



Dep. VERTROUWELIJK
Inspectie voor de Gezondheidszorg
t.a.v. [REDACTED]
Senior Inspecteur
Postbus 90700
2509 LS Den Haag

10.2.e

10.2.e

**Penitentiaire Inrichting
Haaglanden**
Locatie Scheveningen,
Bedrijfsvoering
Algemene Zaken

Pompstationsweg 32
2597 JW Den Haag
Postbus 87810
2508 DE Den Haag
www.plhaaglanden.nl

Contactpersoon

Directiesecretaris

T 088 071 [REDACTED]
F 088 071 [REDACTED]

[REDACTED]@djl.mlnjus.nl

Datum 10 april 2013

10.2.e

Onderwerp Eindrapport Audit verantwoorde zorg Justitieel Medisch Centrum

Ons kenmerk

[REDACTED]

10.2.e

Geachte inspecteur [REDACTED],

Bijlage

1

*Bij beantwoording de datum
en ons kenmerk vermelden.
Wilt u slechts één zaak in uw
brief behandelen.*

Naar aanleiding van het inspectieonderzoek naar het overlijden van [REDACTED] van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), [REDACTED], [REDACTED] februari 2013 is besloten om in opdracht van de IGZ een interne audit uit te voeren binnen de PI Haaglanden. Het rapport van de IGZ, gedateerd 14 februari 2013, is op 15 februari 2013 door mij ontvangen.

In overleg met de directeur Gevangeniswezen heb ik direct een auditcommissie ingesteld. Om de objectiviteit van het onderzoek te borgen, hebben wij naast drie interne functionarissen van de PI Haaglanden, drie leden aan de commissie toegevoegd die geen relatie hebben met het JMC, noch belang hebben bij de uitkomsten van de resultaten van dit onderzoek

Onderzoek

Naar aanleiding van en op basis van het IGZ rapport van februari 2013 heeft de auditcommissie onderzoek gedaan naar de wijze waarop het JMC de in het IGZ rapport genoemde aspecten verbetert met als uitkomst verantwoorde zorg en de borging van de kwaliteit van de keten van zorg. Het onderzoek heeft plaatsgevonden aan de hand van document studie en interviews met functionarissen van het JMC.

OP 18 maart 2013 heeft de IGZ nog een aanvullend gesprek gehad met de directie van het JMC. Daarin stond de organisatie en de aansturing van de processen centraal.

De auditcommissie heeft zich beperkt tot het functioneren van het JMC, ook ten aanzien van de communicatie in de ketenzorg.

De beveiligingsaspecten van het JMC zijn niet meegenomen in dit onderzoek, tenzij de beveiliging niet los gezien kan worden van de medische zorgverlening.

De commissie heeft het onderzoek en het rapport geordend in vier gebieden:

- Onderzoek naar verantwoorde zorg (in-, door- uitstroomprocessen);
- Onderzoek naar de keten van zorg (t.a.v. in- en externe communicatie, gericht op de rol van het Justitieel Medisch Centrum);
- Onderzoek naar de regie van zorg (verbonden aan de positionering en het karakter van het JMC);

Dep. **VERTROUWELIJK**

- Onderzoek naar het verbetervermogen (leervermogen) van het JMC.

Het onderzoek is deels verricht op basis van een documentenstudie. Daarnaast heeft de commissie zich laten informeren door sleutelfiguren binnen de organisatie en die bevraagd naar feiten en aandachtspunten die van invloed zijn op de door de IGZ genoemde punten in het rapport.

Als bijlage treft u het eindrapport van de auditcommissie 'Audit verantwoorde zorg Justitieel Medisch Centrum' aan. In hoofdstuk 3 staan de conclusies beschreven, in hoofdstuk 4 de aanbevelingen.

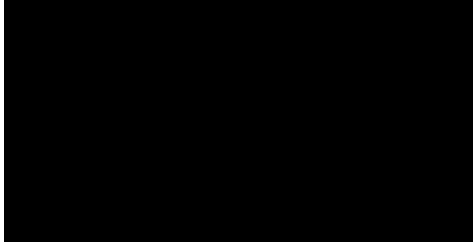
Met dit rapport wordt een bijdrage geleverd aan een verdergaande verbetering van de zorg in het JMC. Wel wil ik de aantekening maken dat de aangekondigde sluiting van het JMC in 2015 een en ander in een complex en onzeker perspectief zet.

Indien u behoefte heeft aan een toelichting dan ben ik graag bereid om die te geven.

In afwachting van uw reactie,

Met vriendelijke groet,

10.2.e

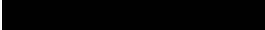


**Penitentiaire Inrichting
Haaglanden**
Locatie Scheveningen,
Bedrijfsvoering
Algemene Zaken

Datum
10 april 2013

Ons kenmerk

10.2.e





Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Audit Verantwoorde zorg Justitieel Medisch Centrum

Versie 1.0

Datum	8 april 2013
Status	DEFINITIEF

Colofon

Afzendinggegevens

Penitentiaire Inrichting Haaglanden
Locatie Scheveningen, Directie

Pompstationsweg 32
2597 JW Den Haag
Postbus 87810
2508 DE Den Haag
www.pihaaglanden.nl

10.2.e

Contactpersoon


vestigingsdirecteur

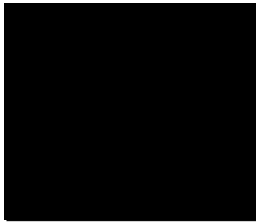
T 088 071 
F 070 780 

@dji.minjus.nl

Ons kenmerk

decos/uit

Auteurs



Inhoud

Colofon 3

Management Samenvatting 6

1 Inleiding 8

- 1.1 Aanleiding 8
- 1.2 Onderzoeksvraag 8
- 1.3 Onderzoekscommissie 9
- 1.4 Onderzoeksmethodiek 9
- 1.5 Scope onderzoek 10

2 Bevindingen 11

- 2.1 Situatieschets 11
 - 2.1.1 Formele positie JMC 11
 - 2.1.2 Structuur JMC binnen DJI 11
 - 2.1.3 Ontwikkeling in JMC sinds 2010 13
- 2.2 Zorgprocessen 13
 - 2.2.1 Opname 13
 - 2.2.1.1 Opname doel 13
 - 2.2.1.2 Medische voorgeschiedenis 14
 - 2.2.1.3 Diagnostisch onderzoek, differentiaal diagnose en heteroanamnese 14
 - 2.2.1.4 Medische observatie 14
 - 2.2.2 Verblijf 15
 - 2.2.2.1 Dossiervorming 15
 - 2.2.2.2 Behandelplan 16
 - 2.2.2.3 Professioneel handelen 16
 - 2.2.3 Ontslag 17
- 2.3 In en externe communicatie in de keten 17
 - 2.3.1 Interne afstemming 18
 - 2.3.2 Afstemming ketenpartners 19
- 2.4 Regie van zorg 20
- 2.5 Lerend vermogen 21

3 Conclusies 23

- 3.1 Zorgprocessen 23
 - 3.1.1 Opname 23
 - 3.1.2 Verblijf 24
 - 3.1.3 Ontslag 24
- 3.2 In- en externe communicatie 25
 - 3.2.1 Interne afstemming 25
 - 3.2.2 Afstemming ketenpartners 25
- 3.3 Regie van zorg 25
- 3.4 Verbetervermogen 26

4 Aanbevelingen 27

- Bijlage 1 Toetsingskader 29
- Bijlage 2 Overzicht geraadpleegde documenten 37
- Bijlage 3 Overzicht acties calamiteitenonderzoeken 39

Management Samenvatting

Naar aanleiding van en op basis van het IGZ rapport van februari 2013 heeft de auditcommissie onderzoek gedaan naar de wijze waarop het JMC de in het IGZ rapport genoemde aspecten verbetert met als uitkomst verantwoorde zorg en de borging van de kwaliteit van de keten van zorg. Het onderzoek heeft plaatsgevonden aan de hand van document studie en interviews met functionarissen van het JMC. De commissie heeft het onderzoek en het rapport geordend in vier gebieden:

- 1 Onderzoek naar verantwoorde zorg (in-, door- uitstroomprocessen)
- 2 Onderzoek naar de keten van zorg (t.a.v. in- en externe communicatie, gericht op de rol van het Justitieel Medisch Centrum)
- 3 Onderzoek naar de regie van zorg (verbonden aan de positionering en het karakter van het JMC)
- 4 Onderzoek naar het verbetervermogen (leervermogen) van het JMC

De commissie constateert dat in de laatste twee jaar bij het JMC een verbetering is ingezet, die concreet antwoord geeft op veel kritische punten van de IGZ. Daarbij is het personeel over het algemeen gemotiveerd om verantwoorde zorg te leveren en mee te gaan in de verbeterslag. Over de organisatie ontwikkeling is de commissie daarom positief gestemd, zij het dat wellicht het tempo van verbeteringen hoger kan. Verder geeft de commissie per gebied nog een aantal aandachtspunten aan.

Ten eerste de zorgprocessen. Het JMC heeft te maken met een korte tijdspanne tussen aanmelden en de inkomst van een groot deel van de patiënten (circa 80% binnen 36 uur). Rondom de instroom van patiënten kan beter gebruik gemaakt worden van de webpagina, dat nu aanbodgericht geformuleerd en niet 'up to date' is. Wellicht dient een eigen website ontwikkeld te worden. Daarnaast lijkt de rol van opname coördinator zeer zinvol te zijn, dat kan dus geformaliseerd worden. Een derde aspect rondom de inkomst is de informatievoorziening die vooraf vaak onvolledig is. De commissie beveelt aan om te bekijken of bij het JMC bij elke binnenkomende patiënt een nul-meting (diagnostisch onderzoek) te doen, vergelijkbaar met de zorg die in een verpleeginstelling en binnen Justitie in een PPC wordt geboden.

Ten aanzien van het patiëntendossier zijn verschillende soorten dossiers aangetroffen. Ook zijn verschillende functionarissen belast met het beheer van deze dossiers. De ontwikkelingen over de aanschaf van een EPD verloopt moeizaam. Ondanks meerdere aanbevelingen in calamiteitenonderzoeken is nog steeds sprake van een handgeschreven, gefragmenteerde dossiervoering. Door deze aandachtspunten ontstaan risico's voor de patiënt door mogelijke verschillen tussen de diverse dossiers. De commissie beveelt aan de dossiers te integreren, om (medicatie) fouten te voorkomen.

De commissie vraagt zich af in welke mate de artsen voldoen aan de eisen die de zorgvragen stellen. Hoewel er geen sprake meer is van een 'penitentiair ziekenhuis' is het mogelijk dat de zorgvraag en benodigde behandeling de mogelijkheden en bevoegdheden van de huidige artsen overstijgen. De commissie heeft hier verder geen onderzoek naar gedaan.

Door het ontbreken van structurele afstemming tijdens het verblijf van de gedetineerde, ontstaat voor de ontvangende instantie bij ontslag een zelfde effect als voor het JMC bij de instroom: men weet niet precies hoe de situatie is van de inkomende gedetineerde c.q. men weet pas laat welke zorgmiddelen er gereed moeten staan om de gedetineerde in de eigen setting goede (na)zorg te bieden. De

commissie beveelt aan om structureel contact te houden met zendende c.q. ontvangende instelling.

Ten aanzien van de communicatie in de keten van zorg wordt intern gewerkt aan het meer teamgericht en afdeling gebonden werken. Teamgericht werken biedt een basis voor betere samenwerking tussen professionals maar vereist ook een cultuurverandering. De commissie beveelt aan daar meer aandacht aan te geven. De betreffende medewerkers lijken zich nu onvoldoende bewust van de meerwaarde van het ingezette beleid voor de continuïteit van zorg.

De commissie heeft zich minder verdiept in de externe communicatie met ketenpartners. Er bestaat binnen het JMC geen overzicht van zorgverleners, zorgaanbieders, dienstverleners en andere relevante partners waar een intensieve samenwerkingsrelatie mee bestaat. Wel worden succesvol medische ontwikkelingen binnengehaald door stages, leerervaringsplaatsen, professionals kennis laten opdoen binnen soortgelijke organisaties buiten Justitie op het gebied van zorg. Binnen de verpleegkundigen vindt inmiddels uitwisseling plaats met het Bronovo ziekenhuis.

Ten aanzien van de regie van zorg ziet de commissie dat samenhangende sturing op processen door de directie wordt belemmerd door het ontbreken van een vastgesteld zorgkader verantwoorde zorg. Er is geen jaarlijks medisch beleidsplan, afgeleid van een meerjaren medisch beleidsplan. Er kan, ook met behulp van planning & control instrumenten strakker op samenhang gestuurd worden. De commissie mist een concreet eindprofiel van JMC als richtsnoer en verbindingsfactor voor de interne professionals.

Het JMC is maar beperkt actief betrokken bij de zorgtrajecten binnen DJI als geheel. Het is niet vertegenwoordigd in het overleg van de Portefeuillehouders Zorg en neemt deel met 1 functionaris aan de belangrijke tweedelijns werkgroep. De recent toegekende rol van opdrachtgever aan de vestigingsdirecteur biedt kansen om hier meer regie in te nemen. De commissie beveelt hierbij aan dat de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen de directie voor de interne en externe belanghebbenden duidelijk zijn.

Ten aanzien van het verbetervermogen ziet de commissie dat in de afgelopen twee jaar hebben duidelijke veranderingen hebben plaatsgevonden in het JMC, die zijn bestendigd in beheersmatige instrumenten. De veranderingsgerichtheid bij de leiding is evident. De veranderbereidheid onder het personeel is groot. De commissie acht het op grond van de haar beschikbare informatie mogelijk dat de huidige instrumenten kunnen worden gebruikt voor de ontwikkeling van een samenhangend en integraal kwaliteitssysteem. Daarin kan de planning & control cyclus een belangrijkere rol spelen door een jaarlijks medisch en zorgkundig beleidsplan leidend te laten zijn voor het organisatiebeleid.

In het verandertraject worden elementen als sturing op samenhang, het stellen van prioriteiten en ontwikkeling van een passende werkcultuur vooralsnog minder benadrukt. Om de verandering te verstevigen en te bestendigen is een concreet zorgkader en einddoel vereist. Daarmee wordt het verbetervermogen van het JMC vergroot.

