



> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

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

Raad van Bestuur	
Par.	<i>[Handwritten signature]</i>
27 FEB 2017	<i>db7</i>
CC:	
Scan:	<i>Rob, RR, RB, Sk, MdG</i>
Archief:	<i>I</i>

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
ri.utrecht@igz.nl
S.W.J. Hopman

Datum 21 februari 2017

Onderwerp vastgesteld rapport inspectiebezoek

eigenaar: Rita Braam

Ons kenmerk
2017-
1378182/V1010437/RV/bvp

Bijlage
vastgesteld rapport

Geachte raad van bestuur,

Op 30 november 2016 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een inspectiebezoek gebracht aan locatie Gloxinia in Aalsmeer. Het bezoek is gebracht door mevrouw drs. M.W.M.H. Vos-Ceelen, coördinerend/specialistisch inspecteur en ondergetekende.

Naar aanleiding van dit bezoek heeft de inspectie u op 2 januari 2017 met kenmerk 2017-1365082/V1010437/RV/bvp een conceptrapport toegestuurd. De inspectie heeft u hierbij verzocht vóór 30 januari 2017 te reageren indien u feitelijke onjuistheden in het conceptrapport heeft aangetroffen.

Op 27 januari 2017 heeft de inspectie uw reactie op het conceptrapport in goede orde ontvangen. Hieronder volgt de reactie van de inspectie.

Uw reactie heeft geleid tot aanpassingen in het inspectierapport.

- Pagina 5, punt 3; naar aanleiding van uw reactie heb ik de 'transitie van verzorgingshuis naar verpleeghuiszorg' vervangen door 'de toename van de complexiteit van de zorgvraag van cliënten binnen kleinschalig wonen'.
- Pagina 12 en 14, norm 1.2; in uw reactie geeft u aan dat het beoordelingsaspect 1.2a alleen het veilig (kunnen) melden door medewerkers betreft. Ik neem uw opmerking over en heb dit beoordelingsaspect nu als voldoende beoordeeld. De beoordeling van de norm 1.2 blijft onvoldoende.
- Pagina 14, norm 1.5; in uw reactie geeft u aan dat Gloxinia over in- en exclusiecriteria beschikt en u stuurde deze met uw reactie mee. De inspectie beoordeelt daardoor deze norm als voldoende. De bevindingen op pagina 14 zijn verwijderd in het vastgestelde rapport.
- Pagina 14, norm 1.8; in uw reactie geeft u aan dat u bij kleinschalig wonen uitgaat van het ondersteunen van activiteiten in de 'dagelijkse gewone gang van zaken'. Uw reactie heeft niet geleid tot een bijstelling van de bevindingen onder beoordelingsaspect 1.8a. Naar het oordeel van de inspectie sloot de uitvoering van activiteiten onvoldoende aan bij eventuele persoonlijke voorkeuren van cliënten en hadden medewerkers hiertoe onvoldoende tijd.



- Pagina 18, beoordelingsaspect 2.2a;
 - o Ik heb uw aanmerkingen met betrekking tot het gebruik van de werkwijze en termen (actievlakken en acties) verwerkt in het vastgestelde rapport.
 - o Wat betreft uw opmerkingen met betrekking tot de medische voorgeschiedenis en de ADL-kaart; de bevinding bij beoordelingsaspect 2.2a geeft meerdere voorbeelden waaruit bleek dat het voor medewerkers onvoldoende mogelijk was passende actievlakken en acties (doelen) te bepalen. De medische en/of diagnostische informatie was voor hen niet beschikbaar. Daarnaast bevatten de ADL-lijsten summierere en/of niet actuele informatie.
 - o Naar aanleiding van uw opmerkingen met betrekking tot deze punten is de beoordeling van dit beoordelingsaspect ongewijzigd gebleven.
- Pagina 18, beoordelingsaspect 2.2b;
 - o zie vorige reactie wat betreft de gebruikte terminologie.
 - o u geeft verder in uw reactie aan dat de behandelaren zelf een behandelplan maken welke voor medewerkers te raadplegen is. Deze reactie heb ik toegevoegd aan de bevinding bij het vastgestelde rapport. De bevinding van de inspectie en de beoordeling van dit beoordelingsaspect blijft ongewijzigd; medewerkers beschreven onvoldoende (aantoonbaar) actievlakken/acties op basis van diagnostiek van relevante disciplines.
- Pagina 18, beoordelingsaspect 2.4a;
 - o ik heb uw reactie als volgt toegevoegd aan de bevinding van dit beoordelingsaspect; *'In de reactie van de bestuurder op het conceptrapport, gaf de bestuurder aan dat de risico-inventarisatie was opgenomen in de 'aanleiding'. Het is daarmee een integraal onderdeel van het systeem om de behoefte van de cliënt in kaart te brengen'*.
 - o Verder heb ik de tweede zin gewijzigd naar; *'Medewerkers gaven aan dat ze hiervoor vragenlijsten gebruikten'*. De beoordeling van dit beoordelingsaspect is hiermee niet gewijzigd.

