



> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Amstelring Groep
t.a.v. de raad van bestuur
Postbus 9225
1006 AE AMSTERDAM

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl
Inlichtingen bij
mevrouw mr. A.M. Buijse
ri.utrecht@igz.nl

Datum 27 september 2016
Onderwerp Conceptrapport inspectiebezoek

Ons kenmerk
2016-1331575/
V1010615/RB/avs

Bijlagen
conceptrapport

Geachte raad van bestuur,

Op 25 augustus 2016 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een inspectiebezoek gebracht aan woonzorgcentrum Vreugdehof in Amsterdam. Het bezoek is gebracht door mevrouw C. Cornuit, senior inspecteur en ondergetekende.

Met excuses voor de vertraging ontvangt u hierbij het conceptrapport. In dit rapport vindt u het oordeel van de inspectie en haar onderbouwing, gebaseerd op wettelijke kaders en veldnormen. Nog niet alle eisen van de Wet langdurige zorg zijn opgenomen. Dit geeft de zorgaanbieders de gelegenheid om de wet te implementeren.

U kunt, bij voorkeur schriftelijk, contact opnemen met ondergetekende indien u feitelijke onjuistheden in het conceptrapport aantreft of als u naar aanleiding van het conceptrapport nog vragen of opmerkingen heeft. De inspectie ontvangt uw correspondentie graag uiterlijk 25 oktober 2016 op haar algemene e-mailadres ri.utrecht@igz.nl. **Vermeldt u hierbij s.v.p. het kenmerk van deze brief.**

Na verwerking van uw opmerkingen, of wanneer de inspectie binnen de gestelde termijn geen reactie van u heeft ontvangen, stelt de inspectie het rapport vast. U ontvangt hierover bericht.

De inspectie attendeert u erop dat zij alle vastgestelde rapporten van het inspectietoezicht actief openbaar maakt door plaatsing op haar website: www.igz.nl. Meer informatie over actieve openbaarmaking van documenten door de inspectie kunt u vinden op onze website (www.igz.nl/onderwerpen).

De inspectie stuurt dit rapport naar de raad van bestuur. Ik verzoek u de gesprekspartners, medewerkers en de cliëntenraad te informeren over de inhoud van het rapport.

Ons kenmerk
2016-1331575/
V1010615/RB/avs

Datum
27 september 2016

Ik bedank u en uw medewerkers mede namens mevrouw Cornuit voor de open en constructieve wijze waarop u met de inspectie van gedachten hebt gewisseld.

Hoogachtend,

1/0 

mevrouw mr. A.M. Buijse
senior inspecteur



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Conceptrapport
van het hertoetsbezoek
aan Stichting Amstelring,
verpleeghuis Vreugdehof
in Amsterdam
op 25 augustus 2016

Utrecht
september 2015

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Aanleiding en belang	3
1.2	Doelstelling	3
1.3	Methode	3
1.4	Toetsingskader	4
1.5	Beschrijving locatie	4
2	Conclusie en beschouwing	6
2.1	Samenvatting van de scores per thema	6
2.2	Resultaten vorige bezoeken onvoldoende	7
2.3	Resultaat hertoetsbezoek 25 augustus 2016	8
2.4	Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen	8
2.4.1	Aantoobare verbeteringen gerealiseerd. Randvoorwaarden voor goede zorg zijn grotendeels aanwezig.	8
2.5	Vreugdehof investeert in cliëntgericht werken	9
3	Handhaving	10
4	Bevindingen inspectiebezoek	11
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid	11
4.1.1	Inleiding	11
4.1.2	Scores	12
4.2	Thema 2: cliëntdossier	14
4.2.1	Inleiding	14
4.2.2	Scores	15
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers	18
4.3.1	Inleiding	18
4.3.2	Scores	19
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid	22
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking	26
4.5.1	Inleiding	26
4.5.2	Scores	26
4.6	Overige bevindingen	29
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten	30
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten	31

1 Inleiding

Op 25 augustus 2016 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd hertoetsbezoek aan verpleeghuis Vreugdehof (hierna: Vreugdehof) in Amsterdam. Dit hertoetsbezoek was een vervolg op vorige bezoeken aan dezelfde locatie op 11 mei 2016 en 6 januari 2016. Tijdens deze bezoeken constateerde de inspectie dat de geboden zorg op een aantal punten onvoldoende aan de normen voldeed. Op 25 augustus 2016 beoordeelde de inspectie de geboden zorg op die punten opnieuw.

In het eerste hoofdstuk van dit hertoetsrapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het hertoetsbezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en tenslotte de bevindingen.

1.1 Aanleiding en belang

De taak van de inspectie is het bevorderen van zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. Goede zorg is in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht en tijdig. De zorgaanbieder stemt de zorg af op de reële behoefte van de cliënt en levert de zorg in overeenstemming met de professionele standaard. Hierbij neemt de zorgaanbieder de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht en borgt hij dat de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.

De inspectie vult haar taak in door erop toe te zien dat zorgaanbieders die onder toezicht staan, wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden naleven. Zij doet dit onder meer door het brengen van aangekondigde en onaangekondigde inspectiebezoeken. De inspectie oefent haar toezicht niet uit vanuit de opvatting 'regels zijn regels', maar vanuit de overtuiging dat regels en (beroeps)normen een onontbeerlijk kader vormen voor goede zorg, en daarmee bijdragen aan de preventie van onnodige risico's voor cliënten. Extra aandacht gaat uit naar kwetsbare groepen.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van het hertoetsbezoek aan Vreugdehof was te beoordelen in hoeverre de zorg die Vreugdehof biedt, na de verbeteracties voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's bij cliënten beperken.

1.3 Methode

De inspectie gebruikte hetzelfde bezoekinstrument met te toetsen thema's, normen en beoordelingsaspecten als bij de vorige inspectiebezoeken. De geboden zorg is op de volgende thema's opnieuw getoetst:

- Sturen op kwaliteit en veiligheid;
- Cliëntdossier;
- Deskundigheid en inzet personeel;
- Medicatieveiligheid;
- Vrijheidsbeperking.

Om tot een gefundeerd oordeel te komen, gebruikte de inspectie verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelde de inspectie opnieuw of de door Vreugdehof geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden.

De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- het vastgestelde rapport van het vorige inspectiebezoek;
- gesprekken met cliënten;
- gesprekken met cliëntvertegenwoordigers;
- gesprekken met uitvoerende medewerkers;
- gesprekken met behandelaars;
- gesprekken met het management(team);
- het inzien van een aantal cliëntdossiers;
- het inzien van documenten, genoemd in bijlage 1;
- een rondgang door de locatie.