Tot slot. De commissie wil met dit rapport een bijdrage leveren aan een verdergaande verbetering van de zorg in het JMC. We beseffen ons dat de aangekondigde sluiting van het JMC in 2015 een en ander in een complex en onzeker perspectief zet.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Naar aanleiding van het inspectieonderzoek naar [REDACTED] van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), [REDACTED] van februari 2013 is besloten om in opdracht van de IGZ een interne audit uit te voeren binnen de PI Haaglanden. Het rapport van de IGZ, gedateerd 14 februari 2013, is op 15 februari ontvangen en binnen de PI Haaglanden geregistreerd onder [REDACTED]

10.2.e

1.2 Onderzoeksvraag

Opdracht van de IGZ is onderzoek te doen naar "de wijze waarop het JMC de hierboven genoemde aspecten verbetert met als uitkomst verantwoorde zorg en de borging van de kwaliteit van de keten van zorg". Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt. Het omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.¹

De "hierboven genoemde aspecten" hebben betrekking op de handelswijze van de artsen die niet conform de vigerende wet- en regelgeving zouden hebben gehandeld en waarbij de zorg op relevante aspecten niet zou voldoen aan de professionele standaarden. De IGZ heeft dit aan de tuchtrechter voorgelegd, die hierover nog een uitspraak moet doen. Daarnaast benoemt de IGZ een aantal andere punten van aandacht. Deze punten zijn voor de commissie richtinggevend gewenst bij het bepalen van het toetsingskader. Hier refereren we aan nog een ander citaat uit het rapport:

"Zoals reeds in het rapport is aangegeven, is de IGZ van oordeel dat de zorgverlening aan betrokkene niet heeft voldaan aan de eisen van verantwoorde zorgverlening. Bovendien is de ketenzorg en communicatie tussen de instellingen onderling ten aanzien van betrokkene van onvoldoende kwaliteit geweest."

OP 18 maart 2013 heeft de IGZ nog een aanvullend gesprek gehad met de directie van het JMC. Daarin stond de organisatie en de aansturing van de processen centraal.

Op basis van bovenstaande heeft de commissie het onderzoek geordend langs vier aspecten:

- 1 Onderzoek naar verantwoorde zorg (in-, door- uitstroomprocessen)
- 2 Onderzoek naar de keten van zorg (t.a.v. in- en externe communicatie, gericht op de rol van het Justitieel Medisch Centrum)
- 3 Onderzoek naar de regie van zorg (verbonden aan de positionering en het karakter van het JMC)
- 4 Onderzoek naar het verbetervermogen (leervermogen) van het JMC

¹ Uit artikelen 2 en 4.1 van de kwaliteitswet zorginstellingen.

De commissie verwacht hiermee aan de opdracht van de IGZ te voldoen.

1.3 **Onderzoekscmissie**

Om de objectiviteit van het onderzoek te borgen zijn naast drie interne functionarissen van de PI Haaglanden, drie leden aan de commissie toegevoegd die geen relatie hebben met het JMC, noch belang hebben bij de uitkomsten van de resultaten van dit onderzoek.

Gezien de opdrachtformulering was het wenselijk om een onafhankelijk voorzitter de leiding te geven over het onderzoek.

10.2.e

██████████, *voorzitter*

██████████ is adviseur/interim manager bij de ██████████. ██████████ adviseert bestuurders van zorginstellingen, heeft binnen DJI op Interim basis gewerkt en de sectordirectie geadviseerd over de zorgagenda van het gevangeniswezen.

10.2.e

██████████, *secretaris*

██████████ is werkzaam binnen de PI Haaglanden als medewerker Kwaliteit/Planning en Control. ██████████ is niet direct betrokken bij het JMC en is gecertificeerd operational auditor.

10.2.e

██████████, *plaatsvervangend secretaris*

██████████ is Quality Controller van het Penitentiair Psychiatrisch Centrum. ██████████ is niet direct betrokken bij het JMC. ██████████ is gecertificeerd operational auditor.

10.2.e

██████████, *lid*

██████████ is werkzaam binnen de PI Haaglanden als liaison-officer tussen de internationale tribunaal en de PI Haaglanden. ██████████ heeft ruime ervaring met onderzoeken en uitstekende kennis van de organisatie.

10.2.e

██████████, *lid*

██████████ is arts en werkzaam binnen DJI op de afdeling gezondheidszorg, ██████████ heeft ervaring in de uitvoering van audits en deelgenomen aan veel calamiteiten-onderzoeken. Bewust is gekozen om de interne commissie van de PI Haaglanden uit te breiden met een materiedeskundige die niet direct bij het JMC betrokken is.

10.2.e

██████████, *lid*

1.4 **Onderzoeksmethodiek**

De onderzoekscmissie heeft het IGZ rapport gedateerd 14 februari 2013 gebruikt als uitgangspunt voor het onderzoek met betrekking tot verantwoorde zorg in het JMC. Op basis van de opmerkingen in het rapport van de IGz is door de commissie een toetsingskader opgesteld. Dit toetsingskader is te vinden in bijlage 1 van dit rapport.

Het toetsingskader is opgebouwd uit negentien normen, die vervolgens worden getoetst op opzet, bestaan en werking. Dit is in het rapport uitgewerkt in vier aandachtsgebieden:

- zorgprocessen
- ketencommunicatie
- regie van zorg

- verbetervermogen

Het onderzoek is deels verricht op basis van een documentenstudie. Daarnaast heeft de commissie zich laten informeren door sleutelfiguren binnen de organisatie en die bevraagd naar feiten en aandachtspunten die van invloed zijn op de door de IGZ genoemde punten in het rapport. Dit zijn de volgende functionarissen:

- 3 afdelingshoofden
- 2 PIW'ers
- Psychiater verbonden aan JMC
- Psycholoog verbonden aan JMC
- 2 medisch secretaresses
- Hoofd verpleegkundige dienst
- 2 hoofdverpleegkundigen
- 2 artsen
- 4 verpleegkundigen
- Plv. Vestigingsdirecteur verbonden aan JMC
- Directeur Zorg en Behandeling
- Vestigingsdirecteur PI Haaglanden.

De resultaten van de bureaustudie en de Interviews zijn opgenomen in de bevindingen in hoofdstuk 2. Aansluitend zijn in hoofdstuk 3 en 4 de hierop gebaseerde conclusies en aanbevelingen beschreven.

In het rapport worden de bronnen in de tekst vermeld. In bijlage 2 is een overzicht van geraadpleegde documenten opgenomen.

1.5 Scope onderzoek

De auditcommissie heeft zich beperkt tot het functioneren van het JMC, ook ten aanzien van de communicatie in de ketenzorg.

De beveiligingsaspecten van het JMC zijn niet meegenomen in dit onderzoek, tenzij de beveiliging niet los gezien kan worden van de medische zorgverlening.

2 Bevindingen

Hoofdstuk 2 bestaat uit een situatieschets van het JMC en vervolgens de bevindingen op de vier aandachtsgebieden van het onderzoek. Elk aandachtsgebied wordt ingeleid door de normen vanuit het toetsingskader. Deze zijn in de tekst omkaderd. Op basis van de documentstudie en interviews worden de bevindingen van de commissie per aandachtsgebied weergegeven.

2.1 Situatieschets

2.1.1 *Formele positie JMC*

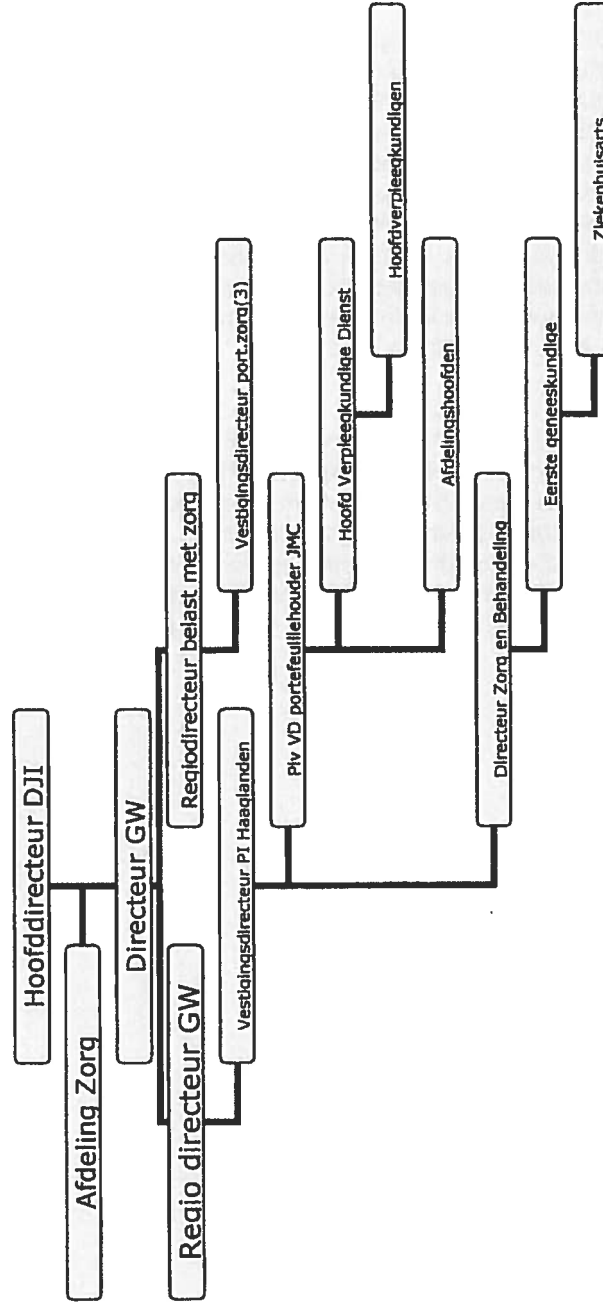
Het JMC is binnen DJI gepositioneerd als onderdeel van de PI Haaglanden. Naast justitiabelen afkomstig uit het gevangeniswezen is het JMC ook bestemd voor justitiabelen vanuit de TBS-klinieken, Justitiële Jeugd Inrichtingen (JJJ's), Dienst Bijzondere Voorzieningen (DBV), politiebureaus, de Koninklijke Marechaussee en de Internationale tribunalen (huizen van bewaring).

Het JMC heeft de status van een huis van bewaring (passanteninrichting) wat is verankerd in de Penitentiaire Beginselenwet waardoor patiënten met alle vormen van detentiestatus opgenomen kunnen worden.

In uitzonderlijke gevallen worden patiënten zonder een strafrechtelijke titel opgenomen in het kader van persoonsbescherming (dit op verzoek van ketenpartner OM). (Bron beleidsplan JMC.)

2.1.2 *Structuur JMC binnen DJI*

Het JMC is een onderdeel van de strafrechtketen en de gezondheidsketen. Het JMC houdt bij haar algemene beleid rekening met de ontwikkelingen op landelijk en regionaal niveau. Deze ontwikkelingen hebben invloed op de wensen en eisen van diverse stakeholders: de maatschappij in zijn algemeenheid, het ministerie van Veiligheid en Justitie, het ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de patiënten(verenigingen), de medewerkers, andere zorgaanbieders en verzekeraars. (Bron beleidsplan JMC).



2.1.3 *Ontwikkeling in JMC sinds 2010*

In 2009 heeft de IGZ naar aanleiding van een calamiteit gesteld dat het Penitentiair Ziekenhuis, thans JMC zich in naam en uitingen dient te profileren als zorgcentrum of kliniek en niet als ziekenhuis. In 2011 werd een meerjaren beleidsplan opgesteld door het JMC wat nader is uitgewerkt in een zogenoemd Trajectplan. De in het trajectplan uitgewerkte concrete acties lopen door tot in 2013. In bijlage 3 is een overzicht opgenomen van de voortgang van de lopende acties ten aanzien van het beleidsplan, verandertraject JMC en plannen van aanpak als gevolg van calamiteitenonderzoeken.

2.2 **Zorgprocessen**

2.2.1 *Opname*

2.2.1.1 Opname doel

Verblijfscriteria zijn voor zowel het JMC als verwijzers helder. Het opname doel past binnen de grenzen van de verblijfscriteria en is concreet en SMART uitgewerkt in het patiëntendossier. De status van het Justitieel Medisch Centrum is voor verwijzers duidelijk.

Op de website pagina van het JMC is voor verwijzers informatie te vinden. Hierin wordt aangegeven welke zorg wel en niet geleverd wordt. De informatie is aanbodgericht geformuleerd en gaat niet in op de zorgvragen en -vragers die bij het JMC worden aangemeld en binnenkomen. In de informatie wordt meerdere malen gesproken over het aanbod in termen van *ziekenhuiszorg*.

In het rapport van de IGZ wordt aangegeven dat het kostenaspect mogelijk een rol heeft gespeeld in het onterecht plaatsen van instabiele patiënt. Op de website van het JMC wordt aangegeven dat één van de voordelen van het plaatsen in het JMC het ontbreken van bewakingskosten in een ziekenhuis is.

In meerdere interviews wordt aangegeven dat de aanmeldingen geschieden via de website. Bij navraag bij de geïnterviewden over de uitsluitingscriteria werden diverse criteria benoemd maar is niet verwezen naar een document waaruit dit blijkt. Ook bij de aangeleverde documentatie is dit niet aanwezig.

In interviews kwam naar voren dat het JMC soms te maken heeft met een aanbod van patiënten waar het zorgaanbod van het JMC niet op toegesneden is. In dergelijke gevallen kan het voorkomen dat de patiënt door de arts op medische gronden wordt geweigerd maar via de lijn op penitentiaire gronden uiteindelijk toch wordt opgenomen. Uit interviews blijkt dat de beslissboom in zulke gevallen niet is vastgelegd.

Uit interviews blijkt dat managementinformatie ten aanzien van opname op patiëntniveau wordt geregistreerd. Een uitzondering hierop vormt een aantal generieke gegevens dat door de medische secretaresses wordt geregistreerd. Er is niet gebleken dat deze informatie wordt gedeeld binnen de organisatie en er was geen document hiervan beschikbaar voor de onderzoekscommissie.

2.2.1.2 Medische voorgeschiedenis

Het JMC hanteert beleid bij het opvragen van medische voorgeschiedenis en medicatiegebruik bij inkomst.

