis van de bevindingen uit de vorige paragrafen dat de verbetercapaciteit van GGZ Drenthe de laatste twee jaren op diverse terreinen van de zorg onvoldoende is.

De inspectie heeft de indruk dat de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg en voor de sturing van verbeterprocessen op de verschillende locaties van GGZ Drenthe in deze periode voornamelijk bij de geneesheer-directeur is komen te liggen, in plaats van bij de raad van bestuur van GGZ Drenthe.

De positie van de geneesheer-directeur lijkt bovendien kwetsbaar. Vanaf de reorganisatie zou de geneesheer-directeur geen toegang meer hebben tot de raad van bestuur, blijkens het vastgestelde gespreksverslag van 11 september 2014. Uit dit zelfde verslag blijkt dat een structurele waarneming van acht uur niet is doorgevoerd vanwege ophanden zijnde bezuinigingen en dat de kwaliteit van de werkzaamheden van de geneesheer-directeur hierdoor onder druk staat.

2 Zie hiervoor de brief van de inspectie van 12 februari 2015

Risico: Door onvoldoende gerichte sturing door de raad van bestuur van GGZ Drenthe komt onvoldoende verbetering tot stand in de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid.

3 Conclusies

De inspectie concludeert dat GGZ Drenthe er gedurende de laatste jaren niet in geslaagd is om noodzakelijke verbeteringen succesvol en blijvend door te voeren. Er is weliswaar hard gewerkt om verbeteringen door te voeren rond de uitvoering van de Wet Bopz, het terugdringen van separeren, de somatische zorg en het suïcidepreventiebeleid, maar er is onvoldoende gerichte sturing geweest op het verbeterproces.

De inspectie ziet op deze terreinen risico's voor de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid.

De inspectie wil er daarom op toezien dat de noodzakelijke verbeteringen op een door de inspectie gewenste termijn met kracht en blijvend succesvol geïmplementeerd worden.

4 Handhaving

De inspectie legt GGZ Drenthe de maatregel van verscherpt toezicht op voor de duur van zes maanden. De aanvangsdatum is 7 april 2015.

In het kader van deze maatregel verwacht de inspectie op 1 mei 2015 een integraal plan van aanpak van GGZ Drenthe om de uitvoering van de Wet Bopz, de Argusregistratie, suïcidepreventie en de somatische zorg te verbeteren. Het plan van aanpak Suïcidepreventie kan daarbij als voorbeeld dienen. Dit integrale plan zal de inspectie beoordelen en bespreken met de Raad van Bestuur.

Na vaststelling van dit plan van aanpak verwacht de inspectie eens per twee maanden resultaatverslagen te ontvangen van de Raad van Bestuur.

De inspectie zal de voortgang ter plaatse komen toetsen door middel van aangekondigde en onaangekondigde bezoeken.

Aan het einde van de zes maanden zal de inspectie toetsen of de nodige verbeteringen succesvol en blijvend zijn doorgevoerd en of het verscherpt toezicht kan worden opgeheven.

Bijlage 1: reactie Raad van Bestuur GGZ Drenthe op aankondiging VT

datum 13 april 2015

onderwerp reactie op telefonische mededeling 7 april jl.

Geachte

Volgens afspraak met u reageer ik, binnen vijf werkdagen, op uw telefonische mededeling van j.l. dinsdag 7 april, waarin u meedeelde dat de Inspectie vasthoudt aan haar voornemen GGZ Drenthe onder verscherpt toezicht te stellen. Inmiddels ontvingen wij ook uw schriftelijke aanzegging van dit verscherpte toezicht per 7 april bij uw schrijven d.d. 9 april.

Van uw uitnodiging om vóór dinsdag 14 april uiterlijk 16.00 uur te reageren, maak ik onderstaand kort gebruik. Kort samengevat betreur ik dat uw Inspectie tot het oordeel is gekomen dat het instellen van verscherpt toezicht op GGZ Drenthe noodzakelijk is.

