



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

Rapport
van het inspectiebezoek aan
Aafje thuiszorg huizen zorghotels,
locatie Hoppesteyn in Rotterdam
op 8 november 2016

Utrecht,
januari 2017

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 4
1.3	Methode 4
1.4	Toetsingskader 4
1.5	Beschrijving locatie 5
2	Conclusie en onderbouwing 6
2.1	Samenvatting van de scores per thema 6
2.1.1	Gebruik cliëntdossier onvoldoende om goede zorg te waarborgen 7
2.1.2	Betere leiding en sturing noodzakelijk voor zorgmedewerkers 7
2.1.3	Medicatieveiligheid 7
2.1.4	Werken volgens de PDCA-cylus schiet tekort 7
3	Handhaving 9
3.1	Inleiding 9
3.2	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed 9
3.3	Voornemen tot het geven van aanwijzing 10
3.4	Vervolgacties zorgaanbieder 10
3.4.1	Thema medicatieveiligheid 10
3.4.2	Overige thema's 11
3.5	Beoordeling van overige locaties 11
3.6	Vervolgactie van de inspectie 11
4	Bevindingen inspectiebezoek 12
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 12
4.1.1	Inleiding 12
4.1.2	Scores 13
4.2	Thema 2: cliëntdossier 15
4.2.1	Inleiding 15
4.2.2	Scores 16
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 19
4.3.1	Inleiding 19
4.3.2	Scores 20
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 23
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 23
4.5.1	Inleiding 23
4.5.2	Scores 24
4.6	Overige bevindingen 27
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 28
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 29
Bijlage 3	Rapportbrief thema medicatieveiligheid 31

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft op 8 november 2016 een onaangekondigd inspectiebezoek gebracht aan Aafje thuiszorg huizen zorghotels (hierna: Aafje), locatie Hoppesteyn (hierna: Hoppesteyn) in Rotterdam. In het eerste hoofdstuk van dit rapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het bezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en ten slotte 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 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.

Op 19 maart 2015 bezocht de inspectie locatie Aafje Slinge (hierna: Slinge) in Rotterdam. Na dit bezoek ontving de inspectie van Aafje een resultaatsverslag op 17 september 2015, waarin stond dat Slinge inmiddels aan de normen voldeed. Tijdens een hertoetsbezoek van de inspectie op 15 maart 2016 bleek dit echter niet het geval. Slinge voldeed niet aan een groot aantal normen binnen onder andere de thema's cliëntdossier en medicatieveiligheid.

Op 26 augustus 2016 vond opnieuw een inspectiebezoek aan Slinge plaats. De inspectie constateerde dat er veel verbeteringen waren doorgevoerd. De inspectie vroeg wel nog aandacht voor de analyse van de MIC-meldingen en het aantoonbaar methodisch werken in het cliëntdossier. Het toezichttraject werd afgesloten met de mededeling dat de inspectie verwachtte dat de zorgaanbieder controleert of ook de zorg die overige locaties of teams bieden, aan alle getoetste normen voldoen. En dat de zorgaanbieder zo nodig passende verbetermaatregelen treft.

Naar aanleiding van de bevindingen van het bezoek aan Slinge vond op 16 juni 2016 een bestuursgesprek plaats. De inspectie gaf aan dat zij de resultaten opnieuw zou toetsen op Slinge en/of een andere locatie en dat zij maatregelen overwoog indien er geen of onvoldoende verbetering zichtbaar was. Tevens vroeg de inspectie om een 'kwaliteitsfoto' van alle locaties van Aafje. De inspectie ontving op 30 september 2016 per locatie de stand van zaken op het gebied van de vijf inspectiethema's en de daarbij behorende normen en een plan van aanpak. Hieruit bleek dat er op een groot aantal locaties van Aafje, waaronder Hoppesteyn, veel normen onvoldoende scoorden. Dit heeft, in

combinatie met een aantal recente meldingen aan de inspectie over Hoppesteyn, geleid tot een inspectiebezoek aan deze locatie.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van het inspectiebezoek was te beoordelen in hoeverre de door Hoppesteyn geboden zorg voldeed aan de relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's bij cliënten beperken.

1.3 Methode

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 of de door Hoppesteyn geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- lid cliëntenraad;
- regiodirecteur;
- senior beleidsadviseur;
- programmamanager behandeling;
- manager diensten & welzijn, tevens waarnemend manager zorg & behandeling;
- teamcoach;
- specialist ouderengeneeskunde en psycholoog;
- uitvoerend medewerkers: verpleegkundigen en verzorgenden;
- cliëntdossiers/medicatieklapper;
- een rondgang door de locatie;
- documenten, genoemd in bijlage 1.

Met dit instrument toetste de inspectie de geboden zorg aan de hand van de volgende thema's:

- sturen op kwaliteit en veiligheid;
- cliëntdossier;
- deskundigheid en inzet personeel;
- medicatieveiligheid;
- vrijheidsbeperking.

Per thema heeft de inspectie een selectie gemaakt van normen waaraan zij de geboden zorg toetste op basis van één of meer beoordelingsaspecten. De beoordelingsaspecten omvatten niet altijd de hele reikwijdte van een norm. 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. Dit kan 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.

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 handhavingsnormen. Een overzicht van het normenkader is opgenomen in bijlage 2.

1.5 Beschrijving locatie

Hoppesteyn is een locatie van Aafje in Rotterdam. Het gebouw heeft dertien verdiepingen. Op elf verdiepingen, met elk tien appartementen, wonen cliënten met een Volledig Pakket Thuis (VPT). Het betreft cliënten met een indicatie ZZP 2 t/m ZZP 6 of VPT 1 t/m VPT 6.

Daarnaast heeft Hoppesteyn, sinds 2015, een gesloten verpleegafdeling voor cliënten met psychogeriatrische (pg) problematiek. Hier verblijven in totaal 19 cliënten met een ZZP 5. De inspectie heeft zowel de verpleegafdeling als een tweetal afdelingen met VPT-clients bezocht.

