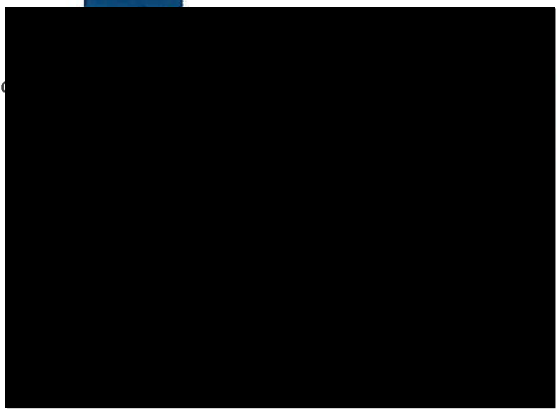




> Retouradres Postbus 750 2920 CB Krimpen aan den IJssel



10.2.e

Inspectie voor de Gezondheidszorg
t.a.v. [redacted]
Postbus 90700
2509 LS Den Haag

Tevens per fax: 070-304 [redacted]

**Penitentiaire Inrichting
Krimpen aan den IJssel**
Directiesecretaris/juridisch
medewerker

Van der Hoopstraat 100
2921 LD Krimpen aan den
IJssel
Postbus 750
2920 CB Krimpen aan den
IJssel
www.dji.nl

Royal Bank of
Scotland 56.99.91.234

10.2.e

Contactpersoon
[redacted]
Juridisch medewerker
T 088 071 [redacted]
F 088 071 [redacted]
[redacted]@dji.minjus.nl

Datum 18 april 2013
Onderwerp Eindrapport interne audit PI Krimpen aan den IJssel

Geachte heer/mevrouw [redacted],

10.2.e

Naar aanleiding van het incident [redacted], heeft de een onafhankelijke calamiteitenonderzoekscommissie een rapport geschreven. Dit rapport is samen met een opgesteld plan van aanpak door de vestigingsdirecteur aan uw instelling toegezonden. Naar aanleiding van dit rapport heeft uw instelling besloten nog een aantal onderzoeken te doen dat uiteindelijk heeft resulteert in het eindrapport dat op 14 februari 2013 naar mij is toegezonden.

Ons kenmerk
[redacted]

Uw kenmerk
[redacted]

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

In dit eindrapport gaf u aan dat de instellingen die betrokken zijn geweest een interne audit diende te houden. De PI Krimpen aan den IJssel heeft dit in overleg met de directeur Gevangeniswezen opgestart. Voor de objectiviteit van de audit is gevraagd aan de medische adviseurs van het Hoofdkantoor, Afdeling Gezondheidszorg, om de audit te houden. Dit heeft geleid dat twee medische adviseurs, niet verbonden aan den PI Krimpen aan den IJssel, gezamenlijk de audit in de PI hebben uitgevoerd.

De interne audit is gestart door een voorgesprek met één van de auditeurs ter voorbereiding op de audit. Zo zijn er op dat moment afspraken gemaakt over de informatie die de auditeurs nodig hadden en de functionarissen die zij in het kader hiervan wilde spreken. Tevens is in het kader van ketensamenwerking contact opgenomen met het JMC en heeft daar een gesprek over plaats gevonden. Dit gesprek betrof de uitvoering van de interne audit en de mogelijkheden om ketensamenwerking hierin te verbeteren. Verdere afspraken hieromtrent zijn gemaakt en worden uiteraard voortgezet.

De audit heeft zich gericht op een aantal aandachtsgebieden die in het calamiteitenonderzoeksrapport en in het IGZ-rapport waren aangehaald. Te weten:

- Kwaliteit dossiervorming;
- Informatie uitwisseling;
- Deskundigheidsbevordering;
- Beleid

Uit de slotbeschouwing komt naar voren dat de PI Krimpen aan den IJssel met het eerder gestelde plan van aanpak en de genomen acties groei heeft doorgemaakt maar dat borging/continuering op dit moment belangrijk zijn. De PI Krimpen aan den IJssel zal naar aanleiding van dit rapport een nieuw plan van aanpak op de conclusies en aanbevelingen van de auditeurs opmaken. Dit plan van aanpak zal dan vooral toezien op de borging van een aantal processen binnen de afdeling Zorg. Daarnaast zal er aandacht zijn van de verschillende overlegvormen en zal hieraan een hogere prioriteit gegeven worden.

**Penitentiaire Inrichting
Krimpen aan den IJssel**
Directiesecretaris/juridisch
medewerker

Datum
18 april 2013

Ons kenmerk
[Redacted]

Uw kenmerk
[Redacted]

Als bijlage aan deze brief treft u de 'rapportage interne audit PI Krimpen aan den IJssel' opgemaakt op 27 maart 2013 aan. In hoofdstuk 3 van het rapport vindt u de slotbeschouwing.

Naast een intern plan van aanpak zal deze audit ook DJI breed gebruikt worden om de ketensamenwerking, met name met het JMC, te verbeteren. De inrichtingen zullen onderleiding van de directie GW een plan van aanpak maken voor het borgen en verbeteren van de samenwerking.

