



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Rapport  
van het inspectiebezoek op 20 maart 2017  
aan Castle Craig Nederland B.V. te Den Haag

V1014763



## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 4</b>
1.1	Aanleiding en belang 4
1.2	Doelstelling 4
1.3	Methode 4
1.4	Beschrijving locatie 4
<b>2</b>	<b>Conclusie 6</b>
<b>3</b>	<b>Handhaving 7</b>
<b>4</b>	<b>Resultaten inspectiebezoek 8</b>
4.1	Governance 8
4.2	Personeel 10
4.3	Dossier 12
4.4	Medicatieveiligheid 13
<b>5</b>	<b>Ontvangen documentatie 16</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 20 maart 2017 een aangekondigd bezoek gebracht aan Castle Craig Nederland B.V (hierna: Castle Craig) te Den Haag. In voorliggend rapport beschrijft de inspectie haar bevindingen.

### 1.1 Aanleiding en belang

De inspectie heeft als taak de risico's van zorg voor cliënten te beperken door het bevorderen van de naleving van wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden bij onder toezicht staande zorgaanbieders. De inspectie geeft onder meer invulling aan haar taak door aangekondigde en onaangekondigde inspectiebezoeken te brengen aan de onder toezicht staande zorgaanbieders.

Het bezoek aan Castle Craig vond plaats in het kader van het toezicht van de inspectie op zorgaanbieders die vallen onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

### 1.2 Doelstelling

Met het bezoek aan Castle Craig wil de inspectie:

- Beoordelen in hoeverre de geboden zorg binnen Castle Craig voldeed aan de relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden.
- Beoordelen of de bestuurder aantoonbaar in staat is om risico's te beheersen.
- Beoordelen of er op dit moment risico's aanwezig zijn binnen Castle Craig, die verder toezicht van de inspectie vragen.

### 1.3 Methode

Om inzicht te verkrijgen in de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg binnen Castle Craig heeft de inspectie gesprekken gevoerd met een afvaardiging van de raad van bestuur, de directeur zorg en psychiater, een basis psycholoog, een beleidsmedewerker en een GGZ-agoog.

De inspectie richtte zich tijdens haar bezoek op de volgende thema's:

- Governance;
- Personeel;
- Dossier;
- Medicatieveiligheid.

### 1.4 Beschrijving locatie

Castle Craig Hospital is oorspronkelijk in 1988 in Schotland opgericht. Vanaf 2008 is de eerste vestiging in Nederland geregistreerd en geopend. Castle Craig Nederland B.V. is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel (KvK) onder nummer 27256505 0000. Castle Craig biedt gespecialiseerde ambulante (dag)behandelingen voor mensen die met een verslavingsproblematiek en psychiatrische problematiek te kampen. Castle Craig heeft vestigingen in Amsterdam, Den Haag en Rotterdam. Naast face-to-face contact biedt Castle Craig ook online via e-Health behandelprogramma's aan.

#### *Castle Craig Hospital Schotland*

Castle Craig Hospital heeft een opnamecapaciteit van 123 bedden. Patiënten met een klinische indicatie worden in de kliniek in Schotland behandeld. Een van de randvoorwaarden hiervoor is dat patiënten, indien nodig, eerst in Nederland een detox-behandeling volgen. Daarnaast moeten patiënten de Engelse taal zowel mondeling als in geschrift goed kunnen beheersen. De klinische zorg vormt klein onderdeel in het behandeltraject. Na de klinische behandeling komen patiënten weer in zorg bij Castle Craig Nederland. Gedurende het klinische en ambulante traject worden er twee afzonderlijke DBC's geopend. Bij terugkomst vindt er een evaluatie plaats waar het behandelplan zo nodig wordt bijgesteld voor een eventuele verdere behandeling.

Castle Craig Hospital staat onder toezicht van de Healthcare Improvement Scotland. In 2015 is Castle Craig Hospital door de toezichthouder bezocht en positief beoordeeld. Om de Nederlandse patiënten goed te kunnen ondersteunen werken er twee Nederlandse verslavingstherapeuten in Schotland.