Binnen de organisatie is een persoon belast met de taak van opname coördinator. Dit is een nieuwe taak, die is ingesteld als gevolg van aanbevelingen in diverse IGZ onderzoeken. Het JMC beschikt over een concept functie omschrijving voor de opnamecoördinator. In de interviews is gebleken dat het hier om een rol gaat en nog niet om een functie. In dezelfde interviews blijkt dat deze rol bij een persoon is belegd en volledig door één persoon wordt uitgevoerd. Bij afwezigheid van deze functionaris die thans volledig is vrijgesteld, is momenteel formeel geen vervanging geregeld. In de praktijk wordt dit opgevangen door zowel de andere hoofdverpleegkundige als - buiten kantoor tijden - de verpleegkundigen. Deze opvang betreft een beperkte uitvraging als voorwerk voor de opnamecoördinator. In de interviews werd door meerdere geïnterviewden aangegeven dat zij dit als een verbetering ervaren ten opzichte de oude situatie. In de interviews werd verder aangegeven dat deze rol pas echt goed belegd kan worden wanneer een derde hoofdverpleegkundige wordt aangesteld.

De artsen in het JMC beschikken thans over een inlogmogelijkheid in MicroHis. Dat tot voor kort niet het geval. Uit MicroHis kunnen de artsen patiënteninformatie van gedetineerden binnen het Gevangeniswezen (GW) halen. De opnamecoördinator heeft hier nog geen toegang toe.

2.2.1.3 Diagnostisch onderzoek, differentiaal diagnose en heteroanamnese

Bij elke patiënt wordt bij binnenkomst diagnostisch onderzoek verricht. In elke status wordt een differentiaal diagnose opgenomen. Wanneer een patiënt onvoldoende in staat is om alle relevante informatie te verstrekken vindt standaard heteroanamnese plaats.

In de concept productenspecificatie van het JMC wordt diagnostisch onderzoek bij binnenkomst als voorwaarde gesteld voor een passende zorg, behandeling en verpleging. Uit interviews en eerdere calamiteitenonderzoeken blijkt dat dit niet structureel plaatsvindt. Wel wordt standaard anamnese en lichamelijk onderzoek uitgevoerd bij binnenkomst. Zo staat in het vastgestelde beleidsplan het volgende , *"tijdens de intake neemt de justitieel geneeskundige het somatische anamnese af met aandacht voor comorbiditeit. Indien nodig wordt door de psychiater tevens de psychiatrische anamnese afgenomen. De bevindingen uit deze twee onderzoeken worden verwerkt in het patiëntendossier."*

In het protocollensysteem van het JMC (Medpro) is geen geneeskundige vragenlijst of anamnese aangetroffen.

2.2.1.4 Medische observatie

Van elke patiënt in het JMC is voor het verplegend, bejegenend en medisch personeel helder en op schrift terug te vinden welke observatiepunten van belang zijn. De reden van cameraobservatie wordt vastgelegd in een beschikking van de directeur op advies van de geneeskundige.

Observatieplan

Uit de interviews blijkt dat de artsen leidend zijn in de criteria waarop geobserveerd wordt en wanneer. In de interviews is verder aangegeven dat wanneer verpleegkundigen of PIW-ers tijdens hun (camera) observaties gebeurtenissen constateren deze informatie verwerkt wordt in het verpleegkundig dossier. In geval van nood wordt direct de arts geraadpleegd. Dagelijks wordt overleg gehouden tussen arts en verpleegkundige waarin observaties worden besproken. Hierop werkt de arts het behandelplan bij en voegt eventueel nieuwe instructies toe op het gele instructieblad van de verpleegkundige in het verpleegkundig dossier.

Fysieke observatie

In het protocollensysteem van het JMC (Medpro) zijn ten aanzien van verpleegkundige protocollen richtlijnen over diverse medische en psychiatrische aandoeningen aangetroffen waarbij het onderwerp waarnemen een onderdeel is van het protocol. Bij het tabblad ten behoeve van de Penitentiaire inrichtingsmedewerkers in Medpro zijn diverse GGZ gerelateerde onderwerpen terug te vinden. Hierin wordt gedrag omschreven waarop geobserveerd wordt.

Camera observatie

In de interviews werd aangegeven dat wanneer er medische redenen zijn om een patiënt extra te observeren deze patiënt onder cameratoezicht wordt geplaatst. Bij dit toezicht wordt gewerkt met codes (b.v. code medisch, code suïcidaal, code eet- en drinkstaker). Bij deze codes horen specifieke omschrijvingen waarop door de PIW-er moet worden gelet. Noch deze beschrijvingen, noch de logboekbladen waarop de observaties worden gerapporteerd zijn overlegd aan de onderzoekscommissie. In de interviews wordt tevens aangegeven dat er geen specifieke instructies zijn voor camera observatie, wel wordt door de artsen aan de verpleegkundigen aangegeven op welke gedragingen moet worden geobserveerd. Tijdens de rondleiding in de monitorenkamer van het JMC is geconstateerd door de onderzoekscommissie dat de presentatie van de beelden relatief klein is. Het betreft zwart-wit weergave van meerdere patiënten/verblijfsruimten op één scherm. Volgens de geïnterviewden worden de delen van de verblijfsruimte die niet door de camera worden getoond (natte hoek) afgesloten zijn om te garanderen dat de patiënt altijd in beeld is (met uitzondering van de dode hoek). In de interviews komt naar voren dat de camerabeelden op drie verschillende locaties worden gepresenteerd (Centrale meldkamer, centraalpost PPC en monitorenkamer JMC), waarbij alleen in het JMC schriftelijk wordt gerapporteerd en informatie-uitwisseling plaatsvindt ten aanzien van de patiënt. De camerapost in het JMC wordt door Penitentiaire Inrichtingswerkers (PIW-ers) bemand.

2.2.2 *Verblijf*2.2.2.1 *Dossiervorming*

Kritische gegevens worden in het medisch dossier vastgelegd. Afwijkingen van schriftelijke adviezen en diagnoses en vervolgbehandelingen worden altijd schriftelijk vastgelegd en toegelicht. Er is een gestructureerde opbouw van het dossier, het is volledig en de aantekeningen zijn voor alle beroepsbeoefenaren duidelijk. De motivatie voor nieuwe medicatie, het wijzigen van bestaande medicatie en het stoppen van medicatie wordt gemotiveerd en gedocumenteerd in het dossier.

In het vastgestelde beleidsplan van het JMC is omschreven hoe het patiëntendossier is opgebouwd. Het medisch dossier (van de artsen) wordt volgens geïnterviewden vanuit een vaste structuur opgemaakt. Het medisch secretariaat is verantwoordelijk

voor het bijwerken en onderhouden van het medisch dossier, door een tekort aan medisch administratieve medewerkers zijn de verpleegkundigen tijdelijk belast met deze taak. Ze doen dit tijdens de nachtdienst. Het opvragen en archiveren van bijvoorbeeld labonderzoeken wordt tevens door de medische administratie gedaan om de artsen te ontlasten. In de interviews wordt aangegeven dat dit niet altijd secuur en tijdig plaatsvindt waardoor het in sommige gevallen betekent dat de informatie op een onjuiste plaats wordt vastgelegd of in een ander medisch dossier terecht komt.

Het patiënten dossier bestaat uit een verpleegkundig dossier en een medisch dossier. Deze dossiers zijn fysiek gescheiden maar wel onderling voor alle beroepsbeoefenaren toegankelijk. Er is een opdrachtformulier voor de afstemming tussen arts en verpleegkundigen, dit formulier bevindt zich in het verpleegkundig dossier en wordt door de artsen bijgewerkt in bijzijn van de verpleegkundige. Indien er een aantekening in het verpleegkundig dossier wordt gemaakt waar de verpleegkundige niet bij is, dan wordt het verpleegkundig dossier schuin in de mappenkar gezet zodat de verpleegkundigen hierop attent worden gemaakt. Het psychologendossier wordt digitaal opgeslagen. Relevante informatie voor de artsen wordt met hen gedeeld. De psychiater heeft ook een eigen dossier (mapje op de schijf). Na het consult wordt dit direct uitgewerkt en op het bureau van de arts gelegd.

De arts is verantwoordelijk voor medicatiewijzigingen. Medicatiewijzigingen worden geregistreerd in het medisch dossier en verpleegkundig dossier. Hier is controle op, de wijzigingen worden ook op het opdrachtenformulier aangegeven. De verpleegkundige zorgt voor de wijzigingen op de medicijnkaart, dit gaat via stickers.

2.2.2.2 Behandelplan

In een multidisciplinair opgesteld behandelplan zal na iedere fase in de behandeling opnieuw gekeken worden naar de status en de gewenste behandeling van de patiënt.

In de concept productenspecificatie wordt aangegeven dat de norm voor de P&C-cyclus van 2012 het 100% realiseren van een integraal behandelplan is. Op basis hiervan wordt een trajectmatige aanpak voor patiënten opgesteld, met inbreng van relevante ketenpartners. Aangezien dit geen DJI-norm is in het kader van het P&C-cyclus wordt aangenomen dat dit een interne indicator is. Scores op deze indicator zijn de onderzoekscommissie niet bekend.

In de interviews is aangegeven dat het behandelplan altijd in het medisch dossier zit de opnamecoördinator zorgt ervoor dat dit nu ook in het verpleegkundig dossier komt. Wijzigingen worden altijd besproken.

2.2.2.3 Professioneel handelen

Elk (bijna) incident wordt geregistreerd en aan de hand van de registratie geëvalueerd door beroepsbeoefenaren.

In de interviews wordt aangegeven dat (bijna) incidenten worden gemeld. Er is geen jaarverslag aangetroffen dat inzicht geeft in de aard en aantallen van het aantal MIP's. De geïnterviewden geven aan dat het merendeel van het aantal meldingen betrekking heeft op medicatieverstrekking. De MIP-commissie werkt volgens het landelijke MIP-reglement dat terug is te vinden op het intranet.

Daarnaast werkt het JMC met een "complicatie registratie overleg". Het doel van dit overleg is het aantal complicaties dat is opgetreden in kaart te brengen, en deze uiteindelijk te verminderen door acties te ondernemen.

In het beleidsplan wordt aangegeven dat door de justitieel geneeskundigen van elke patiënt na ontslag het formulier "complicatie registratie" wordt ingevuld. Hierop wordt aangegeven of, en zo ja welke complicaties zijn opgetreden bij een betreffende patiënt. In het wekelijkse artsenuitvoerleg worden de ingevulde formulieren besproken en zo nodig worden acties uitgezet om herhaling te voorkomen.

De commissie vraagt zich af in welke mate de artsen voldoen aan de eisen die de zorgvragen stellen. Hoewel er geen sprake meer is van een 'penitentiair ziekenhuis' is het mogelijk dat de zorgvraag en benodigde behandeling de mogelijkheden en bevoegdheden van de huidige artsen overstijgen. De commissie heeft hier verder geen onderzoek naar gedaan.

2.2.3 Ontslag

Eindtermen

De eindtermen zijn per patiënt(engroep) vooraf vastgesteld.

Bij het inzetten van de ontslagprocedure maakt de justitieel geneeskundige, na het aanzeggen van ontslag en overplaatsing aan de patiënt, een (digitale) voorlopige ontslagbrief (VOB). Op de daadwerkelijke ontslagdatum krijgt de patiënt een verpleegkundige overdracht en medicatie voor 3 dagen mee samen met de officiële medische ontslagbrief (bron: beleidsplan). In interviews wordt opgemerkt dat gestreefd wordt om de definitieve ontslagbrief binnen zes weken na vertrek van de patiënt op te stellen.

In diverse interviews wordt aangegeven dat de patiënt soms langer in het JMC verblijft dan medisch noodzakelijk is. Bij het ontslag wordt rekening gehouden met het feit dat de patiënt naar een gesloten setting terugkeert met minimale verzorging.

Het zorgaanbod van de inrichting van herkomst en terugplaatsing blijken van invloed te zijn op de verblijfsduur in het JMC.

De eindtermen zijn gekoppeld aan de opname- en verblijfscriteria. Indien de patiënt aan geen van de criteria voldoet, zijn de eindtermen bereikt. Bij enkele "specials" kunnen de eindtermen vooraf worden gedefinieerd, zoals bijv. de eet- en drinkstakers. De onderzoekscommissie heeft in alle beschikbare documenten geen eindtermen aangetroffen.

2.3 In en externe communicatie in de keten

De volgende paragraaf gaat in op de interne en externe communicatie in de keten. De onderzoekscommissie richt zich bij interne communicatie alleen op het JMC en bij externe communicatie op de overige ketenpartners inclusief alle DJI onderdelen.

2.3.1 *Interne afstemming*

De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn beschreven waarbij de patiënt centraal staat.

Het JMC werkt met teams die roulerend voor de dagelijkse zorg verantwoordelijk zijn. De commissie constateert een verschil in formatie (4 fte) en huidige bezetting (2 fte) van de artsen. Hierdoor is een opnamebeperking van 2 patiënten door de artsen per dag geïnitieerd.

Afgelopen jaar is met een externe begeleider door directie en middenkader een verandertraject ingezet, waarin alle aspecten van de zorg- en organisatieinrichting zijn opgepakt. Het verandertraject volgt uit het meerjaren beleidsplan, rapporten van Calamiteitencommissies e.d. en kent een centraal werkdocument: het Trajectplan JMC.

In het Trajectplan JMC wordt een werkwijze aangekondigd waarin verpleegkundigen, artsen en PIW-ers aan 1 afdeling zijn verbonden. Deze werkwijze zal naar verwachting medio 2013 worden ingevoerd, aangestuurd door het middenkader. In de nieuwe opzet is een belangrijke plaats ingeruimd voor de veranderende rol van de artsen van duaal naar triaal management. Ook de verbetering in communicatie en taakverdeling tussen verpleegkundigen en artsen is in dit plan opgenomen. De directie geeft aan dat men op dit kader stevig zal blijven sturen bij de verdere implementatie van het trajectplan.

In de interviews is duidelijk geworden dat het middenkader op de hoogte is van de inhoud van het trajectplan, de PIW-ers en verpleegkundigen zijn op de hoogte van het bestaan van het document. De implementatie, die is gepland in het tweede kwartaal van 2013, is eveneens bij verpleegkundigen en PIW-ers bekend. Er is bereidheid tot medewerking, maar er worden door zowel verpleegkundigen als PIW-ers ook twijfels geuit aan het nut en de werkbaarheid van de nieuwe werkwijze. De artsen kennen het plan. Zij verwachten geen grote verandering in hun rol en werkwijze.