Ons kenmerk

2017-
1378182/V1010437/RV/bvp

Datum

21 februari 2017

In uw verdere reactie geeft u aan – los van de constatering dat medewerkers zich nog verder moeten bekwamen in het doorleven van ONS – dat u vermoedt dat er nog onvoldoende kennis is van het dossier bij de inspectie. U geeft daarna een toelichting op de OMAHA-systematiek en het gebruik van Ysis en ONS.

De inspectie wijst u erop dat zij bij de beoordeling van de kwaliteit van een cliëntdossier, onder andere kijkt naar de volledigheid van het cliëntdossier, de samenhang van verschillende onderdelen en de manier waarop medewerkers en behandelaars deze gebruiken. Tijdens een mogelijk bestuursgeprek komt de inspectie hier graag met u op terug.

Hiermee heeft de inspectie het rapport vastgesteld. Bijgaand treft u het vastgestelde rapport aan.



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).

Ons kenmerk
2017-
1378182/V1010437/RV/bvp

Datum
21 februari 2017

De inspectie verwacht dat u de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een resultaatsverslag stuurt. Dit resultaatsverslag verwacht de inspectie vóór 21 mei 2017 op haar e-mailadres: ri.utrecht@igz.nl, onder vermelding van het kenmerk van deze brief. In dit resultaatsverslag staat per norm:

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

Ik verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hogachtend,

drs. S.W.J. Hopman
senior inspecteur



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

Rapport
van het inspectiebezoek
aan Stichting Amstelring, locatie
Gloxinia
in Aalsmeer
op 30 november 2016

Utrecht
Februari 2017

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 onderbouwing 6
2.1	Samenvatting van de scores per thema 6
2.2	Conclusie: geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor risicovol 7
2.2.1	Hoog ziekteverzuim zet verantwoorde zorg onder druk 7
2.2.2	Nieuwe ontwikkelingen nog onvoldoende geborgd 7
2.3	Cliëntgerichtheid laat te wensen over 7
3	Handhaving 8
3.1	Inleiding 8
3.2	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed 8
3.3	Vervolgacties zorgaanbieder 9
3.3.1	Thema medicatieveiligheid 9
3.3.2	Overige thema's 9
3.4	Beoordeling van overige locaties 9
3.5	Vervolgacties inspectie 9
4	Bevindingen inspectiebezoek 11
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 12
4.1.1	Inleiding 12
4.1.2	Scores 12
4.2	Thema 2: cliëntdossier 15
4.2.1	Inleiding 15
4.2.2	Scores 16
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 20
4.3.1	Inleiding 20
4.3.2	Scores 20
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 24
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 24
4.5.1	Inleiding 24
4.5.2	Scores 24
4.6	Overige bevindingen 28
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 29
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 30
Bijlage 3	Rapportbrief thema medicatieveiligheid 32

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 30 november 2016 een onaangekondigd inspectiebezoek gebracht aan Stichting Amstelring (hierna: Amstelring), locatie Gloxinia (hierna: Gloxinia) in Aalsmeer. 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.

In 2015 en in de eerste drie kwartalen van 2016 bezocht de inspectie diverse locaties van Amstelring. Daarnaast sprak zij diverse malen met de raad van bestuur en raad van toezicht. De inspectie zag bij Amstelring een voorzichtig stijgende lijn op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Op een drietal onderwerpen bleven zorgen bestaan. Dit betrof het cliëntdossier, de inzet en deskundigheid van personeel en de medische regie van de behandeldienst. Amstelring bracht naar voren hier specifiek aandacht aan te besteden en deze onderwerpen eind 2016 op orde te hebben.