De verzorging van cliënten vindt plaats door helpenden (15,65 fte), leerlingverzorgenden IG (1,5 fte), verzorgenden IG (9,44 fte) en verpleegkundigen (2,64 fte). Daarnaast zijn er activiteitenbegeleiders en gastvrouwen.

De pg-afdeling maakt gebruik van een behandelteam dat is gevestigd op een andere locatie van Aafje. De verpleeghuisapotheek levert de medicatie voor deze cliënten.

Bij de VPT-clients werkt Hoppesteyn samen met in totaal tien huisartsen. De meeste cliënten vallen onder een huisartsenpraktijk met vier huisartsen. Medicatie wordt geleverd door verschillende buurtapotheken.

Het managementteam regio Noord van Aafje bestaat uit een directeur regio Noord, een manager diensten & welzijn en een manager zorg & behandeling. Zij zijn allen verantwoordelijk voor meerdere locaties, waaronder Hoppesteyn. De programmamanager zorg & behandeling is inhoudelijk verantwoordelijk voor de behandeldienst.

In totaal zijn er drie zelforganiserende teams werkzaam binnen Hoppesteyn die worden ondersteund door een teamcoach. De manager zorg & behandeling geeft leiding aan de teams.

Recent hebben drie kwaliteitadviseurs binnen Aafje een cyclus van audits opgezet. Binnen regio Noord is er een stuurgroep opgericht. Hierin participeren de managers en de kwaliteitsadviseurs. Daarnaast zijn recent binnen Hoppesteyn vier werkgroepen gestart:

- Kwaliteit en veiligheid;
- Cliëntdossier;
- Medicatieveiligheid;
- VPU (verpleegunit).

2 Conclusie en onderbouwing

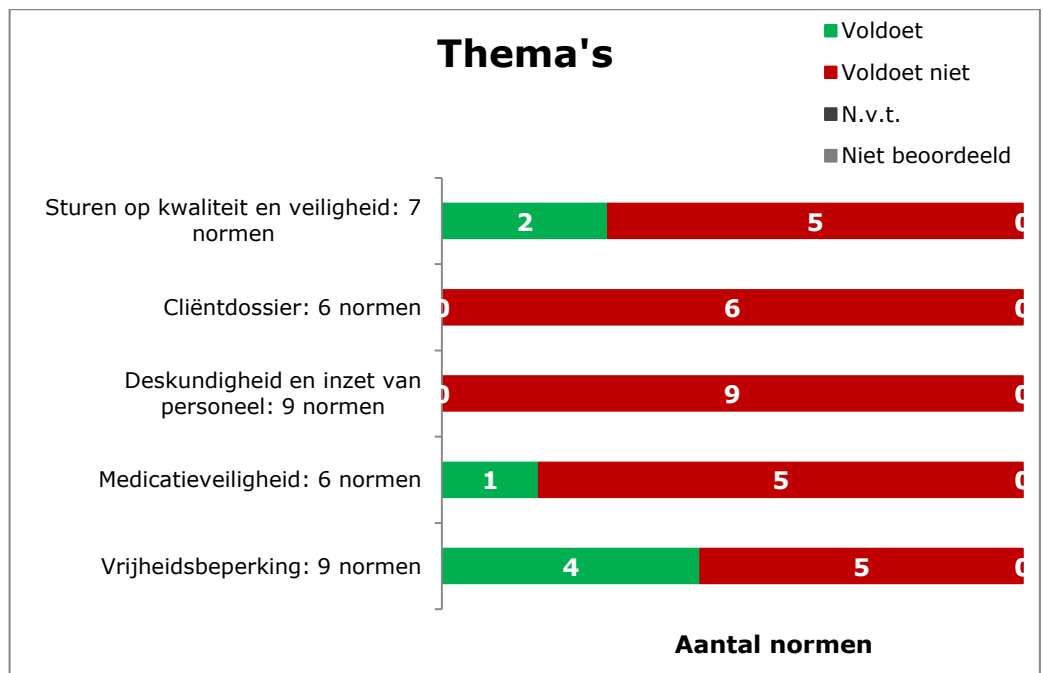
Dit hoofdstuk start met een samenvattend overzicht van de scores per thema. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. De inspectie onderbouwt haar conclusie daarna in één of meer beschouwende subparagrafen. Deze onderbouwing beschrijft de grote lijnen en de belangrijkste risico's. Een toelichting 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.

In alle thema's zit het onderwerp cliëntgerichtheid verweven. De inspectie besteedt expliciet aandacht aan dit onderwerp, omdat goede zorg staat of valt met de mate waarin de cliënt invloed heeft op de invulling van deze zorg. In kwaliteitskaders en wetgeving krijgt cliëntgerichtheid een steeds prominentere plaats.

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.

Scores bezoek 8 november 2016



Conclusie: geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor risicovol

De zorg die Hoppesteyn biedt, voldoet niet aan 30 beoordeelde normen, en een extra beoordeelde norm (norm 6.1). Het niet voldoen aan normen kan leiden tot onnodige risico's voor cliënten.

Dit acht de inspectie zorgelijk. Te meer omdat zij naar aanleiding van de inspectiebezoeken aan Slinge - op 15 maart 2016 en op 26 augustus 2016 - vroeg om de noodzakelijke verbetermaatregelen ook door te voeren binnen de andere locaties van Aafje. Op verzoek van de inspectie maakte Aafje in augustus 2016 een kwaliteitsfoto van onder andere Hoppesteyn, met daarin een plan van aanpak en verbetermaatregelen op alle vijf inspectiethema's. Tijdens het inspectiebezoek waren de ingezette verbetermaatregelen onvoldoende zichtbaar voor de inspectie. Aafje laat daarmee onvoldoende verbeterkracht zien op alle beoordeelde thema's. Naar het oordeel van de inspectie heeft de raad van bestuur onvoldoende gestuurd op de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening en is er sprake van een tekortschietende Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus.

Om de risico's te beperken, verwacht de inspectie dat de zorgaanbieder verbeteringen realiseert op de punten waar de geboden zorg niet aan de beoordeelde normen voldoet. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen en de vervolgcacties, om te komen tot randvoorwaarden die redelijkerwijze leiden tot goede zorg, benoemd.

