W 95

TNO-rapport
PG 97.013

Veiligheid in verzorgingshuizen

TNO Preventie en Gezondheid
divisie Collectieve Preventie

Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 5 18 18 18
Fax 071 18 19 20

auteur(s):
G.J. Wijlhuizen
P.G.M. Staats
E.H.C. van Rooij

datum:
juni 1997

TNO Preventie en Gezondheid
Gorterbibliotheek
18 AUG 1997
Postbus 2215 - 2301 CE Leiden

Stamboeknummer
15496

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemen Voorwaarden voor onderzoeks-opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 1997 TNO

Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek TNO.

INHOUDSOPGAVE pagina

VOORWOORD 1

1. ACHTERGROND, DOEL, OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK 2

1.1 Inleiding 2
1.2 Doel van het onderzoek 3
1.3 Opzet van het onderzoek 3
1.4 Uitvoering van het onderzoek 5

2. KENMERKEN EN ONTWIKKELINGEN VAN VERZORGINGSHUIZEN 8

2.1 Algemene gegevens met betrekking tot verzorgingshuizen 8
2.2 Koepelorganisaties 9
2.3 Plaatsbepaling verzorgingshuis 9
2.4 Indeling in zorgzwaarte 10
2.5 Overheveling WBO naar AWBZ 11
2.6 Kwaliteitswet Zorginstellingen 12

3. VEILIGHEID IN VERZORGINGSHUIZEN 15

3.1 Inleiding 15
3.2 Ongevallen 15

3.2.1 Aard en omvang ongevallen 16
3.2.2 Risicofactoren voor ongevallen 19

3.3 Brand 22

3.3.1 Aard en omvang brandmeldingen 22
3.3.2 Risicofactoren brand 24

3.4 Sociale (on)veiligheid 25

3.4.1 Aard en omvang sociale (on)veiligheid (objectief, beleving) 25
3.4.2 Risicofactoren sociale (on)veiligheid 28

4. VEILIGHEIDSBELEID IN VERZORGINGSHUIZEN 29

4.1 Ongevallen 30

4.1.1 Registratie 30
4.1.2 Richtlijnen, procedures en aanpassingen van de woonomgeving 31
4.1.3 Opleiding van en advisering aan personeel 33

4.2 Brand 33

4.2.1 Registratie 33
4.2.2 Richtlijnen, procedures en aanpassingen van de woonomgeving 34
4.2.3 Opleiding van en advisering aan personeel 35

4.3 Sociale (on)veiligheid 35

4.3.1 Registratie 35
4.3.2 Richtlijnen, procedures en aanpassingen van de woonomgeving 36
4.3.3 Opleiding van en advisering aan personeel 37

5. AANBEVELINGEN 39

LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN 47

LITERATUUR 48

BIJLAGEN 51

1. Checklist: Interview met Sleutelfiguren
2. Internationale gegevens valongevallen
3. Voorbeelden Melding Incidenten patiënten-formulieren
4. Meetinstrument Omgeving Tehuizen (MOT)
5. Het Preventiewiel
6. De kleurenmethode
7. De personeelsenquête
8. Vragenlijst preventiewiel en security audit
9. Voorbeeld incidentmeldingsformulier

VOORWOORD

In de periode medio oktober 1996 tot eind juni 1997 is in opdracht van Consument en Veiligheid (C&V) door TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG), divisie Collectieve Preventie een onderzoek uitgevoerd naar veiligheid in verzorgingshuizen. Aan dit onderzoek heeft onder meer een tiental verzorgingshuizen meegewerkt in de vorm van interviews en door het beschikbaar stellen van documentatie en informatie. Om redenen van bescherming van privacy zijn de gegevens geanonimiseerd in dit rapport weergegeven en worden de betrokken verzorgingshuizen niet bij name genoemd. Daarnaast is medewerking verkregen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en vertegenwoordigers van verschillende koepels van verzorgingshuizen (de Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen (LOBB), de WoonZorg Federatie (WZF) en VDB Nederland; Beroepsorganisatie Directies Zorgsector.

Bij het onderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld bestaande uit de volgende personen:

Mw J.M.T. Ammerlaan	VWS, Directie Ouderenbeleid;
Dhr F.H. de Jong	VWS, Consumenten- en Omgevingsveiligheid;
Dhr F. Teerink	VDB Nederland
Dhr J. Visser	LOBB
Mw B. Illing	C&V
Dhr L. Hesemans	C&V

Het doel van de begeleidingscommissie is om advies te geven over de opzet van het onderzoek en om de inhoud van de conceptrapportage en de conclusies en aanbevelingen te toetsen aan de specifieke expertise die elk van de leden op dit terrein bezit. De leden van de begeleidingscommissie adviseren Consument en Veiligheid over wenselijke aanpassingen en toevoegingen aan het concept-rapport. De inhoud van het rapport inclusief de aanbevelingen worden derhalve door de begeleidingscommissie ondersteund.

1. ACHTERGROND, DOEL, OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK

1.1 Inleiding

Consument en Veiligheid (C&V) heeft reeds jaren ervaring met veiligheidsprojecten gericht op ouderen (55+). Deze projecten hebben zich tot nu toe altijd gericht op zelfstandig wonende ouderen, interventies specifiek gericht op ouderen die in instellingen wonen zijn niet eerder ontwikkeld.

Aan TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) is gevraagd een verkennende studie uit te voeren naar veiligheid in verzorgingshuizen. Een overzicht van situaties rondom veiligheid in verzorgingshuizen, behoefte aan ondersteuning en het verder vormgeven van veiligheidsbeleid zijn aandachtspunten binnen deze studie.

Met veiligheid in verzorgingshuizen wordt een gebied bedoeld dat betrekking heeft op:

1. ongevallen en beleving van (on)veiligheid bij bewoners;
2. brandveiligheid en beleving van (on)veiligheid bij bewoners;
3. sociale veiligheid en beleving van (on)veiligheid bij bewoners.

Het gaat daarbij om de veiligheid van bewoners binnen de grenzen van het grondgebied dat onder de verantwoordelijkheid van de verzorgingshuizen valt.

Het betreft een breed aandachtsgebied waar verschillende factoren bij betrokken zijn, te weten:

- de individuele bewoners van verzorgingshuizen (o.a. kenmerken als: psychische en fysieke gezondheid, gedrag, hulpmiddelengebruik, geneesmiddelengebruik, ervaringen met onveilige situaties);
- de sociale omgeving van bewoners van verzorgingshuizen (partner, kind(eren), familie, kennissen, vrijwilligers die mantelzorg geven);
- de fysieke woonomgeving van de bewoners (o.a.: aangebrachte hulpmiddelen en getroffen veiligheidsvoorzieningen waaronder: beugels, drempels, obstakels, sloten, alarmering, verlichting, monitoring, toegankelijkheid voor bewoners/bezoekers);
- de organisatie van de verzorgingshuizen (o.a.: personele capaciteit, registratie van incidenten, procedures en voorschriften en handhaving daarvan, deskundigheid van personeel, advisering naar bewoners, medezeggenschap van bewoners en van personeel (Ondernemingsraad, Cliëntenraad));

- de koepelorganisaties van verzorgingshuizen, te weten:
  De WoonZorg Federatie (WZF), de Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen (LOBB) en de Beroepsorganisatie Directies Zorgsector (VDB Nederland);
- Inspectie voor de Gezondheidzorg.

1.2 Doel van het onderzoek

De doelstelling van het onderzoek is inzicht te verkrijgen in de aard, omvang en determinanten van onveiligheid in verzorgingshuizen om, waar nodig, te komen tot aanbevelingen aan C&V om de onveiligheid in verzorgingshuizen terug te dringen.

Vraagstellingen:

1) Wat is de aard en de omvang van onveiligheid in verzorgingshuizen?
2) Wat zijn determinanten van onveiligheid in verzorgingshuizen?
3) Wat zijn aanknopingspunten voor C&V voor interventies ter vergroting van de veiligheid in verzorgingshuizen?

1.3 Opzet van het onderzoek

In het onderzoek is een zestal fasen te onderscheiden. In het kort zullen de verschillende fasen besproken worden.

Fase 1 Voorbereidingsfase

Door TNO wordt op basis van het document 'Ongevallen in zorginstellingen' een eerste aanzet voor onderzoek gemaakt waarbinnen prioriteiten worden gesteld en waarover overeenstemming moet worden bereikt met C&V. Interne TNO-kwaliteitstoetsing van het onderzoeksvoorstel maakt deel uit van deze fase. Vervolgens wordt door C&V in overleg met TNO aangegeven uit welke personen (instanties) de begeleidingscommissie zal bestaan en deze worden daartoe uitgenodigd door C&V. Er wordt een taakomschrijving gemaakt voor de begeleidingscommissie door TNO en C&V in onderling overleg.

Fase 2 Beknopte algemene oriëntatie op onveiligheidsproblematiek in verzorgingshuizen

Op een globaal niveau wordt de aard en omvang van de onveiligheidsproblematiek in verzorgingshuizen in beeld gebracht op basis waarvan gesprekken met deskundigen richting en inhoud wordt gegeven. Aangegeven wordt op welke terreinen vooralsnog onvoldoende kennis beschikbaar is met betrekking tot de aard en omvang van de problematiek, maar ook wat betreft de huidige aanpak daarvan. Er worden, na overleg met leden van de begeleidingscommissie, afspraken voor interviews gemaakt met deskundigen op dit gebied uit verschillende organisaties zoals: de LOBB, WZF, VDB Nederland, Platform Kwaliteit Verzorgingshuizen, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Stichting Kwaliteitsbevordering Management en Bestuur Verzorgingstehuizen (KMBV).

Fase 3 Oriënterende interviews met betrokken organisaties (A) en individuele verzorgingshuizen (B)

A) Een aantal gesprekken wordt gevoerd met deskundigen uit betrokken organisaties, namelijk met een beperkt aantal (ca. 5) koepelorganisaties die hierboven genoemd zijn, dat in het veld van verzorgingshuizen actief is.
B) Als vervolg op gesprekken met koepelorganisaties wordt een tiental verzorgingshuizen benaderd waarbij interviews worden gehouden over concrete problemen en aanknopingspunten voor interventiebeleid. De interviews vinden plaats met de directie (of eerst verantwoordelijke persoon), personeel (ondernemingsraad of vergelijkbaar orgaan) en cliëntenraden. Er worden uiteenlopende verzorgingshuizen benaderd op onder meer de volgende kenmerken: omvang, wel/niet recent gebouwd/gerenoveerd verzorgingshuis, locatie (landelijk, stedelijk), wel/geen groepsverzorging.

Fase 4 Vaststelling van veiligheidsproblematiek en de aanpak daarvan in verzorgingshuizen

Verslaglegging over de in Fase 3 gehouden interviews met inhoudelijk deskundigen, registratiegegevens, documenten en recente literatuur waarin de veiligheidsproblematiek in verzorgingshuizen aan de orde is. Het gaat daarbij bij voorkeur om:

- registratiegegevens: Privé-ongevallen Registratie Systeem (PORS); Fouten, Ongevallen, Near Accidents (FONA); Binnenlandse Zaken (brandweer, politie);
- (review)artikelen over determinanten van (on)veiligheid in verzorgingshuizen (zo nodig internationaal);

- (review)artikelen over geëvalueerde interventies ter verkleining van de onveiligheid in verzorgingshuizen (zo nodig internationaal);
- regelgeving en organisatie binnen verzorgingshuizen in relatie tot veiligheid.

Fase 5 Aangeven van mogelijkheden voor het ontwikkelen van interventies

Op basis van de verzamelde gegevens en de interviews die in fase 4 zijn gehouden worden aanbevelingen opgesteld voor het ontwikkelen van interventies. Deze aanbevelingen worden voorgelegd aan de opdrachtgever en de leden van de begeleidingscommissie alsmede aan andere relevant geachte organisaties/deskundigen (nader bepaald in overleg met C&V en de begeleidingscommissie).
Ook wordt aangegeven op welke terreinen aanvullend onderzoek gewenst is. Suggesties worden voor zover mogelijk binnen het kader van dit onderzoek en voor zover gewenst door de opdrachtgever verwerkt en vervolgens worden de aanbevelingen vastgesteld.

Fase 6 Rapportage en afronding van het onderzoek

Samenstellen van het rapport.

De totale doorlooptijd van het onderzoek, zoals hier werd voorgesteld, bedraagt 8,5 maand (van medio oktober 1996 tot en met juni 1997).

1.4 Uitvoering van het onderzoek

De voorbereidende werkzaamheden voor het project (fase 1 en 2) zijn afgerond in december 1996. Er is een begeleidingscommissie geformeerd en een checklist samengesteld (zie bijlage 1) op basis waarvan de interviews konden plaatsvinden met vertegenwoordigers van koepels (A) en met vertegenwoordigers van enkele verzorgingshuizen (B).

In de eerste 3 maanden van 1997 zijn er gesprekken gevoerd met deskundigen vanuit de volgende organisaties:
- WoonZorg Federatie (WZF);
- Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen (LOBB);

- VDB Nederland; Directeuren en kwaliteitmanagers uit verzorgingshuizen (met een bredere visie);
- Inspectie voor de Gezondheidszorg; Inspecteurs voor de verzorgingshuizen.

De ouderenbonden zijn niet voor een interview benaderd omdat er contacten zijn met de LOBB. Wel zullen de ouderenbonden van de uitkomsten van het onderzoek op de hoogte gesteld worden.

Daar in de eerste interviewronde twee directeuren van verzorgingshuizen en een kwaliteitsmanager eveneens informatie konden geven over de situatie in hun eigen verzorgingshuis, is de bruikbare informatie ook voor de tweede interviewronde gebruikt, aangevuld met informatie van vertegenwoordigers uit vier individuele huizen. De gesprekken zijn gevoerd met directieleden, en leden van cliëntenraden en ondernemingsraden.
Geconcludeerd kan worden dat de verzorgingshuizen die hebben meegedaan aan de interviewronde veelal groot van omvang zijn. Veel kleine huizen die benaderd werden vonden de tijd die zij kwijt waren aan het interview te belastend en hebben dan ook verder afgezien van deelname. De kleine huizen zijn hiermee dan ook ondervertegenwoordigd in het onderzoek.
De gesprekken met de vertegenwoordigers van de koepels dienden als basis voor de interviews van de tweede ronde, eveneens zijn delen uit de checklist van de eerste ronde aan de orde gesteld.

Alle gesprekken zijn genotuleerd en voor aanvulling/verbetering naar de geïnterviewde personen gestuurd. Suggesties ter verbetering zijn verwerkt.

Literatuur- en gegevensverzameling (fase 4): parallel aan de interviewronde zijn in de maanden januari tot april 1997 gegevens verzameld over bestaande registraties, documenten en recente literatuur waarin de veiligheidsproblematiek in verzorgingshuizen aan de orde is.
Hierbij is gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen, te weten:
- artikelen verkregen op grond van een literatuursearch (aan de hand van sleutelwoorden);
- literatuur verkregen van Consument en Veiligheid;
- registratiegegevens zoals PORS, FONA, Binnenlandse zaken, Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS);
- registratiegegevens verzameld door de verschillende verzorgingshuizen;
- documenten en gegevens uit de verschillende verzorgingshuizen.

De koppeling van de gegevens verkregen uit fase 3 en 4 heeft geleid tot het formuleren van een reeks conclusies en aanbevelingen (fase 5) die vervolgens aan de opdrachtgever en begeleidingscommissie zijn voorgelegd. Tevens zijn terreinen aangegeven waarnaar aanvullend onderzoek gewenst is.

Opbouw van het rapport

De opbouw van het rapport is als volgt: hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de kenmerken van verzorgingshuizen en beleidsmatige ontwikkelingen die in gang zijn gezet. In hoofdstuk 3 wordt de aard en omvang van de problematiek besproken, evenals de risicofactoren die in de literatuur gevonden zijn met betrekking tot veiligheid in verzorgingshuizen.
In hoofdstuk 4 komen het veiligheidsbeleid en de daarvoor ontwikkelde instrumenten en maatregelen aan de orde die genoemd zijn in de interviews en in de literatuur. Tot slot worden in hoofdstuk 5 de aanbevelingen geformuleerd die voor C&V de richting aangeven ten aanzien van hun mogelijke rol bij het vergroten van de veiligheid in verzorgingshuizen.

2. KENMERKEN EN ONTWIKKELINGEN VAN VERZORGINGSHUIZEN

2.1 Algemene gegevens met betrekking tot verzorgingshuizen

Zoals omschreven in de paragraaf 'opzet van het onderzoek', zal veiligheid in verzorgingshuizen onderwerp van studie zijn. In het kort zal een definitie en plaatsbepaling van verzorgingshuizen in Nederland worden gegeven.
In de Overgangswet Verzorgingshuizen (1996) is een verzorgingshuis als volgt omschreven:
'Een instelling waarin aan ten minste vijf personen van 65 jaar of ouder duurzaam verblijf en verzorging wordt verschaft'. Dit in tegenstelling tot een verpleeghuis (in Nederland zijn er 325 verpleeghuizen), waar dag en nacht medische, paramedische, verpleegkundige en psychosociale zorg centraal staan en de woonfunctie niet als zodanig benoemd wordt.

In Nederland zijn er rond de 1450 verzorgingshuizen, welke ingedeeld kunnen worden naar diverse grootes (CBS, 1994). In 1994 heeft ruim 70% van de verzorgingshuizen een capaciteit van 50 tot 150 plaatsen. Kleine instellingen met minder dan 50 plaatsen nemen in aantal steeds meer af. Het gemiddelde aantal verzorgingsplaatsen per huis is ongeveer 90 en het totaal aantal bewoners komt op 121.000, waarvan ongeveer 20% mannen (WZF, 1996). Ongeveer 7% van het aantal ouderen boven de 65 jaar verblijft in een verzorgingshuis en voor personen van 85 jaar of ouder geldt dat ca. 25% in een verzorgingshuis woont.
Van het genoemde aantal verzorgingshuizen zijn er ongeveer 135 met een bijzondere functie, zoals bijvoorbeeld kloosterbejaardenoorden, huis voor kunstenaars, verzorgingshuis voor visueel gehandicapte ouderen, ex-zeelieden etc.
Door een daarvoor door Burgemeester en Wethouders van een gemeente ingestelde indicatiecommissie wordt bepaald of iemand in aanmerking komt voor opname in een verzorgingshuis.
De bezettingsgraad van de verzorgingshuizen is landelijk gemiddeld ongeveer 98%. De gemiddelde leeftijd van bewoners in verzorgingshuizen vertoont een stijgende tendens en bedraagt ongeveer 85 jaar. Gemiddeld verblijft men ruim 4,5 jaar in het verzorgingshuis. De gemiddelde verblijfsduur daalt. Van degenen die jaarlijks worden uitgeschreven, vertrekt 17% naar een verpleeghuis en bijna 1% naar een psychiatrisch ziekenhuis.

2.2 Koepelorganisaties

In principe zijn de verzorgingshuizen autonome instellingen met een directie en een algemeen bestuur. Landelijk zijn er 3 koepels direct betrokken bij de verzorgingshuizen, ieder met een eigen invalshoek, te weten:

- De WZF: de landelijke koepelorganisatie van 16 verenigingen waarvan tezamen 1400 verzorgingshuizen lid zijn. Zij behartigt de belangen van direct of indirect aangesloten organisaties, die werkzaam zijn op het terrein van verzorging of huisvesting van ouderen;
- LOBB: Zij behartigt de belangen van bewoners in verzorgingshuizen. Bij de LOBB zijn 1200 cliëntenraden aangesloten;
- VDB Nederland: De VDB Nederland is een beroepsorganisatie van directies in de zorgsector. De organisatie heeft tot doel het bijdragen aan een optimaal functioneren van directeuren en het ondersteunen van de leden, alsmede het bijdragen aan de ontwikkeling en de versterking van de directiefunctie in onder meer verzorgingshuizen, (woon)zorgcentra of woonzorgcombinaties.

Eveneens een belangrijke participant in het veld van de verzorgingshuizen is de Inspectie. Sinds 1 januari 1997 valt de Inspectie voor de Verzorgingshuizen onder de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
De Inspectie heeft als taak het houden van algemeen toezicht, crisis-toezicht (op basis van klachten en incidenten) en thematisch toezicht (bijvoorbeeld aan de hand van de Klachtwet etc.).

2.3 Plaatsbepaling verzorgingshuis

Binnen het gehele stelsel van intra- en extramurale voorzieningen neemt het verzorgingshuis een belangrijke plaats in. In de loop der jaren is de wijkfunctie van het verzorgingshuis toegenomen, dat wil zeggen dat vanuit het verzorgingshuis diensten worden aangeboden aan thuiswonende ouderen (maaltijden, zorg etc.).Verder komen er in verzorgingshuizen steeds meer mogelijkheden voor dagopvang of groepsverzorgingsprojecten. Ouderen zowel vanuit de wijk als uit het huis wordt een programma aangeboden om enige structuur aan de dag te geven. Verzorgingshuizen kunnen ook zorg in de thuissituatie bieden aan geïndiceerde ouderen. Deze reikwijdteverbreding leidt vooral tot woonzorgprojecten waarbij uit de middelen van de verzorgingshuizen de zorgverlening wordt betaald. Steeds meer komen er aanleunwoningen in de buurt van het verzorgingshuis die via een alarmeringssysteem met het verzorgingshuis verbonden zijn.

Intramuraal zijn er samenwerkingsverbanden met het verpleeghuis waarvan de zogenaamde substitutieprojecten psychogeriatrie, consultatie en verpleegunits in verzorgingshuizen voorbeelden zijn.

2.4 Indeling in zorgzwaarte

De zorgvraag van bewoners van verzorgingshuizen loopt sterk uiteen. Er verblijven bewoners in het verzorgingshuis die veel lichamelijke zorg behoeven, vaak gecombineerd met een gerichte begeleiding op het psychosociale vlak. Er zijn ook bewoners in het verzorgingshuis die zo op het oog weinig zorg behoeven. Veelal wordt de zorgvraag van bewoners vertaald in zorgzwaarte (profielen).
Wat betreft zorgzwaarte kunnen bewoners van verzorgingshuizen ondergebracht worden in drie grove categorieën (BTSG, 1994), te weten bewoners met lichte problemen (vooral ten aanzien van lichamelijke hulpbehoevendheid: 48%), bewoners met enkelvoudige en/of matige problematiek (ten aanzien van een gedragsaspect: 30%), en een groep bewoners met meervoudige en zware problematiek (ten aanzien van twee of meer gedragsaspecten: 22%). De zorgzwaarte wordt veelal uitgedrukt in het aantal minuten zorg per persoon per dag.
Om de zorgzwaarte in kaart te brengen zijn er diverse meetinstrumenten in gebruik (BTSG, 1994). Op basis van EBIS (Extern Besturings Informatie Systeem)-gegevens wordt het landelijk gemiddelde per bewoner op 90 à 100 minuten per dag geschat. In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de zorgzwaarte in minuten van 1993 tot en met 1995.

Tabel 2.1: Percentage bewoners van verzorgingshuizen onderverdeeld naar aantal benodigde zorgminuten per dag over de periode 1993-1995

	Zorgminuten per dag	% bewoners 1993	% bewoners 1994	% bewoners 1995
Regelmatige aanvullende zorg	75	18,9	19,3	19,6
Aanvullende en overnemende zorg	120	11,7	11,7	12,4
Veel overnemende zorg	165	10,9	11,4	11,9
Totale overnemende zorg	260	11,4	11,5	11,2
Totaal		100,0	100,0	100,0

Bron: FOZ (7) (Zorg in Getal, VWS 1995)

Uit het cijfermateriaal kan worden geconcludeerd dat er een verschuiving in de zorgzwaarte ontstaat. Dit komt voornamelijk doordat bewoners met steeds zwaardere somatische of psychogeriatrische problematiek veelal binnen de eigen muren van het verzorgingshuis verzorgd en begeleid worden terwijl

ze eigenlijk voor een verpleeghuis in aanmerking zouden komen (substitutie). Deze ontwikkeling heeft tevens te maken met een tekort aan psychogeriatrische plaatsen in verpleeghuizen.
Vooral het aantal bewoners in verzorgingshuizen dat lijdt aan psychogeriatrische (pg-) problemen stijgt de afgelopen jaren enorm (LOBB, 1996). Veelal heeft men wel een speciale opvangmogelijkheid zoals groepsverzorgingsprojecten, huiskamerprojecten, dagopvang etc.
De LOBB geeft in haar rapport aan dat uit verschillende onderzoeken blijkt dat 15 tot 40% van de bewoners van verzorgingshuizen pg-problemen heeft.
De veranderende zorgzwaarte c.q. bewonerspopulatie in aard en omvang behoeft voor de toekomst organisatorische en inhoudelijke aanpassing. Zo zullen er andere of aanvullende eisen gesteld worden aan de deskundigheid van het personeel, aan de materiële voorzieningen die getroffen moeten worden zoals b.v. meer tilliften, hoog/laag-bedden etc.
Naast bovenstaande verschuivingen zijn er op financieel-bestuurlijk gebied de nodige ontwikkelingen te verwachten. Relevante ontwikkelingen zullen hieronder globaal beschreven worden. De gegevens zijn ontleend aan artikelen en publicaties die hierover verschenen zijn.

2.5 Overheveling WBO naar AWBZ

De Modernisering van de Ouderenzorg heeft als doel het aanbod aan voorzieningen onderling beter, en ook beter op de zorgvraag van ouderen, af te stemmen. Dit om de zorg van ouderen ook op langere termijn veilig te stellen (Turenhout, 1996).
In het kader van de Modernisering van de Ouderenzorg is in 1996 een wetsvoorstel van staatssecretaris Terpstra aangenomen waarin de overheveling van de verzorgingshuizen van de Wet op de Bejaardenoorden naar de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geregeld is. De politiek volgt met name de modernisering van de verzorgingshuizen nauwlettend vanwege de grote financiële en bestuurlijke consequenties. De overheveling van de verzorgingshuizen van de WBO naar de AWBZ is een zeer complex onderdeel binnen de Modernisering van de Ouderenzorg.
De overheveling van de financiering van de verzorgingshuizen is reeds begin 1997 in gang gezet. De daadwerkelijke overheveling van de verzorgingshuizen naar de AWBZ vindt formeel plaats in 2001. In de tussentijd (via een overgangsregeling) zullen de verzorgingshuizen worden gefinancierd op basis van een tijdelijke subsidieregeling. De Ziekenfondsraad draagt zorg voor de uitvoering van die regeling. De grote steden en de provincies behouden tot 2001 een rol bij de beoordeling van de jaarrekeningen en de begrotingen van verzorgingshuizen. De opbrengst van de eigen bijdragen van de bewoners 1996 wordt als ijkpunt gebruikt voor het budget van de verzorgingshuizen van 1997 tot 2001

(Arink, 1996). Er zal in de overgangsperiode gestreefd worden naar een landelijke uniforme bekostiging. In de overgangswet worden ook andere zaken geregeld zoals indicatiestelling, WBO flankerend beleid etc.

Wanneer de verzorgingshuizen vanuit de AWBZ gefinancierd worden ontstaat er een financieringskader voor verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorg.

Als voordelen van deze nieuwe situatie worden aangegeven:

- het biedt meer mogelijkheden om samen te werken en vormen van zorg van de een naar de ander over te hevelen, de verpleegunits die de komende jaren in de verzorgingshuizen komen, zijn daarvan een voorbeeld (Arink, 1996). De verzwaring van de populatie van de verzorgingshuizen krijgt onder meer gestalte door het inrichten van de genoemde verpleegunits, geschikt voor de opvang van speciale groepen met een veelal complexe zorgvraag. Vooralsnog valt een verpleegunit onder de verantwoordelijkheid van een verpleeghuis;
- de vermogenstoets voor de bewoners verdwijnt, de hoogte van de eigen bijdrage zal opnieuw moeten worden vastgesteld, er wordt echter wel een grens gesteld aan de maximale bijdrage per maand.