Tegelijkertijd deel ik met u de verwachting dat wij erin zullen slagen de verbeterplannen van GGZ Drenthe naar de volle tevredenheid van uw Inspectie te implementeren. Ik verwacht ook dat uw Inspectie, tijdens of na de periode van verscherpt toezicht tot de conclusie zal komen dat de kwaliteit van zorg bij GGZ Drenthe voldoende gewaarborgd is. Ik verwacht dat uw Inspectie tot de conclusie zal komen dat na ommekomst van de periode van verscherpt toezicht het verlengen van die periode of het nemen van handhavingsmaatregelen jegens GGZ Drenthe niet nodig zal zijn. Volledigheidshalve – en teneinde het verscherpt toezicht door uw Inspectie zo efficiënt mogelijk en met zo min mogelijk belasting voor u en voor ons te laten verlopen – hecht ik eraan de volgende opmerkingen te maken over de door u toegezonden brieven en het daarbij behorende rapport, waarbij ik ook een enkele feitelijke onjuistheid in uw uitgangspunten duid:

- Ik meende dat met het aangeleverde materiaal én met datgene dat wij in Den Haag bespraken wel over het voetlicht zou zijn gebracht dat wij in control zijn ten aanzien van de door GGZ Drenthe ingezette verbeterplannen en ten aanzien van de kwaliteit van de door GGZ Drenthe geleverde zorg, maar begrijp dat het aangeleverde materiaal hiertoe niet de overtuigende bewijsvoering heeft geleverd;
- U heeft aangegeven overtuigd te zijn van de vorderingen die inmiddels zijn gemaakt, maar van oordeel te zijn dat het nog niet voldoende is;
- Ik heb naar u mijn teleurstelling uitgesproken over uw conclusie, maar deel met u de verwachting dat wij de verbeterplannen naar de tevredenheid van uw Inspectie zullen kunnen implementeren;
- Ik heb u voorts verzocht in overweging te nemen om de onderdelen Beter Leven en afdelingen binnen de Beveiligde Psychiatrie, vanwege de daar aangetoonde concrete verbeteringen, buiten de scope van het verscherpt toezicht te houden. U heeft daarop aangegeven niet de scope te zullen veranderen en dus geheel GGZ Drenthe onder het verscherpt toezicht te plaatsen;

- Graag wijs ik u erop dat in mijn schrijven d.d. 10 maart 2015 ik ten aanzien van de positie van de geneesheer-directeur heb aangegeven dat deze functie wordt aangesteld door de Raad van Bestuur en dat deze vanuit een nevenschikte relatie aansturingsbevoegdheid heeft naar de lijndirectie én escalatieplicht naar de Raad van Bestuur. Dit komt niet overeen met de tekst in uw definitieve rapport, waarin u op de pagina's 9 en 10 schrijft dat de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg en de sturing van verbeterprocessen op de verschillende locaties van GGZ Drenthe in deze periode voornamelijk bij de geneesheer-directeur is komen te liggen in plaats van bij de Raad van Bestuur van GGZ Drenthe. Aangegeven is al eerder dat hier een emotie van de functionaris is weergegeven maar toch niet de formele werkelijkheid. Ik hecht eraan deze feitelijke onjuistheid in uw uitgangspunten nogmaals te duiden. De functie van de geneesheer-directeur maakt immers een essentieel onderdeel uit van onze verbeterplannen en GGZ Drenthe hecht eraan dat de bijdrage van de geneesheer-directeur op juiste wijze wordt betrokken bij de beoordeling door uw Inspectie van de wijze waarop GGZ Drenthe haar verbeterplannen tot uitvoer brengt. Ik verzoek uw Inspectie om bij de uitvoering van het verscherpt toezicht rekening te houden met de formele functie en bevoegdheden van de geneesheer-directeur en met de wijze waarop deze in werkelijkheid worden uitgeoefend;
- We zijn blij met uw uitspraak dat er oog en waardering is voor de vele inspanningen die door de organisatie zijn gedaan en dat u vertrouwen uitspreekt dat de geconstateerde risico's binnen de periode waarvoor het verscherpt toezicht is ingesteld door het bestuur en de directie kunnen en zullen worden weggenomen;
- Hoewel vanuit een achterstand neemt GGZ Drenthe de handschoen op en zullen wij voortvarend de ingeslagen weg van versterkte executiekracht op kwaliteit en veiligheid vervolgen.

Wij zullen, conform uw aanzegging onder punt 4 Handhaving, voor 1 mei o.a. een integraal plan van aanpak zenden voor verbetering van de uitvoering van de wet Bopz, de Argus-registratie, suïcidepreventie en de somatische zorg. U geeft als suggestie het plan van aanpak suïcidepreventie daarbij als voorbeeld te nemen.

Wij wachten verdere berichtgeving van uw kant in dezen af.

Tenslotte meld ik u dat wij geen bezwaar zullen maken tegen openbaarmaking van de instelling van het verscherpt toezicht.

Met vriendelijke groet,