



> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Emergis
T.a.v. xxxxxx, raad van bestuur
Oostmolenweg 101
4481 PM KLOETINGE

Verzending per e-mail:

xxxxxxx

Bezoeksadres
Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht

Postadres
Postbus 2518
6401 DA Heerlen

T +31 (0)88 120 50 00
F +31 (0)88 120 50

Inlichtingen bij
Meldpunt
meldpunt@igi.nl

Ons kenmerk
GGZ/xxxxx

Bijlage
Openbaarmakingsbesluit
Publicatieversie definitief
rapport

Datum: 21 juni 2022
Betreft: Definitieve rapportage inspectiebezoek HIC en MC;
xxxxx

Geachte heer xxxx,

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: inspectie) bracht op 12 april 2022 een aangekondigd bezoek aan de High & Intensive Care (HIC) en de Medium Care (MC), gevestigd op de hoofdlocatie van Emergis te Kloetinge.

Taak inspectie

De inspectie ziet toe op goede zorg. Goede zorg is in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht en tijdig. Hierbij beoordeelt de inspectie of de zorgaanbieder wet- en regelgeving, veldnormen (richtlijnen en standaarden) voldoende naleeft. Wij stimuleren en agenderen waar het kan en handhaven waar nodig. Extra aandacht gaat uit naar kwetsbare groepen.

Doel en aanleiding

Het doel van het inspectiebezoek is om te beoordelen welke zorg ten aanzien van suïcide (preventie, beleid en evaluatie) goed gaat, beter kan en beter moet.

De aanleiding voor het inspectiebezoek is de ontvangst van twee meldingen in juli 2021. Eén melding betrof een suïcide van een cliënt die op afdeling Angst en Stemming verbleef. De tweede melding betrof een suïcidepoging met ernstig letsel van een cliënte, die op de MC1 verbleef.

De inspectie heeft beide onderzoeksrapporten van Emergis beoordeeld en dit proces in december 2021 afgesloten. Hierbij was aangegeven dat in een volgend inspectiebezoek deze onderzoeken, met bijbehorende verbetermaatregelen en het suïcidebeleid, onderwerp van gesprek zouden zijn.

In 2018 constateerde de inspectie dat de kwaliteit en veiligheid bij suïcidaal gedrag onvoldoende was. Emergis diende verbeteringen door te voeren, zo nodig instellingsbreed.

Werkwijze

De inspectie selecteerde voor dit toezichtbezoek de volgende wet- en regelgeving en veldnormen:

- Wkkgz, artikel 2, 3 en 7;
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz artikel 3, lid 1;
- Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, Trimbos, 2012;
- Generieke Module (diagnostiek en behandeling) suïcidaal gedrag, februari 2018;
- Beroepscode voor psychiaters, NVvP, mei 2020.

Ons kenmerk

GGZ/xxxx

Datum

21 juni 2022

We gebruiken de volgende thema's:

- Persoonsgerichte zorg;
- Deskundige zorgverleners;
- Sturen op kwaliteit en veiligheid.

Per thema stelt de inspectie vast welke zorg van de drie thema's goed is, beter kan of beter moet.

De inspectie vroeg vooraf aan het bezoek de volgende documenten op:

- De protocollen/werkinstructies over suïcidepreventie, suïcide-evaluatie en nazorg aan zorgverleners;
- De scholingsplannen rondom suïcide.

Wij zagen twee dossiers in en spraken met een verpleegkundig specialist, een psychiater en de teamleider van de MC, een klinisch psycholoog en de teamleider van de HIC. Ook spraken wij de manager van acuut/hoog intensief en de directeur zorg divisie volwassenen en ouderen ggz. Afsluitend sloot de geneesheer-directeur bij het gesprek aan.