- 2.1.1** *Gebruik cliëntdossier onvoldoende om goede zorg te waarborgen*
Uit de dossierinzage blijkt dat de zorgverlening binnen Hoppesteyn niet voldoet aan alle zes beoordeelde normen op het thema cliëntdossier. Het systematisch methodisch werken blijkt onvoldoende geborgd in de cliëntdossiers. De individuele wensen en behoeften van cliënten zijn onvoldoende zichtbaar in het dossier. Daarbij biedt het aankruisformulier Zorgleefplandoelen geen mogelijkheden om doelen af te stemmen op de individuele wensen en behoeften van de client. De vertaling vanuit de risicosignalering naar doelen en acties is een punt van verbetering. Onvoldoende aantoonbaar is dat evaluaties plaatsvinden. De betrokkenheid van de behandelaren is onvoldoende zichtbaar in de dossiers en moet worden verbeterd. Op dit moment is er sprake van een risico voor de cliëntveiligheid.
- 2.1.2** *Betere leiding en sturing noodzakelijk voor zorgmedewerkers*
Binnen Hoppesteyn is verbetering nodig in de aansturing en de randvoorwaarden om medewerkers methodisch te leren en te laten werken en de zorg kwalitatief te borgen. Medewerkers zijn onvoldoende deskundig en worden te weinig geschoold om op een adequate manier ondersteuning te bieden aan de cliënten van Hoppesteyn. Zij ervaren te weinig (vakinhoudelijke) ondersteuning van zowel hun (direct) leidinggevendens als van behandelaren. Voor medewerkers is niet duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. Zo is het voor medewerkers ook niet duidelijk in welke mate het team zelforganiserend kan en moet werken. Interne afspraken zijn daarbij niet altijd duidelijk voor zorgmedewerkers. Afspraken op het vlak van medicatieveiligheid, het gebruik van het cliëntdossier en het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen worden regelmatig niet nagekomen. Het management geeft daarbij onvoldoende ondersteuning en sturing en ziet onvoldoende toe op de naleving hiervan.
- 2.1.3** *Medicatieveiligheid*
De medicatieveiligheid is onvoldoende geborgd binnen Hoppesteyn. Ook uit de eigen analyse van Hoppesteyn blijkt dat medewerkers onvoldoende werken volgens de veilige principes van de medicatieketen.
- 2.1.4** *Werken volgens de PDCA-cylus schiet tekort*
Het denken en handelen vanuit de PDCA-cyclus schiet tekort. De uitvoering van de PDCA-cyclus is binnen alle onderzochte thema's niet effectief. Het is noodzakelijk dat Aafje een duidelijke PDCA-cyclus volgt en erop toeziet dat evaluaties plaatsvinden. Het incidentenmeldingen systeem is onvoldoende. Dit constateerde de inspectie ook

al bij het laatste bezoek aan locatie Slinge op 26 augustus 2016. Het systeem kent geen PDCA-cyclus en bevat onvolledige analyses en verbetermaatregelen worden op basis hiervan niet genomen.

De inspectie zag de resultaten in van in- en externe audits (in 2015 en 2016) bij Hoppesteyn en de plannen van aanpak die op basis hiervan werden gemaakt. De verbeteracties die al zouden zijn ingezet en de resultaten hiervan, waren tijdens de inspectiebezoeken niet zichtbaar in de dagelijkse praktijk.

3 Handhaving

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk begint met een overzicht van de normen waaraan de geboden zorg niet voldeed en waarvoor verbetermaatregelen noodzakelijk zijn. Daarna geeft de inspectie aan wat zij van de zorgaanbieder verwacht en beschrijft zij haar vervolgacties.

De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 4 voldoende handvatten biedt om de verbeteringen door te voeren die nodig zijn om te voldoen aan de normen in paragraaf 3.2.

3.2 Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed

- 1.1 De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.
- 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.
- 1.3 De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.
- 1.5 De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.
- 1.8 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.

- 2.1 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.
- 2.2 De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.
- 2.3 In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.
- 2.4 Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.
- 2.5 Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.
- 2.6 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.

- 3.1 Medewerkers werken cliëntgericht.
- 3.2 Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.
- 3.3 Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.
- 3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.
- 3.5 Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon-)omgeving verblijven.
- 3.6 Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.
- 3.7 De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.
- 3.8 Vakinhoudelijk specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.

- 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.
- 4.3 Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie, beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.
- 4.6 De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.
- 4.7 De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.
- 4.8 Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS-medicatie¹, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.
- 4.9 De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst
- 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.
- 5.3 Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.
- 5.4 In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).
- 5.8 Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.
- 5.9 De zorgaanbieder gebruikt informatie over vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.
- 6.1 De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering.

3.3 Voornemen tot het geven van aanwijzing

De inspectie heeft bij brief van maandag 30 januari 2017 aan Aafje, die gelijktijdig met dit vastgestelde rapport over de bezoeken aan Hoppesteyn verzonden wordt, aangegeven dat de inspectie het voornemen heeft om een aanwijzing te geven aan Aafje voor alle intramurale locaties van Aafje waar verpleeghuiszorg wordt geboden, al dan niet in combinatie met zorg aan cliënten met een volledig pakket thuis (VPT), op grond van artikel 27 van de Wkkgz.

Voor de inhoud van de aanwijzing en de onderbouwing ervan, wordt verwezen naar voormelde brief met het voornemen tot opleggen van een aanwijzing.

3.4 Vervolgacties zorgaanbieder

3.4.1 Thema medicatieveiligheid

Voor het thema medicatieveiligheid geldt een andere handhavinglijn. De inspectie heeft uiterlijk binnen twee weken na het bezoek een aparte rapportbrief met de bevindingen, conclusie en handhaving op het gebied van het thema medicatieveiligheid naar de raad van bestuur gestuurd. De rapportbrief is toegevoegd als bijlage bij dit rapport (bijlage 3). Inmiddels heeft op 12 januari 2017 een hertoetsbezoek bij Hoppesteyn plaatsgevonden op het thema medicatieveiligheid. Dit rapport is nog niet vastgesteld en dit traject wordt separaat afgehandeld.