10.2.e

Mocht u behoefte hebben aan een toelichting, ben ik bereid deze te allen tijde te

[Redacted]
Vestigingsdirecteur



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Rapportage interne audit PI Krimpen a/d IJssel.

Datum	27 maart 2013
Status	Definitief

Colofon

Afzendinggegevens	Directie Bestuursondersteuning Gezondheidszorg Bezuidenhoutseweg 20 2594 AV Den Haag Postbus 241 2280 AE Rijswijk www.dji.nl
10.2.e Contactpersoon	██████████ <i>medisch adviseur</i> T 088 072 ██████████ ██████████@dji.minjus.nl
Auteurs	██████████ ██████████ Gezondheidszorg DJI ██████████, ██████████ Gezondheidszorg DJI

Inhoud

Colofon - 3
Inleiding - 7

1 Opzet - 9

2 Bevindingen, conclusies en aanbevelingen - 11

2.1 Toegeleiding - 11
2.1.1 Kwaliteit van dossiervorming - 11
2.2 Informatie uitwisseling - 12
2.3 Deskundigheidsbevordering - 13
2.4 Beleid - 14

3 Slotbeschouwing - 16

Bijlage 1 - 17
Bijlage 2 - 19

Inleiding

In februari 2013 publiceerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) het rapport van het inspectieonderzoek naar [REDACTED] in PI Krimpen a/d IJssel.

10.2.e

Het rapport richtte zich op de geleverde medische zorg in PI Krimpen a/d IJssel, het IJsselland ziekenhuis en het Justitieel medisch Centrum (JMC).

De conclusie van de IGZ is dat de kwaliteit van de organisatie van zorg rondom betrokkene in alle drie de instellingen tekort is geschoten. Zij onderschrijft de conclusies van de calamiteitenonderzoekscommissie die onderzoek heeft verricht naar de zorg in PI Krimpen a/d IJssel n.a.v. deze calamiteit.

De IGZ oordeelt dat in de breedste zin t.a.v. betrokkene onvoldoende zorgvuldig is gehandeld en dat informatie tussen de artsen van de drie instellingen niet goed is overgedragen.

Aan alle drie de instellingen vraagt de inspectie om op korte termijn een interne audit uit te voeren met als uitgangspunt hoe men uitvoering geeft, of reeds heeft gegeven, aan de genoemde aspecten in de conclusies. Dit rapport richt zich op de audit in PI Krimpen a/d IJssel

De Inspectie verwacht 8 weken na het uitbrengen van hun rapportage dit rapport.

1 Opzet

Naar aanleiding van het IGZ rapport is er een vooroverleg geweest tussen de plaatsvervangend vestigingsdirecteur en juridisch medewerker van de PI Krimpen a/d IJssel en een medisch adviseur van de afdeling Gezondheidszorg DJI.

Er zijn afspraken gemaakt dat twee adviseurs van de afdeling Gezondheidszorg gesprekken zouden voeren met een aantal medewerkers in PI Krimpen a/d IJssel waarbij de genoemde aspecten uit het IGZ rapport en de uitkomsten van de calamiteitenonderzoekscommissies zouden worden ge-audit.

Ter voorbereiding op de gesprekken hadden de adviseurs de beschikking over de volgende documenten:

- het IGZ rapport incl. aanbiedingsbrief
- de conclusies en aanbevelingen van het calamiteitenonderzoeksrapport
- de reacties van de directie van de PI Krimpen op beide rapporten
- het document 'overdracht tijdens en na ziekenhuisopname' (januari 2012)
- instrumentenset toegeleiding
- overeenkomst betreffende huisartsenzorg PI Rotterdam en PI Krimpen a/d IJssel (looptijd 01-04-2012 t/m 31-12 2013)

Medische diensten in justitiële inrichtingen binnen het Gevangeniswezen werken volgens acht procedures. Deze procedures vormen het kader waarbinnen de medische zorg is beschreven.

Omdat niet gevraagd is om een audit uit te voeren op alle acht de procedures (voorbereiding en uitvoering zou ook meer tijd in beslag nemen) hebben de adviseurs uit de acht procedures kaders geformuleerd voor deze audit (**zie bijlage 1**)

Deze kaders hebben betrekking op:

- toegeleiding en de kwaliteit van dossiervorming,
- informatie uitwisseling,
- deskundigheidsbevordering,
- de borging van de kwaliteit.

Hierop zijn per functionaris vragen ontwikkeld die als basis fungeerden voor de gesprekken. (**zie bijlage 2**).

Naar aanleiding van de calamiteit zijn door de directie van PI Krimpen a/d IJssel acties uitgezet.

De geïnterviewden zijn daarop bevraagd in hoeverre deze nu werken en waarin zij verbeteringen zien.