1.4 Toetsingskader

De normen en beoordelingsaspecten die de inspectie hanteerde, zijn gebaseerd op de wet- en regelgeving en de daarvan afgeleide normen van de koepelorganisaties en de branche- en beroepsverenigingen. Bij risico's waarvoor wet- en regelgeving en daarvan afgeleide normen ontbraken, hanteerde de inspectie indien nodig eigen handhaveningsnormen. Een overzicht van het normenkader is opgenomen in bijlage 2.

1.5 Beschrijving locatie

Organisatie

Vreugdehof maakt deel uit van Stichting Amstelring Groep (hierna: Amstelring). Amstelring levert thuiszorg en zorg aan cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen in Amsterdam en de regio Amstelland De Meerlanden. Vreugdehof biedt intramurale zorg aan cliënten met somatische en psychogeriatrische (pg) aandoeningen en aan revaliderende cliënten. De inspectie bezocht de somatische afdelingen.

Het hoofdgebouw heeft negen etages met totaal zeven verpleegafdelingen. Er zijn vijf afdelingen voor totaal 105 cliënten met een somatische aandoening en twee afdelingen voor totaal 40 revaliderende cliënten. De psychogeriatrische afdeling bevindt zich in een apart gebouw achter het hoofdgebouw. Hier wonen 62 cliënten.

De cliënten op de somatiek afdelingen beschikken over een eigen zit/slaapkamer. Alle afdelingen hebben een grote huiskamer met een keukenblok.

Cliënten

De meeste cliënten op de somatiek afdelingen hadden een zorgzwaartepakket (ZZP) 6. Een aantal had een ZZP 5, 7 of 8. Het aantal cliënten met een combinatie van somatische en psychiatrische en/of psychogeriatrische problematiek neemt toe.

Zorgverlening

Op de somatiekafdelingen zet Vreugdehof ongeveer 80 zorgmedewerkers in. Verzorgenden IG niveau 3, helpenden niveau 2, verpleegkundigen niveau 4, leerlingen en stagiaires verlenen de dagelijkse zorg. Zij krijgen ondersteuning van medewerkers niveau 1 (voedingsassistenten). Vreugdehof zet activiteitenbegeleiders in voor centrale activiteiten en activiteiten op de afdelingen.

De afgelopen jaren heeft Vreugdehof meer hoger opgeleide medewerkers in dienst genomen; met name verzorgenden niveau 3. Vreugdehof wil verdere verhoging van het deskundigheidsniveau bereiken door een aantal eigen zorgmedewerkers op te leiden tot verpleegkundige niveau 4.

Vreugdehof zet in de dagdienst op iedere afdeling met 21 cliënten drie zorgmedewerkers in –waaronder één met een korte dienst- en een voedingsassistent. In de avonddienst werken op iedere afdeling twee zorgmedewerkers en in de nacht zet men één zorgmedewerker per twee afdelingen in. Medewerkers kunnen buiten kantoor tijden een beroep doen op een weekend-avond-nacht-hoofd (WAN-hoofd). De behandel dienst bestaat uit specialisten ouderengeneeskunde (SO), basisartsen, psychologen en paramedici. Vreugdehof heeft verder twee kwaliteitsverpleegkundigen.

Multidisciplinair overleg

Medewerkers bespreken cliënten tweemaal per jaar in een multidisciplinair overleg (MDO). De cliënt is hierbij niet aanwezig. De contactverzorgende bespreekt vóór het MDO en na het MDO het zorgplan met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger. Vreugdehof heeft plannen om de cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers meer bij het MDO te betrekken.

Daarnaast zijn er wekelijks zogenaamde mini-MDO's op iedere etage. Hierin worden cliënten multidisciplinair besproken door de arts, de contactverzorgende, de dagoudste, de psycholoog en zo nodig andere disciplines.

Ontwikkelingen in de organisatie

Vreugdehof heeft een onrustige periode achter de rug waarin veel veranderingen plaatsvonden in de organisatie. Vreugdehof startte in april 2016 met zelforganiserende teams. Tegelijkertijd verdween het middenmanagement, waaronder de functie van teamleider. Alleen de functie van WAN-hoofd bleef bestaan. Een resultaatverantwoordelijke eenheid (RVE) manager stuurt de locatie aan.

Medewerkers hebben als gevolg van de zelforganisatie meer taken en verantwoordelijkheden gekregen, zoals zorgcoördinatie en planning. Vanaf 1 maart 2016 worden zij hierbij ondersteund door de twee kwaliteitsverpleegkundigen en twee teamcoaches. Daarnaast kunnen zij een beroep doen op het interne servicebureau (ISB) van Amstelring.

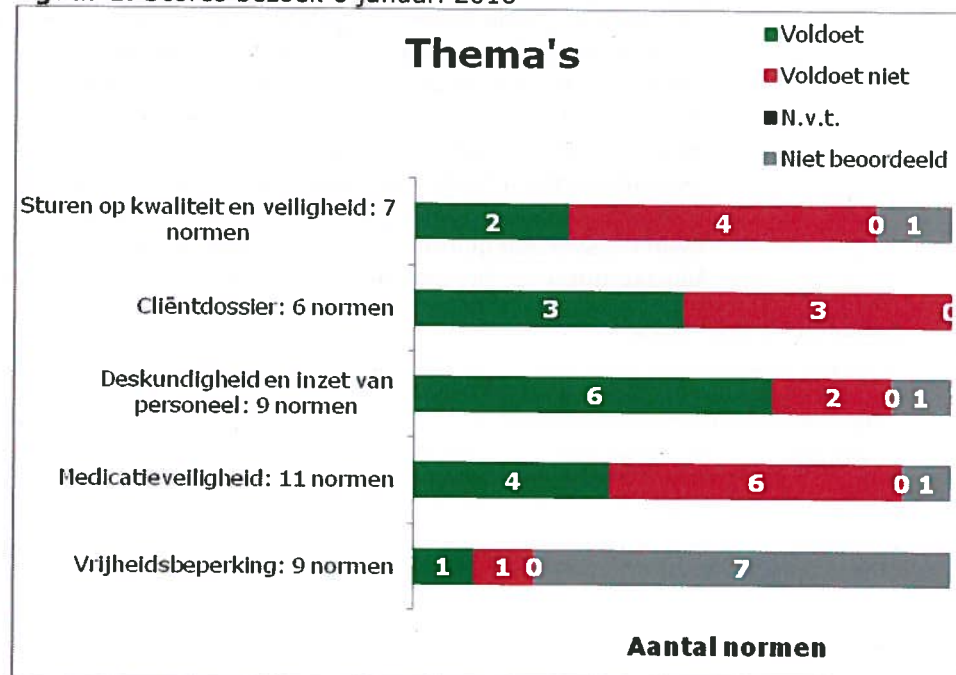
2 Conclusie en beschouwing

Dit hoofdstuk start met een samenvattend overzicht van de scores per thema van de vorige inspectiebezoeken en van het hertoetsbezoek. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. De inspectie onderbouwt haar conclusie daarna in één of meer beschouwende subparagrafen. Deze onderbouwing beschrijft de grote lijnen en de belangrijkste risico's. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen de scores op de normen zijn gegeven.