In de gehele discussie over de overheveling van de verzorgingshuizen naar de AWBZ heeft het behouden van eigen identiteit, de koppeling van wonen en zorg in de verzorgingshuizen, de aandacht. Tot op heden is een scheiding van de woon/zorgfunctie van verzorgingshuizen nog niet geëffectueerd. Voorstellen over een mogelijke scheiding en de consequenties hiervan worden in de loop van 1998 verwacht.

2.6 Kwaliteitswet Zorginstellingen

De kwaliteit van zorgverlening in instellingen is vanaf 1 april 1996 in een afzonderlijke wet geregeld: de Kwaliteitswet Zorginstellingen (Kamerstuk 23 633, nr. 2-20). Doel van de wet is ervoor te zorgen dat zorginstellingen zorg van een verantwoord niveau verlenen. De wet stelt daartoe een aantal kwaliteitseisen en regelt het toezicht en de handhaving. Het is een kaderwet die de eigen verantwoordelijkheid van de zorginstelling voor kwalitatief goede zorg als uitgangspunt neemt. De overheid stelt zich terughoudend op, al blijft zij eindverantwoordelijke. De wet bevat daarom slechts een beperkt aantal kwaliteitseisen van algemene aard, in plaats van vele en gedetailleerde normen. De partijen in het veld, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden, moeten die algemene eisen zelf nader uitwerken en invullen. In de praktijk zal er weinig veranderen. Om de kwaliteit van zorg te verhogen, ontplooien zij

vele activiteiten. De wet bepaalt niet dat er meer aan kwaliteitsbeleid moet worden gedaan, maar dat er meer op een systematische wijze aan kwaliteitsbeleid gedaan moet worden.
Instellingen in de zorgsector, dus ook de verzorgingshuizen, moeten vanaf 1 april 1996 aan vier kwaliteitseisen voldoen:

1. het bieden van verantwoorde zorg aan patiënten of cliënten, het gaat hierbij om zorg van een goed niveau, die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend. Verder is er van verantwoorde zorg pas sprake als er voldoende afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders is;
2. er worden verschillende voorwaarden gesteld aan de organisatie van de zorg zoals: voldoende en capabel personeel, duidelijkheid over toe deling van taken en verantwoordelijkheden etc.;
3. het systematisch bevorderen en bewaken van de kwaliteit van zorg, hierbij is het een vereiste dat er gegevens over de verleende kwaliteit van zorg systematisch verzameld en geregistreerd worden. Op deze wijze kan het ook extern getoetst worden. Hoe zo'n kwaliteitssysteem het beste vorm kan krijgen, laat de wet aan de zorginstellingen zelf over. Toetsing in het kader van de Kwaliteitswet vindt plaats door de Inspectie voor de Gezondheidszorg;
4. het jaarlijks uitbrengen van een kwaliteitsjaarverslag, waarin de instelling verantwoording aflegt over het gevoerde kwaliteitsbeleid en de verleende kwaliteit van zorg.

Met het toezicht op het naleven van de Kwaliteitswet Zorginstellingen is zoals eerder genoemd de Inspectie voor de Gezondheidszorg belast. Het accent ligt voornamelijk op de wijze waarop de instelling de kwaliteit bewaakt, beheerst en verbetert.
Een voorbeeld van een methode om aan kwaliteitsverbetering in verzorgingshuizen te doen, is de methode van zelfevaluatie (Bekker, 1997). Met behulp van het KWIEK-project (KWIEK staat voor Kwaliteit Wordt IEders Kenmerk) wordt op een methodische wijze inzicht verkregen in de kwaliteit van de werksituatie zodat het mogelijk is op een gestructureerde manier verbeteringen aan te gegeven. Coaching en begeleiding wordt gegeven door een externe KWIEK-medewerker.
Een voorbeeld van een instrument van externe toetsing is certificatie: onafhankelijke instituten beoordelen het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen.
In de Handleiding Externe Kwaliteitsbewaking Verzorgingshuizen, een uitgave van de WoonZorg Federatie, staan eisen, richtlijnen en aanwijzingen voor besturen en directies van verzorgingshuizen die meer willen weten over visitatie en registratie en die overwegen zich in de toekomst aan te melden voor visitatie. Een visitatiecommissie die divers is samengesteld voert uiteindelijk de visitatie uit. Voldoet men aan de opgestelde norm dan krijgt men het kwaliteitslabel verzorgingshuizen.

Voor wat betreft het project veiligheid in verzorgingshuizen zijn bovenstaande ontwikkelingen van belang. Een aantal verzorgingshuizen zal in de pas lopen met verpleeghuizen wat betreft kwaliteitsbeleid in het algemeen en veiligheidsbeleid in het bijzonder. Toch zal ook een aantal verzorgingshuizen solitair optreden, veranderingen en vernieuwingen zullen hier langzaam op gang komen.
Bij het opstellen van aanbevelingen en maatregelen op het gebied van veiligheid in verzorgingshuizen, zullen de ontwikkelingen op het gebied van de intra-murale zorgverlening er zeker bij betrokken worden.
Het volgende hoofdstuk zal ingaan op de aard en omvang van (on)veiligheid in verzorgingshuizen, en op de risicofactoren die daaraan ten grondslag liggen.

3. VEILIGHEID IN VERZORGINGSHUIZEN

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een inventarisatie gepresenteerd van de aard, omvang en risicofactoren van de drie categorieën veiligheidsaspecten die een rol spelen in verzorgingshuizen: ongevallen, brand en sociale (on)veiligheid. Dit overzicht is gebaseerd op Nederlandse en buitenlandse literatuur, op gegevens uit de eigen registratie van verzorgingshuizen die ter beschikking zijn gesteld en op PORS-gegevens.

3.2 Ongevallen

In verzorgingshuizen kan men te maken krijgen met diverse soorten incidenten die tot de categorie 'ongevallen' worden gerekend, waaronder:

- vallen;
- medische ongevallen (met name medicijnongelukken);
- zich branden, aan bijvoorbeeld hete vloeistoffen/gassen/objecten (uitgezonderd bij 'brand' zoals in paragraaf 3.3 is beschreven);
- voedingsincidenten (dieetfouten, verslikken);
- inname van schadelijke stoffen;
- overige (voornamelijk stoten, knellen, botsen).

In de literatuur wordt met name ingegaan op valongevallen, en in mindere mate op ongevallen met betrekking tot medicijngebruik. Over de overige typen zijn geen bruikbare cijfers bekend. Dit is onder meer gelegen in het feit dat valincidenten in aantal de andere typen veruit overstijgt. Het gevolg hiervan is dat in het vervolg van deze paragraaf de meeste aandacht aan valongevallen zal worden besteed.

3.2.1 Aard en omvang van ongevallen

Geraadpleegde bronnen

Bij de verzameling van gegevens is gebruik gemaakt van drie soorten bronnen:

a. incidentmeldingsgegevens zoals MIP (Melding Incidenten Patiënten(zorg), ook wel MIB (Melding Incidenten Bewoners) genoemd)- gegevens, ontleend aan interne registratiesystemen van diverse verzorgingshuizen (hier anoniem weergegeven).
   Opmerkingen: alle typen incidenten worden in dit systeem meegenomen, dus ook de valincidenten zonder letsel. Per verzorgingshuis, personele staf en dagdeel is er variatie in de mate waarin deze formulieren per incident worden ingevuld;
b. PORS-gegevens: cijfers ontleend aan het Privé Ongevallen Registratie Systeem van C&V (tegenwoordig LIS: Letsel Informatie Systeem).
   Opmerkingen: hierin zijn alleen de incidenten opgenomen die SEH-behandeling op een EHBO-afdeling van een ziekenhuis nodig maakten. Bovendien zijn in dit gegevensbestand verzorgingshuizen en verpleeghuizen bij elkaar getrokken;
c. epidemiologische studies, zowel in binnen- als buitenland uitgevoerd, over onder meer de thema's 'ouderen en vallen', 'ongevallen in verzorgingshuizen', en 'preventie van ongevallen in verzorgingshuizen'.
   Opmerkingen: bij studies gebaseerd op vragenlijstonderzoek is de kans groot dat alleen de relatief ernstige incidenten zijn genoemd door de respondenten omdat men de lichtere ongevallen is vergeten. Bij buitenlandse literatuur krijgt men te maken met het feit dat de terminologie op zorginstellingsgebied niet eenduidig en overzichtelijk is.

Het gebruik van deze bronnen brengt dus enige voorzichtigheid bij de interpretatie van gegevens met zich mee. Bij praktijkstudies heeft soms een samentrekking plaatsgevonden van verpleeghuizen, verzorgingshuizen, bejaardenwoningen en ziekenhuizen. Niet overal in de literatuur is dit goed aangegeven. Bovendien is de samenstelling van bewoners naar bijvoorbeeld leeftijd, geslacht en gezondheidsproblemen in de zorginstellingen niet overal gelijk, evenals de diverse registratieprocedures. Dit geldt voor de Nederlandse gegevens en in grotere mate voor de buitenlandse studies. Bij de interpretatie zal daarom uitsluitend gesproken kunnen worden over een orde van grootte van de ongevalsproblematiek in verzorgingshuizen.

Gegevens over ongevallen

Onder valongevallen wordt in de literatuur verstaan: zowel de duidelijke situaties van vallen naar aanleiding van misstappen, uitglijden, ergens naast gaan zitten etc., als de 'persoon aangetroffen op de grond'-incidenten, waarbij ook die valongevallen zijn opgenomen waar geen letsel is opgetreden. Voor ouderen is een val een relatief vaak voorkomende en ingrijpende gebeurtenis. Niet alleen zijn de psychische gevolgen vaak groot voor de betrokkene (angst om nog een keer te vallen, hetgeen juist leidt tot een grotere kans op herhaling; Mossey, 1985); maar ook wordt er in het algemeen in het jaar na een val door de betrokkene een aanzienlijk zwaarder beroep gedaan op de gezondheidszorg dan door niet-vallers. Bovendien is een val vaak het begin van een periode van achteruitgang van de patiënt (zie bijv. Kiel e.a., 1991; Vellas e.a., 1987).
In Tabel 3.1 is het absolute aantal valongevallen (met en zonder letsel) en de incidentie per 1000 personen per jaar weergegeven voor bewoners van vier verzorgingshuizen in Nederland. De gegevens zijn verkregen naar aanleiding van interviews die met verschillende verzorgingshuizen zijn gehouden als onderdeel van het onderzoek. Met de betreffende verzorgingshuizen is overeengekomen om de gegevens anoniem te vermelden omdat het gaat om gegevens die ten behoeve van de interne bedrijfsvoering zijn verzameld.

Tabel 3.1 Absoluut aantal en incidentie per 1000 personen per jaar van valongevallen (met en zonder letsel) bij bewoners van vier verzorgingshuizen in Nederland

Verzorgingshuis	tijdvak	aantal bewoners	aantal valongevallen	valincidentie per 1000 pers./jaar	opmerkingen	bron
I	1995	245	396	1616		MIB (jaarverslag 1995)
II	1992 1996	116 116	214 280	1845 2414		Eigen registratie van verzorgingshuis, verslag over 1992 en 1996
III	1995	147	95	646	volgens directeur is dit onderrapportage	MIP (jaarverslag 1995)
IV	1996	236	439	1860	dit is toegenomen in verhouding tot 1993-1995	Eigen registratie verzorgingshuis (MIZ-gegevens over 1996)

Uit Tabel 3.1 komt naar voren dat de incidentie van valongevallen bij drie van de vier verzorgingshuizen een vergelijkbare orde van grootte heeft en globaal ligt rond de 2000 valongevallen per 1000 personen per jaar. Bij één verzorgingshuis (III) gaat het om een aanzienlijk lagere incidentie waarbij

aangetekend kan worden dat er volgens de betreffende directeur sprake is van onderraportage bij de registratie.

De incidentie die in de drie Nederlandse verzorgingshuizen is gevonden komt qua orde van grootte overeen met de resultaten van een onderzoek dat is uitgevoerd in Finland (Luukinen e.a., 1994): voor mannen een incidentie van 2021 valongevallen per 1000 personen per jaar en voor vrouwen 1423 valongevallen per 1000 personen per jaar. Luukinen e.a. (1994) geven aan dat de door hen gevonden incidentie overeenkomt met andere studies op dit terrein. Volgens hen is de incidentie van valongevallen bij ouderen in instituties ca. drie keer zo groot als de incidentie bij zelfstandig thuis wonende ouderen. Het feit dat bewoners van verzorgingshuizen in het algemeen meer gezondheids-problemen hebben dan zelfstandig wonende ouderen is een factor die daarbij een belangrijke rol speelt. Opgemerkt moet worden dat de vergelijkbaarheid met buitenlandse gegevens echter beperkt mogelijk is gezien de grote variatie in de samenstelling van kenmerken van bewoners, organisatie van verzorgingshuizen en ongevallenregistratiemethoden in verschillende internationale studies. De uitkomsten van deze studies laten dan ook verschillende incidenties zien, zoals in bijlage 2 is weergegeven. De in Tabel 3.1 weergegeven incidenties worden in verschillende buitenlandse studies ook gevonden hetgeen aangeeft dat deze incidenties niet uitzonderlijk zijn in zorginstellingen voor ouderen.
Ten aanzien van ongevallen in verzorgingshuizen als gevolg waarvan medische behandeling is gegeven zijn geen specifieke gegevens beschikbaar. Uit PORS-gegevens (1994) komt naar voren dat in verzorgingshuizen en in verpleeghuizen jaarlijks ca. 6.300 valongevallen plaatsvinden als gevolg waarvan spoedeisende hulp is gegeven op de EHBO afdeling van ziekenhuizen.

Bij de beschrijving van de ongevalsproblematiek is tot dusverre ingegaan op de valongevallen. In Tabel 3.2 wordt een aantal andere incidenten/ongevallen genoemd die voorkomen in de registratie van verzorgingshuizen.

Tabel 3.2 Absolute aantallen incidenten/ongevallen met medicijnen, brand/schroeiwonden en overige in drie verzorgingshuizen in Nederland

Verzorgingshuis	Periode	Aantal patiënten	Medicijnen	Brandwond /schroeien	Overig*	Opmerkingen
I	1995	147	3	0	0	Volgens directeur is dit onderrapportage
II	1996	236	50	Niet beschikbaar	Niet beschikbaar	Medicijnen: voornamelijk niet ingenomen/niet gekregen. Dit is afgenomen t.o.v. de drie voorgaande jaren.
III	1996	116	15	5	16	

* Overig: voeding (verslikken, dieetfout etc.), stoten, knellen, botsen, inname schadelijke stoffen, vermissing bewoner

Uit Tabel 3.2 komt onder meer naar voren dat de genoemde incidenten/ongevallen relatief (ten opzichte van valongevallen) weinig voorkomen. Alleen met betrekking tot de incidenten met medicijnen kan worden gesteld dat deze met enige regelmaat voorkomen. Er kan echter geen uitspraak gedaan worden over een orde van grootte van de incidentie daarvan omdat er onvoldoende gegevens beschikbaar zijn.

3.2.2 Risicofactoren voor ongevallen

Voor de risicofactoren die een rol spelen bij diverse soorten ongevallen is zowel Nederlandse als buitenlandse literatuur geraadpleegd. Ook ten aanzien hiervan geldt dat de meeste studies betrekking hebben op valongevallen.

Vallen

In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen interne en externe oorzaken van vallen (ofwel de determinanten die samenhangen met de gezondheid van ouderen en determinanten die gerelateerd zijn aan de omgeving).
In diverse studies wordt gesignaleerd dat het vallen voornamelijk gebeurt tijdens het lopen of bij het opstaan/gaan zitten, en voornamelijk door interne factoren. Hierbij bestaat er een groot verschil tussen ouderen in zorginstellingen en thuiswonende ouderen. De verhouding interne/externe oorzaken van vallen bij deze groepen is als volgt: van thuiswonenden valt ca. 40% door externe en ca. 60% door interne oorzaken, bij ouderen in instellingen is dat respectievelijk ca. 20% en 80% (Luukinen e.a., 1994; Fockert, 1990; Svensson, 1991).

De meeste valincidenten in zorginstellingen gebeuren in de eigen huiskamer, slaapkamer en centrale gang, met een piek tussen de 18.00-21.00 uur, zo blijkt uit de verslagen van diverse verzorgingshuizen.

De volgende opsomming van uit de studies naar voren komende externe en interne factoren is gebaseerd op informatie uit enkele reviewartikelen die een goede samenvatting van de grote lijnen geven (Graafmans, 1997; Lilley, 1995; Svensson, 1991; Tinetti e.a., 1989; Berry, 1981).

Interne factoren:

- duizeligheid: kan worden veroorzaakt door medicijnen (slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen), vooral door het gelijktijdig gebruik van verschillende medicijnen of door een verkeerde (te hoge) dosis. Duizeligheid kan ook voortkomen uit fysieke (bijvoorbeeld: plotselinge bloeddrukdaling) of psychische factoren (bijvoorbeeld: stress);
- bewegingsbeperkingen (bijvoorbeeld: door specifieke ziekten als parkinson(isme), artritis e.d.);
- psychische verwarring, kan door diverse factoren worden veroorzaakt (bijvoorbeeld: traumatische gebeurtenissen als ziekte/overlijden van personen in directe omgeving, uit vertrouwde omgeving van eigen woning in nieuwe woonsituatie terechtkomen);
- verstoord evenwicht;
- uitputting en pijn, o.a. door slecht slapen;
- acute aanvallen (bijvoorbeeld: epilepsie);
- slecht horen;
- slecht zien;
- dementie.

Externe factoren:

- gladde en/of oneven vloeren of kleedjes hierop, vooral natte vloeren vormen een groot gevaar (bijvoorbeeld: in toilet/doucheruimte maar ook in slaapkamer wanneer 's nachts het toilet 'niet meer wordt gehaald');
- toedoen andere persoon (bijvoorbeeld: stoten, botsen);
- meubilair, vooral bed (bijvoorbeeld: verpleeghuisbedden die ontworpen zijn met het oog op verplegingsgemak), stoel, toilet;
- verlichting die ontoereikend is;
- kleding (bijvoorbeeld: onhandige kledingstukken en versleten/ongeschikt schoeisel);

- personeelsaspecten (Bijvoorbeeld: bezetting, aantal rondes, toezicht, organisatie (tijdens wisselingen van dienst komen meer valincidenten voor));
- onoverzichtelijk loopcircuit, inclusief niet goed geplaatste leuningen.

Overige indicatoren voor verhoogd valrisico zijn:

- het feit dat men al eens eerder is gevallen zou kunnen wijzen op toekomstig vallen;
- er is een groter risico aan het begin van een opname of overplaatsing naar een andere afdeling, voortkomend uit onbekend zijn met de omgeving.

Incidenten met medicijnen

De risico's die zijn te onderkennen bij medicijngerelateerde ongevallen zijn voornamelijk:
- verkeerd gebruik door bewoner zelf (verkeerde dosis, combinatie van medicijnen die een nadelig gevolg heeft, per ongeluk het verkeerde doosje pakken);
- niet-optimale houding en kennis van staf ten aanzien van medicatie (Rivers, 1995).

Brand- en schroeiletsel

Hieronder wordt brandletsel verstaan dat voortkomt uit andere oorzaken dan 'brand' waarbij het gebouw of een object in brand staat (Harper e.a., 1995).

- brandende sigaretten en sigaren kunnen brandwonden/brandende kleding veroorzaken wanneer ze op schoot in de stoel vallen etc.;
- hete radiatoren kunnen voor brandwonden zorgen, vooral wanneer het gaat om een lang contact; bijvoorbeeld wanneer men zich door omstandigheden niet kon verplaatsen (dit komt vooral voor bij demente personen);
- kranen zonder thermostatische regeling kunnen voor brandwonden zorgen wanneer de hete kraan wordt opengedraaid.

Overige typen incidenten

Over risicofactoren voor beknelling, botsen, voedingsincidenten, vergiftiging etc. zijn geen gegevens gevonden in de geraadpleegde literatuurbestanden.

3.3 Brand

Brand komt in zorginstellingen weinig voor, hoewel er een lichte stijging valt waar te nemen over de laatste paar jaar. Dit is een trend die men ook ziet in verpleeghuizen. Voor deze categorie zijn uitgebreid gegevens geanalyseerd in een uitgave van het Ministerie van Binnenlandse Zaken ('Brandbeveiligingsconcept Gezondheidszorggebouwen': BIZA, 1994). De bevindingen in dat rapport hebben weliswaar betrekking op ziekenhuizen, psychiatrische instellingen en verpleeghuizen, maar zijn toch voor een groot deel ook op andere zorginstellingen van toepassing. Vandaar dat er bij het samenstellen van deze studie toch bruikbare informatie aan dit 'brandbeveiligingsconcept' is ontleend. Dit overigens om de reden dat er over brand in zorginstellingen erg weinig is gepubliceerd (wegens het in absolute zin geringe aantal incidenten op dat vlak).

3.3.1 Aard en omvang van brandmeldingen

Praktisch alle gemeentelijke brandweren sturen hun gegevens na inzet bij een brand direct door naar het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Daar worden de gegevens verwerkt. De meeste afzonderlijke brandweerafdelingen hadden tot voor kort nog geen geautomatiseerd registratiesysteem, incidenten werden vaak op formulieren met de hand bijgehouden en in een archief bewaard zonder dat daar een overzicht van werd gemaakt. Vandaar dat gegevens die over brand in verzorgingshuizen slechts te verkrijgen zijn via het CBS, met de kanttekening dat het registratiesysteem eigenlijk pas sinds een paar jaar goed geregeld is. In Tabel 3.3 zijn registratiegegevens weergegeven voor de jaren 1993-1995.

Tabel 3.3 Aantal branden, ernstige letsels, gevolgschade en de oorzaken van deze branden over de periode 1993-1995 in verzorgingshuizen in Nederland

	1993	1994	1995
Aantal branden	207	257	283
Aantal gewonden/doden	16	21	14
Schade (mln. gld.)	1,3	2,1	1,0
Oorzaak: brandstichting	9	5	10
Oorzaak: spelen met vuur	2	2	-
Oorzaak: roken	25	30	38
Oorzaak: brandgevaarlijke werkzaamheden	4	4	8
Oorzaak: elektrische apparatuur	100	131	116
Oorzaak: broei/zelfverhitting	3	5	8
Oorzaak: vuurwerk	-	1	1
Oorzaak: overig	44	59	77
Oorzaak: onbekend	20	20	25

Bron: CBS

Uit Tabel 3.3 komt onder meer naar voren dat er een stijging in het aantal branden heeft plaatsgevonden over de periode 1993-1995. Elektrische apparatuur en roken zijn beide relatief frequent genoemde oorzaken voor het ontstaan van brand in verzorgingshuizen.
De schatting is dat ruim 95% van de brandgevallen bij het CBS bekend is. Niet alle branden worden gemeld, en ook wordt niet overal de brandweer of politie ingeschakeld. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een onderzoek gehouden in Friesland onder 68 verzorgingshuizen over 1992: in 7 huizen was er brand geweest (in totaal 9 keer), waarvan 7 keer gemeld was bij de politie, er waren 10 slachtoffers (VNB Friesland,1994).

Het vertrouwen van bewoners in brandveiligheid is over het algemeen groot, alhoewel men zich niet altijd bewust is van de wijze waarop het geregeld is. Veel verzorgingshuizen hebben geen brandinstructie voor hun bewoners en als die er wel is, is ze bij de bewoners niet (meer) bekend. In een enkel geval hangen de instructies op de kamer of in een kast. Het afgelopen jaar zijn in diverse verzorgingshuizen extra voorzieningen getroffen en het stelt mensen gerust als men - vanwege vals alarm - de brandweer snel ziet komen. Er wordt zo goed als nooit met de bewoners geoefend. Men ziet wel dat de brandweer soms oefent. Men maakt zich zorgen over het gevaar dat dementerende bewoners in bed roken of vergeten dat ze ergens een brandende sigaret hebben liggen.

3.3.2 Risicofactoren brand

Risicofactoren (samengevat op basis van o.a. BIZA, 1994; Buesink, 1987 en TvB, 1987):

- gebruik van open vuur (bijvoorbeeld: verwarmingsdoeleinden zoals kachels, CV-ketels, fornuis, gasstel, kaarsen, lampions, verder bij werkzaamheden en eventueel laboratoriumwerk);
- al dan niet opzettelijke brandstichting;
- roken, men vergeet bijvoorbeeld een sigaret die op schoot is gevallen of men heeft hem niet veilig gedoofd/weggelegd;
- verhitting zonder dat er sprake is van open vuur (bij de afvoer van hete rookgassen van kachels en CV-ketels; elektrische installaties die veel warmte ontwikkelen zoals verlichtingsspots bij gordijnen), of waxinelichtjes en plastic thermoskannen die op elektrische kookplaatjes worden gezet;
- storing/defecten aan technische apparatuur (bijvoorbeeld: uitvallen beveiligingen, ondeskundig aanleggen, slecht onderhoud);
- blikseminslag, met name in hoge of afgelegen gebouwen;
- vliegvuur: vuur dat overspringt uit de omgeving van het gebouw.

Factoren die een extra gevaar bij brand opleveren:

- kelders die vaak zijn ingericht als ontmoetingsruimten waar men moeilijk uit kan komen. Ook worden kelders regelmatig gebruikt als opslagplaats voor oude spullen die een extra gevaar kunnen opleveren bij brand;
- spullen van bewoners zelf zoals kussentjes met onbekende vulling die wellicht snel vlam vat, hier is weinig grip op te krijgen.

Er wordt wel gesuggereerd dat het stijgende aantal branden in gezondheidszorggebouwen mogelijk te maken heeft met het stijgende aantal diefstallen in deze huizen. Het zou in sommige gevallen wellicht om verdoezeling van een inbraak gaan (BIZA, 1994). Verder kunnen gedwongen kostenbesparingen leiden tot het toekennen van een lagere prioriteit aan brandveiligheid.

3.4 Sociale (on)veiligheid

Onder sociale veiligheid wordt verstaan: de mate waarin mensen vrij van dreiging van de gebouwde omgeving gebruik kunnen maken (Voordt e.a., 1994). Er wordt onderscheid gemaakt tussen:

- objectieve sociale (on)veiligheid (de feitelijke kans dat men slachtoffer wordt van een delict);
- subjectieve (on)veiligheid (de gepercipieerde kans om slachtoffer te worden van een delict en de angstgevoelens die daardoor worden opgeroepen, oftewel de onveiligheidsbeleving).

Deze beide aspecten van sociale (on)veiligheid hoeven in de praktijk niet overeen te komen. Men kan zich veilig voelen maar in feite een groot risico lopen om slachtoffer van een misdrijf te worden, of omgekeerd. Ook de reactie per persoon verschilt; een objectief weinig bedreigende situatie kan bij bewoners van een verzorgingshuis toch een sterke angstreactie teweeg brengen. De subjectieve onveiligheidsgevoelens worden bijvoorbeeld sterk beïnvloed door berichten in de media. Ook kunnen ze verergeren wanneer de oudere zelf, of iemand in de directe omgeving het slachtoffer van criminaliteit is geworden. Angst voor criminaliteit leeft sterk bij ouderen. Het feit dat ouderen in de praktijk relatief weinig zelf rechtstreeks met criminaliteit te maken krijgen, doet daar niets aan af. Deze twee soorten van sociale (on)veiligheid worden beide belangrijk geacht voor de kwaliteit van leven en werken in een verzorgingshuis.

3.4.1 Aard en omvang van sociale (on)veiligheid

Er zijn niet veel cijfers beschikbaar over de omvang van sociale veiligheid. Gegevens hierover worden niet apart door het CBS verzameld en moeten voor dit literatuuroverzicht daarom worden ontleend aan enkele door enquêtes verkregen overzichten. De meest complete inventarisatie op dit gebied is een onderzoek gedaan onder 68 verzorgingshuizen in Friesland (VNB-Friesland, 1994). Omdat dit voor Nederland het enige materiaal is dat kon worden achterhaald, worden hieronder enkele resultaten van dat onderzoek beschreven.