Deze acties zijn:

- verbetering van de aanwezige communicatiestructuur
- iedere gedetineerde zou na terugkomst uit een ziekenhuis of het JMC uiterlijk de eerstvolgende werkdag door de medische dienst gezien worden

- alle medische stukken die opgevraagd worden, of binnen komen na bijv. een opname, worden voorzien van een handtekening van de arts om alertheid te vergroten
- artsen zullen jaarlijks vorm en inhoud geven aan klinische lessen
- er komt een kerngebruiker toegeleiding die de implementatie van de toegeleiding coördineert onder verantwoordelijkheid van het hoofd zorg
- psycholoog en verpleegkundig gaan verkort rapporteren in TULP (Ten UitvoerLegging Penitentiaire Beschikkingen, systeem waarin ook de penitentiaire inrichtingswerkers (piw-er) rapporteert)
- herzien van de contracten met de artsen
- inhoud en kwaliteit van diverse rapportages

Op woensdag 27 maart 2013 zijn een viertal functionarissen geïnterviewd. Deze functionarissen waren:

- de plaatsvervangend vestigingsdirecteur PI Krimpen a/d IJssel
- het hoofd zorg
- een justitieel geneeskundige
- een verpleegkundige

De gesprekken en aanwezige stukken hebben tot de volgende rapportage geleid.

2 Bevindingen, conclusies en aanbevelingen

2.1 Toegeleiding

De instrumentenset toegeleiding is aanwezig op de medische dienst. Er wordt mee gewerkt, echter werkafspraken worden niet vastgelegd in de instrumentenset.

Er wordt door de kerngebruiker toegeleiding toegezien op het feit dat de spreekuren goed worden voor – en nabesproken. Met name de twee artsen, werkzaam voor het Forensisch Medisch Maatschap Utrecht (FMMU) waarmee de inrichting sinds april 2012 een contract heeft (zie later), hebben hier nogal wat begeleiding in nodig, omdat zij relatief onbekend zijn met dit proces. De arts in dienstverband werkt al lang in de PI en is veel meer bekend met het proces toegeleiding.

Van maandag tot en met vrijdag is er elke dag (een deel van de dag) een arts aanwezig. Op twee dagdelen betreft dit een arts met een ambtelijke aanstelling (5,5 uur/week) met zeer ruime ervaring binnen de PI en de overige dagen worden ingevuld door twee artsen van de FMMU.

2.1.1 *Kwaliteit van dossiervorming*

De kwaliteit van het medisch dossier verbetert. Kwaliteit van de rapportage verschilt nog wel per verpleegkundige zowel qua taalgebruik als uitgebreidheid. Zij spreken elkaar echter hierop wel aan als de rapportage onduidelijk is.

Voor de arts is het vooral belangrijk dat de essentie goed weergegeven wordt in de rapportage en dat verschilt per arts en verpleegkundige. Behoeft nog wel aandacht.

Iedereen die rapporteert in het medisch dossier is herleidbaar. Belangrijke afspraken uit het psycho-medisch overleg worden gerapporteerd in Microhis. Deze verantwoordelijkheid is belegd bij de verpleegkundige van de extra zorg afdeling (EZV) die standaard aanwezig is bij het psycho-medisch overleg (PMO).

Ook in de avond-, nacht- en weekend (ANW) diensten wordt gerapporteerd in het medisch dossier door de dienstdoende artsen. De toegang tot het dossier is goed geregeld.

Verpleegkundigen vermelden relevante informatie in TULP. Er worden lijsten gemaakt van alle nieuwe inkomsten en 2 weken na binnenkomst wordt er gerapporteerd in TULP. Daarvoor wordt elke week een verpleegkundige uitgeroosterd.

Alle piw-ers hebben na de calamiteit een brief ontvangen waarin aandacht werd gevraagd om beter te rapporteren. Rapporteren is een onderdeel van hun MBO opleiding. Er is na de calamiteit veel aandacht besteed aan het rapporteren in TULP.

Naar aanleiding van berichten uit het multi disciplinair team (MDO) dat er steeds beter, maar nog onvoldoende gerapporteerd werd is besloten elke maand 10 dossiers te lichten en te toetsen op volledigheid.

Conclusies:

- Er is toenemend aandacht voor de toegeleiding. Mede door de komst van een 'kernegebruiker toegeleiding' en 2 nieuwe artsen is dit item het afgelopen jaar goed onder de aandacht. Vastleggen van extra afspraken bijv. in de toegeleidingsset vindt niet plaats
- Er is veel aandacht voor het adequaat rapporteren in het medisch dossier en het rapporteren door de verpleegkundige in TULP
- Er worden regelmatig dossiers gelicht om de kwaliteit van rapporteren te monitoren

2.2 Informatie uitwisseling

In de inrichting wordt gewerkt met een PMO waarin een arts, verpleegkundige, psychiater en psycholoog zitting hebben. Aan het MDO neemt vanuit de medische dienst een verpleegkundige deel.

Na de calamiteit is er een procedure ontwikkeld 'overdracht tijdens en na ziekenhuisopname'.

Bij de ontwikkeling van deze procedure zijn niet alle professionals betrokken. Het dagelijks contact opnemen met het ziekenhuis over de toestand van de gedetineerde kan genuanceerder.