De inspectie had tijdens dit bezoek extra aandacht voor genoemde onderwerpen.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van het inspectiebezoek was te beoordelen in hoeverre de door Gloxinia 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 Gloxinia geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- lid cliëntenraad
- uitvoerende medewerkers
- behandelaars; specialist ouderengeneeskunde, ergotherapeut en fysiotherapeut
- wijkmanager en voormalig teamleider
- cliëntdossier
- documenten, genoemd in bijlage 1
- een rondgang door de locatie.

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

Organisatie

Gloxinia maakt deel uit van Stichting Amstelring Groep. Amstelring levert thuiszorg en zorg aan cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen in Amsterdam en de regio Amstelland De Meerlanden. Gloxinia bestaat in 2016 tien jaar en is een kleinschalige woonvoorziening in Aalsmeer. Zij biedt intramurale zorg aan veertien cliënten met een psychogeriatrische (pg) aandoening. Het gebouw bestaat uit de begane grond en een eerste verdieping, beide met zeven appartementen en een gezamenlijke huiskamer met keuken. De cliënten beschikken over een eigen zit/slaapkamer met badkamer.

Cliënten

De meeste cliënten hebben een zorgzwaartepakket (ZZP) 5 en 7. De zorgzwaarte van de cliënten is het laatste jaar toegenomen en de verblijfsduur verkort.

Zorgverlening

In Gloxinia werkt een zelforganiserend team van verpleegkundigen (2) en verzorgenden (niveau 3). Twee maal per week is er een dagdeel een activiteitenbegeleider aanwezig. Tot voor kort was er een teamleider actief op deze locatie. Deze functie is vervallen binnen Amstelring. Het team wordt nu ondersteund door een coach en valt hiërarchisch onder een resultaat verantwoordelijk eenheid (RVE) manager vanuit locatie Rozenholm. Een aantal taken zijn centraal belegd, zoals planning, inzet kwaliteitsverpleegkundige, praktijkopleiding en (secretariële) ondersteuning. In Gloxinia werken overdag drie medewerkers, in de avond twee medewerkers en 's nachts één medewerker. Op twee dagen na zijn er in de huiskamers tijdens de maaltijden vrijwilligers actief ter ondersteuning. Op de dag van het inspectiebezoek was er geen vrijwilliger. De behandeldienst bestaat uit een specialist ouderengeneeskunde (SO), een psycholoog en paramedici.

Ontwikkelingen in de organisatie

Gloxinia had een periode met een hoog, niet specifiek werkgerelateerd, ziekteverzuim achter de rug. Op dit kleine team en op cliënten had dit grote impact. De week voorafgaand aan het inspectiebezoek waren hierover twee avonden georganiseerd met familie. De plannen ter verbetering zouden de dag na het inspectiebezoek voorgelegd worden aan betrokkenen.

Binnen Gloxinia is een aantal veranderingsprocessen gaande:

1. de overstap naar zelforganiserende teams. Dit traject startte in het voorjaar 2016 en loopt nog door. Een coach ondersteunt en begeleidt het team hierbij;
2. de invoering van het nieuwe elektronisch cliëntdossier op basis van de Omaha-systematiek. Gloxinia startte hier in de zomer 2016 mee;
3. de toename van de complexiteit van de zorgvraag van cliënten binnen kleinschalig wonen, waarbij er meer deskundigheid vereist is en een aantal ondersteuningsstructuren zoals het multidisciplinaire overleg (MDO) en de MIC-commissie steviger neergezet worden.