#### *Castle Craig Ierland- Smarmore Castle Private Clinic*

In 2016 heeft Castle Craig Hospital een nieuwe vestiging in Ierland geopend. Smarmore Castle Private Clinic is een privékliniek voor klinische behandeling van verslavingsproblematiek. Smarmore Castle Private Clinic heeft een opnamecapaciteit van 24 bedden. Er zijn geen samenwerkingsafspraken tussen Castle Craig Nederland en Smarmore Castle Private Clinic. Patiënten die de voorkeur hebben voor een behandeling in Ierland worden doorverwezen. Er zijn geen afspraken met zorgverzekeraars hierover.

#### *Detox-programma*

Het is voor patiënten mogelijk om een detoxificatie programma te volgen vooraf zij klinisch worden opgenomen. Voor het detox-programma heeft Castle Craig samenwerkingsafspraken met onder andere, Brijder Verslavingszorg, Sinaï kliniek (onderdeel van Arkin) en GGZ Delfland.

#### *In- en exclusiecriteria*

Patiënten met ernstige psychiatrische problematiek zoals ernstige suïcidaliteit of acute problematiek zijn gecontra-indiceerd voor behandeling. Bij de beoordeling wordt er altijd de psychiater in consult gevraagd. Bij complexe casuïstiek wordt van een van de ketenpartners in consult gevraagd. Er wordt continu een afweging gemaakt tot hoever de behandeling reikt en wat de behandelmogelijkheden zijn.

#### *Overdracht*

Patiënten die naar Schotland of Ierland in behandeling gaan krijgen een nieuw behandelteam. De behandelindicatie en behandelplan worden in Nederland vastgesteld. Er vindt altijd een schriftelijke en of mondelinge overdracht plaats.

## 2 Conclusie

Op basis van de gevoerde gesprekken tijdens het inspectiebezoek op 20 maart 2017 en verstrekte informatie op 20 maart 2017 en 1 september 2017 concludeert de inspectie dat Castle Craig in voldoende mate aan de randvoorwaarden voor kwalitatief goede en veilige zorg voldoet. De geboden zorg voldeed aan de getoetste wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie ziet op dit moment geen risico's op onverantwoorde zorg en gezondheidsschade voor de patiënt.

Ten aanzien van het onderwerp Medicatieveiligheid wijst inspectie Castle Craig op belang om de huisarts tijdig en actief te informeren over de door Castle Craig voorgeschreven geneesmiddelen. Hierbij is de richtlijn "Overdracht van medicatiegegevens in de keten" leidend.

### 3 Handhaving

De inspectie heeft vertrouwen in een goede zorgverlening door Castle Craig en ziet op dit moment geen noodzaak voor verdere handhavings- of stimuleringsmaatregelen.

## 4 Resultaten inspectiebezoek

De inspectie heeft tijdens het bezoek aan Castle Craig getoetst op de volgende thema's: governance, personeel, dossiervoering en medicatieveiligheid. In dit hoofdstuk zijn de scores per getoetst thema weergegeven. De inspectie heeft tijdens het bezoek getoetst of Castle Craig wel of niet voldeed aan de norm. Per norm is desbetreffende score weergegeven.

### 4.1 Governance

Norm	Score
De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering. (1, 2)	Voldeed wel
(Bijna) fouten worden systematisch en structureel gemeld, verzameld, geanalyseerd en gebruikt voor verbeteracties. (1)	Voldeed wel
De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de Klachtwet en maakt deze bekend bij de patiënt en/of zijn vertegenwoordiger. (3) <i>Of</i> De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling en brengt dit onder de aandacht van de cliënten (en vertegenwoordigers), De zorgaanbieder voorziet in gratis bijstand aan klager door een aangewezen persoon (onafhankelijk in uitvoering), De zorgaanbieder is aangesloten bij een geschilleninstantie.(3)	Voldeed wel
De zorgaanbieder regelt de patiëntenmedezeggenschap conform de wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. NB. deze bepaling geldt niet voor kleine instellingen <10 personen in zorg. (4)	Voldeed wel
De zorgaanbieder beschikt over een kwaliteitsstatuut, dat door ZIN/Mediquest is geaccepteerd en bijbehorend professioneel statuut (5)	Voldeed wel
De zorgaanbieder organiseert en benut tegenspraak, in de verwachting dat tegenspraak bijdraagt aan de kwaliteit van besluiten De zorgaanbieder voert een actief en transparant beleid voor de omgang met medezeggenschapsorganen. (2)	Voldeed wel