Het trajectplan is een werkdocument en is niet officieel vastgesteld door directie.

Er is geen document met een overzicht van de overleg- en besluitstructuur van het JMC als geheel aangetroffen. Wel is in het Trajectplan een schema opgenomen m.b.t. de dagelijkse en wekelijkse overdrachtsmomenten. De geïnterviewden geven aan dat door het kleinschalige karakter van het JMC veel laagdrempelig informeel contact bestaat tussen de verschillende beroepsbeoefenaren. Er zijn vaste overlegmomenten om 08.00 en 16.00 uur ten behoeve van de overdracht en tussen de middag is er een vast overlegmoment tussen de artsen onderling. Wekelijks vindt het Multidisciplinair Overleg/Psycho Medisch Overleg (MDO/PMO) plaats. Uitgangspunt is dat alle patiënten worden besproken in het PMO, tenzij de verblijfsduur aanleiding geeft tot een tweewekelijks of driewekelijkse agendering.

Uit de notulen van de PIW-ers blijkt dat gemiddeld 9 keer per jaar werkoverleg plaats vindt, waarin gedrag en bejegening van patiënten wordt besproken. In de notulen van de verpleegkundige verslagen (ca. maandelijks overleg) wordt het gedrag van patiënten niet besproken. De gemiddelde verblijfsduur bedraagt 24 dagen (bron: beleidsplan JMC). Gezien deze verblijfsduur en de frequentie van het werkoverleg worden dus niet alle patiënten besproken, sommige zijn al ontslagen voordat het volgende werkoverleg plaatsvindt.

Met betrekking tot het MDO/PMO is een concept beleidsstuk bij de onderzoekscommissie aangeboden, gedateerd december 2011. In dit stuk wordt met name stilgestaan bij de verschillen tussen deze overlegvormen en de

raakvlakken. Hierin komt tot uiting dat het MDO wekelijks aansluitend aan het PMO plaatsvindt waarbij bij het MDO de medewerker BSD als extra toegevoegd is ten opzichte van het PMO. Uit verslaglegging blijkt dat dit overleg ook feitelijk wekelijks plaatsvindt.

Bij het PMO zijn naast de BIG functionarissen PIW-ers en afdelingshoofden aanwezig. De functieomschrijving van de PIW-er is geënt op beveiliging en bejegening. De PIW-ers krijgen klinische lessen in psychiatrische stoornissen. In de concept productenspecificatie wordt het volgende aangegeven: *“In de positie van de penitentiaire inrichtingswerkers zijn diverse cruciale taken binnen de het JMC verenigd. Naast hun beveiligingstaak spelen zij een onmisbare rol in het verlenen en /of ondersteunen van een goede zorg, behandeling en verpleging. Penitentiaire inrichtingswerkers zijn als het ware de verbindingsofficieren tussen de patiënt en de gespecialiseerde behandelaren, zowel in het rapporteren en het observeren van gedrag van patiënten als in het uitvoeren van de behandelplannen, zoals deze worden vastgesteld door het multidisciplinair patiëntenoverleg, waaraan zij zelf als volwaardig deelnemer participeren.”*

De bovengenoemde cruciale rol van de PIW-er komt niet terug in diens functieomschrijving, noch in het volgen van somatische klinische lessen. In de interviews werd door PIW-ers benadrukt dat zij geen rol voor zichzelf zien in de zorg en de uitvoer van het behandelplan, anders dan het garanderen van de veiligheid van de verpleging en de artsen.

2.3.2 Afstemming ketenpartners

Bij vragen en onduidelijkheden vindt er afstemming plaats. Alle relevante samenwerkingspartners zijn inzichtelijk.

De geïnterviewden zeggen dat de aanmelding van het JMC geschiedt door middel van een website op internet waarop een aanmeldingsformulier is opgenomen. Het JMC heeft geen eigen website, maar een pagina als onderdeel van de site van PI Haaglanden, dat weer onderdeel is van de website van DJI.

De webpagina bevat taal- en grammaticafouten en betitelt het aanbod van JMC als ziekenhuiszorg. De vermelding van medische handelingen, zoals intensive care en mogelijkheden voor nierdialyse, die niet onder het aanbod vallen, suggereert dat deze zorg wel kan worden geboden. Op internet bij de zoekterm “Penitentiair Ziekenhuis” wordt een pagina getoond waarin verwezen wordt naar de naamswijziging van het JMC met de toelichting dat dit beter aansluit bij het behandel aanbod.

In de interviews is naar voren gekomen dat het vermoeden bestaat dat het kostenaspect voor de zendende inrichting van bewaking in een ziekenhuis aanleiding is tot het plaatsen van een patiënt die voldoet aan de uitsluitingscriteria van het JMC. Op de website wordt bovendien vermeld: *“Het JMC is in veel gevallen goedkoper dan een burgerziekenhuis. In een burgerziekenhuis dient u namelijk bewaking mee te leveren. In het JMC is bewaking aanwezig.”*

In de opleiding voor Justitieel Geneeskundigen is standaard een rondleiding in het JMC opgenomen waarbij de eerste Geneeskundige een toelichting geeft over de mogelijkheden en -beperkingen van het JMC.

Gezien de vele soorten verwijzers, het 24-uurs aanbod, de complexe doelgroep met comorbide problematiek, het aanbod binnen en buiten het gevangeniswezen en het penitentiair regiem van het JMC is goede communicatie naar externe ketenpartners cruciaal. In de documenten en de interviews wordt veel aandacht besteed aan de instroom, waarbij veel knelpunten en aandachtspunten worden vermeld. . Tijdens

de behandeling vindt standaard weinig of geen communicatie plaats met verwijzers. Bij ontslag wordt een voorlopige ontslagbrief opgesteld en pas na enige weken een definitieve ontslagbrief. De eigen normen voor het moment van opstellen van de ontslagbrief, zoals vermeld in het beleidsplan, wordt blijkens de interviews niet altijd behaald. Er wordt onvoldoende tijd gecommuniceerd of de ontvangende inrichting in staat is de noodzakelijke medische nazorg te leveren, hetgeen kan leiden tot een langere verblijfsduur in het JMC dan medisch noodzakelijk is.

Er is een concept samenwerkingsconvenant met Bronovo ziekenhuis opgesteld. In het beleidsplan wordt melding gemaakt van een contract met de apotheek Haagse Ziekenhuizen. (AHZ) Apothekers van het AHZ zijn binnen het JMC werkzaam om medicatie uit te zetten. In interviews wordt gemeld dat de hoeveelheid medicatie in het JMC thans fors wordt teruggebracht. Volgens het beleidsplan vindt vier maal per jaar farmacotherapeutisch overleg plaats tussen de artsen van het JMC en de verantwoordelijk apotheker.

Het JMC heeft een concept productspecificatie opgesteld waarin deels onduidelijke en deels tegenstrijdige informatie staat vermeld over de verblijfscriteria. Zo wordt enerzijds aangegeven in de inleiding t.a.v. opname dat het JMC niet over intensive care en niet over coronaire care unit beschikt. *“Als beleidsmatig uitgangspunt is gesteld dat het JMC alle type gedetineerden de vereiste zorg, behandeling en verpleging moet kunnen bieden zolang dat het niveau van medium care niveau niet overstijgt.”* Anderzijds wordt in dezelfde productspecificatie in de algehele typering, onder een doel, het volgende vermeld: *“verlenen van verantwoorde medische zorg, behandeling en verpleging, onder meer door het stabiliseren, diagnosticeren, motiveren en mobiliseren van patiënten”*. En bij het kopje zorg, behandeling en verpleging staat vermeld: *“de Intensiteit is normale zorg, verpleeghuiszorg, intensieve zorg, ziekenhuiszorg, en intensieve zorg en beheersing”*. Door de formulering van intensieve zorg binnen een medisch kader kan onder intensieve zorg abusievelijk ook Intensive Care zorg worden gelezen.

2.4 Regie van zorg

Regie van zorg vereist een zorgkader. De commissie constateert dat ten aanzien van de tweedelijns zorg er door DJI geen DJI-breed zorgkader is vastgesteld. De ontwikkelingen bij het JMC zijn een reactie op rapporten van de Inspectie Gezondheidszorg. Een geïntegreerde zorgvisie, die de basis vormt voor het traject voor verwijzers, is in ontwikkeling binnen de PI Haaglanden. De focus ligt hierbij op het ontwikkelen van een PI Haaglanden zorgvisie en niet op een DJI-brede zorgvisie.

In het kader hiervan is een landelijke tweedelijns werkgroep actief. De werkgroep tweedelijns zorg is enige jaren geleden opgericht en heeft sindsdien een aantal verschillende voorzitters gekend. Het Hoofd Verpleegkundige Dienst JMC maakt sinds 2011 deel uit van de werkgroep tweedelijns zorg. De directie is in de tweedelijns werkgroep niet vertegenwoordigd. Het project tweedelijns zorg bestaat uit vier deelprojecten, waarvan 1 deelproject zich bezighoudt met de zorgontwikkeling binnen het JMC. De directeur van de PI Haaglanden is sinds april 2013 opdrachtgever van het deelproject JMC. De vestigingsdirecteur PI Haaglanden behoort niet tot de landelijke portefeuillehouders zorg.

In juni 2012 is een beleidsplan JMC vastgesteld door de directie van de PI Haaglanden. De uitwerking van dit beleidsplan is vormgegeven in het zgn. Trajectplan JMC. Hierin is schematisch en globaal weergegeven hoe het beleid van het JMC moet worden uitgewerkt. De feitelijke uitwerking hiervan start in de lente

van 2013. Uit interviews blijkt dat de veranderbereidheid binnen het JMC groot is, maar dat een gedeeld zicht op en inzicht in het einddoel ontbreekt.

De samenhang tussen het beleidsplan, het trajectplan en overige beleidstukken ontbreekt thans nog, in sommige gevallen (productspecificatie JMC) zijn conflicterende uitwerkingen van beleid geconstateerd.

In het beleidsplan wordt specialisatie op het gebied van verschillende doelgroepen als "specials" aangeduid. Uit interviews is gebleken dat het JMC zich wil profileren met de kennis en expertise opgebouwd met deze doelgroepen. De groeiende instroom van patiënten met een psychische stoornis wordt in het beleidsplan niet als doelgroep onderkend.

2.5 Lerend vermogen

Uit interviews blijkt dat in de afgelopen jaren, met name sinds 2011, veel ingezet is op verbetering van het JMC. De aanbevelingen van de Calamiteitenonderzoekscommissies zijn uitgezet en gevolgd, er is een protocollencommissie en aan een externe adviseur is verzocht alle protocollen te actualiseren. Er worden MIP-meldingen gedaan bij (bijna) incidenten en is een MIP-commissie JMC actief. Er is een Veiligheids Management Systeem in ontwikkeling, er zijn gesprekken met Bronovo over de aanschaf van een Electronisch Patiënten Dossier. Afspraken over uitwisseling tussen verpleegkundigen van het JMC en het Bronovo ziekenhuis zijn gemaakt en deze uitwisseling vindt ook plaats. De operationalisering van de processen is daarmee sterk verbeterd.

De status van de aangetroffen documenten is niet altijd duidelijk. Relatief veel documenten bevinden zich in conceptstadium, zijn ongedateerd en de doorlooptijd van de documenten is lang, of geheel niet afgerond. De maatregelen om bestaande verbeteringen te borgen dienen nog nader te worden uitgewerkt.

Het monitoren c.q. implementeren van ontwikkelingen binnen de zorgsector als geheel heeft, zo blijkt uit interviews, binnen het JMC geen prominente plaats.

In het Masterplan DJI van maart 2013 is besloten dat de locatie Scheveningen van de PI Haaglanden, inclusief het Justitieel Medisch Centrum, in 2015 zal sluiten. De horizon van de verbeterplannen ligt daarom vooralsnog tot 2015. De voorgenomen sluiting kan van invloed zijn op de veranderingsbereidheid van de medewerkers.

3 Conclusies

De bevindingen uit hoofdstuk 2 vormen de basis voor de conclusies en aanbevelingen op respectievelijk zorgprocessen, communicatie binnen de keten, regie van zorg en leervermogen van het JMC. De commissie constateert dat in de laatste twee jaar bij het JMC een verbetering is ingezet, die concreet antwoord geeft op veel kritische punten van de IGZ. Daarbij is het personeel over het algemeen gemotiveerd om verantwoorde zorg te leveren en mee te gaan in de verbeteringslag. Over de algemene organisatie ontwikkeling is de commissie daarom positief gestemd, zij het dat het tempo van verbeteringen hoger kan zijn. In de conclusies hieronder worden verbeterpunten genoemd. Deze punten dienen geplaatst te worden in het licht van de positieve beoordeling van het ingezette ontwikkeltraject. De betreffende verbeterpunten kunnen naar het oordeel van de commissie dit traject verstevigen en verdiepen.

3.1 Zorgprocessen

De onderzoekscommissie heeft de conclusies in dit rapport ten aanzien van zorgprocessen gegroepeerd in opname, verblijf en ontslag. Ten aanzien van de zorgprocessen constateert de commissie in algemene zin dat het JMC een verbetertraject is gestart waarin op gestructureerde wijze een aantal verbeteringen is gerealiseerd, met name in de afgelopen twee jaar, en een aantal verbeteringen is gepland.

3.1.1 *Opname*

De website is voor het JMC de belangrijkste informatiebron gezien het aantal en de diversiteit van de verwijzers. Het JMC heeft ook een eigenstandige en landelijke functie. Maar het JMC heeft geen eigen website. En de informatie voor verwijzers op de webpagina van DJI is beperkt en niet up-to-date. Hierdoor kunnen onjuiste verwachtingen ontstaan over de mogelijkheden maar ook de beperkingen van het JMC. De opnamecriteria zijn geformuleerd als uitsluitingscriteria. De tekst is aanbodgericht en gaat niet uit van de vraag van de verwijzers.

De rol van de opnamecoördinator heeft in het afgelopen half jaar geleid tot een verbetering in de informatievoorziening met betrekking tot de betrokken patiënt voor of direct na de opname. Deze rol is op dit moment niet geformaliseerd en geborgd. De continuïteit (24-uurs opnamemeldingen) en formatieve beschikbaarheid is een aandachtspunt. Er ontbreekt nog een concreet tijdspad dat aangeeft wanneer door wie de besluiten rondom de opname coördinatie genomen gaan worden.