De procedure bevat de volgende aspecten:

- betere afspraken m.b.t. overdracht van medische gegevens
- contacten tussen zorgverleners in de PI en het ziekenhuis
- contacten met andere onderdelen binnen de inrichting (beveiliging, directie)
- procedure bij terugkomst in de inrichting.

Het primaire ziekenhuis waar naar verwezen wordt is het St. Franciscus ziekenhuis in Rotterdam. Afspraken met betrekking tot beveiligingsaspecten liggen vast en worden regelmatig en structureel besproken door hoofd beveiliging.

In een enkel geval (schatting 10% van alle ziekenhuis transporten) komt, meestal als het een spoedconsult betreft, een gedetineerde in het IJsselland ziekenhuis terecht. Met het IJsselland ziekenhuis liggen geen duidelijke afspraken vast.

De arts verzorgt de verwijzing en heeft in voorkomende gevallen contact met de specialist waarnaar verwezen wordt. In principe betreft dit specialisten in het St. Franciscus ziekenhuis. De arts geeft aan goed op de hoogte zijn van de verwijscriteria naar het Justitieel medisch centrum. Is daar ook tijdens de opleiding tot justitieel geneeskundige op bezoek geweest. Of de artsen van de FMMU hiervan ook voldoende op de hoogte zijn kon uit de gesprekken niet opgemaakt worden.

De artsen hebben geen rol in een doorverwijzing uit een burgerziekenhuis naar het JMC.

De verpleegkundige heeft dagelijks contact met het ziekenhuis tijdens de opname. Ook zij zijn goed op de hoogte van de mogelijkheden die het JMC kan bieden. Zij zijn daar op werkbezoek geweest.

Het St. Franciscus ziekenhuis heeft vaker te maken gehad met een doorverwijzing naar het JMC en de meeste specialismen zijn redelijk goed op de hoogte van de mogelijkheden die het JMC te bieden heeft.

Het IJssellandziekenhuis heeft daarentegen weinig inzicht op de (on)mogelijkheden binnen het JMC.

Bij terugkomst in de inrichting dient een schriftelijke overdracht/ontslagbrief altijd gestempeld en geparafeerd te worden door de arts. Hier wordt zorgvuldig mee om gegaan. Daarna worden de stukken gearchiveerd in Duwar (archief van Microhis)

Conclusies:

- Sinds de calamiteit zijn diverse overlegstructuren weer beter onder de aandacht gekomen. Het PMO, MDO, teamoverleg medische dienst, maar ook het FTO wordt structureel gehouden.
- Er zijn korte lijnen en goede afspraken met het St. Franciscus ziekenhuis in Rotterdam.
- Met het IJsselland ziekenhuis liggen geen duidelijke afspraken vast. Overigens geldt dit ook m.b.t. andere ziekenhuizen in de omgeving van krimpen a/d IJssel.
- De specialisten van het IJsselland hebben onvoldoende zicht op welke zorg er binnen het JMC geboden kan worden.
- De procedure 'overdracht tijdens en na ziekenhuisopname' is ontwikkeld, echter bij de ontwikkeling van deze procedure zijn niet alle professionals betrokken geweest.
- In de procedure staan vaak meerdere functionarissen beschreven die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van een onderdeel. Dat creëert onduidelijkheid wie nu echt verantwoordelijk is voor een onderdeel.
- Elke gedetineerde wordt op de dag van binnenkomst (of uiterlijk de dag erna) na een ziekenhuisopname (inclusief opname JMC) gezien door een verpleegkundige en zonodig toegeleid naar een arts
- Alle medische stukken worden niet eerder gearchiveerd als de arts deze gezien, gestempeld en geparafeerd heeft

Aanbevelingen:

- Maak afspraken met het IJsselland ziekenhuis over informatie-uitwisseling voor en tijdens opname en bij ontslag of overplaatsing naar het JMC. Leg de afspraak vast over de wijze waarop het ziekenhuis en de justitieel geneeskundige samenwerken bij een overplaatsing naar het JMC
- Informeer het IJssellandziekenhuis over welke zorg het JMC biedt.
- Evalueer de procedure 'overdracht tijdens en na ziekenhuisopname' op uitvoerbaarheid en zet verantwoordelijkheden in de uitvoering van elk onderdeel scherper neer

2.3

Deskundigheidsbevordering

Zoals eerder aangegeven wordt er veel aandacht besteed aan klinische lessen en casuïstiekbespreking.

Eén arts (met een ambtelijke aanstelling) heeft de opleiding tot justitieel geneeskundige bij de Julius Academy gevolgd.

Eén arts (van de FMMU) gaat beginnen met de opleiding, een andere arts van de FMMU is oud huisarts en gaat de opleiding vooralsnog niet volgen.

Er is veel aandacht voor toegeleiding bij de twee artsen van de FMMU.

Er worden structureel (1x per 2 maanden) casuïstiekbesprekingen en/of klinische lessen georganiseerd door de artsen (en incidenteel de tandarts). Deze lessen worden serieus opgepakt en goed voorbereid. Het hoofd zorg ziet er op toe dat hier invulling aan wordt gegeven. Ook de plv. VD laat dit item terugkomen in de maandelijkse gesprekken met het hoofd zorg.