*Grondslagen Governance:*

(1) Wkkgz (artikel 7, 9, 10 )

(2) Governance-code (BoZ-code)

(3) Wkkgz (artikel 13, 15, 18)

(4) Wmcs (artikel 2, 3, 8, 9)

(5) brief minVWS d.d. 26 april 2016 (25 424 nr.201)

### Toelichting

#### *Kwaliteitsinformatie*

Castle Craig is HKZ gecertificeerd. Een daarvoor aangestelde beleidsfunctionaris verzamelt aan de hand van meetinstrumenten en indicatoren zoals GGZ Mentor (Reports Health), interne audits en Routine Outcome Monitoring structureel kwaliteitsgegevens. De beleidsfunctionaris is verantwoordelijk voor de kwaliteitsbewaking volgens de PDCA cyclus. Er is intern systeem om (bijna) fouten en incidenten te melden en registreren. Wekelijks vindt er een medewerkersoverleg plaats waarbij de resultaten en voortgang van de geïmplementeerde



verbetermaatregelen worden teruggekoppeld. Naast organisatiebrede prestatie-indicatoren worden er ook individuele prestatieafspraken gemaakt.

Jaarlijks worden er tussen de 500 á 600 DBC's geopend, waarvan het merendeel ambulante zorg betreft.

#### *Klachtenregeling*

Castle Craig beschikt over een klachtenregeling maar heeft geen formele klachtencommissie. Klachten en of meldingen komen telefonisch en of per e-mail bij de beleidsfunctionaris binnen. Castle Craig onderscheidt twee soorten klachten; formele en informele klachten. Afhankelijk van het type en inhoud van de melding wordt deze door de beleidsfunctionaris afgehandeld of naar het dagelijks bestuur verzonden.

Onder informele klachten worden aandachtspunten die patiënten aangeven ten behoeve van de kwaliteitsverbetering verstaan maar niet door de patiënt als een formele klacht wordt aangemerkt. Deze punten worden door de beleidsfunctionaris afgehandeld en organisatiebreed gecommuniceerd.

Formele klachten worden direct aan het dagelijks bestuur kenbaar gemaakt en doorgestuurd. Deze klachten worden conform procedure afgehandeld. De klacht wordt eerst met de behandelaar besproken, wanneer de klacht niet tot wederzijdse tevredenheid kan worden opgelost kan er intern naar een leidinggevende of extern naar de geschillencommissie opgeschaald worden. Castle Craig is bij de geschillencommissie van GGZ Nederland aangesloten.

De meeste klachten betreffen de klinische voorzieningen. Betreft de klacht (formeel of informeel) een behandeling dat in Schotland of Ierland heeft plaatsgevonden, dan wordt de melding naar de desbetreffende klachtencommissie doorverwezen. De afhandeling vindt in Schotland of Ierland plaats<sup>1</sup>.

Volgens de gesprekspartners heerst er een open meldcultuur binnen de organisatie. Medewerkers zijn transparant naar de patiënten en elkaar. Er vinden weinig tot geen incidenten plaats. Jaarlijks vindt er 1 à 2 incidenten van verbale agressie jegens medewerkers door patiënten plaats. Castle Craig heeft hier een streng beleid voor opgesteld. Verbale en of fysieke agressie wordt niet getolereerd.

De inspectie constateert tijdens haar bezoek dat Castle Craig haar klachtenregeling (nog) niet, conform de Wkkgz, op haar website en patiëntenfolders geactualiseerd heeft<sup>2</sup>. Voorts constateert de inspectie dat de huidige klachtenafhandeling niet volledig onafhankelijkheid is omdat een bij de organisatie betrokken medewerker ook de functie van klachtenfunctionaris heeft<sup>3</sup>.