Objectieve onveiligheid

Uit het onderzoek van de VNB-Friesland blijkt dat vooral diefstal zonder inbraak relatief vaak voorkwam (twee tot drie keer per jaar, in driekwart van de huizen). Overige voorkomende incidenten waren vandalisme, mensen die met een smoes bij bewoners proberen binnen te komen en diefstal met inbraak (tenminste eenmaal bij ca. een derde van de huizen). Op zich zijn de problemen in de grote steden het grootst (Knulst, 1992). Bij diefstal gaat het met name om ontvreemding van eigendommen van bewoners en personeel (Vooral: geld en waardepapieren, sieraden, fietsen), van medicamenten, verdovende middelen en huishoudelijk materiaal.

Ten aanzien van geweldsmisdrijven blijkt uit Tabel 3.4 dat vooral brandstichting relatief veel voorkomt; 7 verzorgingshuizen hadden in totaal 9 maal te maken met brandstichting in een jaar. In totaal waren er in 17 verzorgingshuizen 34 geweldsmisdrijven waarvan er 20 werden gemeld aan de politie.

Tabel 3.4 Friese verzorgingshuizen: Geweldsmisdrijven

Geweldsmisdrijven	Nee	Ja	Hoe vaak	Gemeld	Slachtoffer %
Bedreiging van bewoners	67	1	4	4	1
Bedreiging van personeel en/of vrijwilligers	65	3	4	0	4
Handtastelijkh./geweld jegens bewoners	66	2	2	3	3
Handtastelijkh./geweld jegens personeel/vrijwilligers	65	2	7	0	3
Brandstichting	61	7	9	7	10
Anders	66	2	8	6	3
Totaal		17	34	20	

Slachtoffer %: Het betreft het percentage verzorgingshuizen dat gedurende een jaar minimaal eenmaal slachtoffer is geweest van een van de in de tabel genoemde gebeurtenissen.

In Tabel 3.5 is het aantal en de frequentie van vermogensmisdrijven door diefstal weergegeven. Uit de gegevens komt naar voren dat er relatief veel diefstallen plaatsvinden zonder braak uit appartementen en bij personeel. In totaal werden er 135 vermogensmisdrijven gepleegd door diefstal waarvan er 87 werden gemeld aan de politie.

Tabel 3.5 Friese verzorgingshuizen: vermogensmisdrijven door diefstal

Vermogensmisdrijven door diefstal	Nee	Ja	Hoe vaak	Gemeld	Slachtoffer %
Diefstal met braak uit appartement*	58	5	11	10	8
Diefstal zonder braak uit appartement	41	21	40	27	34
Diefstal van pers. eigendom personeel	38	24	49	25	39
Fietsdiefstal op het terrein	58	5	10	8	8
Diefstal uit auto op het terrein	61	2	3	1	3
Diefstal eigendom zorginstelling	50	13	17	14	21
Anders	57	5	5	2	8
Totaal		75	135	87	

(* aanleunwoningcijfers zijn weggelaten)

Uit het onderzoek kwam bovendien naar voren dat vermogensmisdrijven door oplichting relatief weinig voorkomen (in totaal 9) en vooral gebeuren door 'babbeltrucs' ten nadele van de bewoners.

Een ander aspect van sociale onveiligheid betreft vandalisme. In Tabel 3.6 wordt aangegeven hoeveel verzorgingshuizen te maken hebben met vandalisme en wat daar de geschatte kosten van zijn.

Tabel 3.6 Friese verzorgingshuizen: Vandalisme en geschatte kosten daarvan

Vandalisme	Nee	Ja	Hoe vaak	Geschatte schade	Slachtoffer %
Schade aan eigendommen van het verzorgingshuis	34	29	80	*f* 44.200	46
Schade aan eigendommen van bewoners	59	3	4	*f* 10.100	5
Schade aan eigendommen van medewerkers	55	7	16	*f* 9.530	11
Anders	60	2	13	*f* 1.500	3
Totaal		41	113	*f* 65.330	

Uit Tabel 3.6 komt onder meer naar voren dat vooral de verzorgingshuizen zelf slachtoffer zijn van vandalisme (29 huizen in totaal 80 keer).

Subjectieve veiligheid

Uit het verslag van inspectiebezoeken in 1994 aan verzorgingshuizen in Noord-Brabant (187 huizen) blijkt het volgende:

Het vertrouwen in veiligheid neemt af onder bewoners van verzorgingshuizen. De receptie is steeds vaker niet bezet. 's Avonds en 's nachts is er weinig personeel, zodat er ongewenst bezoek in huis kan komen. In de grote steden heeft de verslaafde het verzorgingshuis ook 'ontdekt'. Bewoners zijn daarentegen nog niet gewend hun deur te sluiten en soms wil men dat gewoon ook niet. Men ziet echter ook dat er aandacht aan de veiligheid geschonken wordt. Het personeel krijgt zgn. 'veiligheids-piepers', er komen 'spreek-luisterverbindingen' en camera's bij de voordeur.

Uit een verslag van de Inspectie Verzorgingshuizen in de provincie Gelderland, Zeeland en de Gemeente Utrecht blijkt dat in de 62 onderzochte verzorgingshuizen (= 20% van het totaal in dit gebied) ca. 75% van de bewoners zich veilig voelt, het personeel iets minder (Inspectie, 1996).

Uit gegevens uit een enquête in 1995 onder 236 bewoners in een verzorgingshuis dat in het kader van deze studie is geïnterviewd blijkt dat 98% van de bewoners zich veilig voelde in de woning. Het percentage bewoners van de aanleunwoningen dat zich veilig voelde lag lager (80%).

3.4.2 Risicofactoren voor sociale (on)veiligheid

Een inventarisatie van risicofactoren (Knulst, 1992):

- slechte verlichting bij toegangen en open ruimtes;
- begroeiing die het zicht op toegangen en open ruimtes vermindert;
- nooddeuren die te openen zijn zonder dat er dan een signaal wordt gegeven;
- deuren en ramen die 's nachts open blijven of van buitenaf makkelijk te openen zijn;
- waardevolle spullen zijn niet geregistreerd, verankerd of achter slot en grendel geplaatst;
- receptie is onbemand;
- deuren van appartementen niet op slot (hoewel men dit juist vaak ook niet wil doen wegens idee van bereikbaarheid in geval van nood e.d.).

4. VEILIGHEIDSBELEID IN VERZORGINGSHUIZEN

Zorginstellingen hebben, volgens de Kwaliteitswet Verzorgingshuizen, verantwoorde zorg te leveren en dienen beleid en organisatie daarop herkenbaar in te richten. Zij moeten een kwaliteitsbeleid hebben en aan de zorg voor kwaliteit via een kwaliteitssysteem gestalte geven.
Veiligheidsbeleid in verzorgingshuizen vormt een aspect van het kwaliteitsbeleid. Dat komt onder meer naar voren in visitaties tijdens de Externe Kwaliteitsbewaking Verzorgingshuizen die worden uitgevoerd door de WoonZorg Federatie. Tijdens deze visitaties wordt op een (beperkt) aantal punten aandacht besteed aan veiligheidsbeleid binnen de organisatie. Dit veiligheidsbeleid dient een onderdeel te vormen van een vastgesteld beleidsplan.

Uit de rapportage over 1996 van de Inspecties voor de Verzorgingshuizen in de provincies Zeeland, Noord-Brabant en Limburg (Inspectie, 1997) komt echter naar voren dat circa éénderde van de 189 instellingen in deze provincies niet over een beleidsplan beschikt. De kwaliteit van de wel aanwezige beleidsplannen loopt sterk uiteen. Als er in verzorgingshuizen sprake is van expliciet veiligheidsbeleid (registratie, analyse, interventie, evaluatie), en dat is volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg in de meeste verzorgingshuizen niet het geval, dan hebben verzorgingshuizen dat in het algemeen onafhankelijk van elkaar op uiteenlopende wijze ontwikkeld. Aan de uitvoering van het beleid wordt door de verzorgingshuizen elk op eigen wijze vorm en inhoud gegeven.

Het totaalbeeld dat naar voren komt ten aanzien van het veiligheidsbeleid in verzorgingshuizen is dat er sprake is van aan de ene kant het ontbreken van expliciet beleid (in beleidsplannen) ten aanzien van veiligheid (bij ca. 70-80% van de verzorgingshuizen) en aan de andere kant (bij ca. 20-30% van de verzorgingshuizen) uiteenlopende beleidsplannen ten aanzien van veiligheid die door de afzonderlijke verzorgingshuizen zijn ontwikkeld.

In het vervolg van dit hoofdstuk zal op een aantal afzonderlijke aspecten van het veiligheidsbeleid ten aanzien van ongevallen, brand en sociale (on)veiligheid in verzorgingshuizen nader worden ingegaan.

4.1 Ongevallen

4.1.1 Registratie

Uit de rapportage over 1996 van de Inspecties voor de Verzorgingshuizen in de provincies Zeeland, Noord-Brabant en Limburg komt naar voren dat er in ca. 66% van de verzorgingshuizen een systeem aanwezig is om fouten en ongevallen te registreren (Inspectie, 1997). De gebruikte registratieformulieren zijn ofwel zelf ontwikkeld of afgeleid van formulieren die in ziekenhuizen en verpleeghuizen worden gebruikt, de 'Melding Incidenten Patiënten(zorg)' (MIP) formulieren (andere namen: Melding Incidenten Cliënten (MIC)). Er is overigens in ziekenhuizen en verpleeghuizen geen sprake van het gebruik van eenzelfde MIP-formulier; een inventarisatie van MIP-formulieren door Pluyter & Burger (1990) laat zien dat er een grote variatie bestond in lay-out, inhoud en vraagstelling in de gebruikte MIP-formulieren. In verzorgingshuizen worden de hiervan afgeleide formulieren veelal MIB-formulieren genoemd (Melding Incidenten Bewonerszorg). Ook ten aanzien van de gebruikte MIB-formulieren bestaat er een grote verscheidenheid. In bijlage 3 wordt een aantal voorbeelden gegeven. De inhoud van de MIB-formulieren is veelal gericht op val-incidenten en ook incidenten met geneesmiddelen, andere typen ongevallen worden niet systematisch geregistreerd. De informatie die wordt vastgelegd verschilt daarnaast sterk tussen de formulieren en betreft veelal slechts een beperkt aantal gegevens over de incidenten.

In verzorgingshuizen waar een routinematige registratie van incidenten plaatsvindt worden de formulieren door het verzorgend personeel ingevuld. De formulieren worden vervolgens door een MIB-commissie besproken die de directie (geanonimiseerd) rapporteert en adviseert over maatregelen ter preventie van de betreffende incidenten. De registratie van ongevallen wordt in verzorgingshuizen vrijwel uitsluitend gebruikt voor intern preventiebeleid. Er is geen regionaal of landelijk registrerende instantie voor ongevallen in verzorgingshuizen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg dient jaarlijks een overzicht te ontvangen van incidenten. In de praktijk vinden deze meldingen echter niet systematisch plaats. Dit heeft onder meer tot gevolg dat er geen gegevens voorhanden zijn die een betrouwbaar landelijk/regionaal beeld kunnen geven van de ongevalsproblematiek in verzorgingshuizen. De gegevens die worden geregistreerd zijn slecht toegankelijk voor derden en geven een beperkt beeld van de toedracht van de ongevallen.

4.1.2 Richtlijnen, procedures en aanpassingen van de woonomgeving

Ten aanzien van preventie van ongevallen zijn er geen instrumenten aangetroffen die het mogelijk maken om de toedracht en risicofactoren van ongevallen in verzorgingshuizen systematisch in kaart te brengen en te komen tot passende preventiemaatregelen. Meer in het algemeen is er wel het Meetinstrument Omgeving Tehuizen (MOT) (Peters e.a., 1982) om de fysieke omgeving van een verzorgingshuis te omschrijven. Het MOT bevat onder andere schalen voor 'Fysieke aantrekkelijkheid en comfort' en 'Veiligheidsmaatregelen'. De MOT wordt onder meer gebruikt om de noodzaak tot renovatie te onderbouwen en is niet gericht op specifieke ongevalstypen (bijlage 4).
Mede door het ontbreken van instrumenten die risico's kunnen signaleren worden aanpassingen voor risicovolle situaties gerealiseerd naar aanleiding van incidenten waarvoor ad-hoc oplossingen worden gezocht.
Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg is er bij ca. 20-30% van de verzorgingshuizen sprake van structureel beleid of structurele aandacht voor ongevallen. Vanwege de vele factoren die een rol kunnen spelen bij het vallen bij ouderen is het vaak moeilijk om tot een passende maatregel te komen omdat over de toedracht en de risicofactoren vaak summiere informatie beschikbaar is. In een interview kwam daarnaast onder meer naar voren dat in ca. 80% van de valongevallen weinig invloed kan worden uitgeoefend omdat:

- bewoners soms 'bewust' risico's nemen, mede door geestelijke achteruitgang (bijvoorbeeld door te klimmen op stoelen);
- er in kamers van bewoners vaak wordt gevallen, en daar ontbreekt het toezicht veelal;
- er onvoldoende personeel is om voldoende toezicht te kunnen houden (bijvoorbeeld in groepsverzorging).

Ook werd opgemerkt dat er een spanningsveld bestaat tussen de noodzakelijke bewegingsactiviteit van bewoners en een daarmee gepaard gaande grotere kans op vallen, waarbij de bewegingsactiviteit van bewoners in veel gevallen prioriteit krijgt.

In verzorgingshuizen worden verschillende maatregelen genomen om ongevallen te voorkomen of om vlotte signalering/hulp mogelijk te maken. De voorbeelden zijn illustratief en zijn genoemd tijdens één of meer van de gehouden interviews. De maatregelen hebben betrekking op:

- De fysieke omgeving
  - geen drempels, handrails langs muren, steunen in bijvoorbeeld toilet/douche/slaapkamer;

- op psychogeriatrische afdelingen is er een bewegingsmelder in de gang om dwalende personen te signaleren;
- ten behoeve van personen die regelmatig gedesoriënteerd zijn: een chip wordt in de schoen van de persoon aangebracht en een detectiesysteem bij de uitgang van het verzorgingshuis merkt de persoon op en geeft een signaal aan de verzorging;
- een bedmatje signaleert wanneer een persoon het bed verlaat;
- individueel beschermende maatregelen, neergelegd in een protocol, bij extreem onrustige bewoners die een gevaar voor zichzelf vormen.

- De organisatie
  - geven van extra aandacht/toezicht aan 'vallers', bijv. bij toiletbezoek, zoals wordt vastgelegd in het individuele zorgplan voor bewoners;
  - jaarlijkse, aan bewonerspopulatie aangepaste, cursus EHBO aan personeel;
  - het instellen van een commissie die de directie adviseert over te nemen maatregelen op basis van analyse van meldingen van incidenten.

- Voorlichting aan bewoners
  - voorlichting (in huisorgaan, bij binnenkomst) aan bewoners over de inrichting van hun woonruimte;
  - bij personen die regelmatig vallen wordt een mobiel alarm geadviseerd;
  - gebruik van hulpmiddelen stimuleren/adviseren.

Tijdens de interviews werd een aantal onveilige situaties genoemd die volgens één of meerdere geïnterviewde(n) meer aandacht zouden moeten krijgen. Het gaat om de volgende situaties:

- de alarmering in verzorgingshuizen is veelal mogelijk via knoppen die op vaste punten in de woonruimte (slaapkamer, badkamer/toilet) zijn aangebracht. Deze knoppen zijn veelal niet bereikbaar voor personen die op de grond liggen (hetzelfde probleem werd gesignaleerd in de lift);
- geparkeerde rollators vormen in steeds grotere mate een gevaar omdat door het toenemende gebruik ruimtegebrek ontstaat op looproutes in verzorgingshuizen;
- in verzorgingshuizen zijn in het algemeen geen thermostaatkranen die een begrenzing geven aan de maximale temperatuur van het water;
- er is onvoldoende aandacht voor voorlichting aan vrijwilligers en familie van bewoners over zaken die te maken hebben met veiligheid.

4.1.3 Opleiding van en advisering aan personeel

Tijdens de opleiding en/of nascholing van personeelsleden binnen de verzorgingshuizen die zich als onderdeel van hun taak richten op mogelijkheden voor de preventie van ongevallen (bijvoorbeeld: leden van MIB-commissie, Technische/Civiele Dienst, Verzorging, Zorgmanagement) wordt in het algemeen geen aandacht geschonken aan de problematiek van ongevallen in verzorgingshuizen en de preventie daarvan. Wel worden er 'til-cursussen' aangeboden waarin aandacht wordt geschonken aan een veilige manier van tillen voor zowel het personeel als ook voor de bewoners. Deze cursussen maken deel uit van het aanbod van Arbo-cursussen voor het personeel. Daarnaast zijn werkgevers in het kader van de Arbowet verplicht om één of meer werknemers aan te wijzen voor bedrijfshulpverlening die onder meer eerste hulp bij ongevallen moeten kunnen verlenen.
Uit de interviews kwam naar voren dat er met betrekking tot ongevallenpreventie geen externe deskundigen worden geraadpleegd om na te gaan welke mogelijkheden er zijn om bijvoorbeeld val-ongevallen te voorkomen. Daar, waar wordt samengewerkt met een verpleeghuis wordt in voorkomende gevallen advies ingewonnen van ergotherapeuten. In dit verband kwam naar voren dat in het algemeen bij verzorgingshuizen Consument en Veiligheid (C&V) als mogelijke adviserende instantie niet als zodanig bekend is. Een adviserende rol van C&V ten aanzien van ongevallenpreventie wordt door een aantal verzorgingshuizen van belang geacht.

4.2 Brand

4.2.1 Registratie

Brandincidenten waar de brandweer bij betrokken wordt, worden door de gemeentelijke/regionale brandweer geregistreerd. Ten aanzien van de registratie van brandincidenten door verzorgingshuizen geldt in hoofdlijnen hetzelfde als voor de ongevallenregistratie. Als er sprake is van routinematige registratie, dan wordt er geen standaard registratieformulier gebruikt. De registratie heeft in een aantal gevallen, behalve op feitelijke brandincidenten, ook betrekking op vals-alarmen die worden veroorzaakt door bijvoorbeeld een rookdetectiesysteem. De registratie van brandincidenten heeft met name een functie voor bijsturing van intern beleid; er is geen landelijke registratie. Het aantal brand-incidenten dat jaarlijks in een verzorgingshuis wordt geregistreerd is echter gering, en varieert van nul tot ca. drie, en zal om deze reden geen belangrijke bron vormen voor structurele maatregelen ter preventie van brand.

4.2.2 Richtlijnen, procedures en aanpassingen van de woonomgeving

Ter ondersteuning van preventiebeleid van brand in zorginstellingen is door het Ministerie van Binnenlandse Zaken de publikatie 'Brandbeveiligingsconcept Gezondheidszorggebouwen' uitgegeven (BIZA, 1994), waarin de brandbeveiligingsvisie van zorginstellingen is beschreven. Het is onder meer bedoeld om de landelijke regelgeving met betrekking tot de brandveiligheid op één lijn te brengen. Er worden verschillende normen en te nemen maatregelen in beschreven waaraan een zorginstelling moet voldoen. Het vormt daarmee een uitgangspunt voor preventiebeleid van brand in zorginstellingen. Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg is er in naar schatting 80-90% van de verzorgingshuizen sprake van structureel beleid op het gebied van brandpreventie, bestrijding en evacuatie (soms uitgevoerd door een brand- en veiligheidscommissie) in samenwerking met de regionale brandweer. Het gaat daarbij onder meer om te treffen voorzieningen, opstellen en oefenen van ontruimingsprocedures en instructie van personeel. Uit het 'Verslag van de inspectiebezoeken in 1994 aan de verzorgingshuizen in de provincie Noord-Brabant' (Inspectie, 1995) blijkt dat in 65% van de verzorgingshuizen (N=187) wordt geoefend met aanvalsplannen en ontruimingsplannen. Dit gebeurt in de meeste gevallen door de brandweer, soms met personeelsleden en in een enkel geval met bewoners.

In verzorgingshuizen worden verschillende maatregelen getroffen om brand te voorkomen of om vlotte signalering/hulp mogelijk te maken. De voorbeelden zijn illustratief en zijn genoemd tijdens één of meer van de gehouden interviews. De maatregelen hebben betrekking op:

- De fysieke omgeving
  - het aanbrengen van rookmelders in alle appartementen;
  - alleen roken op daarvoor gereserveerde plaatsen in het huis;
  - het toepassen van algemene regelgeving ten aanzien van het gebruik van brandvertragende materialen, centraal te sluiten branddeuren, etc.

- De organisatie
  - het opstellen en oefenen van ontruimingsplannen;
  - het opleiden van functionarissen die de verantwoordelijkheid voor brandveiligheid in hun taak pakket hebben;
  - directe koppeling tussen intern brandalarm en alarmering van de brandweer.

- Voorlichting aan bewoners
  - bewoners wordt verboden om kaarsen te branden op de kamer;
  - het aanbrengen van informatie over 'hoe te handelen bij brand' op verschillende punten in het verzorgingshuis (o.a.: in/bij de lift, in gemeenschappelijke ruimten) en in brochure over het verzorgingshuis die bewoners bij 'binnenkomst' krijgen.

4.2.3 Opleiding van en advisering aan personeel

In het 'Verslag van de inspectiebezoeken in 1994 aan de verzorgingshuizen in de provincie Noord-Brabant' (Inspectie, 1995) wordt opgemerkt dat, hoewel de brandveiligheid in vrijwel alle 187 verzorgingshuizen is geregeld, er voor het personeel niet altijd handzame instructies zijn. Er wordt gesignaleerd dat het 'up to date' houden van de instructies een probleem vormt. In dit verband wordt opgemerkt dat bewoners over het algemeen geen instructies hebben over hoe te handelen bij brand, of dat deze niet (meer) bekend zijn.
Op het terrein van brandpreventie bestaat vanuit het aanbod aan Arbo-cursussen de mogelijkheid om personeelsleden te scholen in preventie en bestrijding van brand. Daarnaast wordt in een aantal gevallen, afhankelijk van initiatieven van verzorgingshuizen of brandweer, door de brandweer voorlichting gegeven aan personeelsleden in verzorgingshuizen.

4.3 Sociale (on)veiligheid

4.3.1 Registratie

Uit het onderzoek 'Sociale veiligheid in de Friese verzorgingshuizen (VNB-Friesland, 1994) onder 68 verzorgingshuizen komt naar voren dat bij een minderheid van de verzorgingshuizen (ca. 27%) een registratie wordt bijgehouden van strafbare feiten en/of incidenten. De gegevens worden met name gebruikt in het managementoverleg van de individuele huizen. Tussen de registrerende verzorgingshuizen is er geen sprake van uniforme registratie.
Bij de registratie van diefstal wordt er onderscheid gemaakt tussen inbraak/diefstal met- en zonder aanwijsbare inbraakschade. Indien er geen sprake is van schade dan is het in een aantal gevallen niet altijd duidelijk of er sprake is van diefstal of van verlies ofwel het tijdelijk kwijtraken van goederen.

Deze onduidelijkheid is een complicerende factor bij het voeren van een betrouwbare registratie indien er geen melding wordt gemaakt van teruggevonden goederen.

4.3.2 Richtlijnen, procedures en aanpassingen van de woonomgeving

Verzorgingshuizen zijn open instellingen. Dit heeft tot gevolg dat bezoekers veelal vrije toegang tot het gebouw hebben. Uit het 'VNB-onderzoek' (VNB-Friesland, 1994) blijkt dat bij ca. 80% van de ondervraagde verzorgingshuizen er geen daadwerkelijk toezicht op bezoekers plaatsvindt (bijvoorbeeld vragen wat men komt doen). De bezetting van de receptie ontbreekt veelal in de avonduren en gedurende de nacht is er een minimale personele bezetting. Uit het VNB-onderzoek bleek dat bij ca. 70% van de ondervraagde verzorgingshuizen na 17.00 uur de receptie niet meer permanent bezet is. Dit zijn factoren die bijdragen aan de kwetsbaarheid van verzorgingshuizen voor inbraak en diefstal.
Uit de interviews kwam naar voren dat preventie van sociale onveiligheid in veel verzorgingshuizen geen structureel beleid is maar gebaseerd is op incidenten die zich hebben voorgedaan. Het voeren van een ad-hoc beleid op dit punt is momenteel geen uitzondering ondanks dat ter ondersteuning van structurele beleidsontwikkeling op het gebied van preventie van sociale onveiligheid in de afgelopen jaren een tweetal handleidingen is verschenen. Het betreft: 'Sociale veiligheid in het verzorgingshuis; een handreiking voor het management van het verzorgingshuis om te komen tot veiligheidsbeleid' (VNB-Friesland, 1994) en het 'Handboek veilige zorginstellingen' (BIZA, 1995). In beide handleidingen wordt uitgegaan van het 'Preventiewiel', een instrument dat door DamhuisElshoutVerschure is ontwikkeld (Verschure, 1991). Het 'Preventiewiel' is een hulpmiddel waarmee die factoren in beeld worden gebracht, welke noodzakelijk zijn om objectieve en subjectieve veiligheid van mensen en middelen te realiseren. In bijlage 5 is een beschrijving van het preventiewiel weergegeven. In de handleidingen worden voorbeelden gegeven van te hanteren methoden om onveiligheid in beeld te brengen door onder meer de 'kleurenmethode' (bijlage 6), een personeelsenquête over veiligheid (bijlage 7), een veiligheidschecklist gebaseerd op het preventiewiel (bijlage 8) en voorbeelden van een incidentmeldingsformulier (bijlage 9). Het is onduidelijk welke verzorgingshuizen gebruik maken van de bovengenoemde handleidingen en aan de hand daarvan structureel beleid voeren.
Het LOBB is in 1993 gestart met het project 'Meet en bespreek procedure'. Het gaat in dit project met name om het voeren van gesprekken met bewoners waarbij verschillende onderwerpen aan de orde komen, waaronder sociale onveiligheid. De beleving van de bewoners ten aanzien van de verschillende onderwerpen staat centraal in dit project. Op dit moment zijn ca. 160 verzorgingshuizen bij dit project betrokken geweest.

In verzorgingshuizen worden verschillende maatregelen genomen om de sociale veiligheid te vergroten of om vlotte signalering/hulp mogelijk te maken. De voorbeelden zijn illustratief en zijn genoemd tijdens één of meer van de gehouden interviews. De maatregelen hebben betrekking op:

- De fysieke omgeving
  - camera's bij toegangen tot het verzorgingshuis;
  - gebruiken van toegangspasjes voor de late avond;
  - extra verlichting plaatsen op donkere plaatsen die als onveilig worden beschouwd;
  - het beperken van het aantal toegangen door het afsluiten van een aantal neveningangen van het huis.

- De organisatie
  - het inzetten van vrijwilligers naast eigen personeel indien gedurende de nacht een alarm vanuit een aanleunwoning op het terrein van het verzorgingshuis komt zodat het personeel niet alleen over het terrein hoeft te lopen.

- Voorlichting aan bewoners
  - adviseren aan bewoners om geen waardevolle voorwerpen in huis te hebben.

Tijdens de interviews werd een aantal onveilige situaties genoemd dat volgens één of meerdere geïnterviewde(n) meer aandacht zou moeten krijgen. Het gaat om de volgende situaties:
- de neiging van bewoners om de voordeur van hun woonvertrek niet op slot te doen of dat vergeten te doen. Er is sprake van een verminderde alertheid van bewoners in het huis, wellicht ingegeven door een gevoel van veiligheid;
- de geringe personele bezetting in de nachtelijke uren wordt door personeelsleden als onveilig ervaren, met name bij alarm vanuit aanleunwoningen.