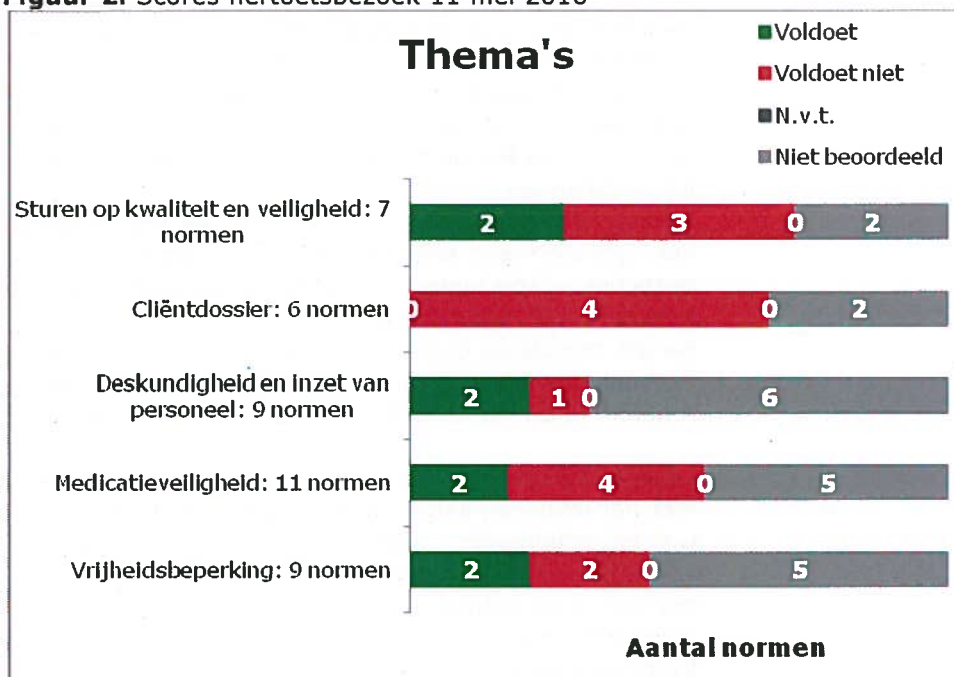
2.1 Samenvatting van de scores per thema

De onderstaande tabel biedt per thema een samenvatting van de scores op de normen waaraan de inspectie de geboden zorg toetste. Bij het thema medicatieveiligheid is het mogelijk dat een aantal normen die de bij het vorige bezoek onvoldoende scoorden niet opnieuw zijn beoordeeld in het hertoetsbezoek. Dit heeft ermee te maken dat de inspectie binnen de sector extra aandacht vraagt voor medicatieveiligheid. De inspectie zal daarom tot het einde van dit jaar specifieke focus aanbrengen op zes medicatienormen en daar strenger op handhaven.

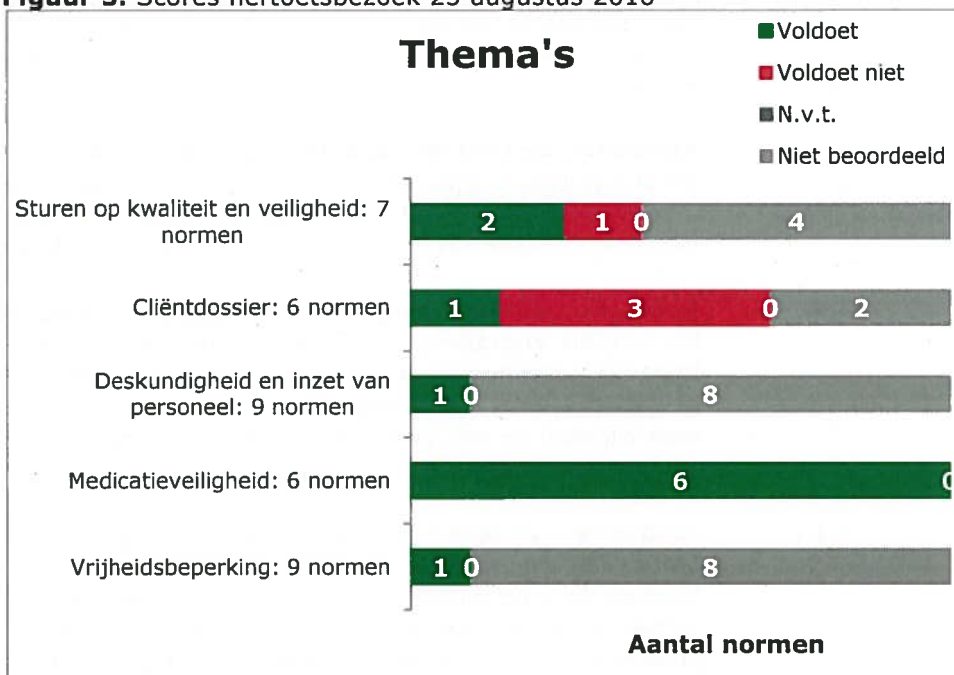
Figuur 1. Scores bezoek 6 januari 2016



Figuur 2. Scores hertoetsbezoek 11 mei 2016



Figuur 3. Scores hertoetsbezoek 25 augustus 2016



2.2

Resultaten vorige bezoeken onvoldoende

Tijdens het bezoek op 6 januari 2016 constateerde de inspectie dat de zorg die Vreugdehof bood niet voldeed aan 16 van de 32 beoordeelde normen. Vreugdehof investeerde in cliëntgericht werken. Zorg verlenen vanuit het perspectief van de cliënt en diens familie was echter niet voor alle medewerkers vanzelfsprekend. Verder schoten de dossiervoering en de medicatieveiligheid tekort.

Daarnaast was de Plan-Do-Check-Act (PDCA-)cyclus niet rond. Verbeterpunten en tekortkomingen in de zorg werden onvoldoende in kaart gebracht. Ook kwamen medewerkers afspraken niet altijd na.

Vreugdehof was in januari 2016 bezig met de voorbereiding voor de invoering van zelforganiserende teams per april 2016. Nog niet duidelijk was of alle randvoorwaarden op dat moment gerealiseerd zouden zijn. Dit leidde tot onrust bij medewerkers.