De verpleegkundigen hebben allemaal de modules gevolgd die 'verplicht' zijn gesteld door DJI. Ook zijn zij verplicht om 1 x per jaar een cursus EHBO te volgen. Voor andere opleidingen/cursussen liggen de zaken wat gecompliceerder, met name op financieel gebied (er is niet zoveel mogelijk i.v.m. bezuinigingen).

Conclusies:

- Er is veel aandacht voor het houden van klinische lessen en casuïstiekbespreking, deze vinden daadwerkelijk plaats en de borging door het hoofd is goed
- De artsen en verpleegkundigen volgen (of hebben gevolgd) de door DJI verplichte scholing en een EHBO cursus die jaarlijks geboden wordt.

Aanbevelingen:

- Gebruik de bijeenkomsten van klinische lessen en casuïstiekbespreking om te kijken waar er een verdieping m.b.t. kennis nodig is en organiseer daarvoor extra scholing.
- Stel jaarlijks scholingsbehoefte en budget vast (wordt gedaan) en communiceer de uitgangspunten helder met de medewerkers.

2.4

Beleid

Eén keer per maand heeft de plv. VD structureel een gesprek met het hoofd zorg aan de hand van zaken die op dat moment spelen.

Eén keer per kwartaal wordt een overleg gepland met de artsen, maar deze gesprekken worden nogal eens afgezegd.

Daarnaast heeft het plv. VD elk half jaar gesprekken met een groep hulpverleners (artsen, verpleegkundigen, hoofd zorg, psychiaters en psychologen waarbij vooral het onderwerp samenwerking, vaak aan de hand van casuïstiek, besproken wordt. De inhoud wordt gezamenlijk vastgesteld en iedereen kan onderwerpen ter bespreking inbrengen.

1x per 3 maanden wordt het gesprek met het hoofd zorg gevoerd aan de hand van de A3 methodiek waarin onderwerpen zoals afspraken binnen de keten van zorg, inkoop van externe zorg en deskundigheidsbevordering besproken worden. Deze A3 gesprekken heeft de plv. VD ook driemaandelijks met haar vestigingsdirecteur en die heeft op zijn beurt weer drie maandelijkse gesprekken met de regiodirecteur Gevangeniswezen.

Met betrekking tot A3 liggen afspraken en onderwerpen vast.

Overige afspraken worden altijd vastgelegd in eigen documenten, daar bestaat geen vast format voor

Het hoofd zorg heeft regelmatig gesprekken met de medisch manager van de FMMU.

Sinds april 2012 heeft PI Krimpen a/d IJssel een contact voor huisartsenzorg met de FMMU.

Over het algemeen is men zeer tevreden over de dienstverlening. Over één arts zijn gesprekken gaande met betrekking tot zijn functioneren, vooral op het gebied van de toegeleiding.

De ANW diensten zijn goed geborgd binnen het contract.

Er zijn regelmatig individuele gesprekken met de artsen door het hoofd zorg. Onderwerpen zijn o.a. regelgeving, het verstrekkingenpakket DJI, samenwerking (toegeleiding) verpleegkundigen-arts en invulgedrag Microhis. De drie artsen verbonden aan de inrichting hebben onderling weinig of geen contact. Een belangrijke oorzaak ligt in het feit dat alle artsen op andere dagen werkzaam zijn binnen de PI.

Conclusies:

- Overlegstructuren zijn grotendeels geborgd.
 - Het hoofd zorg heeft structureel overleg met de plv. VD met de portefeuille zorg waarbij voortgang van beleidsthema's eens per 3 maanden besproken worden (A3 gesprek)
 - Eenzelfde structuur heeft de plv. VD met haar vestigingsdirecteur
 - Het hoofd zorg heeft structureel overleg met het team en de artsen
 - Artsen onderling hebben weinig contact
 - Kwaliteitseisen zijn wel belegd in het contract met de FMMU en deze worden door het hoofd zorg besproken met de medisch manager van de FMMU
 - Overleg tussen groep zorgverleners en directie wordt nogal eens afgezegd

Aanbevelingen:

- Organiseer een structureel overleg tussen de artsen en zie er op toe dat dit plaats vindt
- Geef een hogere prioriteit aan het overleg tussen de groep zorgverleners en directie

3 Slotbeschouwing

Na de calamiteit, en n.a.v. de aanbevelingen van de calamiteitenonderzoekscommissie, heeft de directie van PI Krimpen a/d IJssel een aantal duidelijke acties uitgezet.

Er is veel aandacht voor het instrument 'toegeleiding' tussen verpleegkundigen en artsen.

Het rapporteren in diverse systemen verloopt steeds beter, maar blijft continue aandacht nodig hebben. Ook op inhoudelijk vlak dient aan rapportages veel aandacht besteed te worden. Hier wordt in Krimpen a/d IJssel ruim en meer dan voldoende op gefocust.