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

3.4.2 *Overige thema's*

De onderstaande tekst is alleen van toepassing op de onvoldoende normen van de overige vier thema's ('sturen op kwaliteit en veiligheid', 'cliëntdossier', 'deskundigheid en inzet personeel' en 'vrijheidsbeperking').

De inspectie verwacht dat Hoppesteyn de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt om binnen vier maanden te voldoen aan de normen. Hoppesteyn informeert de inspectie over de stand van zaken in de vorm van een resultaatverslag. De inspectie ontvangt dit verslag op uiterlijk **13 juni 2017**. Dit resultaatverslag vermeldt over de punten waarbij de zorg niet aan de normen voldeed:

- of de zorgaanbieder binnen de gestelde termijn volledig voldeed aan de norm;
- welke aanpak en acties de zorgaanbieder heeft ingezet om volledig aan de norm te voldoen;
- hoe de zorgaanbieder heeft gemeten dat hij volledig aan de norm voldeed;
- als de zorgaanbieder per de datum van het resultaatverslag nog niet volledig aan de norm voldeed: welk niveau van verbetering – in kwalitatieve en kwantitatieve zin – de zorgaanbieder per de datum van het resultaatverslag feitelijk had bereikt.

3.5 **Beoordeling van overige locaties**

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder controleert of ook de bij overige locaties of teams geboden zorg aan alle getoetste normen voldoet en dat hij ook hier zo nodig passende maatregelen treft.

3.6 **Vervolgactie van de inspectie**

Gezien de ernst van de situatie zal de inspectie door middel van onaangekondigde bezoeken of een bestuursgesprek volgen of de verbeteringen voldoende zichtbaar zijn binnen Hoppesteyn en of aan de normen voldaan wordt.

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 Hoppesteyn nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. De score 'niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Hoppesteyn 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.

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 PDCA-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 bevindingen 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 ² .	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.		x		
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			

2 Voor de klachtenprocedure zoals beschreven in de Wkkgz geldt een overgangsregeling tot 1 januari 2017. In de overgangperiode 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
1.5	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/hebben 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

- 1.1 In december 2014 vond binnen Hoppesteyn een cliënttevredenheid-onderzoek plaats. Voor de inspectie was niet aantoonbaar welke verbetermaatregelen Hoppesteyn nam op basis van de resultaten van dit onderzoek.
- 1.2a) Medewerkers gaven aan dat ze fouten veilig konden melden. De MIC-meldingen waren geen onderdeel van het teamoverleg. Medewerkers merkten op dat ze weinig over de meldingen terughornden.
- 1.2b) Aafje heeft een MIC-commissie. De inspectie bekeek de overzichten MIC Q1 en Q2 2016. Hierin stonden het aantal en het type meldingen en gevolgen en maatregelen. Van de meeste meldingen waren de gevolgen en de maatregelen niet bekend. Er was geen sprake van systematische analyse. De inspectie zag ook geen oorzaakanalyse van individuele meldingen.
- 1.2c) Het management van Hoppesteyn nam geen aantoonbare verbetermaatregelen naar aanleiding van de (analyse van de) MIC-meldingen.
- 1.3b) Hoppesteyn had een klachtenregeling. De inspectie zag een overzicht van klachten die de ombudsvrouwen in behandeling hadden of hadden afgehandeld. Niet aantoonbaar was dat verbetermaatregelen op basis van deze klachten waren genomen.

- 1.4 De (tijdelijke) voorzitter van de cliëntenraad van Hoppesteyn was leden aan het werven voor een nieuwe cliëntenraad. De voorzitter van de cliëntenraad vertelde dat de raad over voldoende informatie beschikte. Aafje betrok de cliëntenraad en de centrale cliëntenraad bij de ontwikkelingen binnen Aafje. Het bestuur luisterde naar de inbreng van de cliëntenraden, aldus de gesprekspartner.
- 1.5a) Aafje had geen in- en exclusiecriteria beschreven voor de locatie Hoppesteyn.
- 1.8a) De wensen en behoeften van de cliënten waren niet in beeld gebracht. Medewerkers gaven aan dat er te weinig tijd was om activiteiten met bewoners te doen. Wel was er sinds kort een nieuwe activiteitenbegeleidster op Hoppesteyn aangesteld.

4.2 Thema 2: cliëntdossier³

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.

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

³ Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorgplan is een onderdeel van het cliëntdossier.

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.⁴		x		
a)	Voor 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/zijn 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/hebben 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-/ondersteuningsdoelen³.Fout! Bladwijzer niet edefinieerd.		x		
a)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.		x		
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-/ondersteuningsdoelen.		x		
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor		x		

4 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
	de dagelijkse omgang met de cliënten.				
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		
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.		x		
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn 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		

Toelichting

Hoppesteijn was recent overgegaan naar een nieuw papieren dossier. Meerdere verzorgenden gaven aan dat het zorgleefplan in het oude dossier duidelijker was. De verzorgenden op de pg-afdeling maakten naast het cliëntdossier gebruik van een drietal mappen met daarin de belangrijkste ADL-zorg per cliënt: 'dagindeling', 'middagroute/avonddienst', 'nachtdienst'. Volgens de verzorgenden waren deze mappen vooral voor de flexwerkers op de afdeling.

