



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

Rapport van het inspectiebezoek  
aan Klinisch Centrum Jeugd GGZ (locatie  
Veldheim  
van stichting Zonnehuizen te Zeist  
18 mei 2011

Amsterdam, juni 2011

**Inhoudsopgave**

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Resultaten inspectiebezoek</b>	<b>4</b>
	2.1 Inleiding	4
	2.2 Huisvesting	4
	2.3 Organisatie en aansturing	5
	2.4 Communicatie	6
	2.5 Vrijheidsbeperkende maatregelen	7
	2.6 Dossiers	7
<b>3</b>	<b>Conclusies en oordelen</b>	<b>9</b>
	3.1 Algemeen	9
	3.2 Huisvesting	9
	3.3 Organisatie en aansturing	9
	3.4 Communicatie	9
	3.5 Vrijheidsbeperkende maatregelen	10
	3.6 Dossiers	10
<b>4</b>	<b>Maatregelen</b>	<b>11</b>
	4.1 Onmiddellijk te nemen maatregelen	11
	4.2 Algemeen	11
	4.3 Organisatie en aansturing	11
	4.4 Communicatie	11
	4.5 Vrijheidsbeperkende maatregelen	12
	4.6 Dossiers	12

## 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft op 18 mei 2011 een bezoek gebracht aan het Klinisch Centrum voor Jeugd-GGZ, onderdeel van de stichting Zonnehuizen te Zeist. Het Klinische Centrum richt zich op behandeling en verblijf van licht verstandelijk gehandicapte (LVG) kinderen en jongeren met een psychiatrische problematiek en bestaat uit verschillende kind- en jeugdgroepen.

De aanleiding voor het inspectiebezoek is tweërlei. In de eerste plaats heeft de inspectie enkele meldingen ontvangen over mogelijk structurele tekortkomingen in de zorg. In de tweede plaats heeft de inspectie informatie ontvangen over de financiële en bestuurlijke ontwikkelingen die risicovol zijn voor de continuïteit en besturing van de organisatie. Er zijn grote financiële tekorten en zowel de Raad van Bestuur als de Raad van Toezicht zijn teruggetreden. De combinatie van meldingen, financiële en bestuurlijke problemen hebben er toe geleid dat de inspectie besloten heeft zelf ter plaatse een onderzoek in te stellen. Tijdens het inspectiebezoek heeft de vraag centraal gestaan of er sprake is van verantwoorde zorg in het Klinisch Centrum voor Jeugd GGZ op de locatie Veldheim van Zonnehuizen te Zeist.

- Hoe scoort Zonnehuizen, Klinisch Centrum Jeugd GGZ locatie Veldheim op de aanwezigheid van risico's? (hoofdstuk 2);
- Conclusies en oordelen over de kwaliteit van Zonnehuizen, Klinisch Centrum Jeugd GGZ locatie Veldheim (hoofdstuk 3);
- Maatregelen (hoofdstuk 4).

## 2 Resultaten inspectiebezoek

### 2.1 Inleiding

Tijdens het bezoek heeft de inspectie een rondleiding door twee woongebouwen gekregen, namelijk door het monumentale hoofdgebouw, waar op de eerste en tweede verdieping twee afdelingen (Luna 1 en Luna 2) zijn gevestigd en het gebouw Helias (gebouwd in 1979), waar eveneens twee afdelingen (Helias 2 en Onyx) zijn gehuisvest.

De inspectie heeft tijdens het bezoek gesproken met enkele cliënten, met ouders, begeleiders, gedragskundigen, artsen, managers en directie. De inspectie heeft ook een aantal documenten bestudeerd en een dossier ingezien.

In deze rapportage presenteert de inspectie de belangrijkste bevindingen.

### 2.2 Huisvesting

Elk kind beschikt over een eigen slaapkamer. Op elke afdeling is een woonkamer. Elke woonkamer, op één na, is voorzien van een keuken(blok), een zitgedeelte en een of twee eettafels. De sanitaire ruimtes en toiletten zijn zeer divers. Soms net opnieuw betegeld, maar soms ook zeer onpraktisch (twee douches en twee toiletten in één ruimte). De twee gebouwen zijn onoverzichtelijk ingedeeld. Deze situatie is niet alleen onpraktisch, maar ook onveilig en leidt bijvoorbeeld tot situaties dat jongeren 's nachts ongezien op elkaars slaapkamer kunnen komen of dat toezicht in de huiskamer ontbreekt als een begeleider in de keuken bezig is.