2 Conclusie en onderbouwing

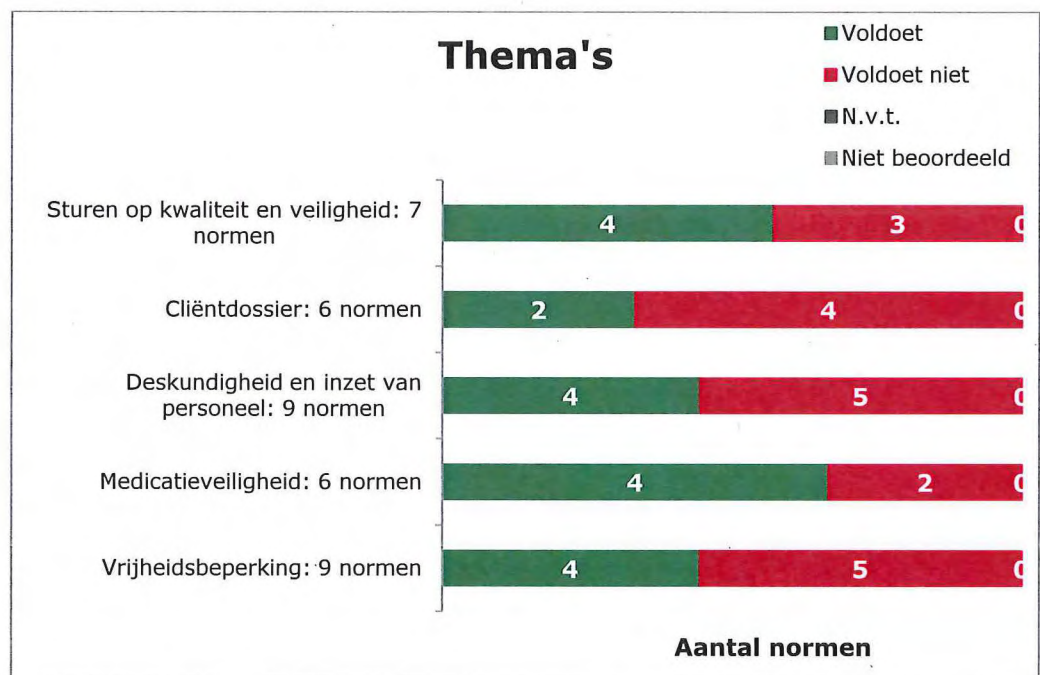
Dit hoofdstuk start met een samenvattend overzicht van de scores per thema. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. De inspectie onderbouwt haar conclusie daarna in één of meer beschouwende subparagrafen. Deze onderbouwing beschrijft de grote lijnen en de belangrijkste risico's. Een toelichting 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. In dit 2^e hoofdstuk wijdt de inspectie ook een paragraaf aan dit onderwerp. In deze paragraaf beschrijft de inspectie haar overkoepelende beeld over de cliëntgerichtheid van Gloxinia. 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. Als de inspectie hierbij naast de geselecteerde normen ook andere normen heeft gehanteerd, zijn de bevindingen daarvan beschreven in hoofdstuk 4 en niet zichtbaar in deze tabel.

Bevindingen 30 november 2016



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

De zorg die Gloxinia biedt, voldoet niet aan twintig normen. Het niet voldoen aan normen kan leiden tot onnodige risico's voor cliënten. Om deze risico's te beperken, verwacht de inspectie dat de zorgaanbieder verbeteringen realiseert. Het gaat om verbeteringen op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldoet. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen en de vervolgacties aangegeven.

2.2.1 *Hoog ziekteverzuim zet verantwoorde zorg onder druk*

De inspectie trof gemotiveerde medewerkers aan. Zij gaven aan dat de afgelopen periode zwaar was geweest, vanwege een hoog ziekteverzuim en de toenemende complexe zorgvragen van cliënten. Er waren lange tijd veel flexmedewerkers ingezet, die minder bekend waren met de cliënten en extra begeleiding vergden, waardoor niet alle cliënten altijd de zorg kregen die wenselijk en noodzakelijk was. Samen met nieuwe ontwikkelingen binnen de organisatie trok dit een grote wissel op het vaste personeel.

2.2.2 *Nieuwe ontwikkelingen nog onvoldoende geborgd*

Door het overgaan op zelforganiserende teams waren medewerkers meer op elkaar aangewezen. Het team kwam gemiddeld eenmaal per maand bij elkaar met een teamcoach. Een aantal activiteiten was onlangs opnieuw onder de aandacht gebracht. Dit gold voor de multidisciplinaire overleggen (MDO) en de Itask-commissie (MIC). Beide werden verder geprofessionaliseerd. De inspectie zag dat de samenhang in het dossier tussen het zorg en behandelteam verbetering behoefde en dat borging van acties niet altijd rond was. Ook de analyses van de Itask-commissie liet nog te wensen over. Daarnaast was in de zomer een nieuw elektronisch cliëntdossier (ECD) ingevoerd. Hiervoor hadden medewerkers een cursus gekregen. Gesprekspartners gaven aan dat veel teamleden nog moeite hadden met het ECD en dat het werken op een I-pad en laptop nog extra training vergde. De inspectie constateerde dat de basis gelegd was, maar dat er nog geen sprake was van een geborgd systeem.