- 2.1b) De levensgeschiedenis van cliënten stond summier of niet beschreven in de cliëntdossiers die de inspectie inzag. Medewerkers gaven aan dat dit in het oude dossier wel uitgebreider stond beschreven.
- 2.2a) Het dossier bevatte een aantal overzichten, die samen het zorgleefplan vormden: zorgplaninventarisatie (probleem), zorgplandoelen en een uitvoeringsplan (acties). Er was geen duidelijke relatie tussen de drie documenten. Het overzicht 'zorgplandoelen' bevatte een aantal keuzemogelijkheden, dat door de verzorgende werd aangekruist. Het formulier bood geen mogelijkheid om een op de cliënt toegesneden doel te formuleren of dit toe te spitsen op individuele wensen of behoeften.
- 2.2b) De betrokkenheid van de verschillende disciplines was in een aantal dossiers niet zichtbaar. In de dossiers zag de inspectie geen relatie tussen behandelplannen van psycholoog of specialist ouderen geneeskunde en de aangekruiste doelen.
- 2.3a) De inspectie zag in een aantal dossiers op de pg-afdeling dat de psycholoog niet was betrokken. Zo was een cliënt volgens het dossier heel onrustig en had deze 'zo nodig'-medicatie. Hierover stond niets vermeld in het dossier. De psycholoog was niet aantoonbaar betrokken bij deze cliënt. Het dossier bevatte ook geen omgangsadvies van de psycholoog.
- 2.3b) De betrokkenheid van de behandelaren bij het opstellen en evalueren van de zorgdoelen was onvoldoende zichtbaar in het cliëntdossier.
- 2.3c) Vakinhoudelijke specialisten hadden hun opdrachten aan medewerkers niet voldoende toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten. Zo stond in een verslag van de diëtiste een voorgedrukte regel: herstel voedingstoestand. Voor de verzorgende was onduidelijk wat ze moest doen. Ook stond er bij een andere cliënt 'monitoring eten'. Ook hierbij was onduidelijk wat de verzorgende op welke momenten moest monitoren.
- 2.4a) Verzorgenden brachten cliëntgebonden risico's niet consequent voor elk multidisciplinair overleg (MDO) in kaart. De inspectie zag in een dossier dat de risico-inventarisatie niet was ingevuld voor een MDO dat in september plaatsvond.
- 2.4b) De uitkomsten van de risico-inventarisatie vertaalden medewerkers niet altijd naar de zorgdoelen. Zo zag de inspectie dat een geconstateerd verhoogd risico op vallen niet terugkwam in de doelen of acties van deze cliënt.
- 2.5a) De problemen, doelen en acties hadden geen logische samenhang. Medewerkers gaven aan dat dit door het nieuwe cliëntdossier kwam. Zij lieten de inspectie een voorbeeld van het oude dossier zien waar deze samenhang wel aanwezig was.
- 2.5b) Verzorgenden rapporteerden in beperkte mate op doelen. Soms werd er in het geheel niet op doelen gerapporteerd. Rapportage vond niet dagelijks plaats. Behandelaren gaven aan dat rapporteren ingewikkeld was voor de medewerkers. Er werd volgens hen onvoldoende op gedrag gerapporteerd.
- 2.5c) Evaluatie van de geboden zorg was niet aantoonbaar. De inspectie zag in een behandelplan van de arts op 9 september 2016 de opmerking: rapporteren en na vier weken evalueren. Hierover was in de rapportages

niets terug te vinden, ook niet in de acties. Een evaluatie na vier weken had niet plaatsgevonden.

- 2.6b) Er vonden monodisciplinaire en multidisciplinaire overleggen plaats. Voor de inspectie was niet duidelijk wat het verschil was tussen beide overleggen, omdat telkens dezelfde medewerkers aanwezig waren. Bij beide overleggen was geen betrokkenheid van een psycholoog. De psycholoog gaf aan dat zij, volgens procedure, door de eerstverantwoordelijke verzorgende (EVV-er) uitgenodigd moest worden.
- 2.6c) Evaluatie van zorgdoelen en –acties tijdens de MDO's was niet aantoonbaar. De MDO-verslagen omvatten summiere informatie. Niet duidelijk was of op basis van deze informatie de doelen en acties werden aangepast.

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 daar om 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			
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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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		
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 de vakinhoudelijke specialisten gemakkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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		

Toelichting

- 3.1a) De medewerkers met wie de inspectie sprak, maakten een betrokken indruk. Medewerkers konden onvoldoende aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunden in het uiten van behoeften en wensen. Zij gaven ook aan hiervoor weinig tijd te hebben.
- 3.2b) Medewerkers gaven aan dat de wijze waarop zij cliënten bejegenen geen onderwerp was tijdens werkoverleggen.
- 3.3a) Medewerkers en vooral flexwerkers waren onvoldoende bekend met de zorg- en ondersteunings-behoeften van de cliënten. De dossiers bevatten weinig informatie op dit vlak. De informatie in de drietal mappen voor de ADL-zorg (specifiek voor flexwerkers) was per cliënt op geheel verschillende wijze weergegeven en niet voorzien van een datum. Onduidelijk was of deze up to date was en of deze overeenkwam met de informatie in de cliëntdossiers.
- 3.3b) De medewerkers met wie de inspectie sprak, achtten zich in staat goede zorg te verlenen aan cliënten. Wel gaf men aan graag meer geschoold te worden in omgaan met ouderen met dementie.
- 3.3c) Twee keer per week was er ondersteuning vanuit de teamcoach. Ook liep de samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde op de verpleegafdeling goed, aldus de medewerkers. Men kon de psycholoog via de specialist ouderengeneeskunde raadplegen. Wel wilden medewerkers meer ondersteuning bij het omgaan van cliënten met onbegrepen gedrag.
- 3.4 Gesprekspartners gaven aan dat actuele protocollen en werkinstructies beschikbaar waren voor de medewerkers. Werkinstructies bijvoorbeeld met betrekking tot medicatieveiligheid volgden medewerkers niet altijd op. Een protocol voor het toepassen van het plukpak was bij de medewerkers niet bekend.
- 3.5 Medewerkers zorgden er onvoldoende voor dat cliënten in een veilige omgeving verbleven. Zo zag de inspectie een koffiezetapparaat met een pot hete koffie er op. Een cliënt had een plukpak met gaten er in en een te wijde boord, waardoor verstikkingsgevaar kon ontstaan. Ook was een kraan in een huiskamer niet begrensd.
Daarnaast zag de inspectie een bedhek zonder bedhekbeschermers. De medewerker gaf aan dat er geen risico-analyse was gemaakt. Ook de specialist ouderengeneeskunde had hier niet naar gekeken.
- 3.6c) Medewerkers ontvingen in beperkte mate scholing op het gebied van omgaan met onbegrepen gedrag, aldus de medewerkers. Recent was er een lunchcursus geweest van drie uur waarin de vormen van dementie werden besproken en de omgang van cliënten met dementie. De gesprekspartners