De inspectie heeft waargenomen dat er sprake is van ernstig achterstallig onderhoud. Als er zaken stuk zijn, laten reparaties vaak lang op zich wachten. Onderhoud vindt ad hoc en dus niet planmatig plaats. De bezochte afdelingen maken een verwaarloosde indruk. Het is lang geleden dat de vloerbedekking is vervangen of de schilder langs is geweest.

De afdelingen Luna 1 en 2 kunnen alleen via een slecht onderhouden trappenhuis worden bereikt.

De vluchtroutes komen uit op zeer steile trappen, die bij een eventuele brand zonder twijfel tot levensgevaarlijke situaties kunnen leiden.

Er zijn verschillende ruimtes die 'stille kamers' genoemd worden, waarin kinderen en jongeren afgezonderd kunnen worden. Het zijn 'time out' ruimtes, waarin kinderen tot rust kunnen komen. De deuren van deze kamers gaan in principe niet op slot, maar af en toe gebeurt dat toch. De deuren zijn voorzien van sloten. Op Luna 1 is kale 'time-out' kamer met zachte blokken en ballen; Luna 2 heeft een kale stille kamer met zachte wanden en vloer, op Helias 2 is een kale stille kamer met een halve schuine (afgetimmerde) wand, ook bij Onyx is een stille kamer. Op deze vier afdelingen is geen afzonderingsruimte aanwezig. Als een jongere vanuit Luna 1 of 2 daarnaar toe gebracht moet worden, moet dit uitgevoerd worden door 6 medewerkers via het trappenhuis en vervolgens naar buiten over het terrein naar een ander gebouw, waar een afzonderingsruimte is.

Enige tijd geleden moest zelfs politieassistentie worden gevraagd. Deze werkwijze moet ongeveer twee tot vier keer per maand worden toegepast en leidt regelmatig tot zeer onveilige situaties, zowel voor de cliënt als voor de medewerkers.

De deprimerende woonomgeving heeft ontegenzeggelijk een negatief effect op de kinderen en jongeren die er wonen. Verschillende medewerkers geven aan dat kinderen meer agressie vertonen en vernielingen aanrichten doordat zij in een slecht onderhouden gebouw wonen. Schrijnend is dat de kantoren er wel goed onderhouden uitzien. Pijnlijk is het dat er wel al jarenlang plannen zijn voor nieuwbouw, maar dat er geen enkel uitzicht is op spoedige realisatie.

### **2.3 Organisatie en aansturing**

Verschillende gesprekspartners geven aan dat het niet ontbreekt aan beleid en plannen, maar dat het schort aan aansturing, implementatie en interne samenwerking. Bij veel plannen wordt gestart met de implementatie, maar om verschillende redenen wordt de invoering niet afgemaakt, laat staan dat er een goede evaluatie plaats vindt. Projecten worden niet omgezet in een structurele werkwijze. Voorbeeld: de locatie Regenboog boekt een mooi resultaat op het gebied van het terugdringen van vrijheidsbepurende maatregelen, maar er bleek geen geld te zijn om dit project daar te continueren en verder uit te rollen over meer groepen. Iemand zei: "We kijken te veel vooruit door het maken van nieuwe plannen en we kijken te weinig terug en weinig naar het nu". Er zijn bovendien veel commissies en werkgroepen, maar die werken langs elkaar heen. Individuele medewerkers kunnen gemakkelijk hun eigen gang gaan en zich onttrekken aan het beleid. De medewerkers missen al sinds lange tijd (dus ook al voor de financiële en bestuurlijke crisis) dat de bestuurder keuzes maakt en beslissingen neemt. Zij signaleren een gebrek aan aansturing. Visie en beleid worden niet omgezet in maatregelen. Medewerkers spreken elkaar niet aan op de resultaten die moeten worden behaald. In het afgelopen jaar zijn er twee interim-managers geweest, die goede analyses hebben gemaakt. Bestuur en directie hebben die echter niet overgenomen, waardoor zij hun opdrachten hebben terug gegeven en verbeterplannen op de plank zijn blijven liggen.