Men heeft een procedure 'overdracht tijdens en na ziekenhuisopname' ontwikkeld die echter wel op haalbaarheid getoetst moet worden met alle functionarissen die in dit document een rol toebedeeld hebben gekregen. Zo komt men tot een juiste aanscherping van deze procedure.

Verder zijn de afspraken met het St. Franciscus ziekenhuis goed geborgd, echter het verdient aandacht om ook met andere ziekenhuizen in de omgeving afspraken te maken en vast te leggen. Inmiddels is een folder 'de justitiabele in het ziekenhuis' voorhanden op de afdeling Gezondheidszorg van DJI en lopen er twee pilots binnen Gevangeniswezen waarin documenten worden ontwikkeld om de samenwerking tussen justitiële instellingen en ziekenhuizen te optimaliseren. In die documenten zullen duidelijke afspraken over de werkwijze rond het zorgverleningsproces aan justitiabelen worden vastgelegd. Deze documenten komen in de loop van 2013 beschikbaar. PI Krimpen kan daar dan ook gebruik van gaan maken.

Alle medewerkers van de medische dienst zijn, of worden in de gelegenheid gesteld, adequate opleidingen te volgen. Het verdient wel aandacht om de uitgangspunten van het opleidingsbudget goed te communiceren met de zorgprofessionals, waarbij niet uit het oog moet worden verloren dat zorgprofessionals vaak aan zwaardere opleidings- en bijscholingseisen moeten voldoen.

De communicatiestructuren liggen helder vast. Overleggen in de lijn (directie – hoofd zorg, directie – PMO leden) vinden ook altijd doorgang. Aandachtspunt is de continuïteit van uitvoering als het de afspraken tussen artsen en directie en tussen artsen onderling gaat.

Uit deze (verkorte) audit blijkt dat er veel aandacht is voor een aantal cruciale onderdelen die raken met 'verantwoorde zorgverlening'. Overall is de indruk over de ontwikkelingen (zeer) positief te noemen. Er is aantoonbare interesse en bemoeienis met de zorg vanuit de directie van Krimpen a/d IJssel. Ook de zorgprofessionals zijn op positieve wijze bezig met kwalitatieve aspecten van de medische zorg. Er zijn zeer positieve ontwikkelingen m.b.t. klinische lessen, casuïstiekbespreking, afspraken in de keten, rapportages en overlegstructuren. Grootste uitdaging is om dit vast te houden en onderdelen blijvend te agenderen.

Bijlage 1

KADERS

Kader voor de toegeleiding:

- Vastgelegde werkafspraken volgens de kaart in de instrumentenset
- Voor- en nabespreking spreekuur arts/verpleegkundige
- Vastleggen werkafspraken checklists gezondheidsklachten
- Casuïstiekbesprekingen/klinische lessen
- Kwaliteit dossiervorming:
 - Gebruik initialen
 - Gebruik SOEP
 - Opname informatie uit deelname overleggen (PMO, MDO)
 - Opname informatie van instellingen zorgketen (ziekenhuis, huisarts, andere PI, GGZ, etc.)

Kaders voor info-uitwisseling interne en externe keten:

- De manager zorg is verantwoordelijk voor de evaluatie van het effect en het rendement van de deelname van medewerkers van de medische dienst aan verschillende overlegvormen.
- De manager zorg maakt afspraken over coördinatie en continuïteit van zorg voor gedetineerden met verschillende partijen binnen en buiten de medische dienst.
- De manager zorg zorgt ervoor dat de informatie-uitwisseling met externe behandelaars is geprotocolleerd.
- De directie is verantwoordelijk voor inbedding van beleidsinformatie (e.g. rapportages en evaluaties) vanuit het PMO in de planning en control-cyclus van de penitentiaire inrichting.
- De justitieel verpleegkundige draagt zorg voor een goede overdracht van informatie over een gedetineerde in zorgoverleggen
- De justitieel verpleegkundige registreert de noodzakelijke informatie rond de coördinatie van zorg in MicroHIS en draagt zorg voor actualisatie van het behandelplan.

Kaders voor deskundigheidsbevordering:

De manager zorg beïnvloedt het niveau van zorg door middel van:

- Het voeren van contract- en evaluatiebesprekingen met derden. Dit betreft ketenpartners in de zorg zoals de fysiotherapeut, de NIFP, de tandartsassistent, apotheek en GGD.
- Het organiseren van activiteiten gericht op leren en verbeteren van de zorg zoals deelname medische dienst aan gedetineerdenberaad, multidisciplinair overleg (MDO), PMO, klinische les, casuïstiek besprekingen, intervisie en protocolbespreking en bevindingen MIP.
- De manager zorg draagt in goed samenspel met de professionals zorg voor het opstellen van een professionaliseringsplan waarin de frequentie en inhoud van het werkoverleg, de functioneringsgesprekken en activiteiten gericht op leren en verbeteren zijn opgenomen. Een

onderdeel van dit plan is dat alle professionals zorg dragen voor regelmatig overleg met elkaar en collegiale toetsing.