- hadden een BIG-toets gedaan en scholing gehad op het gebied van brandpreventie hygiëne en de Wet Bopz.
- 3.7a) De zorgaanbieder had een overzicht waarin de bevoegd- en bekwaamheid van de medewerkers stond geregistreerd. In hoeverre Hoppesteyn zicht had op de bevoegd- en bekwaamheid van flexmedewerkers heeft de inspectie niet kunnen beoordelen.
 - 3.7b) Hoppesteyn zette veel flexmedewerkers in. Op het dienstenrooster zag de inspectie op sommige dagen dat de inzet van flexmedewerkers hoger was dan van vaste medewerkers. Behandelaren maakten zich zorgen over het niveau van de medewerkers. Zij gaven aan dat scholing noodzakelijk was onder andere op het gebied van observeren en rapporteren en omgaan met cliënten met onbegrepen gedrag.
 - 3.7c) De informatie in de mappen om flexmedewerkers te voorzien van informatie voordat zij cliënten verzorgden, die de inspectie inzag, was summier. Het waren korte niet gestructureerde overzichten met alleen ADL-aanwijzingen.
 - 3.8a) Behandelaren waren volgens henzelf voldoende uren beschikbaar. Medewerkers deden, indien zij het nodig achtten, een beroep op de behandelaren. Behandelaren waren dan beschikbaar voor de verzorgenden. De inschakeling van behandelaren gebeurde onvoldoende. De inzet van de psycholoog ontbrak bij diverse cliënten bij wie dit wel nodig was, omdat ze bijvoorbeeld onrustig of agressief waren. Verzorgenden schakelden de de psycholoog niet in.
 - 3.9a) Aafje had het verzuim, het personeelsverloop en de inzet van flexmedewerkers in beeld.
 - 3.9b) Voor de inspectie was niet duidelijk welke acties het management van Hoppesteyn had genomen om de inzet van flexkrachten terug te dringen. Wel zette Hoppesteyn een extra dienst in, ter ondersteuning van alle afdelingen in het geval van ziekte.

4.4 Thema 4: medicatieveiligheid

De inleiding, scores op de normen en beoordelingsaspecten en een toelichting op de scores behorend bij het thema medicatieveiligheid zijn in een aparte rapportbrief bijgevoegd (bijlage 3). Dit heeft ermee te maken dat de inspectie van de zorgaanbieder verwacht dat deze directe verbetermaatregelen neemt binnen vier weken na het bezoek als één of meer van de medicatienormen niet voldoet/voldoen. De bevindingen in de rapportbrief worden meegenomen in de conclusie en handhaving van het totale bezoek.

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 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			
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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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 (MDO) over de besluitvorming over de inzet van (een) vrijheidsbeperkende maatregel(en) 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			
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.		x		
a)	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe, volgens het protocol en afgestemd op de cliënt.		x		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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 van de 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

- 5.2 In een dossier van een cliënt bij wie als vrijheidsbeperkende maatregel onder andere een ballendecken werd toegepast, zag de inspectie een formulier 'uitwerking cirkel van besluitvorming M&M'. Dit formulier bood geen ruimte om alternatieven te bekijken voor de inzet van middelen en maatregelen. Ook in de rest van het dossier was niet zichtbaar of er een gedragsanalyse had plaatsgevonden van de betreffende cliënt of dat er gekeken was naar alternatieven voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- 5.3a) Een cliënt kreeg zo nodig Haldol bij boosheid. De psycholoog was niet betrokken bij deze cliënt. Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vond geen psychosociale- of gedragsinterventie plaats.
- 5.4a) De psycholoog was bij een aantal cliënten niet betrokken bij het MDO over de besluitvorming over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. De psycholoog gaf aan niet standaard bij cliëntbesprekingen aanwezig te zijn. Dat was uitsluitend op het initiatief van de EVV-er. De specialist ouderengeneeskunde schakelde de psycholoog in als verzorgenden niet meer wisten hoe te handelen bij een client.
- 5.8a) Medewerkers pasten vrijheidsbeperkende maatregelen niet altijd zorgvuldig toe. Dit gold voor het gebruik van een plukpak en bedhekken (zie ook 3.5)
- 5.9b) De inspectie constateerde dat er binnen Hoppesteyn veel cliënten waren met meerdere vrijheidsbeperkende maatregelen. De specialist ouderengeneeskunde gaf aan dat er bij Aafje geen structuur was om cliënten met meerdere middelen en maatregelen te bespreken en dat dit ook niet gebeurde. Aafje gebruikte de informatie met betrekking tot toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen niet aantoonbaar binnen Hoppesteyn voor kwaliteitsverbetering.

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.		X		

Toelichting

- 6.1 Kwaliteitsinformatie was beschikbaar voor Hoppesteyn. De inspectie bekeek de rapportage 'proefaudit PREZO, Aafje Hoppesteyn (10 juni 2015)'. Hierin werd zichtbaar welke verbeteringen doorgevoerd moesten worden om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Een plan van aanpak naar aanleiding van deze audit was niet beschikbaar voor de inspectie. Naar aanleiding van de inspectiebezoeken aan locatie Aafje Slinge deed Aafje in augustus 2016 een interne audit bij Hoppesteyn en maakte een plan van aanpak. Hierin stond per norm aangegeven welke acties er, met welk tijdsplan, uitgevoerd moesten worden. Tijdens het inspectiebezoek was niet zichtbaar welke verbetermaatregelen Hoppesteyn nam en met welk resultaat. Dit gold voor alle thema's die de inspectie onderzocht.
- In het plan van aanpak stond bijvoorbeeld een aantal verbetermaatregelen voor het cliëntdossier genoemd, met, bij het kopje tijdsplan, de vermelding 'november 2016'.
- Het plan was onvoldoende concreet uitgewerkt in concrete acties en de beoogde resultaten. Wie verantwoordelijk was voor welk onderdeel stond niet aangegeven.
- Voor de medewerkers met wie de inspectie sprak was niet duidelijk welke verbetermaatregelen op welk moment gerealiseerd moesten zijn en wat van hen werd verwacht.