Bij het Klinisch Centrum voor Jeugd GGZ zijn twee psychiaters betrokken. Tijdens het bezoek verkregen de inspecteurs verschillende informatie over hun positie. Volgens sommigen zijn zij op consultatieve basis beschikbaar, terwijl anderen vertelden dat zij parttime in dienst zijn van de Zonnehuizen. Hun positie is echter onduidelijk. In ieder geval vervullen zij niet de rol van psychiater die verantwoordelijk is voor de behandeling. De GZ-psycholoog is de behandelcoördinator. De zes gedragskundigen/GZ-psychologen worden niet zorginhoudelijk aangestuurd. Eén van hen lijkt de rol van primus inter pares te vervullen. Het ontbreekt aan een gestructureerde samenwerking tussen het klinische deel en het ambulante deel van het Jeugd GGZ binnen de Zonnehuizen. Volgens medewerkers is dit zorginhoudelijk niet te verklaren of te verantwoorden, maar is het veroorzaakt door verschil van inzicht en gebrekkige samenwerking op directieniveau.

Er is een geneesmiddelencommissie, die een analyse gedaan heeft van de MIP's. Het aantal MIP's stijgt en daarom is nu gestart met het project 'Sleutelkruid', zodat op groepsniveau analyses en verbeteringen kunnen worden uitgevoerd. Overigens heeft elke groep nu dezelfde systematiek van medicatie opbergen en uitzetten. Opmerkelijk is dat op de afdeling Onyx de medicijnkast (weliswaar op slot) in de woonkamer van de groep staat. Op Luna 1 is één flesje met een antroposofisch geneesmiddel aangetroffen dat over de datum en dus verlopen was (april 2011). Medewerkers krijgen scholing op het gebied medicatiedistributie en over het gebruik van antidepressiva en suicidepreventie, maar voor een BHV-cursus bleek geen geld meer te zijn. Er wordt geen scholing aangeboden op het gebied van observatie van bijwerkingen van medicatie.

Er is een formularium opgezet. Hierin zijn zowel de reguliere als antroposofische geneesmiddelen opgenomen. Overigens ontbreekt systematische informatie over de antroposofische geneesmiddelen. Verder blijkt het voorschrijfbeleid, ondermeer ten aanzien van het gebruik van antroposofische geneesmiddelen, erg persoonsafhankelijk te zijn, ondanks periodieke besprekingen met apotheker en psychiater.

## **2.4 Communicatie**

Uit de gesprekken met enkele ouders komt het beeld naar voren dat de betrokkenheid van de medewerkers op de kinderen en jongeren groot is. Ook de bejegening van de kinderen en de ouders wordt als positief ervaren. Na het intakegesprek met ouders is er een 2<sup>e</sup> intakegesprek met ouders en kind; door het multidisciplinaire team wordt vervolgens een behandelovereenkomst opgesteld en voorgelegd. De GZ-psycholoog is de behandelcoördinator. De psychiater is niet duidelijk in beeld bij ouders.

Toch blijkt de communicatie moeizaam te verlopen. Door een gebrek aan duidelijkheid en regelmatige wisselingen in de personele bezetting is het voor ouders vaak niet duidelijk bij wie zij moeten zijn om informatie over de behandeling van hun kind te verkrijgen. Dit geldt ook voor het inzien van het dossier, het verkrijgen van verslagen, het maken van afspraken. Regelmatig worden afspraken vergeten of niet nagekomen.