- De manager zorg monitort en registreert de kwaliteit van alle HR instrumenten zoals het functioneringsgesprek, het inwerkprotocol en het professionaliseringsplan.

Kaders t.b.v. borging beleid:

- De manager zorg verzamelt relevante (beleids-)gegevens en stelt een jaarplan op voor de medische dienst. Hij maakt hierbij gebruik van de A3 methodiek omdat het jaarplan van de medische dienst een onderdeel vormt van het jaarplan van de locatie. Het jaarplan van de medische dienst sluit daar op aan en houdt rekening met de ontwikkeling van de locatie of vestiging. Concrete aandachtspunten zijn hierbij multidisciplinaire samenwerking, personeelsbeleid en organisatorische ontwikkelingen en het PMO.
- Het hoofd zorg bespreekt het conceptplan met een lid van de directie (portefeuillehouder zorg) en andere betrokkenen (medewerkers van de medische dienst, andere afdelingen van de PI en externen)
- Tevens doet de manager zorg een verslag van de rol en positie van de medische dienst in de inrichting en de samenwerking met andere bedrijfsprocessen.

Bijlage 2

Portefeuillehouder zorg/plv. directeur:

Vooraf even wat kengetallen vragen. Hoeveel gedetineerden, regime etc. Ongenoegen van de piw-ers dat hen veel kwalijk is genomen, medische dienst veel minder en dat de beleving bij de gedetineerden net andersom was. Hoe is daar mee omgegaan?

1. Wat is de rol van de portefeuillehouder zorg?
2. Hoe wordt die ingevuld?
3. Met wie worden er structurele gesprekken gevoerd?
4. Door wie wordt de inhoud van de gesprekken bepaald?
5. Wordt hierbij de A3 methodiek gevolgd? Is die er m.b.t. medische zorg?
6. Gaat dit op basis van een agenda?
7. Worden de gesprekken vastgelegd?
8. Wat is de rol van de directie bij opname in een ziekenhuis?
9. Ligt dat ergens verankerd?
10. Wie heeft contact met de FMMU? Met welke frequentie?
11. Waar gaan de gesprekken over?
12. Waar liggen de kritieke punten?
13. Hoe worden afspraken geborgd?
14. Hoe houdt de directie zicht op de kwaliteit van de geleverde zorg?
15. Thema dienstdoende artsen: hoe zijn de ANW diensten geregeld en hoe is geregeld dat zij goed bij de medische informatie kunnen?
16. Hoe wordt er vorm gegeven aan het Kwaliteitstraject artsen-verpleegkundigen (toegeleiding, opleiding)? Wat is de rol van de directie hierin?
17. Is er een beleid PMO (met vertegenwoordiging van alle zorgverleners)?
18. In het IGZ rapport staat dat de rapportages zullen worden verbeterd. Weet iedereen wat hier mee bedoeld wordt?
19. Op welke wijze wordt hier invulling aan gegeven?
20. Is de kwaliteit van de keten van zorg nu geborgd? Waarom denkt men dit?

Hoofd zorg:

Algemeen: hoe groot is het team (artsen, verpleegkundigen, admin. Medewerker(s), psychologen. Hoe vaak psychiater etc.

1. Hoe ziet het hoofd zorg zijn rol als hoofd?
2. Werkt het hoofd zorg met de A3 methodiek?
3. Op welke wijze komt de A3 tot stand?
4. Gesprekken met de portefeuillehouder zorg? Frequentie?
5. Hoe komt de agenda tot stand?
6. gespreksverslag?
7. Gesprekken met de artsen? Een van de afspraken na de calamiteit is dat de arts alle binnen gekomen stukken ziet en parafeert. Hoe en door wie wordt dit geborgd? Welke stukken betreft dit? Als de stukken

- onvoldoende zijn (wanneer zijn ze onvoldoende?) wordt contact opgenomen. Door wie?
8. Heeft het hoofd gesprekken met de FMMU? Waar gaan de gesprekken over? Vastgelegd?
 9. Wat is de rol van het hoofd zorg in de overdracht naar ziekenhuis? Of een andere inrichting? Naar buiten?
 10. Iedere gedetineerde wordt de dag na een ziekenhuis bezoek gezien door de medische dienst. Door wie van de medische dienst en hoe is dit geborgd?
 11. Hoe ziet het hoofd toe op de kwaliteit van dossiervorming? In het IGZ rapport staat dat de rapportages zullen worden verbeterd. Weet iedereen wat hier mee bedoeld wordt?
 12. Op welke wijze wordt hier invulling aan gegeven?
 13. Rapporteren in Tulp. Hoe is dit vorm gegeven, wie rapporteert in Tulp? Wat wordt er gerapporteerd in Tulp?
 14. Wat zijn de taken van de kerngebruiker toegeleiding? Hoe zijn deze taken beschreven en hoe wordt dit geborgd?
 15. Klinische lessen. Hoe is daar invulling aan gegeven?
 16. Kwaliteitstraject artsen-verpleegkundigen (toegeleiding, opleiding) hoe wordt dat vorm aan gegeven?
 17. Hoe wordt er met incidenten omgegaan?
 18. Wat wordt er met klachten gedaan?
 19. Wordt er verantwoorde zorg geleverd binnen de PI Krimpen?
 20. Waaraan meet het hoofd dit af?
 21. Is de kwaliteit van de keten van zorg nu geborgd? Waarom denkt hij dit?