De inspectie maakte zich zorgen over het Amstelringbreed realiseren en borgen van verbeteringen naar aanleiding van inspectiebezoeken. Verbeteracties in een bezochte locatie bleken niet of onvoldoende te leiden tot verbeteringen in andere locaties zoals Vreugdehof.

Na het bezoek op 6 januari 2016 sprak de inspectie met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Amstelring. In dit gesprek zijn de ontwikkelingen binnen Amstelring en de verbetertrajecten die Amstelring inzet besproken.

Tijdens het hertoetsbezoek op 11 mei 2016 bleek dat Vreugdehof druk bezig was met het invoeren van verbeteringen op de somatische afdelingen. Onder andere was het cliëntgericht werken verbeterd. Ook op andere terreinen zag de inspectie verbeteringen. Vreugdehof voldeed echter nog niet aan 14 van 22 beoordeelde normen in de thema's plus een aanvullende norm. De inspectie maakte zich met name zorgen over de tekortschietende dossiervoering en de kwalitatieve en kwantitatieve personele bezetting.

De inspectie heeft na het bezoek op 11 mei 2016 haar bevindingen besproken in een gesprek met bestuur en raad van toezicht van Amstelring. Daarin heeft de inspectie benoemd dat de inspectie handhavingsmaatregelen overweegt indien er sprake is van onvoldoende vooruitgang in Vreugdehof en andere locaties van Amstelring.

2.3 Resultaat hertoetsbezoek 25 augustus 2016

Uit de resultaten blijkt dat Vreugdehof een groot aantal verbeteringen heeft gerealiseerd. Wat betreft de dossiervoering en het analyseren en leren van incidenten voldoet Vreugdehof echter nog niet aan alle getoetste normen.

2.4 Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen

De zorg die Vreugdehof biedt, voldoet op bijna alle punten aan de normen en beoordelingsaspecten die de inspectie heeft gehanteerd. Bij de vier normen waar de geboden zorg niet of nog niet volledig aan voldoet, bestaan mogelijke risico's voor cliënten en zijn verbetermaatregelen nodig. In hoofdstuk 3 staat aangegeven wat de inspectie van de zorgaanbieder verwacht.

2.4.1 *Aantoonbare verbeteringen gerealiseerd. Randvoorwaarden voor goede zorg zijn grotendeels aanwezig.*

Medewerkers en management hadden hard gewerkt om de noodzakelijke verbeteringen te realiseren. Gesprekspartners vertelden dat er sprake was van positieve energie. Uit de resultaten blijkt dat dit effect heeft gehad. Ook waren meer voorwaarden aanwezig voor goede zorg zoals korte lijnen tussen medewerkers en behandelaren, het nieuwe elektronisch cliëntdossier (ECD) en een systeem om de medicatieveiligheid te borgen. Gesprekspartners benoemden dat de verbeterde kwalitatieve ondersteuning een belangrijke voorwaarde was om te kunnen voldoen aan de normen voor goede zorg.

Alle betrokkenen waren positief over de multidisciplinaire samenwerking. Gesprekspartners vertelden dat behandelaren en zorgmedewerkers meer en betere informatie over de cliënt uitwisselden.

Een aantal randvoorwaarden vraagt nog de nodige aandacht. Zo blijkt uit de resultaten dat het MIC systeem niet goed functioneert. Passende maatregelen treffen en leren van incidenten en fouten is hierdoor niet goed mogelijk.

Investeren in goede dossiervoering en verslaglegging blijft nodig.

De dossiervoering en verslaglegging was zichtbaar verbeterd door de invoering van het nieuwe ECD. Medewerkers waren positief over het ECD. Uit de resultaten blijkt dat investeren in goede dossiervoering en verslaglegging nodig blijft. Goede ondersteuning is daarbij onontbeerlijk. Vreugdehof heeft hiervoor een externe kwaliteitsverpleegkundige ingezet. Medewerkers moeten nog meer kennis en redeneervaardigheden opdoen om goed te kunnen werken met de nieuwe zorgplansystematiek. Onder andere gaat het daarbij om het kiezen van de juiste aandachtsgebieden, soorten acties en actievlakken.

2.5 Vreugdehof investeert in cliëntgericht werken

Vreugdehof had geïnvesteerd in het vergroten van de betrokkenheid cliënten en hun familie bij de zorgverlening en bij organisatorische ontwikkelingen. Zo hadden de cliëntenraad (CR) en de locatiemanager samen alle huiskamers bezocht. Er werd onder meer aandacht besteed aan de personele bezetting, de inzet van flexmedewerkers en de schoonmaak. Cliënten en familieleden stelden de bezoeken zeer op prijs.

Tijdens de rondgang constateerde de inspectie dat medewerkers met aandacht en respect omgingen met de cliënten. Medewerkers benoemden dat zij door de verbeterde multidisciplinaire samenwerking de cliënt en diens familie beter konden informeren en sneller konden doorverwijzen naar de juiste persoon. De CR constateerde dat de saamhorigheid tussen medewerkers en cliënten was verbeterd.

3 Handhaving

De inspectie vertrouwt erop dat de zorgaanbieder verbetermaatregelen neemt op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldeed. De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 4 hiervoor voldoende handvatten biedt. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder controleert of ook de zorg die overige locaties of teams bieden, aan alle getoetste normen voldoet. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder zo nodig passende maatregelen treft. De inspectie sluit na vaststelling van het rapport het hertoetsbezoek af.

4 Bevindingen inspectiebezoek

Dit hoofdstuk bevat per thema een inleiding, de scores op de normen en op de bijbehorende beoordelingsaspecten. Na ieder thema volgt zo nodig een toelichting op de scores.

De scores zijn in een tabel weergegeven. Er zijn vier scoremogelijkheden:

- 'voldoet'
- 'voldoet niet'. In alle gevallen geldt: als de geboden zorg op één beoordelingsaspect van een norm een score 'voldoet niet' heeft, dan scoort de geboden zorg op de hele norm 'voldoet niet'. Dit geldt dus ook als de geboden zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van een norm een score 'niet beoordeeld' heeft.
- 'niet van toepassing (n.v.t.)'. De score 'n.v.t.' geeft de inspectie als de situatie waarop de norm van toepassing is, in Vreugdehof nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Vreugdehof wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. Heeft de zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld'? Dan beschouwt de inspectie de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld.

Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd maar wel betrekking hebben op een norm. Wanneer de inspectie die feiten ernstig vindt en de risico's voor cliënten groot zijn, kan dit reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

De nummering van de normen is niet altijd opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen; de inspectie toetst niet aan alle normen uit dit bestand.

De inspectie beoordeelde tijdens dit bezoek de geboden zorg alleen op de normen die tijdens het vorige bezoek 'voldoet niet' scoorden.