2.3 Cliëntgerichtheid laat te wensen over

Er was beperkte informatie over de cliënten aanwezig in het cliëntdossier. De levensgeschiedenis ontbrak veelal en het zorgleefplan was beperkt opgesteld vanuit de wensen en behoeften van de cliënt. Medewerkers hadden naast de zorgtaken ook de verantwoordelijkheid voor de maaltijden, de wasverzorging en de schoonmaak. Tijd voor activiteiten met cliënten was beperkt. Cliënten zaten het grootste gedeelte van de dag in de huiskamer, waar twee maal per week een activiteitenbegeleider aanwezig was. Voor individuele activiteiten was zeker de afgelopen tijd geen ruimte geweest.

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. Vervolgens geeft de inspectie aan wat zij van de zorgaanbieder verwacht. Daarna beschrijft de inspectie 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

Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

- 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.
- 1.8 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.

Thema 2: cliëntdossier

- 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.

Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

- 3.1 Medewerkers werken cliëntgericht.
- 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.
- 3.7 De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.
- 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.

Thema 4: medicatieveiligheid

- 4.7 De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.
- 4.9 De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.

Thema 5: vrijheidsbeperking

- 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.
- 5.7 Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.
- 5.8 Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.
- 5.9 De zorgaanbieder gebruikt informatie over vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.

3.3 Vervolgacties zorgaanbieder

3.3.1 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).

3.3.2 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 de zorgaanbieder de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een resultaatsverslag stuurt. Dit resultaatsverslag verwacht de inspectie drie maanden na de datum van de begeleidende brief bij het vastgestelde rapport.

In dit resultaatsverslag staat per norm:

- of de zorgaanbieder binnen de gestelde termijn volledig aan de norm voldoet;
- 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 voldoet;
- als de zorgaanbieder per de datum van het resultaatsverslag nog niet volledig aan de norm voldoet: welk niveau van verbetering – in kwalitatieve en kwantitatieve zin – de zorgaanbieder per de datum van het resultaatsverslag feitelijk heeft bereikt (bijvoorbeeld een % van het geheel).

3.4 Beoordeling van overige locaties

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

3.5 Vervolgacties inspectie

De inspectie zal conform afspraak meerdere locaties van Amstelring bezoeken en op basis van alle bevindingen haar conclusie trekken.

Op basis van **het ontvangen resultaatverslag** beoordeelt de inspectie of vervolgacties nodig zijn. Een aangekondigd of onaangekondigd hertoetsbezoek aan Gloxinia behoort tot de mogelijke vervolgacties.

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 Gloxinia nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. De score 'niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Gloxinia 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 Plan-Do-Check-Act(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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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			
1.4	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/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 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.

1.1.a) De inspectie ontving geen recent clienttevredenheidsonderzoek. Ook was niet duidelijk hoe de clienttevredenheid op de locatie structureel werd gemeten.
1.1.b) Er was een locatieverbeterplan aanwezig. Hierin stond vermeld dat minimaal 2x per jaar ter voorbereiding van het multidisciplinair overleg (MDO) een evaluatieformulier ingevuld moest worden door familie.

1.2.a) Medewerkers gaven aan dat ze veilig kunnen melden. In het derde kwartaal van 2016 stonden echter slechts 4 MIC-meldingen vermeld in de MIC-rapportage voor Gloxinia, waardoor de vraag rees of alle (bijna)fouten daadwerkelijk gemeld waren. Uit het verslag van de I-task commissie bleek dat Gloxinia 3 weken geen internet had, waardoor het aantal meldingen in het systeem mogelijk zo laag was.

1.2.b) Gloxinia had samen met locatie Rozenholm een MIC-commissie. In het verslag van deze MIC-commissie trof de inspectie geen systematische analyses van incidenten aan. Daarnaast was er een I-task commissie. Uit het verslag van het derde kwartaal van deze commissie bleek dat men over was op een nieuw systeem en dat de I-Taskleden zelf ook constateerden dat er meer aandacht nodig was voor systematische analyses.

1.2.c) De inspectie trof geen aantoonbare maatregelen aan naar aanleiding van incidenten. Wel werden er, weliswaar summier, adviezen gedaan door de commissie. Of deze daadwerkelijk opgevolgd werden en tot het gewenste resultaat leidden stond niet vermeld in de verslagen.