4.3.3 Opleiding van en advisering aan personeel

Aan aspecten van sociale onveiligheid wordt in de opleiding van personeel in verzorgingshuizen geen specifieke aandacht geschonken. In het algemeen is de politie de instantie die om advies wordt

gevraagd op het moment dat er ten aanzien van sociale onveiligheid maatregelen gewenst worden. Ook is er een voorbeeld gevonden waarbij een particuliere beveiligingsdienst een rol speelde bij de beveiliging en advisering. Het betrof een samenwerkingsovereenkomst met nabijgelegen ziekenhuizen.

5. AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk zullen aan de hand van hetgeen in de voorgaande hoofdstukken is beschreven puntsgewijs, na een korte introductie, aanbevelingen worden gedaan ten aanzien van de mogelijke rol die C&V zal kunnen gaan spelen als het gaat om het verhogen van de veiligheid in verzorgingshuizen. Onder de noemer 'veiligheid' wordt in dit rapport begrepen: ongevallen, brand en sociale veiligheid.

Er zijn in Nederland ca.1450 verzorgingshuizen die qua omvang van het aantal bewoners sterk van elkaar verschillen en die bestuurlijk in grote mate autonoom zijn.

Aanbeveling 1 *Houd rekening met de wensen en mogelijkheden van verzorgingshuizen.*
Bij het implementeren van nieuwe werkwijzen of instrumenten zal gestart moeten worden met verzorgingshuizen die de mogelijkheden en belangstelling hebben om daaraan medewerking te verlenen. Veel relatief kleine verzorgingshuizen hebben een beperkte staf en zullen minder geneigd zijn en mogelijkheden hebben om nieuwe werkwijzen te implementeren. De relatief grote autonomie van verzorgingshuizen heeft tot gevolg dat de directie van elk verzorgingshuis toestemming moet geven.
In dit kader wordt het aanbevolen om op basis van in dit onderzoek opgedane kennis en ervaring, gericht een schriftelijke enquête onder een steekproef uit alle verzorgingshuizen in Nederland te houden om een landelijk beeld te verkrijgen over een of meer van de volgende onderwerpen: het veiligheidsbeleid, specifieke maatregelen/procedures, behoefte aan ondersteuning, bereidheid om mee te werken aan en de behoefte aan een landelijke incidentenregistratie, etc.

De koepelorganisaties van verzorgingshuizen (LOBB, WZF en VDB Nederland) behartigen de belangen van verzorgingshuizen vanuit verschillende invalshoeken (bewoners, organisaties en directies). Ze vormen een belangrijke verbindingsschakel tussen de verzorgingshuizen en hebben een (beperkt) aantal instrumenten om het beleid van verzorgingshuizen op elkaar af te stemmen, waaronder informatieoverdracht.
Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg speelt een rol bij het afstemmen van het beleid van verzorgingshuizen door de wettelijke kaders te toetsen waarbinnen de verzorgingshuizen zich kunnen bewegen. In de Kwaliteitswet Zorginstellingen is, vanaf 1 april 1996, voor verzorgingshuizen een aantal kwaliteitseisen gesteld en het toezicht daarop, door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, gere-

geld. De wettelijke kwaliteitseisen zijn algemeen geformuleerd en zullen voor een deel nader geconcretiseerd moeten worden. De Inspectie zal daarbij een rol spelen, mede in het kader van de beoordeling van het kwaliteitsjaarverslag dat verzorgingshuizen dienen op te stellen.

Aanbeveling 2 *Zoek samenwerking met de koepels van verzorgingshuizen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.*
Bij het betrekken van verzorgingshuizen bij initiatieven ter verhoging van de veiligheid is het van groot belang om gebruik te maken van de mogelijkheden van de verschillende koepels (o.a.: informatieoverdracht, kwaliteitsbevordering) en indien relevant ook van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bij het ontwikkelen en implementeren van voorstellen om de veiligheid in verzorgingshuizen te vergroten is het aan te bevelen om in samenwerking met de Inspectie voor de Gezondheidszorg na te gaan welke uitwerkingen van het wettelijk gegeven kader wenselijk en haalbaar zijn, zodanig dat de Inspectie kan toezien op de uitvoering daarvan. Een voorbeeld in dit kader is de ontwikkeling en implementatie van een uniform registratiesysteem van incidenten (hier wordt in aanbeveling 10 op teruggekomen).

Verzorgingshuizen kennen vele varianten als het gaat om de zorg die geboden wordt. In toenemende mate wordt er zorg verleend buiten de muren van de instelling in samenwerking met verschillende andere instellingen (o.a.: thuiszorg, verpleeghuizen). Het veiligheidsbeleid van een aantal verzorgingshuizen zal zich moeten uitbreiden buiten de muren van de instelling wanneer in de wijk ook zorg wordt aangeboden. Tevens zijn er ook wijkbewoners die gebruik maken van de diensten in het verzorgingshuis.

Aanbeveling 3 *Houd rekening met 'veelvormigheid van verzorgingshuizen'.*
Bij het ontwikkelen van interventies zal rekening gehouden moeten worden met het feit dat verzorgingshuizen 'veelvormig' zijn. Voor het ontwikkelen en implementeren van veiligheidsbeleid heeft dit tot gevolg dat er tot op zekere hoogte 'maatwerk' moet worden geleverd.

De bewoners van verzorgingshuizen verblijven daar gemiddeld ca. 4,5 jaar en het betreft in toenemende mate personen met psychogeriatrische (pg-) problemen. Gezien de korte verblijfsduur is er relatief een grote doorstroom van bewoners. Eveneens moet rekening worden gehouden met het feit dat een

groot deel van de bewoners cognitieve stoornissen heeft en daardoor grote problemen heeft met het verwerken van informatie.

Aanbeveling 4 *Richt veiligheidsvoorlichting primair, maar niet uitsluitend, op de organisatie.*
Bij het ontwikkelen van interventies zal informatie-overdracht vooral gericht moeten zijn op de personen die in de organisatie werkzaam zijn. Daarnaast zal aangepaste en toegankelijke informatie voor bewoners moeten worden ontwikkeld die bijvoorbeeld op het moment van 'binnenkomst' wordt verstrekt aan bewoners. Familie en/of vrienden van bewoners kunnen op dat moment, en indien gewenst ook op andere momenten, eveneens benaderd worden met informatie over veiligheid.

De overheveling van de verzorgingshuizen naar de AWBZ schept een goed uitgangspunt voor samenwerking tussen verzorgingshuizen, thuiszorg en verpleeghuizen. Het is daarom te verwachten dat er in de toekomst meer samenwerking tussen deze instellingen zal ontstaan. Dit heeft echter tot gevolg dat bij het ontwikkelen van interventies in verzorgingshuizen rekening gehouden zal moeten worden met de wijze waarop het veiligheidsbeleid in de andere instellingen wordt gevoerd omdat bij het aangaan van samenwerking ook op dit punt afstemming van beleid zal moeten plaatsvinden.

.Aanbeveling 5 *Houd rekening met ontwikkelingen op het gebied van veiligheidsbeleid in verzorgings-, verpleeghuizen en thuiszorg.*
Bij het ontwikkelen van interventies zal zo veel mogelijk rekening gehouden moeten worden met het veiligheidsbeleid dat in verpleeghuizen en in de thuiszorg wordt gevoerd. Dit, om zo goed mogelijk aan te sluiten bij succesvol gebleken beleid dat in verpleeghuizen en in de thuiszorg reeds is ontwikkeld.

Ten aanzien van brand en sociale veiligheid kan worden geconcludeerd dat het gaat om problematiek die zich minder frequent voordoet dan ongevallen. Op deze terreinen zijn reeds afzonderlijke instrumenten ontwikkeld die voor het ontwikkelen van veiligheidsbeleid gebruikt kunnen worden, onder meer gebaseerd op 'het preventiewiel-model'. Zowel de brandweer, de politie als ook enkele particuliere instellingen zijn op deze terreinen werkzaam ten aanzien van advies en ondersteuning. Ten aanzien van preventie van ongevallen is er bij verzorgingshuizen op dit moment geen instantie bekend die deskundige adviezen kan leveren (zoals bijvoorbeeld C&V). In verschillende interviews bij verzorgingshuizen werd de behoefte uitgesproken aan een kenniscentrum op dit terrein.

Opgemerkt moet worden dat op de verschillende terreinen van veiligheidsbeleid (ongevallen, brand, sociale veiligheid) tot op heden los van elkaar enkele instrumenten zijn ontwikkeld en dat er geen sprake is van integraal veiligheidsbeleid.

Aanbeveling 6 *Richt advisering en ontwikkeling van interventies op ongevallenpreventie en streef naar integraal veiligheidsbeleid door afstemming met sociale veiligheid en brandpreventie.*

Het is aan te bevelen dat C&V ten aanzien van advisering en het ontwikkelen van interventies zich vooral richt op ongevallenpreventie.

Daarnaast zal zoveel mogelijk gestreefd moeten worden naar een integratie van preventie op de verschillende terreinen omdat deze verschillende raakvlakken hebben (o.a.: integratie van registratie van incidenten, diverse maatregelen zoals: inbraakpreventie moet niet leiden tot vluchtwegblokkering, betere verlichting kan preventief werken voor inbraak en voor ongevallenpreventie).

Onderzocht zal moeten worden of 'het Preventiewiel-model' daarvoor een geschikt uitgangspunt is. C&V zou in dit verband een voortrekkersrol kunnen spelen om, op basis van beschikbare instrumenten (brand, sociale veiligheid) en nog te ontwikkelen instrumenten die de preventie van ongevallen betreffen, te komen tot de ontwikkeling en implementatie van een instrument voor integraal veiligheidsbeleid in verzorgingshuizen. Daarbij zal in ieder geval samenwerking gezocht moeten worden met brandweer en politie.

C&V zal zich bij verzorgingshuizen duidelijker kunnen profileren als een instituut dat ook deskundig is op het gebied van preventie van ongevallen in verzorgingshuizen. Dit kan onder meer worden bereikt door:

- publiceren in vakbladen op het terrein van verzorgingshuizen (bijvoorbeeld van de verschillende koepels LOBB, VDB Nederland, WZF, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ouderenbonden);
- het organiseren van symposia over aspecten van veiligheid van verzorgingshuizen, zo mogelijk in samenwerking met politie en brandweer;
- het deelnemen aan symposia voor verzorgingshuizen en daar het belang onder de aandacht brengen van mogelijkheden voor ongevallenpreventie onder meer in het kader van de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid;
- het uitvoeren van een proefproject waarbij een beperkt aantal verzorgingshuizen betrokken wordt en waarbij de implementatie en (intermedi-

aire) effecten van veiligheidsbeleid (inclusief registratie) en veiligheidsmaatregelen worden geëvalueerd;

- het ontwikkelen en implementeren van een veiligheidschecklist waarmee onveilige situaties kunnen worden opgespoord;
- het maken van een overzicht van concrete maatregelen die de omgevingsveiligheid verhogen (zo mogelijk produktinformatie, inclusief leveranciers).

Op het gebied van ongevallen blijkt uit de literatuur en uit de beschikbare statistische gegevens dat valongevallen veruit het belangrijkste ongevalstype is. De val-incidentie per 1000 bewoners per jaar is naar schatting 2000. Daarnaast vormen incidenten met geneesmiddelen een opvallende groep incidenten die echter een veel lagere incidentie heeft. Ten aanzien van geneesmiddelen kan worden opgemerkt dat het gebruiken van combinaties van geneesmiddelen de kans op vallen vergroot; indien met geneesmiddelen daarnaast ook incidenten plaatsvinden (bijvoorbeeld: verkeerde dosis of type geneesmiddel toegediend) dan kan dat tot een extra verhoogd risico leiden.

Aanbeveling 7 *Besteed vooral aandacht aan valongevallen in verzorgingshuizen.*
Ongevallenpreventie in verzorgingshuizen moet zich richten op valongevallen. Daarnaast lijkt het zinvol om aandacht te besteden aan preventie van incidenten met geneesmiddelen.

Bewoners van verzorgingshuizen vallen naar schatting in 80% van de gevallen door uitsluitend interne oorzaken (die betrekking hebben op de gezondheid van de persoon, zoals mobiliteitsproblemen en problemen met zien en horen en duizeligheid). In 20% is een externe oorzaak de belangrijkste, zoals: slechte verlichting, vloeren (obstakels, nat, glad) en meubilair (stoel, bed, toilet). Uit het bovenstaande kan niet zonder meer geconcludeerd worden dat interventies zich vooral zullen moeten richten op interne factoren. Het belang van interventies ten aanzien van externe oorzaken is dat deze structurele aanpassingen kunnen betreffen die voor een langere periode werkzaam zijn (bijvoorbeeld: goede verlichting, handgrepen, etc.). De effectiviteit van interventies gericht op interne oorzaken zal niet altijd optimaal zijn gezien de psychogeriatrische problematiek van veel bewoners en de gemiddeld relatief korte verblijftijd van de bewoners. Een en ander heeft tot gevolg dat interventies op interne als ook op externe oorzaken gericht zullen moeten zijn om maximaal effectief te kunnen zijn.

Aanbeveling 8 *Interventies ter preventie van val-ongevallen zullen zowel gericht moeten zijn op interne oorzaken als ook op externe oorzaken.*

Ten aanzien van interne oorzaken is het aan te bevelen onderzoek te doen (in bijvoorbeeld een proefproject) naar de effectiviteit van bewegingsprogramma's om de mobiliteit te verbeteren (Bijvoorbeeld: het Bewegings Activerings Programma (BAP) (Dröes, 1991), Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO) en het programma 'Goed Oud Worden') (Westhoff e.a., 1996) bij bewoners van verzorgingshuizen. Aandacht zal bovendien geschonken moeten worden aan het verminderen van het gebruik van (combinaties van) geneesmiddelen. Ten aanzien van het relatief grote aantal personen met beperkingen in verzorgingshuizen is het van groot belang dat deze mensen optimaal en veilig gebruik kunnen maken van hulpmiddelen bijvoorbeeld ter ondersteuning van de mobiliteit en alarmering.

Ten aanzien van externe oorzaken is het aan te bevelen om een checklist te ontwikkelen waarmee potentiële gevaren in kaart kunnen worden gebracht en daarbij een overzicht van mogelijke oplossingen, en hulpmiddelen die daarvoor beschikbaar zijn. Daarbij kan bijvoorbeeld het 'Meetinstrument Omgeving Tehuizen (MOT) een uitgangspunt vormen (bijlage 4). In het algemeen moet gestreefd worden naar een combinatie van interventiemethoden zoals: bewegingsstimuleringsprogramma's, verbeteren van de omgevingsveiligheid, stimuleren van verstandig medicijngebruik en voorlichting aan personeel, bewoners en familieleden.

De registratie van incidenten op alle drie de terreinen (ongevallen, brand en sociale onveiligheid) gebeurt in verzorgingshuizen in de meeste gevallen niet of niet systematisch en voor zover er wel wordt geregistreerd wordt dit gedaan aan de hand van per verzorgingshuis verschillende registratieformulieren en procedures. De geregistreerde gegevens worden niet in een centraal bestand bijeengebracht zodat er geen betrouwbare landelijke gegevens beschikbaar zijn. Door deze geringe of onvolledige registratie en het ontbreken van referentiegegevens kan er in verzorgingshuizen vaak geen systematisch preventiebeleid worden gevoerd.

Daarnaast is het niet goed mogelijk om op basis van bestaande registratiemethoden een beeld van de aard en omvang van de onveiligheidsproblematiek te krijgen. Ontwikkelingen en trends zijn al helemaal niet aan te geven, terwijl dit voor de kwaliteit van zorgverlening belangrijke uitgangspunten zijn. Bovendien is een uniforme wijze van vastlegging en rapportage van incidenten in verzorgingshuizen

ook voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg een belangrijke kwestie in het kader van het kwaliteitsjaarverslag dat verzorgingshuizen dienen te maken voor de Inspectie.

Aanbeveling 9 *Ontwikkel en implementeer in samenwerking met het 'veld' een registratiesysteem van incidenten in verzorgingshuizen.*
Allereerst zal door C&V de noodzaak van een registratiesysteem onderzocht moeten worden. Bij gebleken wenselijkheid zal C&V bij (koepels van) verzorgingshuizen het belang van uniforme registratie van incidenten (ongevallen, brand, sociale veiligheid) kunnen benadrukken en in onderlinge samenwerking met verzorgingshuizen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg een registratiesysteem ontwikkelen en implementeren. Gestreefd zal moeten worden naar deelname aan een representatieve steekproef van verzorgingshuizen in Nederland en een lokale en centrale opslag en verwerking van de registratiegegevens. Daarbij zal zoveel mogelijk afgestemd moeten worden op bestaande registratiesystemen, zoals bijvoorbeeld het Letsel Informatie Systeem (LIS) van C&V.

Bij personen die binnen verzorgingshuizen betrokken zijn bij aspecten van veiligheidsbeleid is in de regel tijdens hun opleiding geen specifieke aandacht besteed aan het onderwerp veiligheid in verzorgingshuizen. De verschillende functionarissen benaderen het onderwerp vanuit hun eigen specifieke expertise (zorg, bouwkundig, management of medisch) hetgeen veelal slechts één aspect betreft van de onveiligheidsproblematiek. Het aanbod van veiligheidsinformatie en cursussen is beperkt en komt voornamelijk vanuit de Arbo-sector. Geconcludeerd kan worden dat er op het gebied van opleiding en informatievoorziening voor personeel (maar ook voor vrijwilligers, familie en bewoners) nog een belangrijke taak ligt voor C&V.

Aanbeveling 10 *Besteed aandacht aan deskundigheidsbevordering van personeel van verzorgingshuizen en voorlichting aan vrijwilligers en, waar relevant, bewoners en hun familieleden op het gebied van veiligheid en preventie van incidenten.*
De volgende mogelijkheden worden daartoe voorgesteld:

- het ontwikkelen van materiaal ten behoeve van vergroting van de aandacht voor veiligheid in de opleiding van zorgverleners/zorgmanagers (aard en omvang, risicofactoren, preventiemogelijkheden, belang van registratie);

- het ontwikkelen van veiligheidscursussen voor personeel die veiligheid in het taak pakket hebben (bijv. leden: MIB-commissie, OR, Cliëntenraad);
- het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal voor bewoners en familie over veiligheidsrisico's, mogelijkheden voor preventie (bijvoorbeeld gericht op veiligheid van meubilair, inrichting van vertrekken, product-veiligheid, alarmering);
- het houden van voorlichtingsbijeenkomsten waarin het onderwerp veiligheid onder de aandacht gebracht wordt van personeel/ vrijwilligers / bewoners /familie;
- in de vakliteratuur van verzorgingshuizen periodiek publiceren over aard en omvang van onveiligheid in verzorgingshuizen en mogelijkheden voor preventie.

Uit het literatuuronderzoek en de gehouden interviews is geen systematisch beeld naar voren gekomen van de subjectieve beleving van bewoners (en ook personeel) ten aanzien van de onveiligheid in de verzorgingshuizen en consequenties die dat heeft voor hun functioneren en sociale participatie. Uit de algemene literatuur op het gebied van valongevallen bij ouderen komt echter het beeld naar voren dat een toenemende angst voor vallen kan leiden tot verminderde sociale participatie en toenemend isolement.

Aanbeveling 11 *Onderzoek naar, de gevolgen van, subjectieve onveiligheid in verzorgingshuizen gericht op het voorkomen van mogelijke negatieve gevolgen is gewenst.*
Teneinde na te gaan welke gevoelens van onveiligheid bij bewoners en personeel bestaan en welke negatieve gevolgen die hebben voor bijvoorbeeld hun functioneren en sociale participatie wordt aanbevolen om daar (periodiek) onderzoek naar uit te voeren. Het onderzoek zal concrete aanwijzingen moeten opleveren voor interventies die gericht zijn op het voorkomen of opheffen van negatieve gevolgen van gevoelens van onveiligheid bij bewoners en ook personeel van verzorgingshuizen.

Lijst van gebruikte afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIZA	Ministerie van Binnenlandse Zaken
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
EBIS	Extern Besturings Informatie Systeem
FONA	Fouten, Ongevallen, Near Accidents
KMBV	Stichting Kwaliteitsbevordering Management en Bestuur Verzorgingstehuizen
LIS	Letsel Informatie Systeem
LOBB	Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen
MIP	Melding Incidenten Patiënten(zorg)
MIB	Melding Incidenten Bewoners
MOT	Meetinstrument Omgeving Tehuizen
pg	psychogeriatrische
PORS	Privé Ongevallen Registratie Systeem
C&V	Consument en Veiligheid
TNO-PG	TNO-Preventie en Gezondheid
VNB	Vereniging van Nederlandse Bejaardenoorden
WBO	Wet op de Bejaardenoorden
WZF	WoonZorg Federatie

LITERATUUR

ARINK P. Verzorgingshuizen binnenkort naar de AWBZ. Senior 1996;11.

BEKKER J den. Kwaliteitsverbetering in verzorgingshuizen. Senior 1997; ½.

BERRY G, FISHER RH, LANG S. Detrimental Incidents, including falls, in an elderly institutional population. JAGS 1981;29:322-24.

BIZA (MINISTERIE VAN BINNENLANDSE ZAKEN). Handboek veilige zorginstellingen, 1995.

BTSG (Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie). Info bulletin 1994;8:25.

BUESINK H, ed. Beveiliging en veiligheid. Instelling Management 1987;19.

BUZA (MINISTERIE VAN BINNENLANDSE ZAKEN). Brandbeveiligingsconcept Gezondheidszorggebouwen. Den Haag: 1994.

CALI CM, KIEL DP. An epidemiologic study of fall-related fractures among institutionalized older people. JAGS 1995;43:1336-40.

DRÖES RM. In beweging: over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam, 1991.

FLEMING BE, PENDERGAST DR. Physical condition, activity pattern, and environment as factors in falls by adult care facility residents. Arch Phys Med Rehabil 1993;74:627-30.

FOCKERT JA de. In de ouderdom ten val gekomen. Tijdschr Verzorgenden 1990;2:46-50.

GRAAFMANS W, OOMS ME, LIPS P, BEZEMER PD. Risicofactoren voor vallen bij ouderen: rapportage van tusssentijdse resultaten in het kader van de cursus epidemiologie. Amsterdam: Vrije Universiteit, EMGO-Instituut, 1992.

GRAAFMANS W. Risk Factors for fractures in the elderly. Amsterdam: 1997.

GROSS YT, SHIMAMOTO Y, ROSE CL, FRANKS B. Why do they fall? monitoring risk factors in nursing homes. J Gerontol Nursing 1990;16:20-25.

HARPER RD, DICKSON WA. Reducing the burn risk to elderly persons living in residential care. Burns 1995;21:205-8.

HOOZEMANS JAM. FONA-registratie in een verpleeghuis: een tussentijdse evaluatie. Medisch Contact 1984;5:153-55.

INSPECTIE VERZORGINGSHUIZEN ZEELAND, Noord-Brabant en Limburg. Rapportage over 1996 van de inspecties verzorgingshuizen in de provincies Zeeland, Noord-Brabant en Limburg. -januari 1997.

INSPECTIE VERZORGINGSHUIZEN PROVINCIE GELDERLAND, Zeeland, Gemeente Utrecht. De basiszorg onder de knie? Basiszorg in verzorgingshuizen in de provincies Gelderland, Zeeland, Gemeente Utrecht, een inventariserend onderzoek. 1996.

INSPECTIE VERZORGINGSHUIZEN PROVINCIE NOORD-BRABANT. Verslag van de inspectiebezoeken in 1994 aan de verzorgingshuizen in de provincie Noord-Brabant. 's-Hertogenbosch: februari 1995.

KIEL DP, O'SULLIVAN P, TENO JM, MOR V. Health care utilization and functional status in the aged following a fall. Medical Care 1991;29(3):221-28.

KNEGTEL MATAM, KWEKKEBOOM MH, SCHUYT JGCM, SWENKER P. Handboek wonen en zorg: Lokaal integraal ouderenbeleid. 's-Gravenhage: VUGA, 1995.

KNULST M. Beveiliging verzorgingshuizen vraagt steeds meer aandacht: wat kan een huis doen aan preventie? LOBB-Bulletin, april 1992.

KOSTER J. et al. Handboek wonen en zorg: lokaal integraal ouderenbeleid. 'S-Gravenhage: Vuga,1995.

LILLEY JM, ARIE T, CHILVERS CED. Special review accidents involving older people: a review of the literature. Age Ageing 1995;24:346-65.

LIPSITZ LE, JONSSON PV, KELLEY MM, KOESTNER JS. Causes and correlates of recurrent falls in ambulatory frail elderly. Journal Gerontol 1991;46(4):114-22.

LOBB. (Landelijke Organisatie Bewoners commissies Bejaardenoorden). Psychogeriatrische bewoners in het verzorgingshuis. Utrecht: LOBB, augustus 1996.

LOBB. (Landelijke Organisatie Bewoners commissies Bejaardenoorden). Jaarverslag 1995. Nota 29. Utrecht: juni, 1996.

LUUKINEN H, KOSKI K, HILTUNEN L, KIVELA SL. Incidence rate of falls in an aged population in Northern Finland. J Clin Epidemiol 1994;47(8):843-50.

MEULENBERG OGRM, DIJK PTM van, SANDE HJ van de, HABBEMA JDF. Vallen en opstaan in een psychogeriatrisch verpleeghuis: twee jaar Meldingsformulier Incidenten Bewonerszorg. Tijdschr Gerontol Geriatr 1991;22:216-20.

MOSSEY JM. Social and psychologic factors related to falls among the elderly. Clin Geriatric Med 1985;1(3):541-53.

PETERS H, BOERSMA L. Onderzoek naar het leefklimaat in verpleeghuizen, verslag van een vooronderzoek. 's-Hertogenbosch: NIG/SAMIVOZ, 1982.

PLUYTER B., BURGER-VAN DER LEE CA. Meldingsformulieren incidenten patiëntenzorg, een inventarisatie. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1990.

RIVERS PH. The impact of carers' attitudes on the safety of medication procedures in U.K. residential homes for the elderly. J Soc Admin Pharmacy 1995;12(3):132-43.

RUBENSTEIN LZ, JOSEPHSON KR, ROBBINS AS. Falls in the Nursing Home. Ann Internal Med 1994;121(6):442-51.

RYYNÄNEN OP, KIVELÄ SL, HONKANEN R, LAIPPALA P, SOINI P. Incidence of falling injuries leading to medical treatment in the elderly. Public Health 1991;105:373-86.

SCHRIJNEMAEKERS VJJ, HAVEMAN MJ, WIERIK MJM te, KESSELS AGH. Kwetsbare hoogbejaarden thuis en in het verzorgingshuis: een vergelijkend onderzoek in Sittard. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1994;72(7):369-76.

SIEH M. Verzorgingshuizen binnenkort op weg naar de AWBZ. Senior 1996;7/8.

SVENSSON ML. Falls and accidents among the elderly: analysis of injuries, risks and consequences and preventive possibilities. Goteborg: 1991.

TINETTI ME, SPEECHLEY M. Prevention of falls among the elderly. New Engl J Med 1989;320(16):1055-9.

TINETTI ME. Factors associated with serious injury during falls by ambulatory nursing home residents. JAGS 1987;35:644-48.

TURENHOUT I. Eerste kamer akkoord met overgangswet verzorgingshuizen. Trefpunt 1996;8.

TvB (Technische Voorlichting Bejaardentehuizen). Veiligheid en gezondheid in verzorgingstehuizen. TvB sept. 1987:7-11

VELLAS B, CAYLA F, BOCQUET H, PEMILLE F de, ALBAREDE JL. Prospective study of restriction of activity in old people after falls. Age and Ageing 1987;16:189-93.

VERENIGING VAN DIRECTEUREN BASISGEZONDHEIDSDIENSTEN. Jaarverslag 1995. Utrecht: VDB Nederland, 1996.

VERMEULEN HBM. Vallen en valpreventie in het verpleeghuis: een interventiestudie naar het effect van een bed-alarmsysteem. Nijmegen: 1994.