#### *Medezeggenschap*

Ten tijde van het inspectiebezoek had Castle Craig geen cliëntenraad. Volgens de gesprekspartners was er tot aan 2015 een actieve cliëntenraad. Maar door het wegvallen van patiënten is het niet mogelijk om een stabiele cliëntenraad te

1 De inspectie heeft tijdens van haar bezoek de klachtenfolders 'Wat als u een klacht heeft?' en 'Complaints' (eng) in ontvangst genomen.

2 In reactie op het conceptrapport wordt de volgende aanvulling opgenomen: 'Wij hebben de patiënteninformatie en kwaliteitsstatuut in overeenstemming gebracht met de gehanteerde werkwijze'.

3 In reactie op het conceptrapport wordt de volgende aanvulling opgenomen: 'In de praktijk wordt de klachtafhandeling door de beleidsmedewerker verzorgd welke vanuit zijn functie en overeenkomst onafhankelijk en kritisch kan opereren zoals gesteld in de wet Wkkgz.

vormen. Castle Craig probeert via behandelaren en nieuwsbrieven leden te werven maar dit is tot heden niet succesvol.

Volgens de gesprekpartners verloopt dit proces erg moeizaam. Dit ligt aan verschillende factoren zoals de korte behandelduur van patiënten. Het kunnen voldoen aan deze kwaliteitseis is ook onder de aandacht van de zorgverzekeraars gebracht. De inspectie constateert dat Castle Craig hiermee niet voldoet aan de Wet Medezeggenschap Clienten Zorginstellingen (Wmcz). Door de schaalgrootte heeft Castle Craig geen ondernemingsraad<sup>4</sup>.

#### 4.2 Personeel

Norm	Score
Er is een professioneel statuut met toedeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten (denk hierbij ook aan voorbehouden handelingen in de lijn en de verhouding tussen de verschillende behandelverantwoordelijkheden. In het professioneel statuut liggen de verschillende taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de beroepsbeoefenaren binnen de kaders van de zorgorganisatie vast. De relatie hoofdbehandelaar en overige behandelaren maakt hier expliciet deel van uit). (1, 2, 3, 8)	Voldeed wel
Medewerkers weten met welke richtlijnen, protocollen en werkinstructies er voor die specifieke afdeling (bijv. opnameafdeling) of doelgroep gewerkt moet worden, waarom die nodig zijn en hoe ze gebruikt moeten worden. (1, 5)	Voldeed wel
Medewerkers kennen de grenzen van hun vakgebied. (1, 3, 4, 5, 9)	Voldeed wel
De zorgaanbieder vergewist zich ervan dat de wijze waarop zorgverleners in het verleden hebben gefunctioneerd, niet in de weg staat aan het inzetten van de zorgverleners bij het verlenen van zorg. (3)	Voldeed wel
Indien de zorgaanbieder werkt met ZZP-ers of onderaannemers: Laat de zorgaanbieder zorg verlenen door deze zorgverleners of opdrachtnemers, als de zorgaanbieder een schriftelijke overeenkomst heeft gesloten die waarborgt dat zij zich bij hun werkzaamheden laten leiden door de op de zorgaanbieder rustende wettelijke verplichtingen en de regels die de zorgaanbieder heeft vastgesteld omtrent de zorgverlening (tenzij sprake is van een privaatrechtelijke of publiekrechtelijke dienstbetrekking) (3)	Voldeed wel
Medewerkers hebben voldoende kennis van en vaardigheden voor de doelgroep van patiënten. Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies. (1, 3, 5)	Voldeed wel
Er is vastgesteld beleid over het werken met richtlijnen, protocollen en werkinstructies, waaronder de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. (3)	Voldeed wel
Met al het zorgpersoneel worden tenminste jaarlijks functioneringsgesprekken gehouden. (3)	Voldeed wel

<sup>4</sup> In reactie op het conceptrapport wordt de volgende aanvulling opgenomen: 'Inmiddels hebben wij drie kandidaten waarmee wij binnenkort de vaststellingsovereenkomst tekenen. Wij beschikken dus weer over een actieve patiëntenraad wiens tegenspraak en advies wij kunnen benutten voor het verbeteren van onze kwaliteit'.