Ouders ervaren de organisatie als naar binnen gericht. Het lukt assertieve ouders pas na veel aandringen om zaken geregeld te krijgen. Desondanks is bij de ouders die de inspectie gesproken heeft veel waardering voor de medewerkers. Zij ervaren steun en aandacht voor de individuele problematiek van de kinderen. Ondanks de gesignaleerde tekortkomingen ervaren zij het Klinisch Centrum als een goede plek voor hun kinderen. De jongeren die de inspectie heeft gesproken zijn niet erg tot wisselend te spreken over de vrijheid die ze hebben. Zij vinden de begeleiders heel verschillend in hun gedrag en volgens hen werken er maar weinig mensen met plezier. Zij zijn over hun eigen persoonlijk begeleiders (pb-ers en schaduw-pb-ers) zeer te spreken. Zij geven aan hier veel te leren, waardoor het thuis ook veel beter gaat.

## 2.5 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Bij de bestudering van de beleidsstukken heeft de inspectie zich vooral gericht op het beleid dat betrekking heeft op de vrijheidsbeperingen en insluitingen. In 2011 is gestart met een pilot voor de implementatie van Argus (een landelijke registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen). Uit de verslagen van de interne audits die de commissie Middelen en Maatregelen in 2010 heeft gehouden komen dramatische resultaten naar voren. Afzondering wordt vaak toegepast om naleving van regels of afspraken af te dwingen in plaats van gevaar te voorkomen. In de gesprekken wordt bevestigd dat er nog te veel een beheersmatige manier van werken is. Er wordt niet altijd op de voorgeschreven wijze intern gemeld en zeker niet altijd aan de inspectie gemeld als dat moet. Het document 'WGBO, Bopz, vrijheidsbeperingen en zorgvisie' (ongedateerd) schaarst enkele vormen van gedrag (hard gillen, schreeuwen, ernstig pesten, uiterst belemmerende mate van zich afsluiten en contact afweren) ten onrechte onder ernstig gevaar, waardoor toepassing van dwangbehandeling of 'Middelen en Maatregelen' gerechtvaardigd zou zijn. In het 'Protocol afzondering' staan enkele onjuistheden, bijvoorbeeld: "Bij MofM-nood moet binnen 24 uur de behandelend arts ingelicht worden". Dit moet zijn: "zo spoedig mogelijk". (zie hiervoor de Nota van Toelichting op het Besluit middelen en maatregelen Bopz) Bovendien moet de beslissing uitgaan van de behandelend arts, maar dit is niet geregeld in het protocol. Het protocol is niet gedateerd. Het evalueren van insluitingen met cliënt en binnen het team is niet controleerbaar. Insluitingen worden volgens begeleiders consequent nog dezelfde dag met de jongere geëvalueerd, maar dit is niet controleerbaar omdat het niet altijd in het dossier wordt vastgelegd. De jongeren die met de inspectie gesproken hebben, zijn beiden diverse keren ingesloten geweest, maar ze kunnen zich niet herinneren dat dit met hen is geëvalueerd: "Als het voorbij is, is het klaar". Evaluatie binnen het team vindt niet altijd plaats vanwege de hectiek van de dag. Er is weinig aandacht voor het op creatieve wijze zoeken naar alternatieven voor de gekozen en toegepaste vrijheidsbeperking. Er wordt wel veel gedragsmedicatie voorgeschreven.

Bij de reductieplannen voor het terugbrengen van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt geen percentage genoemd. Het totale aantal in 2010 is minder dan in 2009, maar de beperkingen in bewegingsvrijheid zijn toegenomen. De duur is niet berekend.

Scholing schiet in diverse opzichten tekort, zowel wat betreft de-escalerende bejegeningstechnieken als alternatieven voor vrijheidsbeperking.

Vanwege het vertrek van de bestuurder wordt de rol van geneesheer-directeur tijdelijk waargenomen door de Bopz-arts.

## 2.6 Dossiers

Er is voor een cliënt een observatieverslag (door de persoonlijk begeleider opgesteld), een rapportage over het psychodiagnostisch onderzoek (door de GZ-psycholoog opgesteld), een behandelovereenkomst (door de leden van het multidisciplinaire team en de ouders/jongere) en een daarvan afgeleid handelingsplan (door de persoonlijk begeleider opgesteld).