Gezien de korte tijdspanne tussen aanmelden en de inkomst van een groot deel van de patiënten (circa 80% binnen 36 uur), is de informatievoorziening vooraf vaak onvolledig. Bij het JMC wordt geen nul-meting (diagnostisch onderzoek) gedaan bij elke binnenkomende patiënt, vergelijkbaar met de zorg die in een verpleeginstelling en binnen Justitie in een PPC wordt geboden. Dit onderzoek vereist meer dan een anamnese. Nu start het JMC vaak behandeling en zorg zonder volledige informatie over de patiënt.

Criteria In welke gevallen een heteroanamnese dient plaats te vinden zijn niet aangetroffen, noch zijn deze geborgd binnen de bestaande werkprocessen.

In het Trajectplan JMC wordt uitgegaan van de huidige situatie waarin verpleegkundige en penitentiaire taken gescheiden worden uitgevoerd. Ook in het beleidsplan is geen ontwikkeling ten aanzien van de PIW-functie onderkend. Op basis van het functielandschap is niet gekozen voor een Zorg- en Behandelinrichtingswerker of verpleegkundig ZBIW-er. Als de bewakende functie geïntegreerd wordt met de verpleegkundige functie zou dit meer recht doen aan de rol van de PIW-er. De in de productspecificatie opgenomen positie van de PIW-er is vermeld: *“de onmisbare rol in het verlenen en/of ondersteunen van een goede zorg, behandeling en verpleging”* (pag. 13). De traditionele scheiding van rollen tussen verpleegkundigen en PIW-ers blijft thans in stand. De beoogde herziening van de teamstructuur conform het Trajectplan JMC kan daardoor niet optimaal worden vorm gegeven.

Criteria ten aanzien van observatie, zowel voor verpleegkundigen m.b.t. de medische observatie als voor de PIW-ers ten aanzien van de cameraobservatie zijn niet aan de commissie beschikbaar gesteld. Bij de cameraobservatie wordt gewerkt met codes in de observatie logboeken met patiëntgerichte gedragsomschrijvingen. De observatie is gesplitst in een medisch en een penitentiair deel. De criteria voor het medisch deel zijn globaal. De PIW-ers zijn niet opgeleid voor de observatie van complexe medische problematiek. De observatie blijft beperkt tot het observeren van gedrag.

3.1.2 *Verblijf*

Ten aanzien van het patiëntendossier zijn verschillende soorten dossiers aangetroffen. Het betreft het behandelplan, verpleegplan, artsen dossier, verpleegkundig dossier, medisch dossier, psychologen dossier, dossier psychiater en een penitentiair dossier. Ook zijn verschillende functionarissen belast met het beheer van deze dossiers. De ontwikkelingen over de aanschaf van een EPD verloopt moeizaam. Ondanks meerdere aanbevelingen in calamiteitenonderzoeken is nog steeds sprake van een handgeschreven, gefragmenteerde dossiervoering. Hierdoor ontstaan risico's voor de patiënt door mogelijke verschillen tussen de diverse dossiers. Deze risico's worden door zorgprofessionals binnen het JMC onvoldoende onderkend.

Ten aanzien van de medicatie vindt registratie plaats op verschillende plaatsen in het patiëntendossier, die fysiek van elkaar gescheiden zijn maar wel toegankelijk voor alle beroepsbeoefenaren. Hierbij is het risico aanwezig dat mutaties in de medicatie niet in alle deeldossiers worden verwerkt.

Tussentijdse terugkoppeling aan de verwijzer over de behandeling, vindt thans niet standaard plaats. Daarmee verdwijnt de gedetineerde zogezegd tijdelijk geheel uit het zicht van de verwijzende instantie. Dit is niet bevorderlijk voor de onderlinge samenwerking tussen de partners en de kwaliteit c.q. continuïteit van zorg.

3.1.3 *Ontslag*

Door het ontbreken van structurele afstemming tijdens het verblijf van de gedetineerde, ontstaat voor de ontvangende instantie bij ontslag een zelfde effect als voor het JMC bij de instroom: men weet niet precies hoe de situatie is van de inkomende gedetineerde c.q. weet pas laat welke zorgmiddelen er gereed moeten staan om de gedetineerde in de eigen setting goede (na)zorg te bieden. Hierbij hoort ook dat in alle gevallen een definitieve ontslagbrief moet worden meegegeven bij ontslag. Dat vereist een optimalisering van het interne werkproces bij het JMC.

3.2 In- en externe communicatie

3.2.1 *Interne afstemming*

In het traject is het voornemen om meer teamgericht en afdelingsgebonden te gaan werken beschreven. Teamgericht werken biedt een basis voor betere samenwerking tussen professionals maar vereist een cultuurverandering. Er is in de documenten c.q. bij de geïnterviewden nog maar beperkt aandacht voor die cultuur vraagstukken. Terwijl de verandering praktisch alle uitvoerende personeelsleden betreft. De betreffende medewerkers lijken zich onvoldoende bewust van de meerwaarde van het ingezette beleid voor de continuïteit van zorg.

Er is geen vastgesteld overzicht van de overleg- en besluitstructuur. Daarmee heeft de commissie geen zicht gekregen of binnen het JMC de juiste informatie op de juiste plek bij de juiste mensen komt en of de beslisboom bij knelpunten voldoende stevig is ingericht.

3.2.2 *Afstemming ketenpartners*

Er bestaat binnen het JMC geen overzicht van zorginleners, zorgaanbieders, dienstverleners en andere relevante partners waar een intensieve samenwerkingsrelatie mee bestaat.

Het binnenhalen van medische ontwikkelingen vindt op praktische wijze plaats. Voor alle beroepsbeoefenaren geldt dat zij door stages, leerervaringsplaatsen, kennis kunnen opdoen binnen soortgelijke organisaties buiten Justitie op het gebied van zorg. Binnen de verpleegkundigen vindt inmiddels uitwisseling plaats met het Bronovo ziekenhuis.

3.3 Regie van zorg

Samenhangende sturing op processen door de directie wordt belemmerd door het ontbreken van een vastgesteld zorgkader verantwoorde zorg. Er is geen jaarlijks medisch beleidsplan, afgeleid van een meerjaren medisch beleidsplan.

Voor het JMC bestaat geen passend kader verantwoorde zorg. Het door de IGZ voorgestelde toetsingskader van particuliere kleine klinieken is niet goed toepasbaar op het JMC als gevolg van het penitentiaire karakter van het JMC.

In de verbetertrajecten ligt de focus op betere beheersing van processen en minder op een ontwikkeling naar een uitgewerkte en gedragen zorgvisie. Het meerjaren beleidsplan geeft hiervoor wel een basis, maar dat dient verder uitgewerkt en gedeeld te worden.

In de verbeteringstrajecten worden ten aanzien van zorgprocessen door het JMC verschillende documenten opgesteld en gehanteerd (beleidsplan, trajectplan, productspecificatie JMC, MDO/PMO Document) waartussen de samenhang onduidelijk is en die soms strijdig met elkaar zijn. Voor een goede aansturing is beter inzicht in en verbetering van de samenhang belangrijk. Ook is van de meeste documenten de status onduidelijk. Veelal wordt met concept documenten gewerkt, waarbij niet is aangegeven wanneer en hoe deze documenten definitief worden vastgesteld. Dat maakt het verbeterproces minder voorspelbaar en daarmee minder goed te monitoren op voortgang.

Het JMC ervaart een gebrek aan regie op haar eigen werkprocessen. Deels komt dit door de specifieke positie binnen DJI. Deels ontbreekt het JMC nu aan een sterk eigen profiel. Is het doel verpleegzorg, revalidatie of toch (laag intensieve) ziekenhuiszorg? Intern is daar bij de professionals geen eenheid of duidelijkheid over. En daarmee ook extern niet, bij hoofdkantoor en verwijzers.

Het JMC is maar beperkt actief betrokken bij de zorgtrajecten binnen DJI als geheel. Het is niet vertegenwoordigd in het overleg van de Portefeuillehouders Zorg en neemt deel met 1 functionaris aan de belangrijke tweedelijns werkgroep. De recent toegekende rol van opdrachtgever aan de vestigingsdirecteur biedt kansen om hier meer regie in te nemen.

Voor de communicatie in de keten (intern en extern) is het belangrijk dat de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de directie voor iedereen duidelijk zijn. De commissie heeft in haar onderzoek geen eenduidig beeld gekregen van deze verdeling. Dit kan de effectiviteit van de regie op de processen belemmeren. Een eenduidige verdeling draagt bij aan de ontwikkeling van verantwoorde zorg.

3.4 Verbetervermogen

In de afgelopen twee jaar hebben duidelijke veranderingen plaatsgevonden in het JMC, die zijn bestendigd in beheersmatige instrumenten. De veranderingsgerichtheid bij de leiding is evident. De veranderbereidheid onder het personeel is groot. De commissie acht het op grond van de haar beschikbare informatie mogelijk dat de huidige instrumenten kunnen worden gebruikt voor de ontwikkeling van een samenhangend en integraal kwaliteitssysteem. Daarin kan de planning & control cyclus een belangrijkere rol spelen door een jaarlijks medisch en zorgkundig beleidsplan leidend te laten zijn voor het organisatiebeleid.

In het verandertraject worden elementen als sturing op samenhang, het stellen van prioriteiten en ontwikkeling van een passende werkcultuur vooralsnog minder benadrukt. Om de verandering te verstevigen en te bestendigen is een concreet zorgkader en einddoel vereist. De aangekondigde sluiting in 2015 zet dit aspect wel in een ander perspectief.

Het ontbreekt de PI aan relevante indicatoren die het management inzicht verschaffen in de aard en omvang van knelpunten en waarop de processen tijdig kan worden bijgestuurd. Het verbetervermogen zal toenemen als de zorgprofessionals gestructureerd en regelmatig terugkoppeling krijgen van hun prestatie en voortgang naar het (nog vast te stellen) kader verantwoorde zorg.

4 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen in hoofdstuk 2 en de conclusies in hoofdstuk 3 komt de onderzoekscommissie tot de volgende aanbevelingen:

1. Verbeter de webpagina van het JMC. Onderzoek of er een eigen website dient te komen, gezien het landelijke profiel van JMC en de diversiteit aan verwijzers.
2. Formaliseer de opname coördinatie en bekijk of deze taken ook tijdens het verblijf en bij ontslag in de processen geïntegreerd kunnen worden, zodat het contact met de verwijzer c.q. ontvanger structureel geborgd is.
3. Onderzoek de mogelijkheden tot standaard diagnostisch onderzoek bij iedere binnenkomende patiënt (zie ook aanbeveling 9).
4. Versterk de observatiefunctie door verdere samenwerking tussen en integratie van de penitentiaire en verpleegkundige taken en functionarissen; verbeter de faciliteiten voor cameraobservatie.
5. Integreer en digitaliseer de diverse zorgdossiers, met de registratie van medicatie als belangrijk aandachtspunt. Wacht niet op de komst van het EPD maar start zo spoedig mogelijk een traject waarin de zorgprofessionals zelf de verbeteringen bedenken en implementeren.
6. Onderzoek de mate waarin de artsen voldoen aan de eisen die de zorg en zorgvragers stellen.
7. Geef binnen de beschrijving en de implementatie van het Trajectplan JMC meer aandacht aan de uitwerking van de achterliggende zorgvisie en de visie op samenwerking tussen de disciplines; zorg voor randvoorwaarden voor daadwerkelijke integratie, zowel in de overlegstructuren als in de opleiding en de werkcultuur.
8. Versterk de aansturing van de zorgprocessen en organisatie ontwikkeling door het vaststellen van een JMC brede overleg- en besluitstructuur, periodieke JMC brede rapportages over zowel de zorg- als organisatieontwikkeling en het introduceren van een jaarlijks medisch beleidsplan in de planning & control cyclus.
9. Versterk de eigen regie door het opstellen van een eigen profiel, gebaseerd op een eigen kader verantwoorde zorg, mede afgestemd op de vraag van de verwijzers en hoofdkantoor. Stuur hierbij de tweedelijns werkgroep als opdrachtgever strak aan of neem hierin een eigen regie. Maak daarbij ook eenduidig naar interne en externe belanghebbenden hoe binnen de directie de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn verdeeld.
10. Geef meer aandacht aan het relatiemanagement met de verwijzers, waarbij gefocust wordt op het oplossen van hun problemen, in plaats van de eigen (on)mogelijkheden centraal te stellen. Overweeg om niet de uitsluitingscriteria leidend te laten zijn bij de opname, maar benut de kennis en expertise van het JMC en ontwikkel instrumenten zoals screening bij de verwijzer zelf en het eigen diagnostisch onderzoek.