Arts:

1. Artsen contracten zijn herzien. Zijn alle artsen in dienst van FMMU?
2. Zijn de verschillen met de periode voordat men voor de FMMU werkte?
3. Kent de arts de kwaliteitseisen in het contract?
4. Kan aan de kwaliteitseisen voldaan worden? Zo nee, waarom niet?
5. Zijn de arts(en) opgeleid tot justitieel geneeskundigen?
6. Volgen zij de regiobijeenkomsten?
7. Is er een eerst verantwoordelijke arts benoemd? Op welke manier (schriftelijk/mondeling)?
8. Wat houdt de taak van de eerst verantwoordelijke arts in?
9. Zijn er gesprekken met portefeuillehouder zorg? Wat gaan deze gesprekken over? Worden gesprekken vastgelegd?
10. Zijn er gesprekken met het hoofd zorg? Waar gaan deze gesprekken over? Worden gesprekken vastgelegd?
11. Zijn de gesprekken o.b.v. een agenda/ad hoc?
12. Worden de kaarten uit de instrumentenset gebruikt? Worden afspraken vastgelegd? Indien de set niet wordt gebruikt, hoe worden afspraken tussen verpleegkundigen en artsen gemaakt en vastgelegd?
13. Wat is de rol van de arts in overdracht naar ziekenhuis?
14. Indien een gedetineerde in het ziekenhuis ligt, wie houdt dan contact?
15. Wat is de rol van de arts in de overdracht naar een andere inrichting? Naar buiten?
16. Een van de afspraken na de calamiteit is dat de arts alle binnen gekomen stukken ziet en parafeert. Welke stukken betreft dit? Als de

stukken onvoldoende zijn (wanneer zijn ze onvoldoende?) wordt contact opgenomen. Door wie?

17. Hoge turnover van gedetineerden, hoe wordt daar mee omgegaan?

18. Wat zijn de risico's?

19. Hoe luiden de afspraken bij late inkomsten?

20. Zijn de artsen in Krimpen op de hoogte van de verwijscriteria naar het JMC? Oftewel, weet men wie men wel en wie niet naar het JMC ingestuurd kan worden?

21. Welke rol heeft de arts(en) in het vervullen van klinische lessen?

22. Hoe vaak vinden deze plaats?

23. Zijn de arts(en) tevreden over de wijze waarop MicroHIS wordt gebruikt door henzelf en de verpleegkundigen?

24. In het IGZ rapport staat dat de rapportages zullen worden verbeterd. Weet iedereen wat hier mee bedoeld wordt?

25. Op welke wijze wordt hier invulling aan gegeven?

26. Wordt er verantwoorde zorg geleverd binnen de PI Krimpen?

27. Waaraan meet de arts dit af?

28. Is de kwaliteit van de keten van zorg nu geborgd? Waarom denkt zij dit?

Verpleegkundigen:

1. Wat zijn de taken van een verpleegkundige bij binnen komst van een gedetineerde?

2. Wie bepaalt of er informatie opgevraagd moet worden bij zorginstaties buiten?

3. Wat gebeurt er met binnengekomen informatie (van politiebureau, huisarts etc.)

4. Zijn hier afspraken over vastgelegd?

5. Een van de acties n.a.v. het cal. Onderzoek is dat er kritisch onderzoek heeft plaats gevonden naar het handelen van de verpleegkundigen m.b.t. toegeleiding. Hoe is dat vorm gegeven?

6. Hoe viel dit bij de verpleegkundigen? Wat is er verbeterd?

7. Alleen bij verpleegkundigen of is dit samen gedaan met artsen?

8. Rapportage in MicroHIS. Op welke manier wordt daar aandacht aan besteed? Zijn daar verbeteringen in te merken?

9. Rapporteren de verpleegkundigen nu in Tulp? Wat wordt gerapporteerd?

10. Aan welke overlegvormen (PMO, MDO, afdeling) neemt een verpleegkundige deel?

11. Wat is zijn of haar rol hierin? Duidelijke identiteit in het overleg?

12. Wat is de rol van de verpleegkundige in overdracht naar een ziekenhuis?

13. Hoe wordt hier vorm aan gegeven? Medicatie, voorgeschiedenis etc.

14. Wie heeft contact met een ziekenhuis als een gedetineerde daar verblijft? Vastgelegd?

15. Hoe is de rol van de verpleegkundige bij een overplaatsing naar andere inrichting? Naar buiten?

16. Wordt er verantwoorde zorg geleverd binnen de PI Krimpen?

17. Waaraan meet zij dit af?

18. Is de kwaliteit van de keten van zorg nu geborgd? Waarom denkt hij dit?