1.3b) Gloxinia had geen formele klachten ontvangen, Wel waren naar aanleiding van signalen van cliëntvertegenwoordigers over de personele inzet en toezicht in de week voorafgaande aan het inspectiebezoek twee familieavonden georganiseerd. Hierin was men met de familie in gesprek gegaan over deze signalen en mogelijke oplossingen. Tijdens het bezoek werden de voorgestelde verbetermaatregelen benoemd. Deze zouden de volgende dag met medewerkers besproken worden en zoveel mogelijk direct ingang vinden.

1.8.a) De inspectie constateerde dat Gloxinia onvoldoende aandacht had voor de wensen en behoeften van cliënten in de invulling van passende en zinvolle dagbesteding. De levensgeschiedenis van cliënten met persoonlijke voorkeuren was vaak niet terug te vinden in het cliëntdossier en op de dag van het inspectiebezoek waren er geen activiteiten georganiseerd. Twee maal per week kwam er een activiteitenbegeleider in de huiskamer. Gesprekspartners gaven aan dat er weinig tijd was voor individuele activiteiten met cliënten.

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.

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.

² 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.

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)	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-/ondersteuningsdoelen.		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 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		

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
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

Binnen Gloxinia gebruikten medewerkers en behandelaars ieder hun eigen digitale rapportagesysteem. Medewerkers rapporteerden in het cliëntdossier. Dit was nieuw ingevoerd in juli 2016. 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 zorgplan hieruit keuzes maken. De dagelijkse zorg wordt apart 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.

Niet alle medewerkers waren al even bedreven in de toepassing ervan en in het gebruik van I-pad en laptop. Behandelaars rapporteerden in het medisch dossier (hierna: Ysis). Tussen beide systemen was een koppeling waardoor medewerkers sommige informatie uit Ysis konden raadplegen vanuit het cliëntdossier. Behandelaars konden de inzage van informatie uit Ysis, voor medewerkers onmogelijk maken door deze informatie met een zogenaamd 'slotje' te beveiligen.

Nog niet alle mogelijkheden van het systeem waren ingevuld en werden benut.

2.2 a) Tijdens de dossierinzage was het voor de inspectie onvoldoende mogelijk om te bepalen of zorg-ondersteuningsdoelen bij de wensen en behoeften van cliënten pasten.

Dit had te maken met twee punten. Enerzijds beschreef een zorgplan actievlakken en daarbij behorende acties. De keuze voor deze actievlakken/acties was gebaseerd op actuele risico-inventarisaties. Het zorgplan bevatte per actievlak echter geen op de zorgvraag van de cliënt toegesneden actievlakken (zorg- of ondersteuningsdoelen) met bijpassende acties. In een cliëntdossier was het actievlak 'welzijn' niet beschreven terwijl dit voor de cliënt wel van toepassing was. Medewerkers gaven aan dat ze dit actievlak nog moesten vullen.

Anderzijds bevatten de cliëntdossiers die de medewerkers gebruikten niet alle relevante informatie van betrokken disciplines. Tijdens de dossierinzage bleek dat medewerkers niet of beperkt diagnostische informatie konden inzien en dat ook de medische voorgeschiedenis niet beschikbaar was voor zorgmedewerkers. In de ADL-lijst beschreven medewerkers, zij het summier, wensen en behoeften van cliënten. De ADL-lijst van een cliënt was echter niet actueel. Deze beschreef voor die cliënt bijvoorbeeld de behoefte om activiteiten te doen aan tafel. De medewerker vertelde dat deze cliënt dat momenteel niet meer wilde en kon doen.

2.2 b) Doordat concrete acties (zorg-/ondersteuningsdoelen) ontbraken en medewerkers in het cliëntdossier niet alle diagnostiek uit Ysis konden raadplegen, was ook voor de inspectie de relatie tussen diagnostiek en acties onvoldoende aantoonbaar.

In de reactie van de bestuurder op het conceptrapport, gaf de bestuurder aan dat medewerkers het multidisciplinair behandelplan in het cliëntdossier konden raadplegen.

2.3 a) Zie ook 2.2.

2.3 c) Adviezen en/of opdrachten van behandelaars waren onvoldoende toepasbaar gemaakt voor medewerkers. Uit gesprekken met medewerkers bleek wel dat de behandelaars tijdens visites of overlegmomenten adviezen en opdrachten bespraken. Medewerkers dienden deze te vertalen in het cliëntdossier. Bij een cliënt verwees het zorgplan naar de ADL-lijst voor het advies van een psycholoog, maar de ADL-lijst bevatte geen actueel advies. Bij cliënten met onbegrepen gedrag ontbraken omgangsadviezen van een psycholoog in de rapportage.