4.1 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

4.1.1 *Inleiding*

In de uitvoering van de zorg moet zichtbaar zijn dat de zorgaanbieder stuurt op kwalitatief goede en veilige zorg. Deze zorg is gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van bestaan en de eigen regie van de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, borgt in samenspraak met relevante disciplines en partijen een effectieve Plan-Do-Check-Act cyclus. Dit betekent dat hij structureel relevante kwaliteitsinformatie verzamelt en hierover met belanghebbenden in dialoog gaat. Daardoor wordt zichtbaar wat goed gaat en waar het nog beter kan.

De zorgaanbieder is eindverantwoordelijk voor het uitvoeren van de hierop gebaseerde verbeteracties en voor de beoordeling van de effecten ervan.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, werkt systematisch aan het optimaliseren van de relatie tussen cliënt en professional. De zorgaanbieder richt zijn organisatie zo in dat medewerkers in dialoog met de cliënt kunnen handelen. Hierbij zijn de wensen en behoeften van de cliënt altijd het uitgangspunt.

4.1.2

Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.1	De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.				X
a)	Eens in de twee jaar voert de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.				X
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliëntervaringsonderzoek heeft de zorgaanbieder de resultaten op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.				x
1.2	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.		X		
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.	X			
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.		X		
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.		x		
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.				X
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving ¹ .				X
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.				x

1 Voor de klachtenprocedure zoals beschreven in de Wkkgz geldt een overgangsregeling tot 1 januari 2017. In de overgangsperiode blijft de klachtenregeling die de zorgaanbieder had op grond van de Wkcz van toepassing tot het tijdstip waarop hij beschikt over een klachtenregeling die voldoet aan de eisen van de Wkkgz. Voor de afhandeling van Bopz-klachten geldt de klachtenprocedure zoals deze wordt beschreven in de Wkkgz niet, omdat voor de behandeling van Bopz-klachten afwijkende regels gelden, die zijn vastgelegd in de Wet Bopz en in het Besluit Klachtenbehandeling Bopz.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.	X			
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.	X			
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliëntenmedezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en goed luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.	X			
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.	X			
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.				X
b)	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.				X
1.8	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.				X
a)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.				X
1.9	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.				X
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen. <i>(Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)</i>				X

Toelichting

1.2 b) en c) Gesprekspartners vertelden dat men MIC meldingen op de afdelingen besprak in het eerste mini-MDO van de maand. Dit leidde tot een grotere betrokkenheid en snellere actie. MIC meldingen werden ook besproken in het maandelijkse multidisciplinaire locatieoverleg en in de driemaandelijke bijeenkomsten van de MIC commissie.

De 'Analyse MIC meldingen Q2 2016' was vergeleken met de analyse van de meldingen uit het eerste kwartaal 2016 echter niet verbeterd. De analyse bevatte informatie over valincidenten en medicatie-incidenten. Of ook andere incidenten waren gemeld was niet beschreven. Verder bleek uit het document niet dat meldingen systematisch waren geanalyseerd en basisoorzaken in kaart waren gebracht.

De analyse van de valincidenten bestond uit een verklaring voor de toename van valincidenten op een van de afdelingen. De enige genoemde interventies waren het inzetten van een lager bed en overplaatsing van cliënten met een psychogeriatrische zorgvraag en loopproblemen naar de Bopz-afdeling. Of verbeteracties nodig waren op organisatieniveau bleek niet uit het document. De MIC meldingen gaven daarvoor wel aanleiding. Zo bleek uit de melding van een valincident in april 2016 dat voor en na het incident geen valrisicoanalyse was gemaakt. In de feedback naar aanleiding van de melding werd gevraagd om alsnog een valrisicoanalyse te maken. In de analyse van de MIC commissie was geen aandacht besteedt aan de aanwezigheid van een valrisicoanalyse in de dossiers van cliënten met een valrisico. Zie in dit verband ook de toelichting bij norm 2.4.

In de analyse stond dat specifieke gevallen met grote gevolgen nader werden geanalyseerd met Prisma. Of hiervan sprake was geweest in het tweede kwartaal was niet vermeld.

1.4 b) Cliëntenraad (CR) en management hadden na het inspectiebezoek op 11 mei 2016 geïnvesteerd in een goed overleg en een grotere betrokkenheid van de CR bij ontwikkelingen in Vreugdehof. Er waren extra overleggen ingepland. De cliëntenraad (CR) en de locatiemanager hadden samen alle huiskamers bezocht. Men was van plan om dit voortaan twee keer per jaar te doen.

4.2 Thema 2: cliëntdossier²

4.2.1 Inleiding

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, maakt met iedere cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vóór de start van de zorgverlening of zo snel als mogelijk na de start van de zorgverlening afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning. Deze afspraken gaan uit van de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Ook houden deze afspraken rekening met beperkingen van de cliënt en met ingeschatte mogelijke cliëntgebonden risico's.

Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning is het uitgangspunt het zo veel mogelijk versterken van de eigen regie van de cliënt en van zijn ervaren kwaliteit van bestaan. De medewerker die eerstverantwoordelijke is voor de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt stelt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger zorg- en ondersteuningsdoelen vast. In deze doelen moeten de wensen van de cliënt doorklinken en de wijze waarop hij zijn leven wil inrichten. De doelen zijn niet uitsluitend probleemgericht gedefinieerd maar bevorderen ook de kwaliteit van het bestaan van de cliënt zo goed mogelijk. Ook maakt de eerstverantwoordelijke medewerker met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning.

² Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorg-/ondersteuningsplan is een onderdeel van het cliëntdossier.

De medewerker legt deze afspraken vast in de vorm van een individueel zorgplan. Uit dit plan wordt duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgaanbieder vraagt. Ook beschrijft het plan wat er nodig is om de zorg- en ondersteuningsdoelen te behalen en wie daarvoor verantwoordelijk is of zijn. Naast de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger en de eerstverantwoordelijke medewerker leveren alle overige betrokken medewerkers en disciplines, zoals gedragswetenschappers, artsen en paramedici, een zichtbare bijdrage aan afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft geborgd beleid voor het rapporteren in het cliëntdossier over de voortgang op de zorg- en ondersteuningsdoelen en over de mate waarin deze doelen worden behaald. Ook is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor rapportage over andere relevante zaken op individueel cliëntniveau die om rapportage vragen. De zorgaanbieder waarborgt de periodieke multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger. Na de evaluatie maken de betrokkenen met elkaar nieuwe afspraken.