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

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

- Overzicht Cliëntkamerbezetting (11 oktober 2016);
- Overzicht personeelsbestand (8 november 2016);
- Overzicht uitstroom (1 januari 2016 t/m 8 november 2016);
- Verzuimoverzicht (januari 2016 t/m november 2016);
- Inhoud Luik 1: Flex, inzet intramuraal;
- Implementatieplan VOG (1 februari 2016);
- Jaarverslag meldingen incidenten klanten 2015;
- Overzichten MIC Q1 en Q2 2016;
- Overzicht klachten ombudsvrouwen 2015 locatie Hoppesteyn;
- Overzicht 1^e t/m 3^e kwartaal 2016 klachten ombudsvrouwen locatie Hoppesteyn;
- Rapporten ervaringen met zorg van bewoners en vertegenwoordigers van bewoners in een verpleeghuis- of verzorgingshuis Aafje, Hoppesteyn (december 2014);
- Beleidsnota Wet Bopz, deel 1: algemeen en deel 2: visie, randvoorwaarden, toepassing;
- Rapportage proefaudit PREZO, Aafje Hoppesteyn (10 juni 2015).

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 Nederland, 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.

Circulaires en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuruomslag 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.

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.

- 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.

Bijlage 3 Rapportbrief thema medicatieveiligheid

Stichting Aafje Thuiszorg Huizen Zorghotels
Raad van bestuur
Postbus 8604
3009 AP ROTTERDAM

Datum 15 november 2016
Onderwerp directe maatregelen naar aanleiding van inspectiebezoek
8 november 2016 aan Aafje Hoppesteyn

Geachte raad van bestuur,

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft op 8 november 2016 een onaangekondigd bezoek gebracht aan stichting Aafje Hoppesteyn (hierna: Hoppesteyn). De inspectie toetste de geboden zorg onder andere op het thema medicatieveiligheid.

Aanleiding en belang

De taak van de IGZ 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 IGZ 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 IGZ 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.

Doelstelling

De doelstelling van het inspectiebezoek was om, onder andere op het thema medicatieveiligheid, te beoordelen in hoeverre de door Hoppesteyn geboden zorg voldeed aan de relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's bij cliënten beperken.

Methode

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 of de door Hoppesteijn geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden.

De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- Regiodirecteur;
- Senior kwaliteitsmedewerker;
- Programmamanager behandeling;
- Manager diensten & welzijn, tevens waarnemend manager zorg & behandeling;
- Teamcoach;
- Specialist ouderengeneeskunde en psycholoog;
- Uitvoerend medewerkers: verpleegkundigen en verzorgenden;
- Cliëntdossiers/medicatieklapper;
- Een rondgang door de locatie;
- Overzicht medicatievoorraad;
- Protocol medicatie/farmaceutische zorg.

De IGZ heeft een selectie gemaakt van zes normen van het thema medicatieveiligheid waaraan zij de geboden zorg toetste op basis van één of meer beoordelingsaspecten. De beoordelingsaspecten omvatten niet altijd de hele reikwijdte van een norm. 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. Dit kan 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.

Toetsingskader

De normen en beoordelingsaspecten die de IGZ 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 IGZ indien nodig eigen handhavingnormen. Een overzicht van het normenkader is opgenomen in bijlage 1. De nummering van de normen is niet opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen.

Beschrijving locatie

Hoppesteijn is een locatie van stichting Aafje Thuiszorg Huizen Zorghotels in Rotterdam. Het gebouw heeft dertien verdiepingen. Een gedeelte van elf verdiepingen met elk tien appartementen voor cliënten met een Volledig Pakket Thuis (VPT), en een gedeelte, sinds 2015, voor een gesloten verpleegafdeling voor cliënten met psychogeriatrische (pg) problematiek. Hier verblijven in totaal 18 cliënten.

De inspectie heeft zowel de verpleegafdeling als twee afdelingen van het woonzorgcomplex bezocht.

De verdere beschrijving van deze locatie en de organisatie vindt u terug in het inspectierapport van het bezoek van 8 november 2016, dat nog volgt.

Bevindingen inspectiebezoek: medicatieveiligheid

Inleiding

Het uitgangspunt is dat een cliënt die medicatie gebruikt, zelf zijn medicatie beheert. Wanneer dat niet of niet meer helemaal lukt, neemt de zorgaanbieder het medicatiebeheer deels of helemaal van de cliënt over. De cliënt heeft hierbij naar vermogen een eigen rol en verantwoordelijkheid.

Het thema medicatieveiligheid richt zich op de (gedeeltelijke) overdracht van het medicatiebeheer door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger aan de zorgaanbieder. Er is een keten van cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger, arts, apotheker, zorgaanbieder en zorgmedewerker. Voor een veilig medicatieproces is het van belang dat de activiteiten en verantwoordelijkheden van al deze schakels in de keten naadloos op elkaar aansluiten. Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft een adequaat medicatieveiligheidsbeleid dat ieders rol, verantwoordelijkheid en de samenwerking tussen de genoemde schakels beschrijft. De zorgaanbieder borgt dat die samenwerking plaatsvindt op een manier die de medicatieveiligheid ten goede komt.

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		
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-medicatie⁶ 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			

6 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
4.6	De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren 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		
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		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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		