VERSCHURE CCM. Beveilig het ziekenhuis, preventie in een klantgerichte gatenkaas. 's-Hertogenbosch: Damhuis Elshout Verschure, 1991.

VNB-Friesland. (Vereninging van Nederlandse Bejaardenoorden). Sociale veiligheid in het verzorgingshuis, een handreiking van het verzorgingshuis om te komen tot beveiligingsbeleid. VNB-Friesland, Groningen, mei 1994.

VOORDT DJM van der, LUETHI P, NICLAES MN. Ouderen in Ziekenhuizen: problemen en oplossingen voor bouw en inrichting. Amsterdam 1994.

VWS (MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT). Zorg in Getal 1995. Rijswijk, 1995.

WESTHOFF M, HOPMAN-ROCK M, WINDT van der T, red. Goed oud worden: ervaringen en resultaten. Uitgave in het kader van symposium over het programma Goed Oud Worden, Leiden 1996.

WZF. (WoonZorg Federatie). Jaarverslag 1995. Zeist, juli 1996.

WZF. (WoonZorg Federatie). Externe kwaliteitsbewaking Verzorgingshuizen 1997. Zeist; december 1996.

BIJLAGE 1

Checklist: Interview met Sleutelfiguren

VEILIGHEID IN VERZORGINGSHUIZEN

Gert Jan Wijlhuizen, Patricia Staats

februari 1997

Inleiding

Om in kaart te brengen op welke wijze veiligheid de aandacht heeft binnen verzorgingshuizen, wordt een interviewronde gehouden met diverse sleutelfiguren die binnen het veld van verzorgingshuizen actief zijn. In het interview zullen veiligheidsaspecten in de breedste zin des woords aan de orde gesteld worden. Hierbij gaat het om gegevens met betrekking tot ongevallen (safety), criminaliteit (security) en de belevingsaspecten op het gebied van beide terreinen.

Ter voorbereiding op een gesprek is een checklist samengesteld met onderwerpen die in het interview aan de orde gesteld zullen worden. Mochten er nog onderdelen zijn die niet in de checklist zijn opgenomen, maar die u wel ter sprake wilt brengen, dan horen wij dit graag van u.

- CHECKLIST: INTERVIEW MET SLEUTELFIGUREN -

1. **Korte toelichting op het onderzoek door medewerker(s) van TNO op basis van de toegezonden notities (zie bijlagen).**

2. **Korte toelichting door sleutelfiguur over zijn/haar taak en fuctie.**

3. **Inschatting objectieve mate van veiligheid en subjectieve beleving van veiligheid in verzorgingshuizen t.a.v.:**
   - ongevallen;
   - beleving van bewoners (ongevallen);
   - brandgevaar;
   - beleving van bewoners (brandgevaar);
   - inbraak/diefstal;
   - beleving van bewoners (inbraak/diefstal);
   - mogelijke suggesties en wensen ter verbetering/aanvulling.

4. Registratie van gegevens over ongevallen, inbraak/diefstal

- inventarisatie van registraties die lokaal of centraal opgezet/gecoördineerd/beheerd worden;
- soort gegevens die worden vastgelegd;
- wijze van vastlegging van de gegevens (computer, op schrift, per afdeling, centraal etc.);
- de toegankelijkheid van de gegevens voor derden;
- waar worden de gegevens voor gebruikt;
- mogelijke suggesties en wensen ter verbetering/aanvulling .

5. Gestructureerd aandacht (op dit moment) voor veiligheid (ongevallen en criminaliteit) in verzorgingshuizen

5a *landelijk beleid*

- als onderdeel van kwaliteitsbeleid;
- in opleidingen voor personeel en directie;
- als onderdeel van professionalisering verzorgingshuizen;
- voorlichtingsmateriaal en brochures;
- inventarisatie beschikbare documenten, suggesties/aanvullingen etc..

5b *binnen de organisatie van verzorgingshuizen*

- via verantwoordelijke functionarissen;
- via voorlichting aan bewoners (zoals b.v met betrekking tot ongevallen: de inrichting van de woonruimte en b.v. met betrekking tot criminaliteit: de deur goed afsluiten);
- via voorlichting aan vrijwilligers/familie;
- het aanbrengen van voorzieningen (steunen, opbergmogelijkheden waardevolle voorwerpen, verlichting (binnen, buiten) etc.;
- door actieve signalering van gevoelens van onveiligheid bij bewoners (enquêtes, periodieke (groeps)gesprekken);
- door ondersteuning van bewoners bij ADL/HDL, ook in de nachtelijke uren tijdens toiletbezoek of bij ziekte;
- inventarisatie beschikbare documenten, suggesties/aanvullingen etc..

5c *samenwerking met derden buiten het verzorgingshuis.*

- in contacten met brandweer, politie (periodieke controles, oefeningen, voorlichting aan staf/personeel, up to date procedures);

- gezondheidsbeleid ten aanzien van gebruik van combinaties van geneesmiddelen, signalering van duizeligheid/slechte mobiliteit/vallen, ontoereikende hulpmiddelen, periodieke contacten daarover met apothekers /huisartsen /fysiotherapeuten /ergotherapeuten /specialisten / verstrekkers van hulpmiddelen;
- inventarisatie beschikbare documenten, suggesties/aanvullingen etc..

6) Toekomstplannen/wensen op het terrein van verhoging van de veiligheid in verzorgingshuizen.

6a *landelijk beleid ten aanzien van:*

- systematische registratie/analyse van problematiek;
- het inpassing van de aanpak in beleidsplannen/kwaliteitsbeleid;
- het registreren van mogelijkheden ter verbetering (kosten/baten);
- gerichte interventies/concrete aanpak van bekende problemen en evaluatie van het effect (gerichte voorlichting, omgevingsaanpassingen, gezondheidszorg (periodieke screening, bewegingsprogramma's), organisatieveranderingen);
- opleiding/scholing.

6b *binnen de organisatie van verzorgingshuizen ten aanzien van:*

- systematische registratie/analyse van de problematiek;
- het inpassing van de aanpak in beleidsplannen/kwaliteitsbeleid;
- gerichte interventies en evaluaties.

6c *samenwerking met derden buiten het verzorgingshuis.*

- C&V (onderzoek, voorlichting en registratie).

7) Opmerkingen, aanvullingen en suggesties.

BIJLAGE 2

Internationale gegevens valongevallen

Incidentie van valongevallen per 1000 personen per jaar in zorginstellingen voor ouderen in het buitenland.

Instelling (naam en soort)	**tijdvak**	**aantal patiënten**	**incidentie vallen per 1000 pers/j**	**bron**
Diverse zorginstellingen voor ouderen in Finland	1991	143	1615	Luukinen e.a. 1994 registratie t.b.v studie
Adult Care Facility in VS (voor relatief gezonde ouderen)	3 jaar	76	1289	Fleming e.a. 1993
Nursing Homes en Board and Care Facilities [plaats?]	-*	-*	1200	Rubenstein e.a. 1990, via review Rubenstein e.a. 1994
Nursing Homes en Board and Care Facilities [plaats?]	-*	-*	1300	Gostynski, 1991, via review Rubenstein e.a. 1994
Nursing Homes en Board and Care Facilities [plaats?]	-*	-*	630	Neufeld e.a. 1991, via review Rubenstein e.a. 1994
'geriatric hospitals and it's associated nursing homes' in Zweden	1 jaar	4682	350	Svensson e.a. 1991
Nursing Home [plaats?]	-*	-*	1530	Tinetti e.a. 1992, via review Rubenstein e.a. 1994
Zorginstelling, [soort?] in VS	1 jaar	-*	1935	Catchen 1983, via review Ryynänen e.a. 1991
Zorginstelling, [soort?] in VS	10 maanden	-*	2000	Baker & Harvey 1985, via review Ryynänen e.a. 1991
Zorginstelling, [soort?] in Canada	1 jaar	-*	840	Morse e.a. 1985, via review Ryynänen e.a. 1991
Zorginstelling, [soort?] in Engeland	16 maanden	-*	3763	Blake & Morfitt 1986, via review Ryynänen e.a. 1991
Nursing Home in Honolulu	1 jaar	178	646	Gross e.a. 1990

* In het reviewartikel werden deze gegevens niet vermeld.

BIJLAGE 3

Voorbeelden Melding Incidenten Patiënten-formulieren

KWALITEITSZORG
PRODUKTOMSCHRIJVING

Afdeling	Verzorging
Rubriek plus omschrijving	Melding Incidenten Patienten(MIP)

D O E L:
Het doel van de Melding incidenten Patiënten is er voor te zorgen dat (structureel) gevaarlijke situaties in huis zichtbaar worden gemaakt. En door het nemen van preventieve maatregelen kunnen incidenten voorkomen worden.

OMSCHRIJVING:

- Incidenten rond patiënten/cliënten worden door de medewerker gemeld via het MIP formulier.
- De melder onderneemt aktie om er voor te zorgen dat de ongewenste of gevaarlijke situatie direkt wordt verholpen.
- De formulieren worden gedeponeerd in de MIP postbus.
- De secretaresse van de MIP-commissie verwerkt de MIP-formulieren wekelijks.
- Eenmaal per kwartaal komt de MIP-commissie bijeen en adviseert het managementteam over de (structureel) te nemen maatregelen.
- De MIP-commissie maakt een jaarverslag.

Protocol is aanwezig

VERANTWOORDELIJK : Medisch adviseur

Relatie met:				
Omschrijving:				
Procedurecode:				

KWALITEITSZORG PROTOCOL	
Afdeling	Verzorging
Rubriek plus omschrijving	**Melding Incidenten Patiënten (MIP)**
Aard van de beschrijving:	Wettelijke regelgeving/afspraken/voorbeelden.

Beschrijving uitvoering werkzaamheden:

Doel :Het doel van de Melding Incidenten Patiënten is erop gericht ervoor te zorgen dat (structureel) gevaarlijke situaties in huis zichtbaar worden, waardoor preventieve maatregelen genomen kunnen worden zodat incidenten voorkomen kunnen worden.

Voor wie :Er wordt melding gemaakt van incidenten die bewoners, patiënten en cliënten treffen.

Door wie :De medewerker die betrokken is of wordt, bij het incident vult een MIP formulier in. Tegelijkertijd zorgt deze medewerker ervoor dat de acute/ ongewenste /gevaarlijke situatie wordt verholpen.

Waar MIP Formulieren bevinden zich in de formulierenkast in de kantorentuin en het kantoor op de 1A gang.

Wanneer :Direct na het plaatsvinden van het incident.

Benodigdheden : MIP formulier.

Werkwijze :
- Het MIP formulier wordt gedeponeerd in de MIP brievenbus op de 1A gang.
- De MIP-commissie bestaat uit een medewerker verzorgingsdienst,technische dienst, medisch-adviseur en een receptiemedewerker, die tevens de secretariële werkzaamhe den verzorgt zoals : Het maken van een agenda, de notulen en verwerking van (via het MIP-registratie-programma) de MIP formulieren.
- De MIP-commissie maakt jaarlijks een verslag van haar werkzaamheden en neemt daarin een advies op aan het managementteam over mogelijke structurele verbetering.

Nazorg:

Het jaarverslag van de MIP commissie bespreken met de cliënten-raad en daarnaast mogelijke aanbevelingen opnemen in de activiteitenplanning voor het komend jaar.

Datum beschrijving:	Datum controle:	Accoord coördinator:

MELDING INCIDENTEN PATIENTENZORG

Instructie:
- voor elk (bijna-)incident een apart formulier invullen;
- omcirkel één cijfer per vraag bij het gekozen antwoord;
- de stippels zelf invullen;
- 6.1, 6.2 en 6.3 alléén invullen indien van toepassing;
- vraag 14 en 15 en persoonsnamen zijn niet verplicht;
- alle overige vragen volledig invullen;
- op de dag van invulling in de MIP-bus deponeren.

let op!
- vraag 1 t/m 19 zijn standaard vragen;
- vraag A t/m F kunnen veranderd zijn.

Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld.
Uw naam wordt niet in de computer geregistreerd.
HET GAAT OM ZORGVERBETERING

DIT GEDEELTE NIET INVULLEN

ingekomen d.d.:

ontvangen door:

besproken d.d.:

af te handelen door:

afgehandeld d.d.:

formuliernummer conform computerprogramma:

I. ALGEMEEN

1. Type incident/melding:	2. Was er een bewoner bij betrokken?	3. Handicap bewoner:
1 voorgevallen incident 2 bijna-incident of gevaarlijke situatie	1 nee 2 ja, chr/mv. . . . . . van afdeling: . . . . . . en/of unit:	1 geen bewoner betrokken 2 reactivering (kortdurende behandeling gericht op ontslag) 3 somatisch 4 psycho-geriatrisch 5 p.g. en somatisch
4. Plaats van het (bijna-)incident of gevaarlijke situatie:	**5. Tijdstip van het (bijna-) incident of ontdekking:**	**A:**
1 eigen afdeling of unit 2 andere afdeling of unit 3 elders in het gebouw 4 buiten het gebouw in welk vertrek of ruimte:	datum (dg-mnd-jr): . . . . . . dag van de week: . . . . . . tijdstip (0 tot 24 uur / min):	

II WAT GEBEURDE ER OF WAT HAD ER KUNNEN GEBEUREN?

6. Soort (bijna-)incident:	6.1 Indien val-incident:	6.2 Indien voeding-incident:
1 vallen (zie ook 6.1) 2 voeding (zie ook 6.2) 3 medicatie (zie ook 6.3) 4 stoten/kneilen/botsen 5 agressie 6 vermissing bewoner 7 inname schadelijke stoffen 8 brand/schroeien 9 anders (leg uit bij 14)	1 op de grond aangetroffen 2 struikelen/uitglijden 3 door knieën zakken 4 ergens af-/uit-/naastvallen 5 anders (leg uit bij 14)	1 verstikken 2 verbranden 3 dieetfout 4 bederven voedsel 5 anders (leg uit bij 14)
6.3 Indien medicatie-incident:	**Welk medicijn (en dosis, tijdstip, of toediening)?**	**B:**
1 verkeerd recept 2 niet genomen 3 niet gekregen 4 verkeerd medicijn 5 verkeerde dosis 6 verkeerd tijdstip 7 verkeerde toedieningswijze 8 anders (leg uit bij 14)	. . . . in plaats van:	

GA DOOR NAAR DE ACHTERZIJDE

MELDINGSFORMULIER VOOR FOUTEN, ONGEVALLEN OF BIJNA-ONGEVALLEN

Dit formulier, graag voorzien van uw naam, nog de dag van het incident in de bus bij de receptie doen. Uw gegevens worden door de M.I.B.-commissie vertrouwelijk behandeld.
Het gaat om zorgverbetering.

Het onderstaande altijd invullen.

ALGEMEEN

Datum gebeurde : .....

Betreft het een ongeval of bijna-ongeval: .....

Tijdstip (0-24 uur) : .....

Naam bewoner (man/vrouw*) : .....

Kamernummer : .....

Naam en funktie invuller : .....

Datum invullen : .....

1. **Waar vond het incident plaats?**

0 Eigen kamer
0 Andere kamer
0 Douche
0 Toilet
0 Gang
0 Hal voor de lift
0 Lift/liftdeur

0 C.O.R.
0 A.B.
0 Restaurant
0 Groepsverzorging
0 Elders, te weten: .....
.....
0 Buiten, te weten: .....
.....

2. **Waren er getuigen van het gebeurde?** Ja/Nee*

3. **Wie heeft u na het gebeurde ingeschakeld?**

0 In het rapport gezet.
0 Collega's/Contactverzorgende
0 Afdelingshoofd
0 Zwerfavonddienst
0 Bereikbaarheidsdienst
0 Coördinerend verpleegkundige
0 Hoofd Verzorging/Verpleging
0 Huisarts
0 Medisch adviseur
0 Apotheek
0 Civiele dienst
0 Overige: .....

Indien het gebeurde te maken heeft met VALLEN, ga door met VRAAG 4.
Indien het gebeurde te maken heeft met MEDICIJNEN, ga door met VRAAG 8.
In andere gevallen, ga door met VRAAG 5.

VALLEN

4 **Heeft de directe oorzaak van het gebeurde te maken met:**

0 Te weinig toezicht.
0 Hulpmiddelen, t.w. .....
0 Kleding, t.w. .....
0 Obstakels, t.w. .....
0 Handelingen van: 0 Bewoner 0 Personeel 0 Derden, t.w. .....
0 Technische mankementen, t.w. .....
0 Psychische gesteldheid van de bewoner, t.w. .....
0 Lichamelijke gesteldheid van de bewoner, t.w. .....
0 Overige, t.w. .....

5 **Schadelijk gevolg**

0 Geen merkbaar gevolg
0 Pijn of méér pijn
0 Huidletsel
0 Blauwe plek of bult
0 Botbreuk
0 Overlijden
0 Nadelig geestelijk gevolg
0 Overige: .....

6. **Hoe lang heeft men moeten wachten op hulp?** .....

7. **Geef, indien mogelijk, de positie van de bewoner vlak voor het gebeurde aan.**

0 In bed hoge stand
0 In stoel
0 Op postoel
0 In tillift
0 In bed lage stand
0 In rolstoel
0 Op toilet
0 Lopend 0 Staand 0 Met hulpmiddel 0 Zonder hulpmiddel
0 Anders, t.w. .....

MEDICIJNEN

8. **Om welk medicijn gaat het?** .....

Bij gebeurtenissen met medicijnen: Wat is er gebeurd?

- Medicijnen niet gekregen!

0 Medicijnen vergeten
0 Bewoner weigerde medicatie
0 Medicijn later gevonden
0 .....

- (Verkeerd) medicijn wel gekregen!

0 Verkeerde medicijn gekregen
0 Mee gestopt, toch gekregen
0 Nam zelf verkeerde medicijnen in
0 .....

Schadelijk gevolg, t.w.: .....

BESCHRIJVING GEBEURDE

9. **Oorzaak volgens bewoner:** .....
.....
.....
.....

Oorzaak volgens personeel: .....
.....
.....
.....

10. **Hoe had het gebeurde voorkomen kunnen worden?** .....
.....
.....

TOT SLOT: Hartelijk dank voor de genomen moeite.
Vergeet niet het gebeurde ook in de rapportage te vermelden!

MELDING INCIDENTEN PATIËNTENZORG

Instructie
- voor elk (bijna) incident een apart formulier invullen
- als er meerdere personen bij een incident betrokken zijn voor iedere persoon een apart formulier invullen.
- omcirkel één cijfer per vraag bij het gekozen antwoord
- de stippellijnen zelf invullen
- 6.1, 6.2 en 6.3 alleen invullen indien van toepassing
- vraag 14 en 15 en persoonsnamen zijn niet verplicht
- alle overige vragen volledig invullen.

LET OP!!
- vragen 1 t/m 19 zijn standaard vragen
- vragen A t/m F kunnen veranderd zijn

Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Uw naam wordt niet in de computer geregistreerd.
HET GAAT OM ZORGVERBETERING

Dit gedeelte niet invullen

Ingekomen d.d. :

Ontvangen door :

Besproken d.d. :

Af te handelen door :

Afgehandeld d.d :

Formuliernummer conform computerprogramma :

I. ALGEMEEN

1. Type incident/melding	**2. Was er een bewoner bij betrokken ?**	**3. Handicap bewoners**
1. voorgevallen incident 2. bijna-incident of gevaarlijke situatie	1. nee 2. ja, dhr/mw : ..... van afdeling : ..... en/of unit :	1. geen bewoner betrokken 2. reactivering (kortdurende behandeling gericht op ontslag) 3. somatisch 4. psycho-geriatrisch 5. pg en somatisch
4. Plaats van het (bijna) incident of gevaarlijke situatie.	**5. Tijdstip van het (bijna) incident of ontdekking.**	**A.**
1. eigen afdeling of unit 2. andere afdeling of unit 3. elders in het gebouw 4. buiten het gebouw in welk vertrek of ruimte:	datum (dag-maand-jaar): ..... dag van de week .... tijdstip (0-24 uur / minuten)	

II. WAT GEBEURDE ER OF WAT HAD ER KUNNEN GEBEUREN.

6. Soort (bijna) incident	**6.1 Indien val-incident**	**6.2 Indien voeding-incident**
1. vallen (zie ook 6.1) 2. voeding (zie ook 6.2) 3. medicatie (zie ook 6.3) 4. stoten/knellen/botsen 5. agressie 6. vermissing bewoner 7. inname schadelijke stoffen 8. brand/schroeien 9. anders	1. op de grond aangetroffen 2. struikelen/uitglijden 3. door de knieen zakken 4. ergens af/uit/naast vallen 5. anders (leg uit bij 14)	1. verslikken 2. verbranden 3. dieetfout 4. bedorven voedsel 5. anders
6.3 Indien medicatie-incident		**B**
1. verkeerd recept 2. niet genomen 3. niet gekregen 4. verkeerd medicijn 5. verkeerde dosis 6. verkeerd tijdstip 7. verkeerde toediningswijze 8. anders (leg uit bij 14)	welk (medicijn, dosis, tijdstip, toediening) .... in plaats van:	

III. OORZAKEN

7. Waardoor gebeurde het	8. Welke omstandigheid is mede de oorzaak	C. Toelichting
1. materiaal (bv. meubels, hulpmiddelen, apparaten, kleding, sanitair) 2. (niet) handelen van bewoner 3. toestand van bewoner 4. toedoen van medebewoner 5. (niet) handelen van personeel 6. anders (leg uit bij 14)	1. verkeerd gebruik materiaal 2. defect materiaal 3. natte vloer/obstakel 4. foute aflevering of bereiding 5. geen toezicht 6. afspraken schieten tekort 7. bewust genomen risico 8. vergissen of vergeten 9. anders (zie ook C, leg uit bij 14)	1. onbekend 2. bedhek omlaag/fixatie los 3. sufheid/vermoeidheid/evenwicht 4. lopen/opstaan 5. uitglijden/van (rol)stoel glijden 6. naast (rol)stoel gaan zitten 9. anders

IV. AFLOOP

9. Lichamelijk letsel bewoner	10. Psychische schade bewoner	11. Letsel anderen
1. nee/geen bewoner betrokken 2. (nog) niet merkbaar 3. pijn 4. blauwe plek/zwelling 5. huidletsel 6. botbreuk 7. benauwheid 8. overleden 9. anders (leg uit bij 14)	1. nee/geen bewoner betrokken 2. (nog) niet merkbaar 3. sufheid 4. onrust 5. angst 6. anders (leg uit bij 14)	1. nee/geen anderen betrokken 2. (nog) niet merkbaar 3. ja (leg uit bij 14)

12. Wie is gewaarschuwd	14. Ziekenhuisopname of - consult nodig voor bewoner	D. Preventieve maatregelen
1. arts 2. familie 3. leidinggevende 4. arts + familie 5. arts + leidinggevende 6. leidinggevende + familie 7. arts + familie + leidinggevende 8. geen/anderen	1. nee/geen bewoner betrokken 2. (nog) niet duidelijk 3. alleen consult 4. ziekenhuisopname	1. meer toezicht 2. beter opletten 3. afspraken/instructie 4. ander/beter materiaal 5. fixeren/bedhekken omhoog 6. (bijna) niet mogelijk 8. anders (leg uit bij 15)

14. Nadere uitleg of toelichting op het (bijna) incident

15. Hoe kan het (bijna) incidient in de toekomst worden voorkomen ?

V. MELDINGSINFORMATIE

16. Betrokkenheid van melder	17. Wilt u contact met de MIP-cie over deze melding ?	E.
1. direct betrokken of getuige 2. achteraf aangetroffen of gealarmeerd	1. nee 2. ja	

18. Ingevuld door	19. Invuldatum	F.
naam : ..... functie : ..... afdeling : ..... en/ of unit :	datum (dag-maand-jaar)	

DANK U VOOR UW MEDEWERKING

Melding incidenten bewonerszorg

Instructie:
- voor elk (bijna-)incident een apart formulier invullen;
- omcirkel één cijfer per vraag bij het gekozen antwoord;
- de stippels zelf invullen;
- 6.1, 6.2 en 6.3 alléén invullen indien van toepassing;
- vraag 14 en 15 en persoonsnamen zijn niet verplicht;
- alle overige vragen volledig invullen;
- op de dag van invulling in de MIP-bus deponeren.

let op!
- vraag 1 t/m 19 zijn standaard vragen;
- vraag A t/m F kunnen veranderd zijn.

Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld.
Uw naam wordt niet in de computer geregistreerd.
HET GAAT OM ZORGVERBETERING

DIT GEDEELTE NIET INVULLEN

ingekomen d.d.:

ontvangen door:

besproken d.d.:

af te handelen door:

afgehandeld d.d.:

formuliernummer conform computerprogramma:

I. ALGEMEEN

1. Type incident/melding	2. Was er een bewoner bij betrokken?	3. Handicap bewoner
1 voorgevallen incident 2 bijna-incident of gevaarlijke situatie	1 nee 2 ja, dhr/mw. . . . . . van afdeling: . . . . . . en/of unit:	1 geen bewoner betrokken 2 reactivering (kortdurende behandeling gericht op ontslag) 3 somatisch 4 psycho-geriatrisch 5 p.g. en somatisch
4. Plaats van het (bijna-)incident of gevaarlijke situatie	**5. Tijdstip van het (bijna-) incident of ontdekking**	**A.**
1 eigen afdeling of unit 2 andere afdeling of unit 3 elders in het gebouw 4 buiten het gebouw in welk vertrek of ruimte:	datum (dg-mnd-jr): . . . . . . dag van de week: . . . . . . tijdstip (0 tot 24 uur / min):	

II WAT GEBEURDE ER OF WAT MAD ER KUNNEN GEBEUREN?

6. Soort (bijna-)incident	6.1 Indien val-incident	6.2 Indien voeding-incident
1 vallen (zie ook 6.1) 2 voeding (zie ook 6.2) 3 medicatie (zie ook 6.3) 4 stoten/knellen/botsen 5 agressie 6 vermissing bewoner 7 inname schadelijke stoffen 8 brand/schroeien 9 anders (leg uit bij 14)	1 op de grond aangetroffen 2 struikelen/uitglijden 3 door knieën zakken 4 ergens af-/uit-/naastvallen 5 anders (leg uit bij 14)	1 verslikken 2 verbranden 3 dieetfout 4 bedorven voedsel 5 anders (leg uit bij 14)
6.3 Indien medicatie-incident	**Welk medicijn (en dosis, tijdstip, of toediening)?**	**B.**
1 verkeerd recept 2 niet genomen 3 niet gekregen 4 verkeerd medicijn 5 verkeerde dosis 6 verkeerd tijdstip 7 verkeerde toedieningswijze 8 anders (leg uit bij 14)	. . . . in plaats van:	

GA DOOR NAAR DE ACHTERZIJDE

III OORZAKEN

7. Waardoor gebeurde het?	8. Welke omstandigheid is mede-oorzaak?	C.
1 door materiaal (bv. meubels, hulpmiddelen, apparaten, kleding, sanitair) 2 (niet)handelen van bewoner 3 toestand van bewoner 4 toedoen van medebewoner 5 (niet)handelen van personeel 6 anders (leg uit bij 14)	1 verkeerd gebruik materiaal 2 defect materiaal 3 natte vloer/obstakel 4 foute aflevering of bereiding 5 geen toezicht 6 afspraken schieten tekort 7 bewust genomen risico 8 vergissing of vergeten 9 anders (leg uit bij 14)	

IV AFLOOP

9. Lichamelijk letsel bewoner	10. Psychische schade bewoner	11. Letsel anderen
1 nee/geen bewoner betrokken 2 (nog) niet merkbaar 3 pijn 4 blauwe plek/zwelling 5 huidletsel 6 botbreuk 7 benauwdheid 8 overleden 9 anders (leg uit bij 14)	1 nee/geen bewoner betrokken 2 (nog) niet merkbaar 3 sufheid 4 onrust 5 angst 6 anders (leg uit bij 14)	1 nee/geen anderen betrokken 2 (nog) niet merkbaar 3 ja (leg uit bij 14)
12. Wie is gewaarschuwd?	**13. Ziekenhuisopname of -consult nodig voor bewoner?**	**D.**
1 arts 2 familie 3 leidinggevende 4 arts en familie 5 arts en leidinggevende 6 leidinggevende en familie 7 arts, familie en leiding 8 geen/anderen	1 nee/geen bewoner betrokken 2 (nog) niet duidelijk 3 alleen consult 4 ziekenhuisopname	

14. Nadere uitleg of toelichting op het (bijna-)incident:

15. Hoe kan het (bijna-)incident in de toekomst worden voorkomen?

V MELDINGSINFORMATIE

16. Betrokkenheid van melder	17. Wilt u contact met de MIP-cie over deze melding?	E.
1 direct betrokken of getuige 2 achteraf aangetroffen of gealarmeerd	1 nee 2 ja	
18. Ingevuld door	**19. Invuldatum**	**F.**
naam: . . . . . . functie: . . . . . . afdeling: . . . . . . en/of unit:	datum (dg-mnd-jr):	

DANK U VOOR DE MEDEWERKING

Brandmelding gekregen op :.....dag, datum....., maand...
19..., tijd:..... uur

Plaats / Afdeling / Etage:.....