De ouders krijgen alleen het observatieverslag en de behandelovereenkomst, maar de rest niet, terwijl zij als vertegenwoordigers wel recht hebben op alle informatie, tenzij inzage in strijd is met goed hulpverlenerschap

Ouders worden uitgenodigd voor het nagesprek, na een behandelbespreking, die eenmaal per half jaar gehouden wordt.

In het elektronische cliëntendossier Plancare is het niet mogelijk om het behandelplan op te nemen. Elke afdeling heeft zijn eigen methodiek om de voortgang vast te leggen. De persoonlijk begeleiders hebben geen inzage in de rapportage van de therapeuten. Deze werkwijze is zeer inefficiënt: begeleiders moeten telkens weer aan de therapeuten vragen om een verslag te mailen of om mondeling de belangrijkste afspraken en bevindingen door te geven. De behandelcoördinatoren voelen zich meer coördinator van een stroperig proces, dan coördinator van de behandeling van een kind.



### 3 Conclusies en oordelen

#### 3.1 Algemeen

1. De inspectie vindt de situatie in het Klinisch Centrum Jeugd GGZ op de locatie Veldheim, zoals zij die tijdens het bezoek op 18 mei 2011 heeft aangetroffen, zeer zorgwekkend.
2. De kwaliteit van de individuele cliëntenzorg wordt in het Klinisch Centrum overeind gehouden door de persoonlijke inzet en betrokkenheid van de (persoonlijk) begeleiders en de behandelaren/gedragskundigen, maar dit is een te kwetsbare basis om structureel verantwoorde zorg te kunnen bieden.

#### 3.2 Huisvesting

3. De gebouwen die zij bezocht heeft zijn ernstig verwaarloosd, onveilig en onoverzichtelijk en het is daardoor onverantwoord om er kinderen te laten wonen. De gebouwen in hun huidige staat vormen een zeer hoog risico voor het bieden van verantwoorde zorg.

#### 3.3 Organisatie en aansturing

4. De aansturing van het Klinisch Centrum om het beleid en de genomen besluiten op passende wijze te implementeren, de noodzakelijke samenwerking af te dwingen en de randvoorwaarden te realiseren is onvoldoende. Het bestuur en het management zijn niet in control. Daardoor ontstaat een hoog risico voor het bieden van verantwoorde zorg.
5. Het KCJG heeft geen beleidspsychiater die verantwoordelijk is voor het zorginhoudelijk beleid, en de psychiaters die in dienst zijn werken als consultants in de marge van de behandeling in plaats van in het centrum daarvan. De ontwikkeling van het zorginhoudelijke beleid en de aansturing van het primair proces is onvoldoende en leidt tot een hoog risico voor het bieden van verantwoorde zorg.
6. Het beleid rondom de medicatieveiligheid is nog onvoldoende geborgd. Dit leidt tot een matig risico voor het bieden van verantwoorde zorg.

#### 3.4 Communicatie

7. De organisatie is zeer naar binnen gericht, wat blijkt uit een gebrek aan gestructureerde communicatie met ouders en het ontbreken van informatie-uitwisseling met overige K&J-instellingen. Hierdoor ontstaan een matig risico voor het bieden van verantwoorde zorg.
8. Er is geen of slechts een gebrekkige samenwerking tussen het klinische deel en het ambulante deel de Jeugd GGZ. Hierdoor ontstaat een matig risico voor het bieden van verantwoorde zorg.

### 3.5 Vrijheidsbeperkende maatregelen

9. Uit de audits komt een zorgwekkend beeld naar voren van een beheersmatige cultuur. Kennis en vaardigheden schieten in diverse opzichten tekort, scholing vindt te weinig plaats. Hierdoor ontstaan een hoog risico voor het bieden van verantwoorde zorg.
10. Visie, beleid en uitvoering betreffende de toepassing en terugdringing van vrijheidsbeperkende maatregelen moeten worden geactualiseerd en in overeenstemming worden gebracht met wet- en regelgeving. Hierdoor ontstaat een hoog risico voor het bieden van verantwoorde zorg.