Toelichting

- 4.3.a In Hoppesteyn waren verschillende typen toedienlijsten aanwezig. In de zorgappartementen waren andere lijsten in gebruik dan op de verpleegafdeling. Gesprekspartners vertelden dat dit kwam omdat verschillende apotheken medicatie leverden. Op een aantal lijsten was geen melding gemaakt van allergieën of contra-indicaties. De lijsten lieten witte vakjes zien voor aftekening en grijs gearceerd wanneer geen toediening aan de orde was. Op een aantal lijsten was de toedientijd voor alle toedienmomenten grijs gearceerd. Op verschillende grijs gearceerde toedientijden was wel afgetekend en ging het volgens medewerkers om medicatie die ook moest worden toegediend
- 4.3.b Medewerkers pasten in een aantal gevallen de toedienlijsten aan. Zij schreven informatie op de lijst zoals: gestopt p/o arts, of zij schreven toegediende extra insuline op de lijst. Ook zag de inspectie op een toedienlijst, bij alle toedienmomenten in die week, de handgeschreven boodschap dat de helft van de medicatie toegediend moest worden. Het was niet duidelijk of dit in opdracht van een arts was. Deze lijst werd niet tussentijds geactualiseerd. Op een toedienlijst stond bij een medicijn: stoppen op 13 oktober 2016. Dit was handmatig veranderd in 14 oktober 2016. Op 14 oktober was het medicijn wel toegediend en afgetekend zonder dat er een toedienmoment op de toedienlijst stond.
- 4.6 De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast waren afgesloten, de bus met retourmedicatie was vol tot bijna aan de rand, de opening was zo groot dat gemakkelijk medicatie uit de ton kon worden gehaald.
- 4.7.a De inspectie bekeek op de verschillende bezochte afdelingen de morfinekluisen, koelkasten en de kast met de werkvoorraad. Controles op de werkvoorraad en morfinevoorraad waren niet aantoonbaar. Medewerkers vertelden dat zij allemaal verantwoordelijk waren. De voorraad morfine kwam niet overeen met de lijst. In het kastje hingen twee lijsten, een oude en een nieuwe lijst. Het was onduidelijk welke lijst actueel was. De aantallen van een doos morfine kwamen niet overeen met hetgeen op de lijsten stond. In een andere morfinekluis stond een morfinepreparaat dat 7 november 2016 retour had gemoeten. Op het retourformulier stonden 7 stuks vermeld. In het retourzakje zaten 8 stuks. Op de voorraadlijst stonden 5 stuks Fentanylpleister 12 mg. Er waren 3 stuks in voorraad.

- Enkele dozen BuTrans hadden retour moeten, omdat deze van een overleden cliënt waren. Hiervan was geen registratie.
- In een andere morfinekluis lag een morfinepreparaat met een verstreken houdbaarheidsdatum.
- Van een aantal morfinepreparaten met naam en sticker was niets terug te vinden op de registratielijst.
- Op een tweetal dozen met morfinepreparaten stond een andere naam vermeld dan op de registratielijst. Medewerkers legden uit dat de apotheek de medicatie niet op de volledige naam uitschreef. De medewerkers wisten in zo'n geval wie de betreffende cliënt was.
- De registratie van insulinepennen kwam niet overeen met de voorraadlijst
- 4.7b Er was een voorraadkast met een medicatievoorraad niet-op-naam. Daarnaast was er een dokterstas aanwezig met een voorraad niet-op-naam. De totale voorraad was vele malen groter dan een dokterstas
- 4.8.b De tweede controle voerden medewerkers niet goed uit. Op meerdere toedienlijsten ontbraken parafen voor dubbele controle bij bloedverdunners, of was daarvoor in het geheel niet geparafeerd. Ook ontbraken de tweede parafen op de toedienlijst van insuline.
- 4.8.c Een aantal insulinepennen was niet op naam geëtiketteerd, maar op de doos.
- 4.9 Op verschillende toedienlijsten van verschillende afdelingen ontbraken parafen voor toediening van medicatie.

Conclusie: geboden zorg voldoet niet aan alle normen en is daardoor risicovol

De zorg die Hoppesteyn biedt, voldoet niet aan vijf normen en leidt op die punten tot risico's voor cliënten. Om deze risico's te beperken verwacht de inspectie dat de zorgaanbieder verbeteringen realiseert op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldoet.

Handhaving

Direct te nemen maatregelen

De inspectie is van mening dat u als zorgaanbieder artikel 2, 3 en 7 van de Wkkgz niet of onvoldoende naleeft.

De inspectie verwacht dat u direct maatregelen neemt, zodat Hoppesteyn binnen vier weken na bezoekdatum aan de normen voldoet.

Het gaat om de volgende normen:

- 4.3 Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.
- 4.6 De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.
- 4.7 De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.
- 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.
- 4.9 De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.

Zorginstellingen worden geacht volgens de wet- en regelgeving en de laatste veldnormen te werken. Niet voldoen aan bovengenoemde normen betekent dat de cliënten van de Hoppesteyn een verhoogd risico lopen op gezondheidsschade. De inspectie verwacht dat u maatregelen neemt en binnen vier weken na datum bezoek actief nagaat of de bezochte locatie aan de norm voldoet.

De inspectie verwacht dat u de inspectie informeert door middel van een resultaatverslag. In dit verslag beschrijft u minimaal:

- De aanpak en de acties waarmee u heeft bereikt dat de bezochte locatie aan de norm voldoet.
- De manier waarop u hebt gemeten dat aan de norm wordt voldaan.

Dit resultaatverslag stuurt u uiterlijk 13 december 2016 per e-mail naar ri.utrecht@igz.nl, **onder vermelding van het kenmerk van deze brief.**

De inspectie verwacht dat u controleert of bij de overige locaties of teams medicatieveiligheid aan de bovengenoemde normen voldoet. En dat u zonodig passende maatregelen treft.

Na ontvangst van het resultaatverslag zal de inspectie het verslag beoordelen en bepalen of een vervolgbezoek noodzakelijk is en als blijkt dat nog niet voldaan wordt aan de normen, overgegaan moet worden tot handhavende maatregelen.

De inspectie gaat ervan uit dat de conceptrapportbrief geen feitelijke onjuistheden bevat. Mocht dit wel het geval zijn, dan wordt u verzocht dit 22 november 2016 per e-mail te laten weten. De door u aangegeven feitelijke onjuistheden worden gewogen met de bevindingen tijdens het bezoek en eventueel gewijzigd voordat de rapportbrief wordt vastgesteld. Indien de inspectie geen reactie van u ontvangt, wordt de rapportbrief vastgesteld.

De vastgestelde rapportbrief wordt in pdf-vorm alleen per e-mail toegezonden. Deze rapportbrief zal als bijlage toegevoegd worden bij het inspectierapport van het bezoek op 8 november 2016.

Hoogachtend,

N.N.
senior inspecteur

Bijlage: Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten

Wetgeving:

- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.

Veldnormen:

- 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.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Landelijke instructie Voor Toediening Gereedmaken (VTGM) van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen.
- 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.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013

Circulaires en rapporten:

- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.