.....

Oorzaak brandmelding:.....

.....

Reaktie afdeling:.....

.....

Brandweer gekomen: Ja / Nee

Naam bevelvoerder:.....

Aanwezige brandkommissieleden:.....

.....

.....

INBRAAKRAPPORT

1. De inbraak (diefstal) is gepleegd op _____/_____dag.
   a. Afdeling _____ d.d. _____ tussen _____ en _____ uu
   b. Kamer _____ Tuinzijde/Straatzijde*, _____ verdieping.
   c. Naam bewoner _____

2. Vermoedelijke wijze van binnendringen.
   a. In huis: _____
   _____
   b. In kamer: _____
   _____
   c. Is elders in huis iets verdachts gesignaleerd?
      1. _____
      2. _____
      3. _____

3. Aanwezig personeel/vrijwilligers/bezoek m.b.t. 1.a.
   1. _____ 6. _____
   2. _____ 7. _____
   3. _____ 8. _____
   4. _____ 9. _____
   5. _____ 10. _____

4. Berokkende schade
   a. Vermist: Kontant ƒ _____.
      Inventaris: 1. _____
      2. _____
      3. _____
   b. Schade: 1. _____
      2. _____

5. Konklusie
   a. Aangifte gedaan bij Politie door: _____
   b. Aktie in huis door: _____
      Aktiviteiten: _____
      _____
      _____
      Aktie in huis door: _____
      Aktiviteiten: _____
      _____
   c. Resultaat onderzoek: _____
      _____

Bergen op Zoom, _____19_

Melding incidenten medewerkenden en vrijwilligers (MIMV)

Instruktie:
- voor elk (bijna) incident een apart formulier invullen;
- omcirkel één cijfer per vraag bij het gekozen antwoord;
- de stippels zelf invullen;
- 6.1, 6.2 en 6.3 alléén invullen indien van toepassing;
- vraag 14 en 15 en persoonsnamen zijn niet verplicht;
- alle overige vragen volledig invullen;
- op de dag van invulling in de MIMV -bus deponeren.

Let op!
- vraag 1 t/m 19 zijn standaard vragen;
- vraag A t/m F kunnen veranderd zijn.

Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld.
Uw naam wordt niet in de komputer geregistreerd.

Dit gedeelte niet invullen:

Ingekomen d.d.:

Ontvangen door:

Besproken d.d.:

Af te handelen door:

Afgehandeld d.d.:

Formuliernummer konform computerprogramma:

I. ALGEMEEN

1.Type incident/melding	2. Was er een bewoner, medewerkende, vrijwilliger of derde bij betrokken?	
1. Voorgevallen incident 2. Bijna-incident of gevaarlijke situatie	1 nee 2 ja, dhr/mw..... van afdeling:..... en/of unit:.....	
4. Plaats van het (bijna-) incident of gevaarlijke situatie	5. Tijdstip van het (bijna-) incident	
1. Eigen afdeling of unit 2. Andere afdeling of unit 3. Elders in het gebouw 4. Buiten het gebouw In welk vertrek of ruimte.....	Datum: (dg-mnd-jr) ..... Dag van de week: ..... Tijdstip (0 tot 24 uur/min):	

II. WAT GEBEURDE ER OF WAT HAD ER KUNNEN GEBEUREN?

6. Soort (bijna-) incident	6.1 Indien val-incident	6.2 Indien voedings-incident
1. Vallen (zie ook 6.1) 2. Voeding (zie ook 6.2) 3. Stoten, knellen, botsen 4. Agressie 5. Inname schadelijke stoffen 6. Brand/schroeien 7. Anders (leg uit bij 14)	1. Struikelen/uitglijden 2. Door knieën zakken 3. Ergens af-/uit-/ naast vallen 4. Anders (leg uit bij 14)	1. Verslikken 2. Verbranden 3. Bedorven voedsel 4. Anders (leg uit bij 14)

III. OORZAKEN

7. Waardoor gebeurde het?	8. Welke omstandigheid is mede-oorzaak?	
1. Door materiaal (bv. meubels, hulpmiddelen,apparaten, kleding, sanitair) 2. Toedoen van bewoner 3. (niet) handelen van personeel 4. Anders (leg uit bij 14)	1. Verkeerd gebruik materiaal 2. Defekt materiaal 3. Natte vloer/obstakel 4. Foute aflevering of bereiding 5. Geen toezicht 6. Afspraken schieten tekort 7. Bewust genomen risiko 8. Vergissing of vergeten 9. Anders (leg uit bij 14)	

IV. AFLOOP

9. Lichamelijk letsel	10. Psychische schade	11. Letsel anderen
1. Nee 2. (nog) niet merkbaar 3. Pijn 4. Blauwe plek/zwelling 5. Huidletsel 6. Botbreuk 7. Benauwdheid 8. Overleden 9. Anders (leg uit bij 14)	1. Nee 2. (nog) niet merkbaar 3. Sufheid 4. Onrust 5. Angst 6. Anders (leg uit bij 14)	1. Nee/ geen anderen betrokken 2. (nog) niet merkbaar 3. Ja (leg uit bij 14)
12. Wie is gewaarschuwd?	**13. Ziekenhuisopname of -consult**	
1. Arts 2. Leidinggevende 3. Arts en leidinggevende 4. Geen anderen.	1. Nee 2. (nog) niet duidelijk 3. Alleen consult 4. Ziekenhuisopname	

14. Nadere uitleg of toelichting op het (bijna-) incident:
15. Hoe kan het (bijna-) incident in de toekomst worden voorkomen?

V. MELDINGSINFORMATIE

16. Betrokkenheid van melder	17. Wilt u kontakt met de ARBO over deze melding?	
1. Direkt betrokken of getuige	1. Nee 2. Ja	
18. Ingevuld door	19. Invuldatum	Leidinggevende:
naam:..... Funktie:..... Afdeling:..... En/of unit.....	Datum (dg-mnd-jr):	

BIJLAGE 4

Meetinstrument Omgeving Tehuizen (MOT)

3.6. ONDERZOEKSINSTRUMENTARIUM

3.6.1. Inleiding

Het model van Moos en Ingra dat in hoofdstuk 2 beschreven is, is door Moos en anderen geoperationaliseerd in de MEAP (Multiphasic Environmental Assesment Procedure). Deze MEAP is vertaald en bewerkt voor de nederlandse situatie door Peters (1982). Hij noemde die bewerkte en vertaalde MEAP de MOT (Meetinstrumentarium Omgeving Tehuizen).

Het schema van Moos en Ingra (zie2.6.) wordt hier nog eenmaal herhaald, zodat duidelijk wordt welke instrumenten die in het onderzoek gebruikt zijn, korresponderen met de diverse groepen omgevingskenmerken van het onderstaande schema.

De institutionele kontekst. De doelstellingen en ideeën achter de bestaande groepsverzorgingsafdelingen in de diverse tehuizen is onderzocht door gesprekken met direkties, hoofden en personeelsleden van de voorzieningen waar dit onderzoek plaats vond.

De fysieke en architektonische kenmerken. Deze kenmerken zijn onderzocht met behulp van de Ruimtelijke Omgevingsschaal (ROS).

Kenmerken van staf en bewoners. Deze kenmerken zijn onderzocht met behulp van de vragenlijst Kenmerken Bewoners en Personeel (BEP) De aard van de verzorgingsbehoefte van de bewoners is onderzocht met de Dia-test van Diesfeldt.

Het beleids- en behandelprogramma is onderzocht met de vragenlijst voor Instellingsbeleid en Zorgprogramma (VIZ).
Het leefklimaat in de sociale omgeving van de voorziening is onderzocht met de Belevingsschaal Intramurale Omgeving (BIO).
Eigen observaties zijn gescoord met behulp van de Externe Beoordelaarsschaal (EBS).
De eigen indruk van de verschillende groepsverzorgingsafdelingen zijn beschreven in een dagboek, waarin ook allerlei voorvallen, ideeën enzovoorts genoteerd zijn.
De diverse instrumenten van de MOT zijn onderverdeeld in dimensies. In de volgende paragraaf volgt een beschrijving van deze dimensies per instrument. Voor de items van de verschillende dimensies verwijzen we naar bijlage 2-7. Op de Belevingsschaal Intramurale Omgeving (BIO) en op de Dia-methode wordt wat dieper ingegaan.
Voor een uitvoeriger beschrijving van de MOT verwijzen we naar Peters (1981). De MEAP, die ten grondslag ligt aan de MOT wordt uitvoerig beschreven in Moos (1979).

3.6.2. MEETINSTRUMENTARIUM OMGEVING TEHUIZEN (MOT)

RUIMTELIJKE OMGEVINGSSCHAAL (ROS)
De Ruimtelijke Omgevingsschaal (physical and architectural features checklist genoemd in de MEAP) meet de aanwezigheid van fysieke faciliteiten en eigenschappen, maar niet het gebruik ervan.
Deze lijst bestaat uit 239 items, die onderverdeeld zijn in 9 dimensies. De meeste items kunnen met ja of nee beantwoord worden en deze items worden samen met de direkties of hoofden van afdelingen ingevuld. De scores worden gesommeerd per dimensie en kunnen per dimensie maksimaal 100 en minimaal 0% behalen. De 9 dimensies zijn:

- ROS-1- de fysieke aantrekkelijkheden en komfort meet de aanwezigheid van fysieke aantrekkelijkheid van de instelling en het komfort dat de instelling biedt.
- ROS-2- sociale en rekreatieve hulpmiddelen meet de aanwezigheid van kenmerken die het sociaal gedrag en de ontspanningsaktiviteiten bevorderen.

- ROS-3- validiteitsaanpassingen meet het ontbreken van barrières in de omgeving en de aanwezigheid van speciale hulpmiddelen.
- ROS-4- oriënteringshulpmiddelen meet de mate waarin de omgeving oriëntatiepunten biedt aan de bewoners.
- ROS-5- veiligheidsmaatregelen meet de manier waarop in gemeenschappelijke ruimtes toezicht mogelijk is en welke preventieve voorzieningen zijn gerealiseerd.
- ROS-6- interieurskenmerken geeft de flexibiliteit van het interieur aan en de mogelijkheden voor bewoners om noodzakelijke bezigheden te verrichten.
- ROS-7- funktionele indeling en aanwezige ruimte meet het aantal en de omvang van gemeenschappelijke ruimtes in verhouding tot de bewoners en de omvang van persoonlijke ruimtes voor bewoners.
- ROS-8- voorzieningen voor het personeel meet de aanwezigheid van faciliteiten die noodzakelijk, prettig of dienstig zijn voor het funktioneren van het personeel.
- ROS-9- integratie in de omringende gemeenschap meet de mate waarin de bewoners betrokken zijn en toegang hebben tot de gemeenschappelijke voorzieningen.

KENMERKEN BEWONERS EN PERSONEEL (BEP)
De vragenlijst Kenmerken Bewoners en Personeel (resident and staff information genoemd in de MEAP), bestaat uit 138 items die onderverdeeld zijn in 6 dimensies. Deze schaal meet de achtergrongkenmerken van de bewoners en het personeel. De achtergrondkenmerken van de bewoners, die door deze schaal gemeten worden, zijn: geslacht, leeftijd, burgelijke staat, afkomst, beroepsgroep, levensovertuiging, duur van het verblijf en het aantal kinderen.
De funktionele kapaciteiten van de bewoners worden gemeten door de SIVIS (registratiekaart voor verpleegkundige gegevens). De SIVIS meet de ADL (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen), mobiliteit, kontinentie, kontaktfunktie, de oriëntatie en het gedrag van de bewoners. De achtergrondkenmerken van het personeel die gemeten worden zijn: geslacht, opleiding,aanstellingsperiode en de eventuele interne opleiding. De BEP meet ook de bezigheden van de bewoners en het gebruik dat de bewoners maken van de beschikbare dienstverlening.

De vragenlijst wordt samen met het hoofd van de afdeling ingevuld. De items bestaan uit frekwenties van het aantal bezigheden of kenmerken van bewoners en personeel. De gesommeerde scores kunnen maksimaal 100 en minimaal 0% zijn per dimensie.

de 6 dimensies zijn:

- BEP-1- personeelssamenstelling meet de aard en de omvang van de verschillende kategoriën personeel van de instelling.
- BEP-2- sociale steunpunten en hulpbronnen van de bewoners meet de demografische kenmerken die van belang zijn bij de sociale kontakten van de bewoners.
- BEP-3- homogeniteit van de bewoners geeft de mate aan waarin de groep bewoners een al dan niet pluriforme groep is.
- BEP-4- funktionele kapaciteiten van de bewoners meet de vaardigheid van de bewoners met betrekking tot de ADL en de aard en omvang van hun funktionele handicaps.
- BEP-5- aktiviteitennivo van de bewoners meet de aard en de omvang van bezigheden en vrije-tijdsbesteding van bewoners.
- BEP-6- intergratie in de samenleving van bewoners meet de deelname aan bezigheden en aktiviteiten buitenshuis van de bewoners.

VRAGENLIJST VOOR INSTELLINGSBELEID EN ZORGPROGRAMMA (VIZ)

De vragenlijst voor instellingsbeleid en zorgprogramma (in de MEAP policy and program information form genoemd) bestaat uit 181 items die onderverdeeld zijn in 10 dimensies. Deze schaal meet de hulp die aangeboden wordt door de instelling en het behandelprogramma, die als belangrijke voorwaarden voor een bepaald gebied van het menselijk funktioneren kunnen gelden.

Deze vragenlijst wordt samen met het hoofd van de afdeling ingevuld. De meeste vragen van deze lijst kunnen met ja of nee worden beantwoord. De regels met betrekking tot persoonlijke bezittingen, gedragingen en regels worden gescoord door voor de diverse regels toegestaan, afgeremd of verboden in te vullen.

De gesommeerde scores kunnen maksimaal 100 en minimaal 0% zijn.

De 10 dimensies zijn:

- VIZ-1- selektiviteit geeft de mate waarin eisen gesteld worden aan toekomstige bewoners.
- VIZ-2- de ADL-eisen meet de minimum eisen die aan het ADL-nivo van de bewoners gesteld worden binnen de afdeling.
- VIZ-3- tolerantie van afwijkend gedrag meet de mate waarin agressief destruktief, exentriek of opstandig gedrag wordt getolereerd.
- VIZ-4- duidelijkheid van beleid geeft de mate aan waarin instellingsmechanismen bijdragen aan een duidelijke definitie van te verwachten gedrag en de mate waarin sprake is van een open kommunikatiestruktuur.
- VIZ-5- flexibiliteit van beleid geeft de mate aan waarin voorzieningen aanwezig zijn die de bewoners in staat stellen individuele gedragspatronen te kiezen en te handhaven.
- VIZ-6- participatie/demokratisering geeft aan in welke mate, binnen de formele organisatie, invloed van bewoners, personeel en verwanten op het beleid aanwezig is en hoe deze invloed is georganiseerd.
- VIZ-7- privacy meet de privacy die bewoners wordt gelaten.
- VIZ-8- gezondheidszorg geeft evenals de volgende twee dimensies beschikbaarheid van de dienstverlening aan.
- VIZ-9- hulp bij ADL geeft de potentiële hulp weer die de voorziening kan bieden bij de aktiviteiten van het dagelijks leven van de bewoners
- VIZ-10- sociaal rekreatieve aktiviteiten meet de beschikbaarheid van deze aktiviteiten in deze voorziening.

EXTERNE BEOORDELAARSSCHAAL (EBS)

De externe beoordelaarsschaal (de rating-scale in de MEAP) bestaat uit 51 items die onderverdeeld zijn in 4 dimensies. Deze schaal is een observatieinstrument om de fysieke aantrekkelijkheid van de omgeving in te schatten. Het instrument biedt ook de mogelijkheid om via observatie informatie te vergaren over de relatie bewoners-personeel, de relatie tussen het personeel en de bewoners onderling. Deze vragenlijst dient door de onderzoekers ingevuld te worden. De informatie over de genoemde aspekten wordt verkregen door per

item een score tussen 0 en 3 toe te kennen. De bewerkte scores kunnen maksimaal 100 en minimaal 0% worden.
De 4 dimensies zijn:

- EBS-1- aantrekkelijkheid van de instelling deze dimensie is opgebouwd uit scores voor het instellingsterrein en de gebouwen, alsmede scores voor lawaai, reuk, verlichting, orde, reinheid en onderhoudstoestand met betrekking tot drie of vier soorten ruimtes in de instelling.
- EBS-2- verscheidenheid omgeving weerspiegelt de mate van variatie en stimulatie vanuit de fysieke omgeving. Dit houdt bijvoorbeeld in: blikveld door raampartijen, afwisseling van de omgeving, de persoonlijke noot in de aankleding van de kamers van de bewoners enzovoorts.
- EBS-3- funktioneren bewoners houdt in een beoordeling van de verschijning, de onderlinge interakties en het aktiviteitennivo van de bewoners.
- EBS-4- funktioneren medewerkers Deze dimensie is samengesteld op basis van scores voor de kwaliteit van interaktie met de bewoners, fysiek kontakt met de bewoners, de organisatie van de zorgverlening, de beschikbaarheid van de medewerkers voor de bewoners en mogelijke konflikten tussen medewerkers.

BELEVINGSSCHAAL INTRA-MURALE OMGEVING

Dit instrument (in de MEAP sheltered care envirnment scale genoemd) wordt hier uitvoeriger behandeld dan de vorige instrumenten. Deze uitwijding is, ons inziens, noodzakelijk, omdat in de hypothesen van het descriptieve gedeelte dit instrument, dat de subjektieve beleving van het leefklimaat meet, centraal staat. Een andere reden waarom op het BIO uitvoerig wordt ingegaan is dat bij het gebruik van de SCES (de oorspronkelijke versie voor deze perceptie) in een nederlands verpleegtehuis moeilijkheden aan het licht traden. (Peters 1982).
Eerst wordt ingegaan op het ontstaan van de SCES; vervolgens worden de problemen beschreven die Peters ondervond bij de toepassing van de SCES in een nederlands instituut. Als laatste wordt ingegaan op de motivatie waarom de BIO (de aangepaste versie) toch gebruikt

is in ons onderzoek.
Moos (1979) heeft zich bij het opstellen van de vragen voor de SCES laten leiden door het begrip omgevingsdruk (zie hoofdstuk 2). Met dit idee bepaalde hij de keuze van de items en de oorspronkelijke indeling in sub-schalen. Moos kwam aan items op de volgende manieren:

1. De eerste maanden van het onderzoek werden er observaties gedaan in allerlei instituties voor ouderen en werden er interviews afgenomen van zowel bewoners als personeelsleden.
2. Uit een literatuurstudie kwam naar voren dat de ideeën van Pincus en Kahana belangrijke bronnen konden zijn. Pincus'(1968) ideeën over variatie in de hoeveelheid struktuur met betrekking tot regels en normen, die het instituut aan bewoners oplegt en de 7 dimensies van potentiële kongruentie of inkongruentie van de behoefte van de bewoners en de mogelijkheden van de bewoners waren belangrijke leidraden voor de samenstelling van de SCES (Kahana, zie ook hoodstuk 2).
3. Andere items kwamen voort uit bestaande schalen die de perceptie van het sociale leefklimaat meten.

Van een oorspronkelijke vragenlijst van 300 items bleef, na uittesten en verwerken, een vragenlijst van 63 items over, verdeeld in 7 sub-schalen van 9 items elk. De 7 dimensies, of subschalen, zijn weer onder te verdelen in 3 faktoren, die het leefklimaat bepalen, te weten:

1. SCES-1- cohesie meet de mate waarin personeelsleden geneigd zijn bewoners te helpen en meet de betrokkenheid van de bewoners op elkaar.
   SCES-2- konflikt meet de mate waarin bewoners hun agressie uiten en kritisch zijn ten opzichte van elkaar en ten opzichte van de instelling.
2. SCES-3- onafhankelijkheid meet de mate waarin bewoners aangemoedigd worden hun persoonlijke zaken zelf af te handelen. Verder meet deze subschaal in hoeverre de bewoners aangemoedigd worden eigen verantwoordelijkheid te dragen.
   SCES-4- zelfontplooiing deze dimensie meet de mate waarin de de omgeving de bewoners aanmoedigt hun gevoelens te uiten en er

openlijk over te praten

3. SCES-5- organisatie bepaalt het belang dat men hecht aan orde en organisatie binnen de instelling; de mate waarin bewoners weten wat er normaal van hen verwacht wordt en hoe duidelijk en expliciet de regels van de instelling zijn.

SCES-6- bewonersinvloed deze dimensie meet de mate waarin de bewoners invloed hebben op het beleid van de instelling. Verder meet deze dimensie de mate waarin het personeel beperkingen aan de bewoners door allerlei regels.

SCES-7- fysiek komfort meet de mate waarin de fysieke omgeving komfort en privacy biedt.

(het cijfer 1. verwijst naar de relatie; het cijfer 2 naar de persoonlijke groei; en de 3 verwijst naar het behoud of de verandering van het systeem.)

Peters (1982) heeft de SCES vertaald en gebruikt in een vooronderzoek naar het leefklimaat in verpleeghuizen. De afname van SCES stuitte op een aantal problemen:

De opbouw van SCES is niet zodanig dat aan de hand van deze lijst een samenhangend gesprek gevoerd kan worden. De (te) fijne nuancering in vragen die op een bepaald onderwerp betrekking hebben, roepen irritaties op bij bewoners. Het aantal vragen is dusdanig groot, (63 items) dat er vermoeidheidsverschijnselen optreden. Verder zijn er veel vragen waaruit "een hevige belangstelling blijkt voor de eigen zieleroerselen en de psychologische definitie van relaties." (Peters 1982, pag 26) Dit laatste probleem is volgens Peters ontstaan, omdat dit naar een waardenoriëntatie vraagt, die misschien wel gangbaar is voor de amerikaanse ouderen, maar niet voor de nederlandse ouderen in het algemeen en zeker niet voor die ouderen die afkomstig zijn uit de lagere sociale milieus.

Tijdens het vooronderzoek van Peters in een somatisch verpleeghuis bleek al snel dat de SCES in zijn oorspronkelijke vorm niet geschikt was om een interview af te nemen bij verpleeghuisbewoners.

Er is toen snel besloten om een andere lijst voor de bewoners samen te stellen, de BIO. Omdat de BIO alleen aan de bewoners

is voorgelegd, terwijl de vertaalde SCES aan de personeelsleden en verwanten werd uitgereikt, kon de informatie slechts in beperkte mate met elkaar vergeleken worden. Een andere moeilijkheid is, dat de samenstelling van de dimensies van de BIO afwijkt van de oorspronkelijke amerikaanse versie.

Enkele van de oplossingen die wij hebben ingevoerd om aan bovengenoemde problemen enigszins tegemoet te komen zijn:

1. Om de bewoners en de personeelsleden, wat betreft de perceptie van het sociale leefklimaat, toch met elkaar te kunnen vergelijken is aan zowel de personeelsleden, als aan de bewoners de BIO voorgelegd.

2. Omdat de dimensies van de BIO afwijken van de dimensies van de SCES, zijn de vragen van de BIO vergeleken met de vragen van de SCES. Hel bleek voor ieder van de 7 sub-schalen mogelijk om meerdere vragen van de BIO te vinden die betrekking hadden op één van de 7 subschalen van de SCES.

BIJLAGE 5

Het preventiewiel

De weg naar de integrale beveiliging

3 Het preventiewiel

Stel u bent verantwoordelijk voor de beveiliging van uw instelling en u krijgt steeds vaker te maken met criminele voorvallen. Hoe kunt u die onveiligheidsproblemen nu het beste aanpakken? Ons uitgangspunt is dat een integrale benadering van het beveiligingsvraagstuk hiervoor de beste manier is. Zoals in het vorige hoofdstuk aangegeven, bedoelen we daarmee dat veiligheidszorg afgestemd dient te zijn op Arbozorg en kwaliteitszorg.

Er zijn echter pas goede garanties voor de beveiliging van uw instelling wanneer een systeem van integrale beveiliging gerealiseerd wordt. Met "integraal beveiligingssysteem" doelen we op een systeem waarin voortdurend aandacht wordt geschonken aan vier elementen, namelijk
- het beveiligings***beleid***
- de beveiligings***organisatie***
- de beveiligings***voorzieningen***
- de beveiligings***cultuur***.

Door de aandacht te spreiden over deze aspecten wordt de beveiligingsproblematiek in de volle breedte bekeken en wordt voorkomen dat te snel gezocht wordt naar ad hoc oplossingen voor deelproblemen.
Het tot stand brengen van een beveiligingssysteem waarin aan die vier factoren binnen de instelling aandacht wordt geschonken, is een taak van security-management.

DamhuisElshoutVerschure heeft een instrument ontwikkeld waarin de bovengenoemde aspecten zijn verwerkt. Dit instrument wordt het **Preventiewiel** genoemd.
Het Preventiewiel is een hulpmiddel bij het realiseren van een integraal beveiligingssysteem. Met behulp van het Preventiewiel worden die factoren in beeld gebracht die noodzakelijk zijn om objectieve en subjectieve veiligheid van mensen en eigendommen te realiseren. Op basis daarvan wordt de diagnose van de bestaande beveiligingssituatie van een organisatie vastgesteld. Met de diagnose biedt het Preventiewiel tegelijkertijd ook de aanknopingspunten voor de te nemen maatregelen en middelen. In schema 4 staat het Preventiewiel afgebeeld.

Schema 4: Het preventiewiel

In de volgende paragrafen geven we een beschrijving van de elementen* van een integraal beveiligingssysteem dus van het het Preventiewiel.

* Bij elk element horen vragen die voor het inventariseren van de bestaande beveiligingssituatie van belang zijn. Door de vragen te beantwoorden komt men op ideeën en randvoorwaarden die belangrijk zijn voor het concrete vraagstuk van beveiliging. In bijlage 5 zijn deze vragen opgenomen. Deze vragen worden ook gehanteerd bij de in paragraaf 4.3.4 beschreven security-audit.

3.1 Het beveiligingsbeleid

Het beveiligingsbeleid is het onder verantwoordelijkheid van het management ontwikkelde beleid van een organisatie ten aanzien van beveiliging. Dit beleid dient gebaseerd te zijn op de resultaten van een intern veiligheidsonderzoek en beschreven in een beveiligingsbeleidsplan. Dit plan bevat tevens de visie van de organisatie op beveiliging. Deze visie wordt bepaald door het karakter van een instelling. Een open organisatie met frequente grote stromen bezoekers zal een andere visie op beveiliging dienen te ontwikkelen dan een gesloten instelling met weinig bezoekers. In het beveiligingsbeleidsplan worden tevens de maatregelen en middelen beschreven die gericht zijn op het realiseren van objectieve en subjectieve veiligheid. Het plan kan maatregelen voor de korte, middellange en lange termijn bevatten. Daarnaast dient ook de samenhang met de Arbozorg en de kwaliteitszorg aangegeven te worden. In zekere zin vormt het beleidsplan het startpunt en het sluitstuk van een project waarin met behulp van het Preventiewiel een analyse van de beveiligingssituatie gemaakt is. In paragraaf 4.4.2 gaan wij in op de inhoud van een beveiligingsbeleidsplan.