Korte beschrijving van de zorgaanbieder

Emergis is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Jaarlijks behandelt of begeleidt deze zorgaanbieder ongeveer 13.000 mensen met uiteenlopende problemen, zoals psychiatrische stoornissen, verslaving, problemen op het gebied van wonen en werken, veiligheid en huiselijk geweld. Dat gebeurt door ongeveer 1.400 medewerkers op vijftig locaties in Zeeland. De zorgverleners werken in onder andere ambulante centra, klinieken, beschermende woonvormen en ook bij mensen thuis.

Korte beschrijving High & Intensive Care en Medium Care

Zowel de HIC als de MC behoren tot het zorgonderdeel acuut / hoog intensief. De HIC is een gesloten afdeling voor mensen vanaf 18 jaar met ernstige psychische en psychiatrische klachten. Er zijn 2 HIC-units voor acute en hoog intensieve psychiatrische zorg voor maximaal 23 mensen. De veiligheid en bescherming heeft hoge prioriteit.

De MC1 heeft een open unit van 16 bedden en een gesloten unit van 14 bedden. De MC biedt ook behandeling aan mensen vanaf 18 jaar met ernstige psychische en psychiatrische klachten. De mensen hebben minder intensieve veiligheid en bescherming nodig dan op de HIC.

De afdeling Angst & Stemming is inmiddels opgeheven om de zorg meer ambulant aan te bieden.

Resultaten bij suïcidepreventie, suïcidebeleid en suïcide-evaluatie

Ons kenmerk

GGZ/xxxx

Persoonsgerichte zorg

Datum

21 juni 2022

Wat gaat goed

De zorgverleners op de HIC en MC1 zetten regelmatig een ervaringswerker in als men een suïciderisico vaststelt. Ook geeft het behandelteam aan dat zij structureel de cliënt spreekt over suïcidale gedachten. Verder informeren de zorgverleners ons dat zij zoveel mogelijk pogen om onnodige interne overplaatsingen te voorkomen. Deze werkwijze is inmiddels in een protocol vastgelegd.

Bij cliënten die 1-op-1-begeleiding krijgen, schakelt het behandelteam met enige regelmaat naasten in. Ook is op beide afdelingen een familie-ervaringswerker inzetbaar. Deze neemt onder andere contact op met de naaste, als een cliënt zich heeft gesuïcideerd. Voor naasten is een folder over lotgenotencontact bij suïcide ontwikkeld. Ook is de familiekamer aangepast.

Wat kan beter

Het management merkt op dat het betrekken van naasten beter kan. De zorgverleners geven aan dat inbreng van naasten in het zorgafstemmingsgesprek (ZAG) plaatsvindt. Hoe de samenwerking met naasten verder vorm krijgt, is daarmee niet duidelijk. Verder lichten de zorgverleners toe dat alleen bij twijfel over het suïciderisico, zij dit met de cliënt of diens naaste bespreken.

Wij zien in het signaleringsplan van MC1 onvoldoende de samenwerking met de naaste terug. Ook is het niet gebruikelijk om (indien mogelijk) een naaste standaard bij het opstellen van het signaleringsplan te betrekken.

Deskundige zorgverleners

Wat gaat goed

Het is gebruikelijk om frequent, laagdrempelig en multidisciplinair te overleggen over een eventueel dreigend suïcidegevaar, zo geven de zorgverleners aan. Ook de werkwijze is hierop ingericht. De opnamecoördinator inventariseert in eerste instantie het suïciderisico. Na opname overlegt deze coördinator het suïciderisico met de regiebehandelaar. Daarop stelt deze behandelaar het suïciderisico vast en rapporteert dit in het dossier. De regiebehandelaar bespreekt vervolgens met regelmaat het suïciderisico met het verpleegkundig team.

Wat kan beter

Niet alle regiebehandelaren vermelden een toelichting bij het vastgestelde suïciderisico¹ in het elektronisch patiëntendossier (EPD). Hoe de coördinator en de regiebehandelaar tot een inschatting van het suïciderisico komen staat alleen in de voortgangsrapportage en is daarmee niet goed toegankelijk.