4.2.2

Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.³	x			
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorgplan vastgesteld.	x			
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft ingestemd met de inhoud van het zorgplan.	x			
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.³		x		
a)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.		x		

³ Voor deze normen geldt een afwijkend handhavingbeleid voor cliënten die zorg ontvangen vanuit een Persoonsgebonden Budget/PGB. Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten. Het toezicht op de zorg aan deze cliënten blijft, voor wat betreft de normen en beoordelingsaspecten die specifiek over het zorgplan gaan, beperkt tot toetsen en zo nodig het geven van het advies om bepaalde zaken te verbeteren. Verdergaande handhavingmaatregelen zullen achterwege blijven. Dit neemt niet weg dat ook de zorg aan deze groep cliënten aantoonbaar van goed niveau, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn, afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
	b) De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.		X		
2.3	In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.				X
	a) Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.				X
	b) Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.				X
	c) Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.				X
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.		X		
	a) In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - Huidletsel - Incontinentie - Vallen - Problemen medicatiegebruik - Ondervoeding/overgewicht - Probleem- of onbegrepen gedrag - Mondzorg		X		
	b) De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.		X		
2.5	Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.		X		
	a) De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.		X		
	b) De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.		X		
	c) De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.				X

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.6	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.³				X
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorgplan.				X
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm, of vaker.				X
c)	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorgplan.				X

Algemene toelichting

In 2016 voeren alle locaties van Amstelring een nieuw ECD in (ONS van Nedap) met het Omaha-classificatiesysteem. Amstelring verwacht dat het nieuwe ECD zorgmedewerkers zal ondersteunen bij het klinisch redeneren en het in kaart brengen van de benodigde zorg en de zorginhoudelijke risico's.

Vreugdehof is per 1 juli 2016 overgegaan naar het nieuwe ECD. De kwaliteitsbewaker in de zelforganiserende teams en een kwaliteitsverpleegkundige uit een andere Amstelring locatie ondersteunen de medewerkers bij het goed leren werken met het ECD.

In het Omaha Systeem is geen sprake van problemen en doelen maar van 42 aandachtsgebieden met 4 soorten acties en 75 actievlakken. Medewerkers moeten voor het opstellen van het ECD hieruit keuzes maken. De dagelijkse zorg wordt beschreven in de 'zorgkaart'.

Medewerkers kunnen in het ECD op de zorgplanpagina direct rapporteren op de aandachtsgebieden. Daarnaast is er een apart formulier 'Dossier' voor overige rapportages.

Er is een koppeling tussen het ECD en het medisch dossier Ysis. Artsen kunnen het ECD inzien. Paramedici moesten nog toegang krijgen tot specifieke onderdelen van het ECD. Behandelaren kunnen hun rapportages in het medisch dossier toevoegen aan de rapportages in het ECD. Medewerkers kunnen via het ECD onderdelen van het medisch dossier inzien. Flexmedewerkers hebben toegang tot het ECD werken.

Toelichting bij de scores

2.1 c) De zorgplannen die de inspectie inzag waren ondertekend.

2.2 a) Het nieuwe ECD bevatte meer informatie over de cliënt dan het oude dossier. In de zorgplannen die de inspectie inzag was de informatie niet altijd goed verwerkt. Zo stond in een medisch behandelplan in Ysis d.d. 19 april 2016

dat een cliënt "soms erg lelijk kon overkomen". De actie luidde 'aanspreken op gedrag'. Of het was geëvalueerd en nog aan de orde was, was niet beschreven. Het zorgplan was op 28 juni 2016 door de cliënt ondertekend en overgezet naar het nieuwe ECD. Informatie over het gedrag van de cliënt en daarbij passende acties ontbrak. Verder bleek dat bij de overgang naar het nieuwe ECD met een nieuwe zorgplan niet alle relevante informatie van alle betrokken disciplines overgenomen was.

2.2 b) Gesprekspartners vertelden dat alle disciplines in het halfjaarlijkse MDO en in de wekelijkse mini-MDO's hun bevindingen benoemden. Zorgmedewerkers pasten daarna zo nodig het zorgplan aan. De zorgplannen uit het oude ECD waren omgezet naar het nieuwe ECD. In deze zorgplannen ontbrak bij een aantal onderwerpen relevante informatie van andere disciplines. Zie ook 2.4 en 2.5.

2.4 a) en b) Voor een cliënt die volgens medewerkers valgevaarlijk was, was een transferlijst ingevuld. In het zorgplan was het risico op vallen met mogelijke oorzaken en passende acties niet benoemd.

2.5 a) Bij een cliënt was in het zorgplan het aandachtsgebied 'cognitie' opgenomen met een aantal symptomen en signalen, waaronder desoriëntatie. Volgens een rapportage van de psycholoog uit december 2015 was bij de cliënt sprake van geheugenstoornissen. Dit was niet benoemd bij het aandachtsgebied 'cognitie'. Als soort actie was benoemd 'behandelen en procedures toepassen'. Er waren geen acties benoemd die betrekking hadden op begeleiden en instrueren. In een ander zorgplan was bij het aandachtsgebied 'cognitie' als soort actie benoemd 'monitoren en bewaken' en 'rapporteren bij grote verandering'. Er waren geen acties benoemd die betrekking hadden op 'begeleiden en instrueren'.

2.5 b) Medewerkers rapporteerden niet consequent op de aandachtsgebieden in het zorgplan. Zo rapporteerden zij bevindingen die bij het aandachtsgebied 'cognitie' hoorden regelmatig op een apart formulier onder het tabblad 'dossier'. In een ander zorgplan hadden sommige rapportages geen betrekking op het betreffende aandachtsgebied en de daarbij benoemde symptomen en signalen. Zo was bij het aandachtsgebied 'cognitie' gerapporteerd dat de cliënt aanspreekbaar was en bezoek kreeg van een schoonzuster.

4.3 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

4.3.1 Inleiding

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, organiseert de uitvoering van de geboden zorg zo dat hij tijdig, doelmatig, doelgericht en deskundig in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënt voorziet. De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige medewerkers in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

Medewerkers die goede zorg bieden, richten zich op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van bestaan voor de cliënt. Deskundige medewerkers zijn betrouwbaar, werken cliëntgericht en bejegenen de cliënt op een passende manier. Zij zijn in staat om de cliënt op een professionele, multidisciplinaire wijze de juiste ondersteuning te bieden op het vlak van sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren. Deskundige medewerkers kunnen reflecteren op het effect van het eigen handelen.

Medewerkers die goede zorg bieden, werken volgens protocollen, procedures en werkinstructies. De zorgaanbieder borgt dat relevante actuele protocollen, procedures en werkinstructies aanwezig zijn. De zorgaanbieder stimuleert medewerkers om met gezond verstand te blijven werken. Hij biedt de mogelijkheid om gemotiveerd af te wijken van geldende protocollen en procedures wanneer situaties daarom vragen. Medewerkers leggen afwijkingen van protocollen, procedures, werkinstructies en zorgafspraken schriftelijk vast in het cliëntdossier.