3.2 De Beveiligingsorganisatie

De organisatie van de beveiliging bestaat uit een beveiligingstructuur en de beveiligingsprocessen die plaatsvinden.

3.2.1 De beveiligingsstructuur

In de organisatiestructuur van een instelling dient de aandacht voor beveiliging verankerd te zijn. Van een beveiligingsstructuur is sprake wanneer

- binnen de organisatie functionarissen met duidelijk omschreven taken en verantwoordelijkheden zijn aangesteld voor de beveiligingstaak
- hun positie in de organisatie voor iedereen duidelijk is en geaccepteerd wordt
- een herkenbare lijn loopt vanaf de voor beveiliging verantwoordelijke directeur, via de verantwoordelijke leidinggevenden naar de uitvoerende medewerkers
- duidelijk is wat van andere leidinggevenden en collega-medewerkers verwacht wordt ten aanzien van beveiliging (horizontale afstemming).

Voor de goede orde maken wij u attent op het volgende. Wanneer onderdelen van de organisatie formeel (mede) belast worden met de feitelijke handhaving van de veiligheid van personen en goederen of van de openbare orde en rust, worden deze onderdelen ingevolge de Wet op de Weerkorpsen en de Particuliere Beveiligingsorganisaties aangeduid als particuliere beveiligingsorganisaties. Bijgevolg dienen deze onderdelen te voldoen aan de daaraan in de betreffende wet gestelde eisen. De Wet op de Weerkorpsen wordt op dit moment overigens herzien.

3.2.2 De beveiligingsprocessen

Beveiligingsprocessen zijn het geheel van beschreven en vaste organisatorische regelingen. Goed doordachte procedures en voorschriften die bij iedereen bekend zijn en waarop controle bestaat, zijn voor een goed beveiligingsbeleid onmisbaar. Zij zijn nodig om de beveiligingsorganisatie soepel te laten lopen en voorkomen dat er vaak overleg en improvisatie dient plaats te vinden in situaties waar snel en effectief optreden vereist is.
We denken hierbij aan regelingen met betrekking tot

- toegangsbeheer
- opvang van personen die binnen de instelling slachtoffer zijn geworden van een vorm van criminaliteit

- melding van incidenten
- databeheer
- de opslag van privacy-gevoelige patient- en persoonsgegevens
- alarmering
- voorraadbeheer
- calamiteiten
- controle en inspectie
- afspraken met politie
- taken en bevoegdheden beveiligingspersoneel

Onder wordt een korte beschrijving van deze regelingen gegeven.

Toegangsbeheer

Een regeling toegangsbeheer omvat het geheel van procedures en richtlijnen waarmee de organisatie de toegang door fysieke barrières regelt en controleert; hieronder vallen onder meer de uitgifte en het beheer van sleutels. Daarnaast is het ook van belang een autorisatie-overzicht op te stellen. Door het toepassen van effectieve procedures en richtlijnen alsmede de waakzaamheid van medewerkers, kan de organisatie personen identificeren, die wel of geen toegang hebben tot het gebouw, afdelingen of bepaalde ruimten daarin.

Opvang van personen die binnen de instelling slachtoffer zijn geworden van criminaliteit

De opvang en begeleiding van personen, die binnen de instelling slachtoffer zijn geworden van criminaliteit, bij de verwerking van de gevolgen van gewelddadige incidenten die binnen de instelling hebben plaatsgevonden dient in procedures en richtlijnen geregeld te zijn.

Melding van incidenten

Ten behoeve van het beveiligingsbeleid is het van belang te kunnen beschikken over een accurate databank wat betreft oorzaak en aard van incidenten die zich in en rondom de organisatie voordoen. Een procedure voor melding incidenten is dan ook noodzakelijk. In deze procedure dient aangegeven te worden op welke wijze incidenten dienen te worden gerapporteerd, vastgelegd, afgehandeld en geanalyseerd.

Databeheer

In een regeling databeheer worden de procedures en richtlijnen beschreven waarmee de beveiliging van de toegang tot computer(s), de programma's en de bestanden wordt geregeld.

De opslag van privacy-gevoelige patiënt- en persoonsgegevens

In deze regeling zijn de procedures en richtlijnen vastgelegd met betrekking tot het verzamelen, verwerken, distribueren en beveiligen van privacy-gevoelige gegevens.

Alarmering

In een regeling alarmering wordt een actieplan beschreven alsmede de procedures en instructies die alle betrokkenen dienen te volgen in geval van (agressieve) incidenten.

Voorraadbeheer

Een regeling voorraadbeheer beschrijft de procedures en richtlijnen voor een helder registratie-en controlesysteem ten behoeve van alle fasen van het proces van ontvangen en distribueren van goederen binnen de organisatie.

Een calamiteitenplan

In een calamiteitenplan staan alle noodzakelijke handelingen beschreven die uitgevoerd dienen te worden in noodsituaties en die tot doel hebben:
- levens van mensen te redden en het aantal gewonden te beperken
- eigendommen te beschermen tegen beschadiging
- dat de organisatie haar essentiële functies kan blijven uitvoeren.

Controle en inspectie

In een regeling controle en inspectie dienen onder andere de afspraken beschreven te worden met betrekking tot het dienstrooster, het surveilleren in en rond het gebouw, het nalopen van deuren, ramen, verlichting en de rapportage daarvan door bewakingspersoneel.

Regeling afspraken met politie

In het kader van een beveiligingbeleid is het gewenst dat op instellingsniveau goede werkafspraken met de politie gemaakt zijn.

Taken en bevoegdheden beveiligingspersoneel

De werkzaamheden kunnen inhouden:
- zelf bewakingstaken uitvoeren (surveilleren in en rond het gebouw, controleren van deuren, ramen, verlichting)
- signaleren van brand- en veiligheidsrisico's en hierop actie ondernemen intern (verantwoordelijke functionarissen) en extern (politie en dergelijke)
- registratie van voorvallen en rapportage (formuleren van voorstellen).

Het is van belang om in de functie-omschrijving, naast deze taken, ook vast te leggen:
- de plaats in de organisatie (verantwoording verschuldigd aan .....)
- de vaste overlegverbanden waarin de functionaris deelneemt
- het doel van de functie (bijdrage aan bestrijding van criminaliteit en verhogen van veiligheidsgevoelens)
- de bevoegdheden (controle- en signaleringsbevoegdheid en dergelijke).

3.3 Technische voorzieningen

Instellingen die gevraagd worden naar de maatregelen die zij getroffen hebben om mensen en eigendommen te beveiligen, presenteren meestal de technische en met name de electronische voorzieningen als hun 'paradepaardjes'. Deze voorzieningen zijn echter alleen effectief als zij ingebed zijn in een adequaat beleid en in een efficiënt en effectief werkende structuur.

Onderscheiden worden bij technische voorzieningen
. bouwkundige voorzieningen
. electronische voorzieningen
. overige hulpmiddelen

Bouwkundige voorzieningen betreffen fysieke maatregelen die getroffen worden om criminaliteitsrisico's zo klein mogelijk te maken. Bouwkundige voorzieningen worden doorgaans te laat getroffen, namelijk als de bouw al gerealiseerd is. In principe moeten bouwkundige maatregelen in verband met beveiligingseisen reeds in het Programma van Eisen opgenomen worden. Het gaat bijvoorbeeld om voorzieningen die het aantal onbewaakte in- en uitgangen beperken en het voorkomen van ruimten die buiten de sociale controle vallen.

Bij electronische voorzieningen moet gedacht worden aan voorzieningen als een gesloten tv-circuit, communicatiesystemen (alarm, draadloze telefoon, piepers), inbraakdetectie van ruimten en op deuren (met een meldcentrale), een electronisch slotensysteem en een toegangscontrolesysteem.

In de restcategorie overige vallen voorzieningen die meer zijn dan puur organisatorische maatregelen en derhalve investeringskosten met zich meebrengen. Hierbij kan gedacht worden aan een badgesysteem.

3.4 Cultuur

Een goede beveiligingscultuur is te zien als de drager van een beveiligingssysteem en wordt gerealiseerd door deskundigheidsbevordering en via een goede preventiehouding bij het personeel. Een goede beveiligingscultuur blijkt onder andere uit:

- de discipline waarmee de medewerkers binnen een organisatie de beveiligingsvoorschriften naleven
- de (sociale) controle op de naleving van de beveiligingsvoorschriften
- de alertheid waarmee de organisatie op incidenten reageert

3.4.1 Deskundigheidsbevordering

Door middel van opleidingen, cursussen, thema-dagen, trainingen en het verspreiden van schriftelijk materiaal kan de deskundigheid van mensen binnen de instelling bevorderd worden.
In z'n algemeenheid dient het informatieniveau en de alertheid op peil gehouden te worden door informatie- en instructiebijeenkomsten over risico's, voorvallen en gedragsregels.
Deskundigheidsbevordering kan zich op de volgende doelgroepen richten:

- De specialistische beveiligingsfunctionarissen op beleids- en uitvoeringsniveau.
  Zij dienen te voldoen aan de deskundigheidseisen en specifieke opleidingen op dit terrein te volgen.
- De medewerkers in de organisatie.
  Zij dienen vanaf hun binnenkomst (stage, opleidings- en introductieperiode) goed geïnstrueerd te worden over de beveiligingsmaatregelen en daarbij horende activiteiten.
- De patiënten/cliënten .
  Zij dienen voorgelicht te worden over de door hen zelf te nemen maatregelen en de door de instelling getroffen maatregelen.

Inhoudelijk kan deskundigheidsbevordering zich op de volgende onderwerpen richten:

- Vakinhoudelijke kennis (b.v. bij specialistische beveiligingsfunctionarissen).
- Kennis over beveiligingsmaatregelen en procedures.
- Kennis over opvangmogelijkheden en procedures
- Het aanleren van vaardigheden (b.v. het leren omgaan met agressie).

In bijlage 9 wordt nader inhoudelijk ingegaan op mogelijkheden van deskundigheidsbevordering op het gebied van agressie en geweld.

3.4.2 Een preventiehouding

De houding van management en medewerkers vormt zowel het sluitstuk (resultaat) als het begin (de 'drager) van een goed beveiligingssysteem. Het gaat hier over de moeilijk grijpbare cultuurkant van een preventiesysteem. Het gaat om waarden en normen (wat hoort hier, wat mag wel of niet), om ingesleten gedragingen en om voorbeeldgedrag van kernfiguren in de organisatie.
De aanwezigheid van een goede preventiehouding blijkt vooral uit de mate waarin alle medewerkers in de organisatie zich medeverantwoordelijk voelen voor de beveiliging van eigendommen van de organisatie, van collega's, van patiënten/cliënten en van zichzelf.

BIJLAGE 6

De kleurenmethode

de kleurenmethode

De kleurenmethode*

De kleurenmethode is een techniek waarmee op basis van plattegronden en kleuren knelpunten in de beveiliging kunnen worden aangegeven. De kleurenmethode wordt gebruikt als hulpmiddel om de risico's in beeld te brengen, om na te gaan of de bestaande beveiliging afdoende is en om, in een later stadium, de genomen of geplande maatregelen te evalueren. De kleurenmethode is vooral geschikt om zicht te krijgen op concrete criminele risico's als diefstal of vernielig van waardevolle goederen in het bedrijfsgebouw. De aan de hand van de kleurenmethode gemaakte analyse heeft vooral betrekking op de keuze en installatie van middelen en het gebruik van beveiligingsmiddelen.
De bedrijfsdoelen, bedrijfsbeleid, bedrijfscultuur en risicobewustzijn, kunnen niet via de kleurenmethode opgespoord worden.

Werkwijze kleurenmethode

Bij de toepassing van de kleurenmethode wordt het bedrijfsgebouw twee keer in kaart gebracht: één keer vanuit het perspectief van de kwetsbaarheid van bedrijfsprocessen en -goederen en één keer vanuit het perspectief van beveiliging.
Zowel in het bedrijfsvoeringstraject als het beveiligingstraject worden plattegronden van het bedrijfsgebouw gebruikt (liefst op doorzichtig materiaal), waarop met behulp van drie kleuren wordt aangegeven waar zich kwetsbare bedrijfsgoederen en -processen bevinden (bedrijfsprocessen-plattegrond) en wat de bestaande beveiligingssituatie in het bedrijf is (beveiligings-plattegrond). Vervolgens wordt een risico-analyse gemaakt door beide plattegronden over elkaar heen te leggen. Kleurverschillen duiden dan op een onevenwichtigheid tussen beveiliging en risico.

* Overgenomen uit Beveiliging bedrijfsvestigingen, Landelijk Bureau Voorkoming Misdrijven, 's Gravenhage, oktober 1992

De bedrijfsprocessen-plattegrond: kwetsbaarheid

De bedrijfsprocessen-plattegrond geeft inzicht in de plaats en routing van de belangrijkste procesgoederen (spullen, informatie, geld, etcetera) en procesmiddelen (productiemiddelen als machines, gereedschap, computers) binnen het gebouw. Daarbij wordt met kleuren aangegeven hoe kwetsbaar deze goederen/middelen zijn. Er wordt nog geen rekening gehouden met de aanwezige beveiliging, dat komt aan de orde in de beveiligingsplattegrond.

De relatieve kwetsbaarheid van goederen en middelen wordt gemeten via:
- de waarde voor de organisatie: de gevolgen die voor de organisatie ontstaan als een goed of middel verdwijnt of in het ongerede raakt (afbreukrisico);

- de 'criminele waarde': de aantrekkelijkheid van de goederen en middelen voor een potentiële crimineel.

Beide criteria moeten in de beschouwing betrokken worden. Het hoeft niet zo te zijn dat datgene dat waarde heeft voor de organisatie ook van belang is voor criminelen en omgekeerd.

Met kleur wordt op de volgende wijze onderscheid gemaakt in de relatieve mate van kwetsbaarheid/aantrekkelijkheid:

tekening bedrijfsprocessen-plattegrond van een instelling

rood	zeer kwetsbaar/zeer aantrekkelijk
oranje	vrij kwetsbaar/vrij aantrekkelijk
groen	niet kwetsbaar/niet aantrekkelijk

Toelichting voorbeeld van de bedrijfsprocessen-plattegrond

Het bepalen van de kwetsbaarheid van bedrijfsgoederen en bedrijfsprocessen gebeurt bij voorkeur mede aan de hand van concrete gegevens over de criminaliteit die feitelijk plaatsvindt in en rond het bedrijfsgebouw. Dit vereist wel dat er binnen het bedrijf een goede registratie bestaat van (semi-)criminele incidenten, inclusief gegevens over mogelijke daders, plaats, tijdstip, toedracht en dergelijke. De praktijk leert dat slechts een handjevol organisaties beschikt over een dergelijke registratie.
Het opzetten van een goede criminaliteitsregistratie kan uiteraard onderdeel uitmaken van de verbeteringsmaatregelen.

Beveiligingsplattegrond: bestaande drempels

In het beveiligingstraject worden de bouwkundige, elektronische en overige (portier en dergelijke) beveiligingsmiddelen op de plattegrond van het gebouw in beeld gebracht. De afzonderlijke ruimtes van het gebouw worden gekleurd, waarbij de toegepaste kleur afhankelijk is van de relatieve mate van beveiliging die voor deze ruimte (of delen van die ruimte, bijvoorbeeld een kluis) geldt. Meestal zal dit beveiligingsniveau van ruimtes gemeten kunnen worden in termen van toegankelijkheid van die ruimte: hoeveel mensen (en welke mensen: eigen werknemers, mensen van buitenaf) kunnen zich makkelijk toegang verschaffen tot die ruimte?

Op de bedrijfsplattegrond beteken de drie kleuren het volgende:

rood	zeer hoge drempel
oranje	hoge drempel
groen	geen drempel

De beveiligingsplattegrond geeft inzicht hoe goed de verschillende ruimtes binnen het gebouw beveiligd zijn. Het geeft ook meteen een indruk van de onderlinge samenhang in de beveiliging; zo is het meestal beter als een rode ruimte (zwaar beveiligd) niet direct grenst aan een groene ruimte (niet of nauwelijks beveiligd)

figuur: bedrijfsprocessen-plattegrond

figuur beveiligingsplattegrond

In de tekening van de bedrijfsprocessen-plattegrond is aangegeven hoe kwetsbaar de verschillende ruimtes zijn en in de tekening van de beveiligingsplattegrond is de toegankelijkheid van de verschillende ruimtes aangegeven.

Risico-analyse: combinatie van bedrijfsprocessen- en beveiligingsplattegrond

Vergelijking van de twee plattegronden geeft bij kleurverschillen op (onderdelen van) de plattegrond een risico weer en geeft daarmee een aanzet voor verdere analyse. Met name de plaatsen waar de kleurverschillen groot zijn, verdienen extra aandacht, bijvoorbeeld rode voorwerpen (zeer kwetsbare/aantrekkelijke spullen) in een voor het publiek toegankelijke (= groene) ruimte. Of andersom, een stapel folders die in de kluis bewaard wordt (groene voorwerpen in een rode ruimte). Op het eerste gezicht lijkt dit laatste voorbeeld niet zo alarmerend. Het kan echter wel als consequentie hebben dat de kluis vaker open moet dan strikt noodzakelijk is. Bovendien wordt de aanwezige beveiliging op een onevenredige manier benut.
De risico-analyse spitst zich toe op twee vragen:
- Worden de aanwezige drempels in het gebouw in relatie tot de lokatie en routing van de kwetsbaarheid goed benut (kleurverschillen)?
- Zijn de drempels hoog genoeg in relatie tot de mate van kwetsbaarheid?

Gevonden kleurverschillen worden daarbij als volgt geïnterpreteerd:

		Bedrijfsprocessen-plattegrond		
		groen	oranje	rood
Beveiligings-plattegrond	groen	O.K.	te laag beveiligd/	
	oranje	oneconomische	O.K.	aandachtspunt
	rood	beveiliging		O.K.

Bij het zoeken naar **oplossingen** kan men twee kanten op:
- Aanpassen van bedrijfsprocessen aan de bestaande beveiligingssituatie: men gaat dan bepaalde goederen(stromen) of activiteiten verplaatsen naar ruimtes met een bijpassend beveiligingsniveau. Rode spullen komen in rode ruimtes, groene spullen in groene ruimtes.
- Aanpassen van het beveiligingsniveau aan de bedrijfsprocessen: men laat de goederen(stroom) en de activiteiten waar ze zijn en men past de beveiliging aan (verhogen of verlagen).

De oplossing die men vindt kan heel goed bestaan uit een mix van deze beide benaderingen. In de praktijk zijn er natuurlijk altijd grenzen aan de mogelijkheid om

bedrijfsprocessen en bedrijfsgoederen te verplaatsen (de nieuwe indeling moet wel werkbaar blijven voor het personeel) en aan de mogelijkheid om bepaalde bedrijfsruimtes te beveiligen (sommige ruimtes moeten nu eenmaal zeer toegankelijk zijn). Het verdient aanbeveling om de gevonden oplossingen weer uit te zetten op twee plattegronden: zo kan men direct aanschouwelijk maken of de nieuwe situatie inderdaad een verbetering is. Mogelijk vindt men nieuwe knelpunten, die weer om een oplossing vragen.

BIJLAGE 7

De personeelsenquête

de personeelsenquete

Personeelsenquete

persoonlijke gegevens

1. Wat is uw leeftijd?
❒ jonger dan 20 jaar
❒ tussen 20 en 29 jaar
❒ tussen 30 - 39 jaar
❒ tussen 40 en 49 jaar
❒ 50 jaar en ouder

2. Wat is uw geslacht?
❒ man
❒ vrouw

3. In welke functie bent u werkzaam?
❒ medisch
❒ verzorgend
❒ verplegend
❒ stafdiensten
❒ directie
❒ paramedisch
❒ techniek/onderhoud
❒ receptie
❒ secretariaat/administratief
❒ was- en linnendienst
❒ huishoudelijke dienst
❒ keuken
❒ buffet/restaurant
❒ anders, namelijk .....

4. Op welke tijden bent u **meestal** werkzaam? (gaarne uw antwoord in één categorie aangeven)
❒ 's ochtends
❒ 's middags
❒ overdag (= 's ochtends en 's middags)
❒ 's avonds
❒ 's nachts
❒ 's avonds en 's nachts
❒ wisseldiensten

Veiligheidsgevoelens

5. 's Avonds en 's nachts kun je gerust alleen de instelling verlaten'.
❒ daar ben ik het mee eens
❒ daar ben het noch mee eens/noch mee oneens
❒ daar ben ik het niet mee eens
❒ vraag niet van toepassing op mijzelf (alleen dagdiensten)

6. 's Avonds en 's nachts kun je gerust alleen door de instelling lopen'.
❒ daar ben ik het mee eens
❒ daar ben het noch mee eens/noch mee oneens
❒ daar ben ik het niet mee eens
❒ vraag niet van toepassing op mijzelf (alleen dagdiensten)

7. 'In de instelling bestaan plekken waar ik 's avonds en 's nachts liever niet alleen kom'.
❒ daar ben ik het mee eens
❒ daar ben het noch mee eens/noch mee oneens
❒ daar ben ik het niet mee eens
❒ vraag niet van toepassing op mijzelf (alleen dagdiensten)

8. 'Op de parkeerplaats en/of in de fietsenstalling ben ik 's avonds en 's nachts liever niet alleen'.
❒ daar ben ik het mee eens
❒ daar ben het noch mee eens/noch mee oneens
❒ daar ben ik het niet mee eens
❒ vraag niet van toepassing op mijzelf (alleen dagdiensten)

9. Hoe vaak **denkt u** aan de mogelijkheid ooit zelf slachtoffer te worden van enige vorm van criminaliteit **op en rond** het terrein van de instelling?
❒ vaak
❒ geregeld
❒ soms
❒ zelden
❒ nooit (u kunt vraag 10 overslaan)

10. Aan welke locaties denkt u dan in het bijzonder (maximaal drie aankruisen)
❒ de bushalte
❒ het parkeerterrein
❒ de fietsenstalling
❒ de openbare weg in de directe omgeving van de instelling
❒ anders, namelijk .....

11. Aan welk delict denkt u dan in het bijzonder? (maximaal twee aankruisen)
❒ diefstal van fiets
❒ diefstal van bromfiets
❒ diefstal van motorfiets
❒ beschadiging van fiets
❒ beschadiging van bromfiets
❒ beschadiging van motorfiets
❒ diefstal van auto
❒ diefstal uit auto
❒ diefstal uit en tevens beschadiging van auto
❒ beschadiging van auto
❒ diefstal van geld of andere persoonlijke eigendommen
❒ handtastelijkheden
❒ geweld
❒ bedreiging
❒ anders, namelijk.....

12. Hoe vaak denkt u aan de mogelijkheid ooit zelf slachtoffer te worden van enige vorm van criminaliteit **binnen de instelling** ?

❒ vaak
❒ geregeld
❒ soms
❒ zelden
❒ nooit (u kunt vraag 13 en 14 overslaan)

13. Aan welke ruimten binnen de instelling denkt u dan in het bijzonder?

❒ gangen
❒ openbare ruimten
❒ werkplek
  meer specifiek
  ❒ patiëntenkamer
  ❒ behandelkamer
❒ anders, namelijk

14. Aan welk delict denkt u dan in het bijzonder? (maximaal twee aankruisen)

❒ diefstal van geld of andere persoonlijke eigendommen
❒ handtastelijkheden
❒ geweld
❒ bedreiging
❒ anders, namelijk.....

15. Maakt u vanwege woon-/werkverkeer gebruik van een vervoermiddel?

❒ ja, namelijk fiets
❒ ja, namelijk bromfiets
❒ ja, namelijk auto
❒ ja, namelijk motor
❒ nee (u kunt vraag 16 overslaan)

16. Parkeert u uw vervoermiddel op het terrein van de instelling?

❒ ja
❒ nee

Slachtofferschap

17. Bent u het afgelopen jaar (..... t/m .....) zelf slachtoffer geweest van één van de hieronder genoemde gebeurtenissen **binnen** de instelling?
(Het is aan te bevelen om voor deze periode het afgelopen kalenderjaar te nemen, 1 januari tot en met 31 december ...)

❒ nee (u kunt doorgaan naar vraag 23)
❒ ja

	aantal keren
❒ diefstal van geld of andere persoonlijke eigendommen	.....
❒ handtastelijkheden	.....
❒ geweld	.....
❒ bedreiging	.....
❒ anders, namelijk.....	.....

16. In welk(e) maand(en) vond(en) de gebeurtenis(sen) plaats?

❒ diefstal van geld of andere persoonlijke eigendommen .....
❒ handtastelijkheden .....
❒ geweld .....
❒ bedreiging .....
❒ anders, namelijk..... .....
.....

17. Waar heeft het voorval plaatsgevonden?
(Bent u meerdere malen slachtoffer geworden van een voorval gaarne aangeven waar het **laatste** voorval heeft plaatsgevonden)

17.a Diefstal van geld of andere persoonlijke eigendommen
❒ patiëntenkamer
❒ behandelkamer
❒ dienstruimte
❒ elders, namelijk .....

17.b Handtastelijkheden
❒ patiëntenkamer
❒ behandelkamer
❒ dienstruimte
❒ elders, namelijk .....

17.c Geweld
❒ patiëntenkamer
❒ behandelkamer
❒ dienstruimte
❒ elders, namelijk.....

17.d Bedreiging
❒ patientenkamer
❒ behandelkamer
❒ dienstruimte
❒ elders, namelijk.....

17.e Anders, nl.....
❒ patiëntenkamer
❒ behandelkamer
❒ dienstruimte
❒ elders, namelijk.....

18. Ondervond u van dit voorval materiële (financiële) schade?
❒ Nee, (u kunt doorgaan naar vraag 20)
❒ Ja

19. Kunt u een schatting maken van de materiële schade die u en/of uw verzekering daardoor geleden heeft?
f .....

20. Ondervond u van dit voorval ook enige vorm van immateriële schade ?
❒ Nee (u kunt doorgaan naar vraag 22)
❒ Ja

21. Welke vorm(en) van immateriële schade hebt u ondervonden?
(U mag meer dan 1 antwoord geven)

❒ angst
❒ gevoelens van onveiligheid
❒ woede
❒ wantrouwen
❒ anders, namelijk.....

22. Heeft u de gebeurtenis gemeld?

❒ nee
❒ ja, melding bij de instelling
❒ ja, aangifte bij de politie

23. Bent u het afgelopen jaar (..... t/m .....) zelf slachtoffer geweest van één van de hieronder genoemde gebeurtenissen **in en rond** de instelling?
(Het is aan te bevelen om voor deze periode het afgelopen kalenderjaar te nemen, 1 januari tot en met 31 december ...)

❒ nee (u kunt doorgaan naar vraag 31)
❒ ja

❒ diefstal van fiets	.....
❒ diefstal van bromfiets	.....
❒ diefstal van motor	.....
❒ beschadiging van fiets	.....
❒ beschadiging van bromfiets	.....
❒ beschadiging van motor	.....
❒ diefstal van auto	.....
❒ diefstal uit auto	.....
❒ diefstal uit en beschadiging van auto	.....
❒ beschadiging van auto	.....
❒ diefstal van geld of andere persoonlijke eigendommen	.....
❒ handtastelijkheden	.....
❒ geweld	.....
❒ bedreiging	.....
❒ anders, namelijk.....	.....