Een opleidingsplan is beschikbaar (passend scholingsbeleid om de benodigde deskundigheid te kunnen leveren). (3)	Voldeed wel
Er is organisatiebreed een passend beleid rondom scholing van doelgroepspecifieke kennis, bejegening en gezondheidsrisico's. (3)	Voldeed wel

*Grondslagen Personeel:*

(1) *Wet Big*

(2) *Beroepscode*

(3) *Wkkgz (artikel 2, 3, 4, 8)*

(4) *Wet Bopz*

(5) *(Multidisciplinaire) richtlijnen*

(6) *Uitspraak van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (d.d. 05-10-2000, BJ 2001/36, Varbanov-arrest)*

(7) *Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg (IGZ, 2008)*

(8) *Professioneel statuut*

## **Toelichting**

### *Kwaliteitsstatuut*

Castle Craig beschikt over een kwaliteitsstatuut (met bijbehorend professioneel statuut). Er is duidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines bij de medewerkers. Medewerkers krijgen intervisie en supervisie. Tijdens deze intervisie en supervisie is er aandacht voor taken, verantwoordelijkheden en afbakening hiervan binnen de functies. De inspectie constateert tijdens haar bezoek dat inhoud van het kwaliteitsstatuut bij de medewerkers bekend is.

### *Formatie*

Castle Craig heeft ongeveer 21 fte personeel vast in loondienst en ongeveer 1,30 fte op ZZP basis in dienst. Het behandelteam is multidisciplinair en bestaat uit onder andere een verslavingsarts, klinisch psycholoog, psychiater, verpleegkundige basispsycholoog, GZ psycholoog, psychotherapeut en GGZ agoog<sup>5</sup>.

### *Werkoverleg en MDO*

Wekelijks vindt er een Multidisciplinair werkoverleg plaats. Tijdens dit overleg worden de patiënten besproken en het behandelbeleid vastgesteld. Alle behandelaren zijn bij dit overleg aanwezig. Naast formele en structurele vergaderingen worden medewerkers wekelijks via een digitale nieuwsbrief geïnformeerd over wijzigingen in beleid en of protocollen.

Volgens de gesprekspartners heerst er binnen Castle Craig een open aanspreek- en feedbackcultuur. Door de grootte van het team ervaren medewerkers geen drempel om gevoelige onderwerpen zoals (seksueel) grensoverschrijdend gedrag te bespreken of kritische vragen te stellen. Zo worden alle klachten binnen het team besproken. Castle Craig heeft voor haar medewerkers een klachtenregeling.

### *Vergewisplicht en functioneringsgesprekken*

Verklaring omtrent gedrag (VOG) en referenties worden standaard bij nieuwe medewerkers opgevraagd. Er wordt jaarlijks een functioneringsgesprek en beoordelingsgesprek gevoerd met de medewerkers. Nieuwe medewerkers krijgen gedurende hun jaarcontract eenmaal een functioneringsgesprek gevolgd door een beoordelingsgesprek.

### *Kennis- en deskundigheidsbevordering*

<sup>5</sup> De inspectie heeft tijdens van haar bezoek het formatieoverzicht 'Medewerkers Castle Craig Nederland d.d. 20-03-2017' in ontvangst genomen.

Kennis- en deskundigheidsbevordering zijn onderwerpen die standaard tijdens het jaargesprek worden besproken. Jaarlijks (in september) vindt er een inventarisatie naar de scholingsbehoefte binnen het team plaats (trainingsanalyse). Naar aanleiding hiervan en de behoefte vanuit de organisatie wordt er een opleidingsplan opgesteld. In januari wordt het plan en budget vastgesteld en de medewerkers geïnformeerd. Medewerkers krijgen de mogelijkheid om onder andere scholing in cognitieve gedragstherapie, groepsdynamica en leertherapie te volgen.

Naast bovengenoemde opleidingsmogelijkheden biedt Castle Craig haar medewerkers de kans om een week in Schotland praktijkervaring op te doen. Dit gebeurt door, onder supervisie, groepstherapie te geven of in de rol als patiënt/ervaringsdeskundige. Medewerkers zijn hier erg enthousiast over.

*Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*

Medewerkers zijn bekend met de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en passen deze indien nodig toe. Recent is het intern beleid geactualiseerd naar de laatste normen en wet- en regelgeving.

**4.3 Dossier**

<b>Norm</b>	<b>Score</b>
De diagnose bestaat uit een diagnostische classificatie (DSM) of International Classification of Diseases) en uit een beschrijvende conclusie (structuurdiagnose) op grond van alle verzamelde gegevens. Ten slotte wordt op grond van de diagnose, de toestand van de patiënt en de vraagstelling van patiënt en verwijzer een behandelplan geformuleerd en met de patiënt besproken. (1, 2)	Voldeed wel
Somatische problemen worden herkend en er wordt volgens protocol gehandeld. De psychiater dient geïnformeerd te zijn over de lichamelijke gezondheidstoestand van de patiënt. Ook dient de psychiater na te gaan of er lichamelijke afwijkingen of aandoeningen aanwezig zijn die in (causaal) verband kunnen staan met de psychiatrische verschijnselen. In welke mate de psychiater zelf (delen van) het lichamenlijk onderzoek verricht, zal afhangen van diens bekwaamheid in het uitvoeren en evalueren van lichamenlijk onderzoek, van de behandelsetting en van de aard van de behandelrelatie. Een psychiater moet in staat zijn om een oriënterend lichamenlijk (inclusief neurologisch) onderzoek zelf te verrichten. (2, 3)	Voldeed wel
Uit het dossier blijkt eenduidig wie de inhoudelijke (eind) verantwoordelijkheid heeft. (4)	Voldeed wel
Een actueel (volledig en uniek) medicatieoverzicht is bij elk contact beschikbaar. (2)	Voldeed wel
In het dossier is vastgelegd welke discipline met welke verantwoordelijkheden zijn betrokken bij de verschillende onderdelen van de zorgverlening. (5)	Voldeed wel
Inventariserend, deze norm is een ondersteuning van de diagnostiek. In het dossier is vastgelegd dat risicotaxaties uitgevoerd zijn (ook als er uit kwam dat er geen risico is). (2)	Voldeed wel
De doelen in het behandelplan zijn passend bij de risicotaxaties. (2)	Voldeed wel
De patiënt (of zijn wettelijk vertegenwoordiger) is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van en heeft aantoonbaar ingestemd met het behandelplan. (1, 2)	Voldeed wel
Het is aantoonbaar dat de patiënt al dan niet instemt met (onderdelen van) het behandelplan. (1)	Voldeed wel
Er is afgewogen of een signaleringsplan nodig is om risico's te verminderen/voorkomen. (6)	Voldeed wel
Er vindt een periodieke evaluatie plaats van het behandelplan. (1, 2, 6) NB. de term periodiek is niet verder gedefinieerd, dit moet	Voldeed wel

bepaald/ingevuld worden in relatie tot de problematiek van de patiënt.	
Medicamenteuze, somatische, psychiatrische en sociale behandeldoelen (indien van toepassing) zijn geformuleerd en aantoonbaar weergegeven in het behandelplan. (1, 2)	Voldeed wel
Indien er sprake is van een incident, maakt de zorgaanbieder aantekening in het dossier van de cliënt betreffende aard en toedracht (tevens tijdstip, namen van betrokkenen) (7)	Voldeed wel

*Grondslagen Dossier:*

(1) Wgbo

(2) Richtlijn psychiatrisch diagnostisch onderzoek (NVVP)

(3) Indicator somatisch onderzoek

(4) Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling KNMG (2010)

(5) Wet Big

(6) Multidisciplinaire Richtlijnen (depressie - suicide)

(7) Wkkqz (art. 10 lid 3)

### Toelichting

De inspectie heeft tijdens haar bezoek, met toestemming van betreffende patiënten, vier dossiers ingezien en onderzocht.

In alle dossiers constateerde de inspectie dat aan bovengenoemde normen werd voldaan. Het dossier was overzichtelijk en met een duidelijke structuur.