Bij de geboden zorg kunnen tegelijkertijd of opeenvolgend verschillende onderdelen van dezelfde zorgaanbieder of verschillende zorgaanbieders betrokken zijn. In zulke situaties doet de zorgaanbieder wat in zijn vermogen ligt om een goede communicatie en coördinatie tussen alle betrokkenen, onder wie de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger, te waarborgen.

4.3.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht.				x
a)	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeften en wensen.				x
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.				x
3.2	Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.				x
a)	Medewerkers zijn zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.				x
b)	Medewerkers bespreken in formele overlegstructuren (zoals teambespreking, supervisie en intervisie) en in de dagelijkse praktijk met elkaar hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.				x
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.				x
a)	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				x
b)	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
c)	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.				x
3.4	Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.				x
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.				x
b)	Medewerkers weten dat ze beargumenteerd kunnen afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies om individueel maatwerk mogelijk te maken. Afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies is alleen mogelijk als de afwijking is besproken en op cliëntniveau is vastgelegd.				x
c)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.				x
3.5	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.				x
a)	Medewerkers weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Medewerkers nemen indien nodig maatregelen om de beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.				x
b)	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.				x
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				x
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				x
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.				x
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.				x
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
a)	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.				X
b)	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.	X			
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.				X
a)	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.				X
b)	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten makkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.				x
3.9	De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.				x
a)	De zorgaanbieder heeft ziekteverzuim, personeelsverloop, inzet van invalkrachten en ervaren werkdruk in beeld.				X
b)	De zorgaanbieder treft zo nodig passende maatregelen.				x

Algemene toelichting

Medewerkers vertelden dat de multidisciplinaire samenwerking na het laatste inspectiebezoek verder was verbeterd, onder meer door de wekelijkse mini-MDO's op iedere afdeling. De lijnen waren korter geworden. Behandelaren kwamen vaker op de afdeling en werden ook uitgenodigd voor de teamoverleggen. Behandelaren gaven aan dat ze hierdoor beter dan voorheen de juiste vragen aan zorgmedewerkers konden stellen. Zij kregen vervolgens ook antwoorden die van belang waren voor het behandelplan en adviezen. Zorgmedewerkers en behandelaren konden hun bevindingen sneller en beter terugkoppelen naar elkaar en naar de cliënt en zo nodig doorverwijzen naar de juiste persoon.

Toelichting

3.7 b) en c) Tijdens het bezoek op 11 mei 2016 bleek dat men vaak flexmedewerkers inzette die vervolgens zorg moesten verlenen op basis van onvolledige en soms verouderde informatie over de cliënt. Gesprekspartners vertelden dat er na het vorige bezoek meer vaste flexmedewerkers waren gekomen en dat zorgmedewerkers hun voorkeur voor een

specifieke flexmedewerker aan konden geven. Zij werden met name ingezet in de korte diensten.

Flexmedewerkers werden ingewerkt en hadden toegang tot het ECD. In het ECD zat een zorgkaart voor de dagelijkse zorgverlening. De zorgkaart bevatte informatie uit andere onderdelen van het ECD.

Volgens vaste medewerkers was de bezetting toereikend, met name door de 8.00-11.00 uur diensten. Medewerkers vertelden dat zij door de zelforganisatie beter konden sturen op het rooster en de planning. Zij kregen hierbij ondersteuning van de coach.

4.4 Thema 4: medicatieveiligheid

4.4.1 Inleiding

Het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op medicatieveiligheid in de sector Verzorging en Verpleging (V&V), is in 2008 gestart met een thematisch toezicht op dit onderwerp. Dit resulteerde in 2010 in het rapport '*Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende – september 2010*'. Vanaf dat moment is medicatieveiligheid in de V&V een structureel onderdeel van het toezicht door de IGZ geworden en is dan ook terug te vinden in haar jaarlijkse werkplannen en meerjarenbeleidplannen.

Dat er op het gebied van medicatieveiligheid in de V&V nog verbetering noodzakelijk is bleek uit het recente IGZ-rapport '*Eindrapportage toezicht IGZ op 150 verpleegzorginstellingen: Bij een derde blijft de inspectie intensief toezicht houden*', van 4 juli jl. In dit rapport kwam onder andere aan de orde dat zorginstellingen bepaalde stappen die nodig zijn voor een veilig medicatieproces nog onvoldoende zetten en/of structureel vast kunnen houden.

Om die reden vraagt de IGZ binnen de sector wederom extra aandacht voor medicatieveiligheid.

De focus van het toezicht hierop zal zich met name richten op de normen omtrent de thema's:

- een actueel medicatieoverzicht,
- veilig en verantwoord bewaren van medicatie,
- dubbel paraferen bij risico volle medicatie

Deze focus op de medicatie veiligheid past de inspectie in al haar bezoeken toe tot 31 december 2016.

Dit betekent overigens niet dat de andere normen over bijvoorbeeld beleid, Elektronisch Voorschrift Systeem of bijwerkingen niet van belang zijn.

4.4.2 De Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.3	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
a)	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.	x			
b)	De apotheek maakt en levert de medicatie-overzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatie-overzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.	x			
c)	Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.	x			
4.5	Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie⁴ niet aan.	x			
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ¹ heeft uitgezet.	x			
4.6	De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren van medicatie.	x			
a)	De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen medewerkers die zijn geschoold in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.	x			
c)	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.	x			
4.7	De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.	x			
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.	x			
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.	x			

4 GDS = Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
c)	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.	x			
4.8	Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.	x			
a)	Voor niet GDS ¹ -medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.	x			
b)	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.	x			
c)	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.	x			
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.	x			
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.	x			

Algemeen

Vreugdehof voldeed tijdens het hertoetsbezoek op 11 mei 2016 niet aan drie van de zes getoetste normen. Na dit bezoek heeft Vreugdehof een systeem ingevoerd waarmee men de medicatieveiligheid borgt. De kwaliteitsverpleegkundigen en het WAN-hoofd checkten regelmatig of medewerkers zich houden aan de afspraken over aftekenen van medicatie, dubbele controle, de werkvoorraad, de koelkasttemperatuur etc. Zorgmedewerkers vertelden dat de aandachtsvelders medicatie in de zorgteams ook controles uitvoeren; zowel op de eigen afdeling als door maandelijks andere afdelingen te visiteren. Indien er iets niet klopt informeert de controleur het team via een e-mail naar de groepsaccount van het team.