Bijlage 1 Toetsingskader

Het toetsingskader voor deze audit richt zich met name op de verbeterpunten zoals die in het rapport van de IGZ zijn benoemd. In het toetsingskader is een verwijzing naar de passage in het rapport gemaakt, gevolgd door de norm, en de opzet, de operationalisatie en de borging opgesteld. Het toetsingskader is op 20 maart voorgelegd aan de plv. vestigingsdirecteur JMC en Directeur Zorg en behandeling en goedgekeurd. Hierna is het toetsingskader op 21 maart aan de Vestigingsdirecteur van de PI Haaglanden voorgelegd.

nr.	In-, door- en uitstroom	verwijzing in rapport	pag.	Norm	aanwezig	operationeel	geborgd
1	Inkomsten, verblijfscriteria	De inspectie is van oordeel dat de artsen van het JMC de grenzen van de mogelijkheden die het JMC biedt onvoldoende in acht hebben genomen.	27	Verblijfscriteria zijn voor zowel het JMC als verwijzers helder.	Verblijfscriteria zijn terug te vinden in een geformaliseerde opname beleid en terug te vinden op internet voor verwijzers.	De opname van patiënten komt overeen met het opname beleid, dit blijkt uit het management informatie van het JMC, bij afwijkingen op het beleid is dit schriftelijk onderbouwd waarbij ook inzichtelijk is welke beheersmaatregelen genomen zijn om verantwoorde zorg te kunnen garanderen.	Het opname beleid wordt wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
2	Inkomsten, redenen opname	De inspectie stelt vast dat het aspect bewakingskosten meegespeeld heeft bij het besluit tot overplaatsing vanuit het Dsselland ziekenhuis naar het JMC.	24	Het opname doel past binnen de grenzen van de verblijfscriteria en is voldoende concreet en SMART uitgewerkt in het patiëntendossier.	Er is een formeel vastgesteld standaardformulier aanwezig in het patiëntendossier waarbinnen alle cruciale punten verwerkt staan om een SMART goed onderbouwde opname doel uit te kunnen werken.	Uit de medische rapportage blijkt dat het opname doel in het patiëntendossier in overeenstemming zijn en bij wijzigingen in het behandelplan is dit voldoende gedocumenteerd.	Het opname doelformulier wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
3	Inkomsten, informatievoorziening	De informatie die het JMC vanuit het Dsselland ziekenhuis kreeg was volgens de artsen beperkt. Alleen de telefonische overdracht, informatie van de ambulance en het overdrachtformulier met de amnese en het beleid van de neuroloog.	17	Het JMC hanteert beleid bij het opvragen van medische voorgeschiedenis en medicatiegebruik bij inkomst.	Het JMC heeft vastgesteld beleid om de medische voorgeschiedenis en het medicatiegebruik op te vragen.	Het beleid om de medische voorgeschiedenis en het medicatiegebruik op te vragen is bekend bij medewerkers en er wordt conform gewerkt dit blijkt uit de medische dossiers, daar waar informatie niet is verkregen is tevens uitgewerkt welke extra beheersmaatregelen zijn uitgevoerd.	Er wordt conform het beleid om de medische voorgeschiedenis en het medicatiegebruik op te vragen gewerkt en het wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

nr.	In-, door- en uitstroom	verwijzing in rapport	pag.	Norm	aanwezig	operationeel	geborgd
4	Inkomsten, medische observatie	Hoe betrokkene de eerste 48 uur precies is geobserveerd, door wie en met welke instructies was onduidelijk. De artsen hadden betrokkene niet planmatig geobserveerd en ook de verpleging heeft geen instructies gehad waar ze op moesten letten en hoe betrokkene geobserveerd moest worden.	19	Van elk patiënt in het JMC is voor het verplegend, bejegend en medisch personeel helder en op schrift terug te vinden welke observatiepunten van belang zijn	Het JMC heeft als onderdeel van het patiëntendossier een observatieplan die in lijn is met het opname doel	Het observatieplan wordt gebruikt om de diagnose te stellen/ nader te onderbouwen en/ of de ingezette behandeling te monitoren in de uitwerken blijkt dit door een vaste structuur/opbouw van het observatieplan	Het observatieplan is onderdeel van het behandelplan en wordt hierin geïntegreerd
5	Inkomsten, Diagnostisch onderzoek	Het JMC deed geen diagnostisch onderzoek naar hyperventilatie.	17	Bij elke patiënt wordt bij binnenkomst diagnostisch onderzoek verricht.	Het opnameproces is beschreven.	In het patiëntendossier is terug te vinden dat diagnostisch onderzoek heeft plaatsgevonden.	Het behandelbeleid is mede gebaseerd op de uitkomsten van het diagnostisch onderzoek.
6	Verblijf, vastleggen kritische gegevens	De vastlegging in het medische dossier was beperkt en bevatte geen gegevens van onderzoek, diagnostiek en behandelplan etc.....	18	Kritische gegevens worden in het medisch dossier vastgelegd	Het dossier is beschikbaar voor de beroepsbeoefenaren die hiermee moeten werken. Als er sprake is van deeldossiers is de samenhang tussen de dossiers vastgelegd	Het dossier is toegankelijk, begrijpelijk en leesbaar voor de beroepsbeoefenaren die hiermee moeten werken. De samenhang van deeldossiers is geborgd door werkwijzen en controles	Er is sprake van 1 patiëntendossier en dat beschikbaar is voor alle beroepsbeoefenaren die zijn betrokken bij de patiënt.

nr.	In-, door- en uitstroom	verwijzing in rapport	pag.	Norm	aanwezig	operationeel	geborgd
7	Verblijf, inhoud behandelplan	De inspectie constateerde dat niet werd vastgelegd waarom het medische team van het JMC geen verdere invulling gaf aan het beleid van het Ijssellandziekenhuis.	18	Afwijkingen van schriftelijke adviezen en diagnoses en vervolgbehandelingen worden altijd schriftelijk vastgelegd en toegelicht.	Het opnameproces is beschreven.	In het patiëntendossier is de motivatie terug te vinden van de behandelaar waarom deze heeft afgeweken.	Er vindt een jaarlijkse evaluatie plaats op afwijkingen zonodig worden processen en protocollen aangepast.
8	Verblijf, inhoud behandelplan	Het plan bevatte een beperkt aantal afspraken over gebruik camera en observeren en maakte onderdeel uit van het verpleegkundig dossier.	18	In een multidisciplinair opgesteld behandelplan zal na iedere fase in de behandeling opnieuw gekeken worden naar de status en de gewenste behandeling van de patiënt.	Er vindt gestructureerd overleg plaats (MDO) tussen de verschillende behandel disciplines en de afspraken daaruit worden vastgelegd.	De afspraken in het MDO en andere overlegvormen bewaken de voortgang van de diagnose en documenteren een evt. bijstelling hiervan.	Het behandelplan wordt wekelijks in het MDO getoetst en bijgesteld.
9	Verblijf, inhoud behandelplan	... Ook is niet duidelijk precies wat het behandelbeleid van de artsen is geweest en of er überhaupt door de artsen gebruik gemaakt is van een differentiaal diagnose.	27	In elke status wordt een differentiaal diagnose opgenomen.	Patiënt waarvan onvoldoende gegevens bekend zijn intaken als patiënt zonder diagnose.	Patiënt waarvan diagnose is gesteld gebruik maken van differentiaal diagnose.	Controle bij ontslag of diagnose ook overeenkomt met ontslaggraden, gegevens verzamelen hierover en periodiek bespreken.
10	Verblijf, kwaliteit dossier	zie 3. Ook was de verslaglegging handmatig en daardoor soms moeilijk te lezen.	18	Er is een gestructureerde opbouw van het dossier, het is volledig en de aantekeningen zijn voor alle beroepsbeoefenaren duidelijk.	Het papieren dossier is zodanig opgebouwd dat de patiënt centraal staat en elke discipline bijdraagt aan de volledigheid van het dossier.	De opbouw van het papieren dossier is gelijk aan een EPD. Risico's worden in het dossier gedocumenteerd.	Het patiëntendossier is geheel elektronisch (EPD).

nr.	In-, door- en uitstroom	verwijzing in rapport	pag.	Norm	aanwezig	operationeel	geborgd
11	Verblijf, camerabewaking	Betrokkene werd alleen via camerabewaking in zijn cel bewaakt. Deze bewaking wordt verricht door PIW-ers zonder een medische achtergrond.	18	De reden van cameraobservatie wordt vastgelegd in een beschikking van de directeur op advies van de geneeskundige.	Het is voor de observatiepost duidelijk welke gedragen dienen te worden geobserveerd en hoe te handelen.	De observatiepost heeft gedragen bij de patiënt verwacht mogen worden op basis van ziektebeeld en rapporteert hierover.	De observatiepost heeft regelmatig contact met de verpleegkundige over de rapportage.
12	Verblijf, regie van zorg	Het JMC werkt met teams die voor de dagelijkse zorg verantwoordelijk zijn. Per patiënt heeft niet één arts de verantwoordelijkheid of regie.	18	De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn beschreven waarbij de patiënt centraal staat.	Er is beleid waarin uitgewerkt is hoe de verantwoordelijkheid tav patiënten is toebedeeld.	Aan elke patiënt zijn verantwoordelijke beroepsbeoefenaren toegewezen, duit blijkt uit het dossier.	Na ontslag van de patiënt vindt een bespreking plaats tussen de beroepsbeoefenaren over de behandeling.
13	Ontslag, ontslagcriteria	Het JMC werkt met teams die voor de dagelijkse zorg verantwoordelijk zijn. Per patiënt heeft niet één arts de verantwoordelijkheid of regie.	18	De eindtermen zijn per patiënt(engroep) vooraf vastgesteld.	Er is beleid waarin uitgewerkt is hoe de verantwoordelijkheid tav patiënten is toebedeeld.	Aan elke patiënt zijn verantwoordelijke beroepsbeoefenaren toegewezen, duit blijkt uit het dossier.	De eindtermen voor patiëntengroepen wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
14	Ontslag, ontslagcriteria	Er is tijdens het verblijf van betrokkene geen overleg meer geweest met een neuroloog of andere specialist.	18	Bij vragen en onduidelijkheden vindt er afstemming plaats.	Relevante landelijke protocollen en richtlijnen zijn beschikbaar in medpro.	Uit het patiëntendossier blijkt dat consultatie heeft plaatsgevonden en wat de uitkomst van de consultatie is.	Periodieke interventie van enkele patiëntendossiers gericht op communicatie.

nr.	In-, door- en uitstroom	verwijzing in rapport	pag.	Norm	aanwezig	operationeel	geborgd
15	Communicatie, keten	De inspectie is van oordeel dat de ketenzorg en de communicatie tussen de instellingen ten aanzien van betrokkene van onvoldoende kwaliteit is geweest.	29	Alle relevante samenwerkingspartners zijn inzichtelijk.	Er is een overzicht waarin de samenwerkingsverbanden zijn uitgewerkt en in welke frequentie overleg plaatsvindt.	Er zijn gespreksverslagen waaruit blijkt dat de kwaliteit van zorg een onderdeel is van het overleg met de samenwerkingspartners.	Jaarlijks worden de samenwerking en de gemaakte afspraken geëvalueerd.
16	Communicatie, heteroanamnese	Overigens is er ook geen heteroanamnese afgenomen bij de ceigenoot.	28	Wanneer een patiënt onvoldoende in staat is om alle relevante informatie te verstrekken vindt standaard heteroanamnese plaats.	Binnen het JMC zijn richtlijnen tav heteroanamnese aanwezig.	In het patiëntendossier is terug te vinden wanneer en bij wie heteroanamnese heeft plaatsgevonden en wat daar uit is gekomen.	Periodieke interviews van enkele patiëntendossiers gericht op heteroanamnese.
17	Professionele handelswijze	... Ook van professionals, behorend tot zowel de medische als de verpleegkundige discipline, wordt verwacht dat zij een ongewenste uitkomst van zorg kritisch beschouwen en zich er over uitspreken of het totale proces van zorgverlening voldoet aan het professionele niveau dat wordt vereist.	30	Eik (bijna) incident wordt geregistreerd en aan de hand van de registratie geëvalueerd door beroepsbeoefenaren.	Het JMC heeft een MIP-protocol en jaarverslag een calamiteitenprotocol.	Er vindt MIP-registratie plaats waarbij aantoonbaar overleg wordt gevoerd over het (bijna)incident en wordt geadviseerd naar het management.	Jaarlijks vindt een evaluatie plaats tussen het management en de MIP-commissie over de gedane aanbevelingen waarbij zonodig wordt bijgesteld.

nr.	In-, door- en uitstroom	verwijzing in rapport	pag.	Norm	aanwezig	operationeel	geborgd
18	Medicatieverstrekking	Tot slot ontbrak de motivatie voor de gegeven medicatie in het dossier.	18	De motivatie voor nieuwe medicatie, het wijzigen van bestaande medicatie en het stoppen van medicatie wordt gemotiveerd en gedocumenteerd in het dossier	De arts baseert de medicatie-voorschriften op een geneesmiddelenformularium en er wordt alleen gemotiveerd afgeweken	Het voorschrijven van medicatie gebeurt op basis van een geneesmiddelenformularium. Bij afwijking verifieert de apotheker de reden van afwijking	Het geneesmiddelenformularium wordt adequaat gehanteerd, periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld
19	Status ziekenhuis	De artsen zagen het JMC als een soort ziekenhuis.	17	De status van het Medisch Centrum voor verwijzers duidelijk.	De publiek toegankelijke informatie over opnamecriteria is gemakkelijk terug te vinden.	Het JMC is proactief in het verspreiden van informatie over de doelgroep en mogelijkheden binnen het JMC.	De beschikbare informatie wordt jaarlijks bezien op juistheid en volledigheid.

Bijlage 2 Overzicht geraadpleegde documenten

In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de door de commissie ter hand gestelde en in het onderzoek betrokken documenten.

1	Inspectieonderzoek naar [REDACTED]	Februari 2013	10.2.e
2	JMC PI Haaglanden beleidsplan 2012-2016	Juni 2012	
3	Concept productspecificatie JMC		
4	Trajectplan JMC, [REDACTED]	Maart 2013	
5	Protocollensysteem MEDPRO	2003-2013	
6	Website JMC, aanmeldingsformulier JMC	Maart 2013	
7	Functieomschrijving opnamecoördinator	2013	
8	MIP-reglement		
9	Het Multidisciplinair overleg en het Psychomedisch overleg in het JMC, concept	Dec 2011	
10	Notulen teamoverleg	2010-2013	
11	MDO-PMO verslagen	2010-2013	
12	Concept convenant JMC - Bronovo	2012	
13	Planning activiteiten voortkomend uit beleidsplan JMC, verandertraject JMC en plannen van aanpak n.a.v. calamiteitenonderzoeken	Maart 2013	
14	Calamiteitenonderzoeken betreffende JMC	2008-2012	
15	Format oefendraaiboek en oefeningenplanning	Januari 2013	

Bijlage 3 Overzicht acties calamiteitenonderzoeken

Het JMC heeft een overzicht aan de commissie ter beschikking gesteld waarin de voortgang van de acties uit het beleidsplan, het daaruit voortgekomen trajectplan en de plannen van aanpak naar aanleiding van de calamiteitencommissies in één overzicht zijn vervat. Dit overzicht is opgenomen in bijlage 3. De voortgang van de actie is door het JMC in drie stoplichtkleuren aangegeven, waarbij groen als afgerond wordt beschouwd, oranje als onderhanden werk en rood als nog niet gestart.