In de patiëntendossiers is opgenomen wie de behandelaar, regiebehandelaar en medebehandelaars zijn. Voor alle patiënten geldt dat de psychiater de eindverantwoordelijke is. Afhankelijk van de problematiek bij aanmelding vindt het eerste intakegesprek met een klinisch psycholoog of psychiater plaats.

Tijdens de intake is er beperkt aandacht voor somatische screening. De verwijzende huisarts blijft de somatische hoofdbehandelaar. Standaard vindt er een bloed- en urinecontrole plaats. De uitslagen hiervan worden per post naar de patiënt verzonden. Patiënten die voor een klinische behandeling in Schotland of Ierland in aanmerking komen, worden eerst op 'fit to fly' gescreend. In Schotland of Ierland vindt er een uitgebreid medisch onderzoek plaats.

Risicotaxatie wordt structureel uitgevoerd en maakt onderdeel uit van de behandeldoelen. Naast medische behandeldoelen is er ook aandacht voor persoonlijke doelen. Er wordt gebruik gemaakt van signaleringsplannen.

Na elke tiende behandelcontact wordt het behandelplan geëvalueerd en indien nodig bijgesteld.

## 4.4

### Medicatieveiligheid

Norm	Score
Er is een vastgestelde interne richtlijn farmaceutische zorg/geneesmiddelendistributie die tenminste 1 keer per 2 jaar wordt geëvalueerd. (1, 2, 3)	Voldeed wel
Incidenten met medicatie/ geneesmiddelengebruik worden centraal gemeld, besproken en geanalyseerd, bij voorkeur in een systeem van Veilig Incidenten Melden (VIM). De analyse van meldingen leidt tot daadwerkelijke verbeteracties. (1)	Voldeed wel
Medicatieopdrachten worden gegeven met een elektronisch voorschrijfsysteem, inclusief een geautomatiseerd systeem voor medicatiebewaking. (4, 5)	Voldeed niet (20 maart 2017) Voldeed wel

	(1 september 2017) <sup>6</sup>
De verpleging/verzorging en arts hebben een actueel overzicht van tenminste alle voorgeschreven geneesmiddelen, inclusief 'zo nodig' medicatie, event. contra-indicaties en geneesmiddelen allergieën, (zo mogelijk) medicatiehistorie afgelopen drie maanden. Dit overzicht wordt bij voorkeur door de apotheek vervaardigd of is afkomstig uit hetzelfde systeem. (4)	Voldeed wel
De patiënt en/of vertegenwoordiger zijn mondeling en schriftelijk geïnformeerd over het veilig gebruik, de risico's en de mogelijke bijwerkingen van medicatie. (6)	Voldeed wel
De medicatie wordt aantoonbaar ten minste 1 x per jaar beoordeeld door de behandelend arts en een apotheker waarbij de mening van patiënt en verpleging/ verzorging wordt meegenomen. (6)	Voldeed wel

*Grondslagen Medicatieveiligheid:*

(1) Wkkgz (artikel 3, 5 en 9)

(2) Nederlandse Apotheek Norm (NAN, 2006)

(3) Veldnorm farmaceutische zorg GGZ (2003)

(4) Richtlijn Medicatieoverdracht (2011)

(5) Richtlijn KNMG (2013)

(6) Handreiking patiëntveiligheid vanuit het perspectief van cliënten en familie, Lp GGZ (2010)

(7) Veldnorm farmaceutische zorg GGZ (2003)

(8) Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen (2011)

(9) Aanbeveling IGZ-rapport TT Medicatieveiligheid in de care (2010)

(10) Wet Big

## Toelichting

### Medicatieoverzicht

Bij de intake neemt de behandelaar het farmaceutisch opnamegesprek af. Indien een patiënt niet over een actueel medicatieoverzicht beschikt wordt deze bij de huisarts en of apotheek opgevraagd. Castle Craig streeft ernaar om zo min mogelijk medicatie voor te schrijven. Volgens de gesprekspartners is niet haalbaar om altijd over een actueel en compleet medicatieoverzicht te beschikken met deze doelgroep. Er worden zoveel mogelijk bronnen geraadpleegd om een zo betrouwbaar mogelijk medicatieoverzicht te krijgen. Een harde eis voordat een patiënt voor behandeling naar het buitenland gaat is de aanwezigheid van een compleet en actueel medicatieoverzicht.