Toelichting

4.5 Op 11 mei 2016 constateerde de inspectie dat medewerkers afweken van het medicatiebeleid van Amstelring. Op 25 augustus 2016 vertelden medewerkers dat zij gestopte medicatie niet zelf uit baxterzakjes mochten halen. Afsproken was dat de apotheek een nieuwe baxterrol levert. Er waren aanvullende afspraken gemaakt voor situaties waarin de medicatie in een baxterzakje die niet is gestopt toegediend moet worden maar de apotheker niet direct een nieuwe baxterrol kan leveren: de zorgmedewerker moet in die situatie samen met het WAN-hoofd de te verwijderen medicatie controleren.

4.5 Thema 5: vrijheidsbeperking

4.5.1 Inleiding

Onder het begrip 'vrijheidsbeperking' verstaat de inspectie alle maatregelen die de vrijheid van cliënten beperken. Dit begrip heeft voor de inspectie al jaren een grotere reikwijdte dan de vrijheidsbeperkende maatregelen die de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) beschrijft.

Kwetsbare mensen zijn in hun dagelijkse leven afhankelijk van zorgverlening door professionals. Vrijheidsbeperking heeft een grote impact op hun kwaliteit van bestaan. Door langdurige en/of door onjuiste toepassing van vrijheidsbeperking kan bij hen grote fysieke en psychische schade ontstaan.

Binnen het thema vrijheidsbeperking beoordeelt de inspectie zowel maatregelen die leiden tot preventie en terugdringing van vrijheidsbeperking als de zorgvuldigheid waarmee besluitvorming en toepassing van vrijheidsbeperking plaatsvinden.

Uit wetenschappelijk onderzoek en uit praktijksituaties blijkt dat terugdringing van het aantal vrijheidsbeperkingen in de ouderenzorg en in de zorg voor mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking mogelijk is. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is een structureel bewustzijn bij zorgaanbieders en medewerkers over de verschillende vormen van vrijheidsbeperking en de impact die het toepassen van vrijheidsbeperking op cliënten heeft. Ook is het van belang dat zorgaanbieders en medewerkers te allen tijde op de hoogte zijn van de actuele stand van de kennis over vrijheidsbeperking.

4.5.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.1	De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.	X			
a)	De zorgaanbieder beschrijft in zijn beleid over vrijheidsbeperking hoe de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt teruggedrongen.	x			
b)	Huisregels bevatten geen andere regels dan die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in de instelling. Zij beperken de vrijheid van handelen van de cliënt niet verder dan voor een dergelijke gang van zaken nodig is.				X
c)	De zorgaanbieder heeft de taken en verantwoordelijkheden van de Bopz-arts beschreven. De beschrijving bevat ook een waarneemregeling voor de Bopz-arts.			x	

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.2	Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken, het (probleem)gedrag van de cliënt.				X
a)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt bevindt zich in het cliëntdossier.				X
b)	Bij het maken van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt zijn relevante andere disciplines betrokken.				X
c)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt is gebruikt bij het beoordelen van de inzet van (een) vrijheidsbeperkende maatregel(en) in het licht van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.				X
5.3	Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.				X
a)	In het cliëntdossier is terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.				X
5.4	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				X
a)	Bij het multidisciplinaire overleg over de besluitvorming over de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel zijn alle voor die besluitvorming relevante disciplines betrokken.				X
b)	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger worden afspraken gemaakt over wanneer en hoe de vrijheidsbeperkende maatregel(en) wordt/(worden) toegepast.				X
5.5	Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				X
a)	Het besluit om over te gaan tot toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en) en de verantwoordelijke voor dit besluit zijn terug te vinden in het cliëntdossier.				X
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				X
a)	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.				X

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.				X
a)	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.				X
5.8	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.				
a)	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe: volgens het protocol en afgestemd op de cliënt.				X
b)	Medewerkers voeren risicovolle handelingen zoals (fysiek) fixeren, afzonderen, separeren en toedienen van medicatie bij cliënten die zich hiertegen verzetten, op een verantwoorde manier uit.				x
5.9	De zorgaanbieder gebruikt informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.				x
a)	De zorgaanbieder registreert de Bopz-maatregelen bedoeld in artikel 38.5 en 39 Wet Bopz op locatie- of teamniveau.			x	
b)	De zorgaanbieder gebruikt de informatie met betrekking tot toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering. Dit doet hij ten minste met betrekking tot separatie, afzondering, afzondering in eigen (slaap)kamer, fixatie, gedwongen medicatie, gedwongen voeding/vocht en psychofarmacagebruik.				x

Toelichting

5.1 a) Er was een procedure voor het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) bij cliënten die onder de WGBO vallen zoals de cliënten op de somatische afdelingen. Onderdeel daarvan was het multidisciplinair vaststellen van de minst belastende maatregel.

5.1 c) Dit aspect is niet van toepassing omdat de Wet Bopz niet geldt voor de afdeling somatiek.

5.2 Vreugdehof voldeed op 11 mei 2016 niet aan deze norm. Op 25 augustus 2016 heeft de inspectie één dossier ingezien van een cliënt met een VBM; het betrof een bedhek op eigen verzoek. De inspectie heeft deze norm daarom gescoord als 'niet beoordeeld'.

4.6 Overige bevindingen

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
6.1	De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering. De zorgaanbieder zorgt voor een effectieve pdca cyclus.	x			
6.2	De zorgaanbieder treft adequate maatregelen bij aanhoudende hitte.	x			

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

De onderstaande documenten zijn door de inspectie gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport. De inspectie heeft de documenten niet in totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

- overzicht aantal cliënten en soort ZZP's somatiek afdelingen;
- overzicht aantal en niveau zorgmedewerkers somatiek afdelingen;
- overzicht inzet invalkrachten mei 2016 tot heden afd. somatiek;
- een aantal MIC meldingen
- Analyse MIC meldingen Q2, juni 2016;
- in- en exclusiecriteria 'inhuizing cliënt' locatie Vreugdehof, augustus 2016;
- ingevulde checklist medicatieveiligheid d.d. 9 juni 2016;
- Vrijheidsbeperkende maatregelen op niet-Bopz afdelingen;
- Proces inzetten vrijheidsbeperkende maatregelen (cliënt valt onder de WGBO), versie augustus 2012;
- Vreugdehof: Ik zie jou. Goede zorg voor onze bewoners. Zo doen wij dat.

Bijlage 2 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten

Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)⁵.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Veldnormen:

- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, ActiZ, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN, 2012.
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking, CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ, 2008.
- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, januari 2015.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS, ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- RIVM Hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra, 2012.
- Richtlijn Probleemgedrag, Verenso, 2006.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005.

⁵ De Wkkgz, die per 1 januari 2016 in werking is getreden, vervangt de Wkcz per 1 januari 2017 of zoveel eerder als de zorgaanbieder zijn klachtenregeling aan de Wkkgz heeft aangepast.

Circulaires en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.