	Code	Activiteit	Actienemer/ eigenaar	Evaluatie stvaza + verbinding overige processen en activiteiten	Beëindigd
10.2.e	a-1	Patiëntengroepen definiëren voor het JMC.	■■■■ ■■■■	Er zijn 3 groepen patiënten binnen het PPC: - verpleegzorg op de partere; - postspecialistische -en post operatieve zorg; - specials: besmettelijke ziektes, eet&drinkstakers, GHB-verslaafden, dubbele diagnostiek	Maart '12 Doorlopend
10.2.e	a-2	Visie/ meerjarenplan schrijven over zorgafdeling (randvoorwaarden) incl. aannamebehoefte m.b.t. verpleegkundig- en beveiligingsniveau (ism project 2 ^e lijns GZ).	■■■■	Het JMC levert zijn ervaring, methodiek en handelswijze als input aan voorzitter van deelproject 2 van DJI-project 'Tweede Lijnsgezondheidszorg'.	Vaststellen iom Sophie, vz deelproject 2
10.2.e	a-3	Aangeboden gedetineerden worden als patiënt in het JMC uitsluitend gedagnostiseerd opgenomen conform de opname Indicaties en uitsluitingscriteria zoals die nav bovenstaand zijn vastgesteld.	■■■■ ■■■■	In 2013 is op dit punt veel ingezet met het toekennen van de rol 'opnamecoördinator' aan een van de hoofdvpk, aanpassen van de website, onderling artsenuitwisseling, punt agenderen in PMO. In opdracht van IGZ opnamelijsten met medische protocollen naar IGZ gestuurd ter controle welke posttief is afgesloten. Blijvend risico: foute of onderdiagnostiek door huisarts van zending inrichting, druk van de MD van inrichtingen om gedetineerden toch geplaatst te krijgen, bij weigering wordt geregeld of druk gezet via regioldirecteur. Redenen om druk te zetten zijn vaak financieel (kosten beveiliging in ziekenhuis). ACTIE:	Maart 2013 Doorlopend Aandachts- punt gelet op risico
10.2.e	a-4	Een behandelproces op basis van opnamefase - behandelphase ontslag/ overplaatsingsfase is in processen uitgeschreven.	■■■■ ■■■■	Er is een concept klaar dat is besproken in de trajectgroep op ■■■■	September 2013

Code	Activiteit	Actienemer/ eigenaar	Evaluatie stvaza + verbinding overige processen en activiteiten	Beëindigd
			Concept wordt thans uitgewerkt.	
10.2.e	a-5 Er zijn voldoende mogelijkheden om patiënten met dubbele diagnostiek te behandelen binnen het JMC.	■■■■■ ■■■	Inmiddels wordt een vaste NIFp-psychiater ingezet in JMC ipv wisselende psa op consultbasis zoals NIFp wil. Momenteel wordt met NIFp onderhandeld om de vaste psa in overeenkomst vast te stellen. ■■■■■ houdt toezicht op psychiatrische zorg in het JMC. Er is een vaste klinisch psycholoog vanuit het PPC aan het JMC verbonden die psycholoog in opleiding tot Gz-pso begeleid. Mbt punt a-2 zal psycho-medische zorg onderdeel zijn van het visie/meerjarenplan.	Sep 2013
10.2.e	a-6 Het JMC participeert in de pilot GHB en is in staat deze groep gedetineerden onder medische bewaking op medisch verantwoorde wijze te laten afkicken.	■■■■■ ■■■■■ ■■■	Er is een behandel -en verpleegprotocol voor het afkicken onder medische bewaking van gedetineerde GHB-verslaafden. JMC participeert in de DJI-monitor ism politie, GGD-artsen en Novadic Kentron. Er is een overeenkomst met MC Haaglanden dat Igv crisis direct toegeleid kan worden naar de IC aldaar.	Maart 2014
10.2.e	a-7 Protocollen, instructies en procedures schrijven ter ondersteuning van de opnamefase - behandel fase -en ontslag/overplaatsingsfase processen.	■■■■■ ■■■■■ ■■■	JMC beschikt over en deel daarvan. In opvolging van punt worden deze aangevuld en/of uitgebreid.	Sep 2013
10.2.e	a-8 Medische protocollen schrijven of aanpassen gericht op verantwoorde medische zorg.	■■■■■	JMC beschikt over meest voorkomende medische protocollen, vraagt deze aan bij zendinge GZ-Instellingen, laat nieuwe protocollen uitschrijven door de protocollen cie, laat bestaande protocollen actualiseren door protocolcie.	Sep 2013
10.2.e	a-9 Verpleegkundige protocollen schrijven of aanpassen gericht op	■■■■■	JMC beschikt over meest voorkomende	Sep 2013

Code	Activiteit	Actienemer/ eigenaar	Evaluatie stvaza + verbinding overige processen en activiteiten	Beëindigd	
	verantwoorde medische/verpleegkundige zorg.		verpleegkundige protocollen, vraagt deze aan bij zending GZ-Instellingen, laat nieuwe protocollen uitschrijven door de protocollen cie, laat bestaande protocollen actualiseren door protocollcie.		
10.2.e	a-10		Protocollen en instructies schrijven voor de operatiekamer.	Best Medical Care (BMC) heeft dit gedaan in opdracht van JMC en onderhoudt de protocollen en instructies	Maart 2014
10.2.e	a-11		De palieren status is veelal onoverzichtelijk als anderen dan de artsen van het JMC de status lezen om snel de nodige informatie te verkrijgen of een totaal beeld te krijgen van het verloop van de verblijfsperiode in het JMC.	BMC is bezig een nieuw model status te ontwerpen en samen te stellen dat voldoet aan de huidige standaardisen. De verwachting is dat het medio april aangeboden kan worden aan de directie van het JMC. De nieuwe status vormt tevens input voor het vullen van het EPD. (Zie punt I-2)	Sep 2013
10.2.e	a-12		Veiligheds Management Systeem (VMS) uitschrijven voor het JMC en deze implementeren en borgen in het JMC	Het VMS is geactualiseerd aan voorschrift 2013 en besproken in het kaderoverleg. Aanpassingen worden momenteel uitgevoerd. Korte richtlijn hangt in vpk-kantoren	Sep 2013
10.2.e	a-13		Best practice PMO (MGW-project) aanpassen aan praktijk JMC	Het PMO wordt wekelijks georganiseerd. Alle bij behandeling, verpleging en beveiliging betrokken disciplines zijn aanwezig. Medische administratie notuleert.	Maart '14
10.2.e	a-14		De Materiaal Advies Commissie is geïnstalleerd.	De cie is actief sinds feb 2013 en levert (on)gevraagde adviezen aan directie JMC.	Maart '14
10.2.e	a-15		De MIP is geborgd en wordt gecontinueerd.	De cie is reeds jarenlang actief en levert (on)gevraagde adviezen aan directie JMC.	Maart '14
10.2.e	a-16		Idem dito voor WIP	De cie is reeds jarenlang	Maart '14

Code	Activiteit	Actienemer/ eigenaar	Evaluatie stvaza + verblinding overige processen en activiteiten	Beëindigd
			actief en levert (on)gevraagde adviezen aan directie JMC. De cie wordt extern ondersteunt door ziekenhuishygiënist van HCN.	
10.2.e	a-17		De cie is reeds jarenlang actief en levert nieuwe protocollen of actualiseert bestaande protocollen. Risiko: vergt veel tijd waardoor de medische protocollen achter lopen. (Vpk-protocollen worden wel regelmatig herzien/.aangevuld) Daarom aansluiting zoeken bij Bronovo en MC Haaglanden.	Sep 2013 Aandachts- punt gelet op risico
10.2.e	a-18		Iom artsen zijn de taken overgeheveld naar een hoofdvpk die de rol van opnamecoördinator uitoefend.	Sep 2013
10.2.e	b-1		De productomschrijving wordt aangepast aan het product van de deelproject 2 van project 2 ^e LijnsGZ. Tot die tijd wordt conform productomschrijving gewerkt.	Maart 2014
10.2.e	b-2		Het MDO en ISS worden toegepast op patiënten die rechtstreeks in het JMC zijn opgenomen of bij wie in de zendende Inrichting nog niet is gestart met ISS	Maart 2014
10.2.e	b-3		De productomschrijving wordt aangepast aan het product van de deelproject 2 van project 2 ^e LijnsGZ. Tot die tijd wordt conform productomschrijving gewerkt.	Maart 2014
10.2.e	b-4		Het betreft: ISS, MDO en PMO: ISS en MDO juni van start Vrijhedencommissie: In	Sep 2014

Code	Activiteit	Actienemer/ eigenaar	Evaluatie stvaza + verbinding overige processen en activiteiten	Beëindigd
			<p>werking</p> <p>Persoonsgebonden dagprogramma juni van start</p> <p>DBT gaat juni van start</p> <p>Vakmanschap is gestart en is doorlopend</p> <p>Bovenstaand zijn waar nodig aangepast aan de specifieke situatie van het JMC</p>	
10.2.e	b-5	De 5 kritische processen zijn periodiek een punt van aandacht in de teamvergaderingen.	<p>Per kritisch proces zijn senior -piw aangewezen voor de uitvoering van operationele taken. Zij rapporteren aan de afdelingshoofden.</p>	Maart 2014
10.2.e	b-6	Het JMC participeert in de onderhoudsctie voor bedrijfsprocessen, richtlijnen en instructies.	<p>Een afdelingshoofd vertegenwoordigt het JMC en koppelt info over en weer terug. De onderhoudsctie onderhoudt de bestaande processen, richtlijnen en instructies en draagt zorg voor de publicatie ervan.</p>	Maart 2014
10.2.e	b-7	Het JMC participeert in de oefencie voor het organiseren en evalueren van BHV -en calamiteitenoefeningen.	<p>Idem dito</p>	Maart 2014
10.2.e	b-6	JMC is aangesloten bij het project Biometrie.	<p>Biometrieapparatuur is aanwezig in het JMC en wordt benut zodra de patient kan aanzitten.</p> <p>Risico: als zendende inrichting de gedetineerde niet in biometrie uitschrijft kan deze niet Ingeschreven worden in JMC. Dit wordt nu handmatig gedaan door BVA maar moet strikt worden bewaakt.</p>	Maart 2014 Aandachts- punt gelet op risico
10.2.e	b-7	JMC voert richtlijnen DNA uit	<p>Afname DNA materiaal is aanwezig en wordt door een opgeleide badmeester uitgevoerd als bevel daartoe is gegeven. Bij weerstand wordt in ultieme geval een politiearts Ingeschakeld.</p>	Maart 2014
	b-8	JMC voert richtlijnen	<p>BSD</p> <p>In het MDO worden</p>	Maart 2014

Code	Activiteit	Actienemer/ eigenaar	Evaluatie svvaza + verbinding overige processen en activiteiten	Beëindigd
	slachtofferbelang uit		patiënten gescreend bij wie het beleid van toepassing is. BSD voert vervolgens de richtlijnen uit.	
10.2.e	c-1 Het JMC beschikt over een professioneel statuut waarin alle TVB van de BIG-professionals zijn uitgeschreven.	██████	Er is een professioneel statuut waarvoor vooralsnog geen instemming is van de medezeggenschap omdat dit orgaan wil aansluiten bij het medezeggenschaptraject mbt professioneel statuut PPC's .	Evaluatie sep 2014
10.2.e	c-2 Rol opnamecoördinator Introduceren (Intern)	██████	Een van de hfdvpk voert deze rol uit. De evaluatie in maart is positief: meer zicht op diagnostiek en beschikbare voorinformatie over de aangeboden patiënten, betere ketenafspraken mbt overdragen van zorg en meer tussentijdse afstemming tussen zendende Inrichting en JMC.	Maart 2014
10.2.e	c-3 Aanstellen psycholoog (structurele inzet: probleem is de vacaturestop)	██████ ██████	Door vacature stop is dit stopgezet. Vooralsnog wordt pso zorg geleverd door PPC.	September 2013
10.2.e	a-4 Vormgeven aan psychologische ondersteuning door een psycholoog ten behoeve van begeleidingsplannen, rapporteren op piannen, etc.	██████ ██████	De vaste pso uit het PPC zien en beoordelen dagelijks patiënten op verzoek van de artsen. Er worden adviezen voor de behandelplannen, verpleegplannen en handeiplannen gegeven. De vaste pso neemt standaard deel aan het PMO. Er is nog geen vaste teambegeleiding om plw en vpk te ondersteunen bij de gedragsmatige bejegening/ begeleiding van patienten. Dit gaat pas goed van	September 2013

Code	Activiteit	Actienemer/ eigenaar	Evaluatie stvaza + verbinding overige processen en activiteiten	Beëindigd
			werking als er vaste teams aan de vleugels zijn toegewezen waardoor er meer patiëntgerichte zorg door vaste begeleiders kan worden gegeven.	
10.2.e	c-5 Idem dito voor de psychiatrische ondersteuning door een psychiater.	■■■■■	De vaste psa van het NIFp ziet en beoordeelt dagelijks patiënten op verzoek van de artsen. Er worden adviezen voor de behandelplannen, verpleegplannen en handelplannen gegeven. De psa neemt standaard deel aan het PMO. Directeur Z&B is actief om NIFp te bewegen de werkwijze met een vaste psa te bestendigen.	September 2013
10.2.e	c-6 Inzichtelijk maken van mogelijkheden om personeel in te huren bij defensie.	■■■■■	Er zijn besprekingen geweest met defensie in het Militair Hospitaal. Defensie kan op afroep medisch specialisten en materiaal leveren, maar niet voor lange duur. E.e.a. heeft te maken met inzet van de specialisten die niet beschikbaar zijn bij Internationale operaties of ingezet worden in algemeen ziekenhuizen.	Maart 2013
10.2.e	c-7 Afspraken maken over/ met inhuur externe professionals (bv. met ketenpartners)	■■■■■	Met de Inkoper van het JMC zijn afspraken gemaakt welke door de Inkoper zijn omgezet in overeenkomsten met uitzendbureau die zorgprofessionals kunnen leveren.	Maart 2014
10.2.e	c-8 Plw en vpk hebben opleiding 'Motiverend Bejegenen' (MoBe) gevolgd.	■■■■■	De lessen zijn gevolgd en met goed resultaat afgesloten.	Maart 2013
10.2.e	c-9 Kaderleden hebben opleiding Leidinggeven als Professional (LGaP) gevolgd	■■■■■	De lessen zijn gevolgd en met goed resultaat afgesloten.	Maart 2013
10.2.e	c-10 Voorlichting / klinische lessen geven aan werkvloer over verantwoordelijkheid m.b.t. o.a.	■■■■■	Het is een voornemen dat nog uitgewerkt moet worden iom	September 2013