Binnen Castle Craig zijn er drie hoofdbehandelaren bevoegd om medicatie voor te schrijven.

Castle streeft er naar om zo beperkt mogelijk medicamenteus te behandelen en zoveel mogelijk medicatie af te bouwen. Hierbij gaat het vaak om antidepressiva en benzodiazepinen, al dan niet in combinatie met alcohol. De afbouw van middelen vindt in een klinische setting van één van de ketenpartners plaats.

Afwijkende labwaarden waaronder nierfunctiewaarden worden niet aan de apotheek doorgegeven. De inspectie merkt hierbij op dat dit een wettelijk vereiste is (Geneesmiddelenwet artikel 6.11). Volgens de gesprekspartners waren zij hier niet van op de hoogte maar gaan dit de toekomst wel uitvoeren. Voorts geven de gesprekspartners aan dat afwijkingen in de leverfunctiewaarden het meest voorkomen ten opzichte van nierfunctiewaarden.

<sup>6</sup> Om tot een gewogen oordeel te komen heeft de inspectie, op 21 augustus 2017, Castle Craig verzocht om een overzicht van de voorgeschreven medicatie over de periode januari tot en met juni 2017 aan te leveren. Op basis van het door Castle Craig aangeleverde overzicht bleek dat Castle Craig een zeer beperkt palet aan geneesmiddelen voorschrijft. De inspectie acht het gerechtvaardigd om de score van de norm Medicatieveiligheid van 'voldeed niet' naar 'voldeed wel' te wijzigen.

### *Elektronisch voorschrijfsysteem (EVS)*

Castle Craig heeft geen elektronisch voorschrijf- en medicatiebewakingssysteem (EVS)<sup>7</sup>. Recepten worden digitaal aangemaakt en per fax naar de apotheek verstuurd. Bij onduidelijkheden neemt de apotheek of behandelaar contact met elkaar op. Er is vindt geen elektronische informatie uitwisseling met de apotheker plaats. Op korte termijn gaat Castle Craig over op een nieuw elektronisch patiëntendossier (Care4) waarbij deze functionaliteit wel aanwezig is.

In alle onderzochte dossiers trof de inspectie een actueel medicatieoverzicht of melding dat patiënt geen medicatie gebruikt. Tijdens het MDO vindt er een medicatiereview plaats.

### *Behandelingsovereenkomst*

Het komt weinig voor dat een behandeling eenzijdig door een patiënt wordt beëindigd. Een jaar na beëindiging van de behandeling wordt er contact met de patiënt opgenomen voor een evaluatiegesprek en om te informeren of patiënt nog abstinente is gebleven en of er sprake is geweest van een terugval.

<sup>7</sup> In reactie op het conceptrapport wordt de volgende aanvulling opgenomen: 'Er wordt zo laag frequent mogelijk en zo kortdurend mogelijk medicatie voorgeschreven. De voorschrijvers binnen Castle Craig schrijven daarbij uitsluitend een zeer beperkt palet aan verslavingsgerelateerde geneesmiddelen voor. Vaste medicatie loopt via de huisarts'. Castle Craig beroept zich op de richtlijn Elektronisch Voorschrijven van de KNMG artikel 4 lid b.

## 5 Ontvangen documentatie

De inspectie heeft tijdens haar bezoek aan Castle Craig de volgende documentatie in ontvangst genomen;

- Document 'Regelement voor de behandeling van klachten van patienten versie datum 07-10-2016'
- Document 'Complaints Information for patients Castle Craig Hospital'
- Folder 'Wat als u een klacht heeft?'
- Informatiebrochure 'Klinische behandeling'
- Informatiebrochure 'Ambulante behandeling'
- Informatiebrochure 'Dagbehandeling'
- Informatiebrochure 'De intake'
- Folder 'Clientenraad'