De zorgverleners ervaren voldoende veiligheid om elkaar aan te spreken, zo lichten de gesprekspartners toe. Als voorbeeld noemt men de interviews en de teamreflecties. Het is niet duidelijk of het gebruikelijk is om zo nodig een individuele collega aan te spreken.

¹ Geen, een licht, een matig of een ernstig risico

Wat moet beter

Een zorgverlener van MC1 vertelt dat de beslissing voor een opname op de open of de gesloten MC vooral afhangt van in hoeverre het team afspraken kan maken met de cliënt (naast de voorgeschiedenis van de cliënt).

Ons kenmerk

GGZ/xxxx

Datum

21 juni 2022

De inspectie hoort dat niet meer alle zorgverleners tegelijkertijd in het kantoor (met gesloten deur) pauzeren. Bij de overdracht zijn wel alle zorgverleners tegelijkertijd in het kantoor aanwezig, waarmee er tijdelijk geen toezicht is op de afdeling.

Sturen op kwaliteit en veiligheid

Wat gaat goed

De aanbevelingen van de twee onderzoeksrapporten en de reactie van de inspectie hierop zijn bekend bij beide teamleiders. De teamleider van MC1 geeft aan dat, in samenwerking met het uitvoerend team van MC1, de aanbevelingen in verbetermaatregelen zijn omgezet en het suïcideprotocol is aangepast. In het plan van aanpak staat bijvoorbeeld de bijscholing 'chronische suïcidaliteit bij persoonlijkheidsproblematiek' voor 17 mei 2022 ingepland. Ook is inmiddels op de MC de afspraak om een begeleidingsniveau per cliënt af te spreken.

Ook is in het protocol 'melden en evalueren calamiteiten' inmiddels opgenomen dat evaluatie plaatsvindt met *alle* betrokken medewerkers. Verder zijn de twee onderzoeksrapporten besproken in het kwaliteitsveiligheidsoverleg. Het doel hiervan is om, als dat nodig is, verbetermaatregelen binnen andere delen van de organisatie uit te zetten.

De teamleiders lichten toe dat de nazorg aan de direct betrokkenen en de zorgverleners goed verloopt. Het management bewaakt of verdere hulpverlening nodig is. Verschillende disciplines, waaronder de geestelijke verzorging, bieden ondersteuning. Deze werkwijze is inmiddels schriftelijk vastgelegd. De gesprekspartners spreken hier waardering over uit. Zij ervaren de inzet van de geestelijke verzorging als ondersteunend.

Het EPD is dusdanig ingericht dat het de zorgverleners ondersteunt in hun awareness op het suïciderisico. Zo is de CASE-methodiek toegelicht. Ook zien we dat de mate van het suïciderisico vermeld dient te worden.

Wat kan beter

We zien dat de zorgverleners op MC een ander format voor een signaleringsplan gebruiken dan op de HIC (waar ze een format per zorgpad gebruiken). De inspectie ziet in het format van MC de naaste niet terug.

Vóór de coronapandemie volgden alle zorgverleners fysiek de bijscholing over suïcidepreventie, de PITSTOP-training. Tijdens de coronamaatregelen ontvingen de nieuw aangestelde zorgverleners naast klinische lessen enkel een digitale bijscholing. Het management licht toe dat per april 2022 fysieke PITSTOP-trainingen plaats gaan vinden. Uit het toegezonden document blijkt dat pas in september 2022 bijeenkomsten voor de PITSTOP-training voor deze nieuwe zorgverleners plaats gaan vinden. In het plan van aanpak is geen concrete termijn hierover opgenomen.

In de plannen van aanpak kunnen bepaalde termijnen (zoals bij deskundigheidsbevordering) concreter en gedetailleerder worden vastgesteld. Ook ontbreekt in de

plannen van aanpak wie verantwoordelijk is voor een goede en tijdige realisatie van de verbeterpunten.

Ons kenmerk
GGZ/xxxx

In een werkinstructie is er geen duidelijk onderscheid gemaakt tussen een suïcidepoging en een suïcide. Dit kan verwarrend werken voor de zorgverlener.