	Code	Activiteit	Actienemer/ eigenaar	Evaluatie stvaza + verbinding overige processen en activiteiten	Beëindigd
		verlengde armconstructie / medisch geheim / vertrouwelijkheid e.d.		opleidingsfunctionaris.	
10.2.e	c-11	Piw en vpk JMC nemen deel aan de klinische lessen door PPC-psychologen.	■	Er is een planning van klinische lessen waar Piw en Vpk aan deelnemen. Een deel heeft in 2012 de reeks afgerond. In 2013 is een nieuwe reeks gestart waar Piw en Vpk aan deelnemen.	September 2013
10.2.e	c-12	Bijdrage schrijven scholingsbehoefte artsen, vpk, piw, kader van JMC t.b.v. scholingsplan PI Haaglanden.	■ ■ ■	Er is een scholingsplan voor PI Haaglanden waaronder de artsen, kader, Piw en Vpk van het JMC. Zie ook c-14	September 2013
10.2.e	c-13	Arts(en) scholen tot specialist ouderengeneeskunde.	■	Mogelijkheden worden onderzocht.	September 2013
	c-14	Leren toepassen van instructies, richtlijnen en/of werkmethodeken conform interne processen JMC.	Kader algemeen	Instructies ed worden themamatisch in de teamvergaderingen doorgenomen. Dit is een doorlopende actie in 2012/2013.	September 2013
10.2.e	c-15	Vpk nemen deel aan scholingsprogramma van Bronovo en lopen stages in het Bronovo tbv (bij)scholing, professionalisering en uitwisseling van kennis.	■ ■	Vpk zijn in 2012 gestart met georganiseerde stages in Bronovo. Tevens nemen zij deel aan (bij)scholing voorbehouden handelingen en rekenproef georganiseerd door opleidingsfunctionaris van het Bronovo. Dit is een doorlopend programma met tussentijdse evaluaties tussen JMC en Bronovo.	September 2013
10.2.e	c-16	Idem dito voor artsen.	■ ■	Moet nog worden opgestart. Heeft vertraging opgelopen agv vacatures en zwangerschapsverlof binnen de formatie van de artsen.	September 2013
10.2.e	c-17	Nieuw formatieplaatje opstellen na eerste fase zorgafdeling (ism project 2 ^e lijns GZ).	■ ■	Het projectplan moet worden afgewacht ■ start in april 2013.	September 2013
10.2.e	c-18	Aanname beleid/ elsen m.b.t. verpleegkundige (andere opleidingseisen/ niveau/ interessegebied) aanpassen (ism project 2 ^e lijns GZ).	■ ■	Het projectplan moet worden afgewacht ■ start in april 2013.	September 2013
10.2.e	c-19	Plan uitvoeren om Verpleegkundigen met vpk ZBIW-er en PIW-ers met	■ ■ (PPC)	De uitwisseling zal eind 2013 begin 2014 starten	Maart 2014

Code	Activiteit	Actienemer/ eigenaar	Evalueerbare stvaza + verbinding overige processen en activiteiten	Beëindigd
10.2.e	ZBIW-ers uit te wisselen tussen PPC en JMC.		omdat het pas dan onderdeel is van de interne opleiding vpk niveau 4 in het PPC. De Vpk-Zbiw kunnen dan met hun 'leerling vpk' Ingezet worden in het JMC en JMC-vpk worden Ingezet in het PPC.	
c-20	De direct leidinggevendenden roosteren wekelijk één uur teamvergadering of personeelssport Inen zien toe op de uitvoering daarvan.	Kader	Is in het dagprogramma opgenomen en wordt zo uitgevoerd. Aan elk afdelingshoofd en hoofdvpk is een sportinstructeur toegewezen voor onderlinge afspraken.	September 2013
c-21	Plw en Vpk nemen jaarlijks deel aan Fysieke Vaardigheids Toets (FVT).	Kader	Is in het dagprogramma opgenomen en wordt zo uitgevoerd. Aan elk afdelingshoofd en hoofdvpk is een sportinstructeur toegewezen voor onderlinge afspraken.	September 2013
c-22	Direct leidinggevendenden houden jaarlijks een Functionerings Gesprek (FG) met hun medewerkers.	Kader	Met ledere medewerker is/wordt voor juni minimaal een FG gehouden en verwerkt in P-direct.	September 2013
c-23	Aanbieden van POP's aan hen die zich horizontaal of verticaal verder willen ontwikkelen	Kader	Waar de kans/gelegenheid/noodzaak zich aandient wordt met de betreffende medewerker een PO P- gesprek gehouden. Het is van belang dat de leidinggevende vooraf bewaakt dat daarbij de belangen van de Inrichting en die van de medewerker gelijk worden vervuld en middelen beschikbaar zijn.	September 2013
10.2.e	d-1 Invoeren van duaal leiderschap vwb de dagelijkse bedrijfsvoering van de afdelingen (Plw en vpk)		In 2013 is na de opleidingssessies met begonnen het duale management in te voeren.	September 2013
10.2.e	d-2 Invoeren van triaalmanagement als de verantwoordelijkheid voor de behandeling wordt toegevoegd.		Idem dito	September 2013

Code	Activiteit	Actienemer/ eigenaar	Evaluatie svaza + verbinding overige processen en activiteiten	Beëindigd	
10.2.e	d-2		Leiderschapstijl is waar nodig stimulerend, ondersteunend of corrigerend en wordt consequent toegepast waarbij de leidinggevende de regie voert.	<p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>In 2013 is na de opleidingssessies met ■■■■■ begonnen de juiste leiderschapstijl bij de situatie te hanteren waarbij in alle gevallen het behoud van de regie door de leidinggevende centraal staat. Een persoonlijke coach wordt ingezet als uit de eerste evaluatie blijkt dat een leidinggevende daarbij ondersteuning nodig heeft.</p>	September 2013
10.2.e	e-1		Er wordt actief samenwerking gezocht met bestuurders Bronovo en MC Haaglanden tbv samenwerking, specialistische ondersteuning en supervisie van de artsen van het JMC	<p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>Met het Bronovo is een concept-convenant op papier gezet. De correcties van de kant van het JMC zijn doorgestuurd eind 2012 naar het Bronovo. Met MC Haaglanden is in ieder geval een overeenkomst over de toeleiding naar de IC van GHB verslaafden die tijdens het afkicken ernstige bijwerkingen ontwikkelen. Met MCH is ook een mondelinge overeenkomst over het leveren van medische ondersteuning inzake casuïstiek, hulp bij onderhouden medische protocollen en ondersteuning bij (bij)scholing van artsen en vpk.</p> <p>Risico: het definitief maken van de afspraken in de vorm van convenanten blijkt een taal proces te zijn. Ondanks rapelering en telefonisch contact zijn de vorderingen traag.</p>	September 2013 Aandachtspunt gelet op risico
10.2.e	c-2		Aandacht geven aan vragen/feedback ketenpartners m.b.t. Informatie oevr het JMC en het beleid van het JMC.	<p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>De Infobox van de website JMC wordt regelmatig gebruikt voor het stellen van vragen of het</p>	September 2013 Aandachtspunt

Code	Activiteit	Actienemer/ eigenaar	Evaluatie stvaza + verbinding overlege processen en activiteiten	Beëindigd
			uitwisselen van info. Risico: beperkt geheugen waardoor het van belang is dat de box regelmatig wordt geleegd. Waar nodig worden uitdraaien in de medische status ondergebracht.	gelet op risico
10.2.e	e-3 Communicatie met ketenpartners over nieuwe werkwijze (o.a. brief/ nieuwsfilts) i.s.m. communicatie medewerker/webredacteur	■■■■	Er is eenmaal een nieuwsbrief verzonden met een verwijzing naar de website van het JMC voor algemene informatie, het opnamebeleid en contactpersonen. Uit het aantal 'hits'direct na de verzending bleek dat de website druk werd bezocht kort na verzending van de nieuwsbrief. Deze methode van communicatie moet verder worden ontwikkelt en vervolmaakt.	September 2013
10.2.e	e-4 Hoewel het JMC niet is meegenomen met microhls, hebben de artsen inmiddels wel toegang tot microhls.	■■■■	Microhls richt zich op hulsartszorg en in m Indere mate op klinische zorg. Desondanks hebben de artsen uiteindelijk toegang gekregen om voorinformatie op te vragen over de aangeboden patiënt tye kunnen inzien.	Maart 2014
10.2.e	e-5 De hoofdverpleegkundigen hebben de rol van opnamecoördinator en in die rol is het van belang dat zij toegang tot microhls krijgen.	■■■■	Om bovengenoemde reden moeten de hoofdvpk met de rol van opnamecoördinator ook inzage krijgen in microhls.	September 2013
10.2.e	e-6 De medische diensten van Justitiele Inrichtingen worden uitgenodigd voor een rondleiding in het JMC	■■■■	De bezoeken worden gebruikt om info te geven over het JMC en om wederzijdse ervaringen uit te wisselen mbt de samenwerking.	Maart 2014
10.2.e	e-7 Op indicatie worden behandelars uit zenden inrichting uitgenodigd om casuïstiek te evalueren.	■■■■	De evaluaties worden georganiseerd om het behandelbeleid van de zende inrichting in te passen in het behandelbeleid van het JMC. Het doel is	Maart 2014

Code	Activiteit	Actienemer/ eigenaar	Evaluatie stvaza + verbinding overige processen en activiteiten	Beëindigd
			duidelijkheid te krijgen in de taken en rollen en de ketenzorg op elkaar af te stemmen..	
10.2.e	f-1		In het overleg zal het hfd vpkdienst actief feedback vragen over de samenwerking en het functioneren van het JMC. Tevens zal consequent worden teruggekoppeld aan collegae hfdzorg en directie JMC over de inhoud van de feed back en de respons van het JMC op de feed back.	September 2013
10.2.e	f-2		De eerste ervaringen uit 2012 met de rol van opnamecoördinator waren positief. De communicatie met de ketenpartners is verbeterd. In navolging van de rol van 'opnamecoördinatie' zal een plan uitgewerkt worden om de rol van 'communicatie naar stakeholders' te verbeteren.	September 2013
10.2.e	f-3		Eerder was het voor de webredacteur niet mogelijk om zelfstandig de website te onderhouden omdat het onderdeel is van de DJI website. Dit is inmiddels verholpen. I.o.m web redacteur worden de mogelijkheden van de website beter benut als middel om te communiceren met de stakeholders. Daartoe wordt een werkgroep opgericht die periodiek de website schoont.	September 2013
10.2.e	f-4		Het product van de werkgroep afwachten.	September 2013

Code	Activiteit	Actienemer/ eigenaar	Evaluatie stvaza + verbinding overige processen en activiteiten	Beëindigd
10.2.e	h-1 Sr. Pw controleren en registreren de technische staat van de afdelingen/ gebouwen. Bij gebreken wordt een call aangemaakt bij de servicebalie, die de call uitzet bij de betreffende installateur of technische dienst.	■■■■	Er zijn periodieke grote inspectierondes van het gebouw. Dagelijks worden de verblijfsruimtes van de patiënten gecontroleerd. Op indicatie of ad random worden enkele verblijfsruimtes uitgebreid gecontroleerd.	September 2013
10.2.e	h-2 Inzichtelijk maken van de meest efficiënte manier van gebruik van huisvesting (ruimtes, gebouw, afdelingen, camera's, flexibele ruimtes etc.)	■■■■	Er is een nieuw vlekkenplan gemaakt waardoor ruimtes efficiënter worden gebruikt en ruimtes zijn vrijgekomen die gebruikt gaan worden als activiteitenruimtes voor de patiënten.	September 2013
10.2.e	h-3 Resultaat van h-1 wordt vastgelegd in een vlekkenplan dat met hoofd facilitaire dienst wordt besproken	■■■■	De uitkomst van dat gesprek wordt vastgelegd in de Inventarislijst/activallijst. De lijst wordt periodiek met hoofd facilitaire dienst geëvalueerd.	September 2013
10.2.e	h-4 Verbouwen / nieuwbouw voor uitbreiding zorgfunctie (Ism project 2 ^e lijns GZ)	■■■■	Er zijn verbouwingen in eigen beheer uitgevoerd om de nieuwe activiteitenruimtes te realiseren. Er worden 2 inkomstencellen omgebouwd tot molestbestendige patiëntenverblijven voor patiënten die vernielzuchtig en/of gewelddadig zijn. Een cel is klaar en de 2 ^e cel zal voor mei klaar zijn. Eventuele nieuwe gebouwelijke aanpassingen kunnen het gevolg zijn van de uitkomst van deelproject 2 van de 2 ^e lijnsGZ.	September 2013
10.2.e	h-5 De Risico Inventarisatie Evaluatie wordt in 2012 uitgevoerd lkv het Arbo-beleid..	■■■■	De RIE is eind 2012 uitgevoerd. Momenteel wordt door een plan van aanpak geschreven dat medio april aan de directie wordt aangeboden	

	Code	Activiteit	Actienemer/ elgenaar	Evaluatie stvaza + verbinding overige processen en activiteiten	Beëindigd
10.2.e	i-1	Tbv het voorschrijven van medicatie beschikt het JMC over een Elektronisch Voorschrijf Systeem	■■■■	Het EVS functioneert en alle artsen hebben toegang. Risico: omdat de systemen van het JMC, Bronovo en Apotheek Haagse ziekenhuizen samenkomen vertoont het EVS regelmatig haperingen. De afdeling automatisering van het AHZ heeft dit onder zijn aandacht.	Maart 2014 Gelet op risico doorlopend aandachtspunt.
10.2.e	i-2	Het JMC sluit aan bij het EPD van Bronovo	■■■■ ■■■■	De directies van het JMC en Bronovo zijn overeengekomen dat het EPD van Bronovo gebruikt kan worden in het JMC. De automatiseringsafd van Bronovo heeft een PVA gemaakt en stelt een offerte op.	Sep 2013
10.2.e	j-1	Visie/meerjarenplan voor financieel beleid maken (met investeringen/uitgaven/bezuinigingen per bovenstaand onderwerp)	■■■■	Een student economie heeft een nota geschreven met een visie over de gewenste kostprijsvergoeding voor het JMC. Een aantal alternatieven zijn uitgewerkt met een advies voor een keuze uit de alternatieven	Sep 2013
10.2.e	j-2	Bovenstaand aanbieden aan vz deelproject 2 Project 2 ^a LijnsGZ	■■■■ ■■■■	De alternatieven worden verderuitgewerkt door de deelprojectgroep.	Sep 2013