24. In welk(e) maand(en) vond(en) de gebeurtenis(sen) plaats?

- ❒ diefstal van fiets .....
- ❒ diefstal van bromfiets .....
- ❒ diefstal van motor .....
- ❒ beschadiging van fiets .....
- ❒ beschadiging van bromfiets .....
- ❒ beschadiging van motor .....
- ❒ diefstal van auto .....
- ❒ diefstal uit auto .....
- ❒ diefstal uit en beschadiging van auto .....
- ❒ beschadiging van auto .....
- ❒ diefstal van geld of andere persoonlijke eigendommen .....
- ❒ handtastelijkheden .....
- ❒ geweld .....
- ❒ bedreiging .....
- ❒ anders, namelijk..... .....
  .....

25. Waar heeft het voorval plaatsgevonden?
(Bent u meerdere malen slachtoffer geworden van een voorval gaarne aangeven waar het **laatste** voorval heeft plaatsgevonden)

25.a Uw fiets
- ❒ afsluitbare fietsenstalling
- ❒ open fietsenstalling
- ❒ elders op het terrein
- ❒ buiten het terrein van de instelling
- ❒ elders, nl.....

25.b Uw bromfiets
- ❒ afsluitbare fietsenstalling
- ❒ open fietsenstalling
- ❒ elders op het terrein
- ❒ buiten het terrein van de instelling
- ❒ elders, nl.....

25.c Uw motor
- ❒ parkeerterrein instelling
- ❒ elders op het terrein van de instelling
- ❒ buiten het terrein van de instelling

25.d Uw auto
- ❒ parkeerterrein instelling
- ❒ elders op het terrein van de instelling
- ❒ buiten het terrein van de instelling

25.e Diefstal van geld of andere persoonlijke eigendommen
- ❒ afsluitbare fietsenstalling
- ❒ open fietsenstalling
- ❒ elders op het terrein
- ❒ buiten het terrein van de instelling
- ❒ elders, nl.....

25.f Handtastelijkheden
❒ afsluitbare fietsenstalling
❒ open fietsenstalling
❒ elders op het terrein
❒ buiten het terrein van de instelling
❒ elders, nl.....

25.g Geweld
❒ afsluitbare fietsenstalling
❒ open fietsenstalling
❒ elders op het terrein
❒ buiten het terrein van de instelling
❒ elders, nl.....

25.h Bedreiging
❒ afsluitbare fietsenstalling
❒ open fietsenstalling
❒ elders op het terrein
❒ buiten het terrein van de instelling
❒ elders, nl.....

25.i Anders, nl.....
❒ afsluitbare fietsenstalling
❒ open fietsenstalling
❒ elders op het terrein
❒ buiten het terrein van de instelling
❒ elders, nl.....

26. Ondervond u van dit voorval materiële (financiële) schade?
❒ Nee, (u kunt doorgaan naar vraag 28)
❒ Ja

27. Kunt u een schatting maken van de materiële schade die u en/of uw verzekering daardoor geleden heeft?
f .....

28. Ondervond u van dit voorval ook enige vorm van immateriële schade ?
❒ Nee (u kunt doorgaan naar vraag 30)
❒ Ja

29. Welke vorm(en) van immateriële schade hebt u ondervonden?
(U mag meer dan 1 antwoord geven)
❒ angst
❒ gevoelens van onveiligheid
❒ woede
❒ wantrouwen
❒ anders, namelijk.....

30. Heeft u de gebeurtenis gemeld?
❒ nee
❒ ja, melding bij de instelling
❒ ja, aangifte bij de politie

Preventie

31. Heeft u het afgelopen jaar maatregelen getroffen - ook al bent u geen slachtoffer geworden - tegen de verschillende vormen van criminaliteit waar u in en rond de instelling mee geconfronteerd zou kunnen worden?

nee, want
(gaarne de voor u belangrijkste reden(en) aangeven (maximaal drie))

- ❒ dit is niet noodzakelijk; er komt weinig tot geen criminaliteit voor
- ❒ ik heb al eerder maatregelen genomen
- ❒ het is onmogelijk om maatregelen te treffen
- ❒ maatregelen hebben geen zin
- ❒ ik weet niet welke maatregelen ik moet treffen
- ❒ het is de taak van de instelling om maatregelen te treffen
- ❒ andere reden, namelijk .....

ja, namelijk
(gaarne de voor u belangrijkste reden(en) aangeven (maximaal drie))

- ❒ veilig opbergen van persoonlijke eigendommen achter slot en grendel
- ❒ maatregelen met betrekking tot de auto (geen waardevolle spullen erin laten, auto-alarm aangebracht)
- ❒ maatregelen met betrekking tot de (brom)fiets (extra slot, in fietsenstalling zetten)
- ❒ waardevolle goederen niet meenemen naar werkplek/daar niets achterlaten
- ❒ maatregelen met betrekking tot komen en gaan in avonduren, late dienst (met anderen gaan, laten ophalen)
- ❒ alert zijn, bewust zijn van gevaren
- ❒ iets bij zich hebben ter bescherming (scherp voorwerk, stuk hout, alarmpieper)
- ❒ zelf meer controleren (onder andere van bezoekers)
- ❒ andere maatregel, namelijk .....

32. Bent u op de hoogte van de beveiligingsinstructies in de instelling?
- ❒ nee (u kunt vraag 33 overslaan)
- ❒ ja

33. Hoe hebt u daarvan kennis genomen?
- ❒ mondeling, door .....
- ❒ schriftelijk, door .....

34. Denkt u dat de afdeling waar u werkt criminaliteitgevoelig is?
❒ nee
❒ nauwelijks
❒ ja, vanwege
(gaarne de voor u belangrijkste reden(en) aangeven (maximaal drie))
❒ het open karakter van de afdeling
❒ de ligging van de afdeling (afgelegen, dichtbij in- of uitgang)
❒ het voorkomen van diefstal en inbraak
❒ niet afsluitbaar zijn van bepaalde ruimtes (garderobes, kasten etc.)
❒ onoverzichtelijkheid van de afdeling
❒ veelheid aan bezoekers en rondlopende mensen
❒ aanwezigheid van waardevolle goederen
❒ aanwezigheid van opiaten, drugs, naalden en medicijnen
❒ geringe personeel/onbemande afdeling
ontbreken van of geringe controle en/of toezicht
❒ gevaar/voorkomen van agressie en bedreiging
❒ overige, namelijk .....

35. Denkt u dat instelling criminaliteitgevoelig is?
❒ nee
❒ nauwelijks
❒ ja, vanwege
(gaarne de voor u belangrijkste reden(en) aangeven (maximaal drie))
❒ het open karakter van de instelling
❒ de ligging van het gebouw in de omgeving
❒ de indeling van het gebouw (bijvoorbeeld lange, stille, donkere gangen, ingang via brug, ligging van de kelder en de garderobe)
❒ de grootte van het gebouw
❒ de grootte van het terrein
❒ het aantal in- en uitgangen
❒ niet afsluitbaar zijn van bepaalde ruimtes (garderobes, kasten etc.)
❒ onoverzichtelijkheid
❒ veelheid aan bezoekers en rondlopende mensen
❒ onherkenbaarheid van het personeel
❒ aanwezigheid van waardevolle goederen
❒ aanwezigheid van opiaten, drugs, naalden en medicijnen
❒ geringe personeel
❒ ontbreken van of geringe controle en/of toezicht binnen
❒ ontbreken van of geringe controle en/of toezicht buiten
❒ gevaar/voorkomen van agressie en bedreiging
❒ bereikbaarheid, verlichting of onveiligheid van de parkeerplaatsen en/of fietsenstallingen
❒ anderzins, namelijk .....

36. Heeft u last van mensen die zonder dat ze daar iets te zoeken hebben over uw afdeling lopen?
❒ nee
❒ soms
❒ regelmatig
❒ vaak

37. Wat vindt u dat als eerste criminaliteitsprobleem dient te worden aangepakt?
- ❒ er hoeven geen problemen aangepakt te worden
- ❒ diefstal/beschadiging van (brom)fiets
- ❒ diefstal/beschadiging van motor
- ❒ beschadiging en diefstal van/uit auto
- ❒ diefstal van geld of andere persoonlijke eigendommen
- ❒ handtastelijkheden
- ❒ geweld
- ❒ bedreiging
- ❒ anders, namelijk.....

38. Heeft u suggesties die de veiligheid van mensen en eigendommen in het ziekenhuis kunnen verhogen? (u mag meer dan 1 antwoord geven)
- ❒ afsluitbaar maken van afdelingen
- ❒ afsluitbare opbergmogelijkheden/kleedruimtes
- ❒ camerabewaking
- ❒ meer bewaking
- ❒ langer toezicht vanuit de receptie
- ❒ controle van bezoekers
- ❒ afspraken maken met collega's
- ❒ duidelijke instructies en voorlichting
- ❒ naamplaatje voor medewerkers (met foto)
- ❒ toegangscontrole (pasjessysteem)
- ❒ meer verlichting
- ❒ anders, namelijk .....

Bedankt voor uw medewerking aan deze enquete. Als u nog vragen hebt, kunt u deze op de volgende bladzijde noteren.

BIJLAGE 8

Vragenlijst preventiewiel en security audit

Vragenlijst preventiewiel en security audit

VRAGENLIJST PREVENTIEWIEL EN SECURITY AUDIT

Deze lijst met vragen is opgesteld aan de hand van het 'Preventiewiel'. De vragenlijst kan mondeling afgenomen worden bij functionarissen die op de hoogte zijn van de beveiligingsplannen en de beveiligingssituatie in een instelling. De informatie die de vragenlijst oplevert, dient aangevuld te worden met geconstateerde feiten en geregistreerde meningen tijdens een observatie-onderzoek.

De lijst begint met een aantal vragen naar de aard en omvang van de criminaliteit binnen de instelling.
Aansluitend komende de volgende onderwerpen aan de orde:

- Is er een beleid ten aanzien van beveiliging?
- Hoe is de preventie georganiseerd?
- Welke regelingen en procedures zijn vastgelegd?
- Welke voorzieningen zijn er getroffen, zoals
  - bouwkundige voorzieningen
  - elektronische voorzieningen
  - overige voorzieningen?
- Wat is gedaan aan deskundigheidsbevordering?
- Hoe is de preventiehouding van het personeel?

In het gesprek kan de volgorde, afhankelijk van de gesprekspartner gewijzigd worden, dan wel kan voor een vrijere interviewmethode gekozen worden.
De vragenlijst is ook als een checklist achteraf te gebruiken.

Inventarisatie criminaliteit

1.1. Overzicht van de aard en de omvang van incidenten waarmee uw instelling het afgelopen jaar is geconfronteerd

1.2 Hebben er afgelopen jaren ernstige incidenten plaatsgevonden?

1.3 Hoe is daarop gereageerd?

1.4 Kunt u een schatting geven van de totale schade die de instelling het afgelopen jaar geleden heeft?

1.5 Kunt u informatie geven over mogelijke immateriële schade (onrust, angst en dergelijke)

1.6 Hebt u een duidelijk beeld van de daders bij de belangrijkste incidenten?

1.7 Waar (binnen-buiten), wanneer (dag-nacht) en bij wie zijn eventuele angstgevoelens het sterkst?

1.8 Wat zijn naar uw mening de zwakste punten (hoog criminaliteitsniveau en weinig preventievoorzieningen) in uw instelling?

1.9 Welke veiligheidsproblemen, waar de instelling mee kampt, zouden naar uw mening met prioriteit aangepakt dienen te worden?

1.10 Welke beveiligingsmaatregelen zouden, in het kader van criminaliteitsbestrijding, naar uw mening, als eerste uitgevoerd dienen te worden? Waarom juist die?

1.11 Hoe worden slachtoffers van criminaliteit opgevangen? Bestaan daarover afspraken? Kunt u voorbeelden geven?

Het Preventiebeleid

Hieronder volgen enkele vragen die bedoeld zijn om na te gaan of binnen de instelling een duidelijke visie op beveiliging bestaat en of men die heeft vertaald in goede plannen waarmee criminaliteitsrisico's effectief bestreden kunnen worden.

2.1 Is er een beveiligingsplan op papier? Of een plan over brandpreventie en/of ontruiming bij calamiteiten?

2.2 Hebt u de indruk dat er bij de directie van de instelling een duidelijk beeld bestaat over de omvang en de aard van de criminaliteit? Kunt u uw antwoord toelichten?

2.3 Is er bij de top belangstelling voor beveiliging en waardoor wordt die belangstelling gevoed (cijfers, angstgevoelens, incidenten, etcetera).

2.4 Als er de afgelopen jaren belangrijke investeringen op het terrein van de beveiliging zijn gedaan, lag daar een duidelijk beleidsplan aan ten grondslag?

2.5 Bestaan er nu investeringsplannen voor het treffen van met elkaar samenhangende beveiligingsmaatregelen?

2.6 Zijn er al gelden vrijgemaakt/bestemd voor dit doel?

2.7 Zijn er voor beveiliging alleen voor dit jaar of voor meerdere jaren gelden beschikbaar gesteld?

De organisatie

We willen graag inzicht hebben in de manier waarop de beveiliging is georganiseerd. Zijn er specialisten voor aangesteld, wat is hun plaats in de organisatie. De gedachte hierachter is, dat een goede beveiligingsorganisatie ook waarborgen biedt voor een effectief beveiligingsbeleid.

3.1 Wie houden zich binnen de instelling met beveiliging bezig?

3.2 Wie is de beleidsverantwoordelijke binnen de directie of het management-team?

3.3 Zijn er medewerkers van bijvoorbeeld de technische, de civiele of de portiersdienst, die taken in het kader van de beveiliging uitvoeren?

3.4 Welke taken voeren die uit?

3.5 Staan die taken duidelijk op papier?

3.6 Hebben ze enkel beveiligingstaken of ook andere?

3.7 Wat is hun formele plaats in de organisatie?
Wie is hun directe verantwoordelijke?

3.8 Zijn hun bevoegdheden helder, bekend en geaccepteerd door een ieder?

3.9 Welke opleiding(en) hebben ze genoten?

3.10 In welke overlegverbanden komen beveiligingszaken aan de orde?

3.11 Zijn de beveiligingsmensen, hun taken en bevoegdheden bekend in de instelling?

3.12 Wordt gebruik gemaakt van beveiligingsmensen van commerciële beveiligingsorganisaties?

3.13 Vervullen politiemensen nog bepaalde vaste taken in het kader van de beveiliging?

3.14 Door wie wordt toezicht uitgeoefend op beveiligingsmaatregelen en beveiligingsmensen?

Procedures en regelingen

Een organisatie kan soepel lopen als er regelingen, werkafspraken en vaste manieren van werken zijn. Vaste procedures voorkomen veelvuldig overleg en onzekerheid over hoe in bepaalde situatie gehandeld moet worden. Ze vormen dus een noodzakelijke aanvulling op de organisatiestructuur.
We hebben een aantal vragen geformuleerd om na te gaan of er ook ten aanzien van de beveiliging dergelijke vaste routines bestaan.

4.1 Staan er regelingen op papier over
- a. alarmering?
- b. melding van incidenten (kleine criminaliteit)?
- c. sleutelbeheer?
- d. dienstrooster bewakingspersoneel?
- e. inspectierondes?
- f. bewaking computerbestanden, databeheer, dossiers?
- g. toegangscontrole, legitimatie?
- h. anders, namelijk?

4.2 Hoe werken die regelingen?

4.3 Hoe wordt de handhaving van die regelingen gecontroleerd?

4.4 Vindt er systematische registratie van diefstal etcetera plaats?

4.5 Worden hierbij vaste incidentmeldingsformulieren gebruikt?

4.6 Bij wie is het sleutelbeheer ondergebracht? Hoe is dat geregeld?

4.7 Zijn er afspraken over vaste controle-rondes? Hoe wordt dat uitgevoerd?

4.8 Zijn er duidelijke werkafspraken met de politie?

4.9 Zijn er zorgvuldige procedures voor slachtoffers van incidenten? Zijn er verschillen wanneer het gaat om patiënten/kliënten, medewerkers, bezoekers van patiënten/klinten?

Technische voorzieningen

Als 'paradepaardjes' van de beveiliging worden doorgaans de technische maatregelen beschouwd. We willen inzicht krijgen in de omvang en de kwaliteit van de voorzieningen die getroffen zijn. Achtereenvolgens stellen we vragen over de gerealiseerde bouwkundige maatregelen, de toegepaste elektronische systemen en eventuele andere, meer technische voorzieningen.

A. Bouwkundige voorzieningen

5.1 Is er bij de bouw (in het programma van eisen) rekening gehouden met beveiligingsaspecten?

5.2 Worden er bepaalde delen van de gebouwen afgesloten als er geen werkzaamheden plaatsvinden (compartimentering, zonering)?

5.3 Hoe waardeert u de beveiliging van het terrein?

meer specifiek:

a. de omheining (toegankelijk, sterk)?
b. de wegen (veilig)?
c. de groenvoorziening (doorzichtig-camouflerend)?
d. het materiaalgebruik (van gevels en dergelijke)?
e. de fietsenstalling (veilig benaderbaar, afgesloten)?
f. de parkeervoorziening (bewaakt)?
(denk hierbij aan aspecten als:
. afstand tot het hoofdgebouw
. in/uit het zicht
. verlichting
. toegankelijk voor derden
. sloten/afsluitbaarheid
. hoe bewaakt (slagbomen, bewakers, bewegwijzering)

5.4 In hoeverre is in het gebouw aandacht aan beveiliging geschonken bij:

a. aantal in- en uitgangen?
b. mogelijke vluchtwegen?
c. routering/bewegwijzering?
d. zichtbelemmerende obstakels?
e. deuren en ramen (aantal, toegankelijkheid)?
f. hang- en sluitwerk?
g. inbraakwerende ruiten (portiersloge bijvoorbeeld)?

5.5 Waar zijn de garderobes (centraal/decentraal)?
Hoe zijn die beveiligd?

5.6 Welke voorzieningen zijn er voor de waardebergingen van eigendommen van patinten/kliënten en hoe functioneren die?

5.7 Welke voorzieningen zijn er voor de waardebergingen van eigendommen van personeel en hoe functioneren die?

5.8 Waar zijn medicijnkasten? Welke soort? Hoe beveiligd?

B. Elektronische voorzieningen

6.1 Waar is in verband met beveiliging elektronica aangebracht?

6.2 Welke systemen zijn er? Waar zijn die geplaatst?
Denk aan:

a. gesloten TV-circuit
b. inbraakdetectie op deuren
c. communicatiesystemen (telefoons, piepers en dergelijke)
d. electronische slotensystemen
e. toegangscontrole-systeem.

6.3 Wat is de kwaliteit van deze apparatuur en hoe is zij aangebracht?

6.4 Wat waren de aanleidingen om juist die elektronica op deze plaatsen aan te brengen?

6.5 Op welke manier hebt u een keuze kunnen maken uit het grote aanbod op dit terrein?

6.6 Kunt u een indicatie geven over de investeringskosten van de elektronica die het afgelopen jaar is geïnstalleerd?

6.7 Hoe waardeert u de functionaliteit van deze systemen in het kader van de preventie?

6.8 Is er een Key-card systeem in gebruik? Wordt dit overwogen? Welk systeem heeft de voorkeur? Waarom?

C. Overige voorzieningen

7.1 Zijn er andere voorzieningen die u getroffen heeft om mensen en goederen in uw instelling te beveiligen?
Denk aan:

a. Markering van eigendommen/inventaris
b. Badges-systeem/pasjes-systeem
c. Sleutelsysteem
d. routering, bewegwijzering
e. verlichting.

7.2 Hoe is de functionaliteit van deze systemen in de praktijk?

Deskundigheidsbevordering

Een beveiligingssysteem is afhankelijk van de mate waarin management en medewerkers weten wat ze moeten doen. Deskundigheid van het beveiligingspersoneel en goede informatie over de risico's en gedragsregels die vastgesteld zijn, is daarvoor onontbeerlijk. Met enkele vragen willen we meten in hoeverre de condities daarvoor aanwezig zijn.

8.1 Welke medewerkers hebben gespecialiseerde opleidingen of trainingen op beveiligingsgebied gevolgd?

8.2 Zijn er op dit moment medewerkers in opleiding, of zijn er opleidingen gepland?

8.3 Nemen beveilingsmensen deel aan 'netwerken' waarin met collega's over het vak gesproken wordt? Welke zijn dat?

8.4 In hoeverre is de directie vertrouwd met inzichten over en kennis van de beveiliging?

8.5 Hoe is/wordt het personeel geïnformeerd over
- a. criminaliteitsincidenten
- b. criminaliteitsrisico's
- c. vastgestelde procedures en maatregelen
  (Gebeurt dat regelmatig? Door wie? Wat is het effect?)

8.6 Waar denkt u dat de belangrijkste hiaten zitten?
- a. in de deskundigheid bij beveiligingsmensen?
- b. de informatie bij het management?
- c. de informatie bij het personeel?

Preventiehouding

Alertheid van management en medewerkers waar het de beveiliging betreft is een vereiste om ervoor te zorgen dat de beveiligingsorganisatie doeltreffend blijft werken en de technische voorzieningen ook daadwerkelijk het beoogde effect hebben.

Veel is dus afhankelijk van de houding ten opzichte van preventie bij management en medewerkers van een instelling.

Daarover tenslotte enkele vragen.

9.1 Is de leiding van deze instelling zorgvuldig in de naleving van de procedures en regelingen die gemaakt zijn in het kader van de beveiliging?

9.2 Zijn de beveiligingsmensen in staat om medewerkers erop te attenderen wanneer de regels niet nageleefd worden?

9.3 Bestaat er bij medewerkers in het algemeen een duidelijk besef van de criminaliteitsrisico's?

9.4 Voelt men zich veilig?

9.5 Hoe worden deze angstgevoelens naar voren gebracht en hoe reageert de leiding daarop?

9.6 Zijn medewerkers zorgvuldig in de naleving van de regels?

9.7 Laten de medewerkers zich gemakkelijk corrigeren?

9.8 Corrigeren medewerkers elkaar gemakkelijk wanneer ze onderling een bepaalde laksheid constateren?

9.9 Is men gemotiveerd om meer aan preventie te doen en aan wat voor maatregelen denkt men dan bij voorkeur?

9.10 Worden beveiligingsinstallaties en -procedures regelmatig getest?

9.11 Worden slachtoffers goed opgevangen?

Zijn er tenslotte nog andere punten die u wilt noemen?

Bedankt voor uw medewerking?

PROCES-VERBAAL VAN AANGIFTE

Dienst : Regiopolitie .....
Datum aangifte :
Rapportagenummer :
Verbalisant :

Naam aangever/gemachtigde:
Voorna(a)m(en) :
Geboortedatum : Geboorteplaats:
Woonadres :
Postcode : Woonplaats:
Telefoon (privé) : Werk:

Naam eigenaar/benadeelde:
Persoon:
Rechtsvorm :
(Achter)naam :
Voorna(a)m(en) :
Geboortedatum : Geboorteplaats:
Adres :
Postcode : Woonplaats:
Telefoon (privé) : Werk:

Datum delict	: dag	maand	uur	mn	en	dag	maand	uur	mn
Op/tussen	: ...	.....	...	..	..	...	.....	...	..

Pleegplaats : Gemeente:
Straatnaam : huisnummer:

Ontvreemd/schade: Zie omschrijving goederen en/of schade
Verklaring aangever/gemachtigde: Zie verklaring aangever.

Werkwijze :

Opsporingsmaatregelen
HKD-onderzoek :
Foto's getoond : Resultaat:
Naam/fotonr.verdachte(n):
Techn.sporen onderzoek : Resultaat:

Waarvan door mij op ambtseed/-belofte is opgemaakt, dit proces-verbaal, gesloten en ondertekend te: op:

(handtekening verbalisant)

VERKLARING AANGEVER **PROCES-VERBAAL**

Naam aangever: Adres:

O Ik/de benadeelde wil op de hoogte blijven van het onderzoek.

O Ik/de benadeelde wil vergoeding van de (rest) schade.

O Ik/de benadeelde ben (is) wel/niet verzekerd tegen inbraak bij:

O De weggenomen goederen zijn mijn eigendom/zijn eigendom van de persoon, namens wie ik deze aangifte doe. Aan niemand is toestemming verleend en een ieder miste het recht, zich op welke wijze dan ook de toegang tot genoemd pand te verschaffen en daaruit de goederen weg te nemen en die zich toe te eigenen, dan wel pogingen daartoe te ondernemen.

O Betreffende de betaalkaarten en/of cheques die zijn weggenomen, doe ik bij deze op voorhand aangifte van valsheid in geschrift, indien deze bescheiden valselijk worden gebruikt en uit dit gebruik enig nadeel ontstaat of kan ontstaan. Ik merk hierbij op dat de bescheiden wel/niet zijn ondertekend of ingevuld.

(aangever) (verbalisant)

Na doorlezing van deze verklaring, verklaarde de aangever hierbij te volharden en ondertekende deze met mij/in concept

OMSCHRIJVING GOEDEREN EN/OF SCHADE **PROCES-VERBAAL**
(indien ruimte te klein volgend blad gebruiken)

80

Naam aangever :			
Adres :			
O (04)	boeken/drukwerk/documenten	Bijzondere kenmerken:	
		Waar vandaan weggenomen:	
O (06)	brandkast/kluis/geldkist	Merk:	Type:
		Bijzondere kenmerken:	
		Waar vandaan weggenomen:	
O (16)	film/fotomateriaal/optiek	Merk:	Type:
		Bijzondere kenmerken:	
		Waar vandaag weggenomen:	
O (17)	geld	:	
		Waar vandaan weggenomen:	
O (18)	geluid- en beeldapparatuur/ drager	Merk:	Type:
		Bijzonder kenmerken:	
		Waar vandaan weggenomen:	
O (19)	gereedschap	Merk:	Type:
		Bijzondere kenmerken:	
		Waar vandaan weggenomen:	
O (20)	horloges/klokken	Merk:	Type:
		Bijzondere kenmerken:	
		Waar vandaan weggenomen:	
O (21)	huishoudelijke artikelen/ apparatuur	:	
		Merk:	Type:
		Bijzondere kenmerken:	
		Waar vandaan weggenomen:	
O (22)	identiteitspapieren	O paspoortnummer:	
		O rijbewijs nummer:	
		O anders, namelijk:	
		Waar vandaan weggenomen:	

O (23)	juwelen/sieraden	O ring O armband O ketting O broche O anders, namelijk: Waar vandaan weggenomen:	Kenmerken:
O (24)	kantoorartikelen	: Waar vandaan weggenomen:	
O (26)	kentekenbewijzen e.d.	: Waar vandaan weggenomen:	
O (27)	kleding/textiel/schoeisel	: Waar vandaan weggenomen:	
O (28)	kunst	: Bijzondere kenmerken: Waar vandaan weggenomen:	
O (29)	medicamenten/narcotica	: Waar vandaan weggenomen:	
O (30)	meubilair/stoffering e.d.	: Bijzondere kenmerken: Waar vandaan weggenomen:	
O (36)	portemonnaie/portefeuille	Merk: Inhoud: Bijzondere kenmerken: Waar vandaan weggenomen:	Kleur:
O (38)	sleutels	: Bijzondere kenmerken: Waar vandaan weggenomen:	

0 (39)	speelgoed/sportartikelen	: Merk: Bijzondere kenmerken: Waar vandaan weggenomen:
O (42)	vervoermiddel	O auto O motor O bromfiets O fiets O anders, namelijk: Merk: Type: Kleur: Kenteken: Bijzondere kenmerken: Waar vandaan weggenomen:
O (44)	voeding/genotmiddelen	: Waar vandaan weggenomen:
0 (45)	waardepapieren	O betaalkaarten O cheques O creditcards O anders, namelijk: Waar vandaan weggenomen:
O (47)	zak/tas/koffer	: Merk: Type: Kleur: Waar vandaan weggenomen:
O (35)	overige	: Waar vandaan weggenomen:
Ruimte voor specificatie: (indien nodig bijlage gebruiken)		