### 3.6 Dossiers

11. Het inzagerecht van ouders en cliënten wordt naar letter en geest van wet- en regelgeving in onvoldoende mate ten uitvoer gebracht. Hierdoor ontstaat een matig risico voor het bieden van verantwoorde zorg.
12. De procesgang rondom het persoonlijk behandelplan is tijdrovend en dus onvoldoende efficiënt georganiseerd. Hierdoor ontstaat een matig risico voor het bieden van verantwoorde zorg.

## 4 Maatregelen

### 4.1 Onmiddellijk te nemen maatregelen

1. U dient met onmiddellijke ingang maatregelen te treffen die er toe leiden dat de afdelingen Luna 1 en 2 binnen maximaal vier weken buiten gebruik worden gesteld en de cliënten die nu op deze afdelingen verblijven, kunnen worden overgeplaatst naar een woonplek (bijvoorbeeld in portal cabins) waar hun veiligheid wordt gewaarborgd en de woonomstandigheden aanzienlijk verbeteren.
2. U dient met onmiddellijke ingang maatregelen te treffen die er toe leiden dat gebouw Helias wordt opgeknapt en leefbaar wordt gemaakt voor de cliënten, zodat zij in een kindvriendelijk gebouw kunnen wonen. Het dient binnen twee weken duidelijk te zijn welke maatregelen u gaat treffen en die dienen vervolgen onmiddellijk ten uitvoer gebracht te worden.
3. U dient met onmiddellijke ingang direct onder de nieuwe bestuurder a.i. een beleidsverantwoordelijke functionaris met de portefeuille zorg aan te stellen.
4. U dient met onmiddellijke ingang naast de manager een beleidspsychiater aan te stellen voor het (Klinisch en Ambulant) Centrum Jeugd GGZ, zodat het gehele Klinisch Centrum Jeugd GGZ en de ambulante zorg en behandeling onder inhoudelijke regie van de beleidspsychiater komt.

### 4.2 Algemeen

5. Bestuur en management dienen regelmatig blijk te geven van hun waardering voor en betrokkenheid bij de medewerkers en te investeren in de kennis en vaardigheden van de medewerkers (in ieder geval ten aanzien van observatie bijwerkingen medicatie; de-escalerende bejegeningstechnieken; alternatieven voor vrijheidsbeperking).
6. Zorg ervoor dat met elke medewerker voor 31 december 2011 een POP is gehouden.

### 4.3 Organisatie en aansturing

7. Maak de keuze voor jeugd-GGZ duidelijk zichtbaar bij de inrichting van het primaire proces, door de psychiaters een centrale behandelrol te geven.
8. Stel binnen 4 weken een herstelplan op waaruit blijkt hoe de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur weer 'in control' komen, in het bijzonder t.a.v. cliëntveiligheid en de kwaliteit van zorg.
9. In het herstelplan dient de Raad van Toezicht op te nemen dat zij overgaat tot het aanstellen van een bestuurder met de portefeuille zorg, welke procedure hiertoe gevolgd gaat worden en op welke termijn dit zal plaatsvinden.
10. Besteedt in het plan aandacht aan de medicatieveiligheid.

### 4.4 Communicatie

11. Besteedt in het herstelplan een paragraaf aan het verbeteren van de interne en externe communicatie, in het bijzonder met de ouders.
12. Besteedt in het herstelplan expliciet aandacht aan de wijze waarop de samenwerking met de overige K&J-instellingen vorm krijgt.

#### **4.5 Vrijheidsbeperkende maatregelen**

13. Stel binnen 4 weken een plan om de beheersmatige cultuur binnen het Klinisch Centrum om te vormen tot een cultuur die gericht is op ontwikkeling en alle afzonderingsruimten gesloten kunnen worden.
14. Stel binnen 4 weken een plan op om het beleid en de uitvoering betreffende de toepassing en terugdringing van vrijheidsbeperkende maatregelen in overeenstemming te brengen met relevante wet- en regelgeving.

#### **4.6 Dossiers**

15. Ontwikkel voor 1 juli 2011 een werkwijze/protocol zodat het inzagerecht van ouders en cliënten op actieve wijze naar letter en geest van wet- en regelgeving ten uitvoer gebracht.
16. Verbeter als onderdeel van het herstelplan de procesgang rondom het opstellen van het persoonlijk behandelplan.