Datum
21 juni 2022

De zorgverleners geven aan dat vooral in de periode van de aanpassing van het suïcidepreventieprotocol de awareness voor het suïciderisico hoog was en dat dit inmiddels minder is. Er lijkt onvoldoende aandacht voor het borgen van de awareness voor het suïciderisico. Het borgen van de awareness is niet in de verbeterplannen opgenomen.

Wat moet beter

Eén plan van aanpak vermeldt dat per open afdeling, uiterlijk 1^{ste} kwartaal 2022, een werkwijze moet zijn vastgesteld om meer veiligheid en kwaliteit te bieden. De zorgverleners merken daarentegen op dat zij nog bezig zijn om aandachtspunten op te stellen, helpend voor voldoende awareness voor het suïciderisico. Een vastgestelde termijn hiervoor is niet bekend.

We constateren dat in het protocol suïcidepreventie², van Emergis niet verwezen wordt naar de generieke module 'diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag', hoewel één van de gesproken zorgverleners aangeeft dat deze generieke module in het protocol is opgenomen.

Conclusie

De inspectie spreekt haar waardering uit over de wijze waarop de zorgverleners de zorg in de zeer uitdagende periode van de pandemie hebben gecontinueerd. In ieder gesprek gaf men aan dat de benodigde saamhorigheid hiervoor aanwezig was.

De inspectie concludeert dat er opvolging is gegeven aan de aanbevelingen van de beide onderzoekscommissies. Emergis heeft verschillende verbetermaatregelen naar aanleiding van de aanbevelingen uitgevoerd. Ook dachten zorgverleners verder na over uit te voeren verbetermaatregelen en zijn interne protocollen aangepast.

Tegelijkertijd dient de zorgaanbieder nog enkele verbetermaatregelen uit te voeren (wat moet beter). Zo is de inspectie van mening, dat als de beslissing voor een plaatsing op óf een open óf een gesloten afdeling vooral afhangt van in hoeverre het team afspraken kan maken met de cliënt, dit het gevaar met zich meebrengt dat er een onvoldoende volledige risicotaxatie wordt uitgevoerd.

Daarnaast zijn er diverse andere verbetermaatregelen geconstateerd (wat kan beter) en kan de zorgaanbieder bij alle drie de thema's verschillende verbetermaatregelen verder borgen.

Vervolgacties zorgaanbieder

Emergis voldoet grotendeels aan de normen. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder verbeteringen doorvoert. We verwijzen hiervoor naar genoemde verbeterpunten bij 'wat kan beter' en 'wat moet beter'.

² Zoals toegezonden op 4 april 2022

De inspectie verwacht dat Emergis de verbeteringen zoals genoemd bij 'wat kan beter' en 'wat moet beter', voor 1 september 2022, ook bij andere zorgonderdelen, doorvoert. De inspectie verzoekt de zorgaanbieder voor 1 oktober 2022 een resultaatverslag over deze doorgevoerde verbeteringen toe te sturen.

Ons kenmerk

GGZ/xxxx

Datum

21 juni 2022

Vervolgacties inspectie

De inspectie verwacht voor 1 oktober 2022 een resultaatverslag.

Definitief rapport

Wij ontvingen uw reactie op feitelijke onjuistheden op 30 mei 2022. Waarvoor dank. Alle geconstateerde feitelijke onjuistheden zijn verwerkt.

Openbaarmaking

De inspectie maakt de inspectierapporten openbaar. Wij plaatsen het definitieve briefrapport ruim twee weken na verzending op de website www.igj.nl. Gegevens die tot een persoon herleidbaar zijn, zoals medische gegevens, vermeldt de inspectie niet in het rapport op de website. Meer informatie over de openbaarmaking kunt u vinden op onze website (www.igj.nl/onderwerpen).

Met vriendelijke groet,
p.o.

xxxx

Senior inspecteur