2.4 a) Medewerkers inventariseerden relevante cliëntgebonden risico's voor iedere cliënt. Medewerkers gaven aan dat ze hiervoor vragenlijsten gebruikten. In de reactie van de bestuurder op het conceptrapport, gaf de bestuurder aan dat de risico-inventarisatie was opgenomen in de 'aanleiding'. Het is daarmee een integraal onderdeel van het systeem om de behoefte van de cliënt in kaart te brengen. De uitkomsten van de risico-inventarisaties bespraken zij met de behandelaars tijdens de MDO's.

2.4 b) In de systematiek van het cliëntdossier, bevatte ieder zorgplan een aantal aandachtsgebieden. Dit betrof de aandachtsgebieden waarvan de risico-inventarisaties uitwezen dat hierbinnen risico's waren. Binnen deze systematiek beschreven medewerkers niet altijd concrete acties.

2.5 Medewerkers rapporteerden dagelijks en zij koppelden sommige rapportages aan een aandachtsgebied. Uit de rapportages werd onvoldoende inzichtelijk of deze bijdroegen aan het gewenste resultaat en of er een systematische afstemming was tussen de in het aandachtsgebied aangegeven actie, het beoogde resultaat en eventuele bijstellingen na evaluaties.

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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
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	X			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
	de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.				
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			
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

Gloxinia kende in de maanden april tot en met juli 2016 een ziekteverzuim hoger dan 10 procent. Dit betekende dat er relatief veel invalkrachten en flexmedewerkers ingezet werden. Daarna was het verzuim wisselend met in oktober een uitschieter naar 11 procent. Dit hoge verzuim heeft een zware stempel gedrukt op zowel het vaste team medewerkers als de cliënten. Voor een kleine locatie met twee teams verdeeld over twee etages is dit extra kwetsbaar. Enkele dagen voor het inspectiebezoek was mede naar aanleiding van de familieavonden het besluit genomen om het toezicht in de huiskamers uit te breiden, zodat zorgmedewerkers meer tijd en aandacht konden besteden aan cliënten.

3.1 b) Door het hoge ziekteverzuim op de locatie was het voor medewerkers niet altijd mogelijk om adequaat te reageren op behoeften en wensen van cliënten. Zij moesten noodgedwongen hierin keuzes maken.

3.2 a) Vaste medewerkers waren goed bekend met de cliënten en wisten deze op de juiste manier te bejegenen. Gesprekspartners gaven aan dat het voor flexmedewerkers die niet of minder bekend waren met cliënten, het moeilijker was om op de gewenste manier met cliënten om te gaan.

3.4 a) Uit de bevindingen van de inspectie op de onderwerpen medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking, bleek dat medewerkers onvoldoende op de hoogte waren van richtlijnen en procedures en/of deze onvoldoende toepasten.

3.4 c) Uit een interne audit van juli 2016 op diverse onderdelen, bleek dat zaken niet op orde waren en medewerkers niet altijd conform de richtlijnen werkten. De benodigde verbeteracties waren inmiddels gedeeltelijk opgepakt, zo constateerde de inspectie tijdens het inspectiebezoek. Uit deze interne audit kwam ook naar voren dat de werkdruk erg hoog ervaren werd.

3.5 b) Tijdens de rondgang trof de inspectie open keukens aan en een toegankelijke wasruimte. In de keukens hadden cliënten vrij toegang tot scherpe voorwerpen en chemische middelen. Er was niet altijd toezicht in de huiskamers, waardoor risico's voor cliënten niet tijdig opgemerkt werden.

3.7 b) De mate van inzet van medewerkers binnen Gloxinia, sloot onvoldoende aan op de wensen en behoeften van de cliënten. Vooral tijdens drukke momenten in de zorg moesten medewerkers keuzes maken welke cliënten zij aandacht zouden geven. Door het hoge ziekteverzuim had men in Gloxinia veel met invalkrachten te maken. Dit waren vaak verschillende mensen, die steeds opnieuw geïnstrueerd moesten worden. Dit gaf extra werkdruk.

3.7 c) Gloxinia zette tijdens ziekte veel wisselende invalkrachten in. Sinds januari 2016 was er bijna dagelijks een inval/flexmedewerker aanwezig. Deze invalkrachten kwamen diverse keren niet opdagen. Dit alles heeft een grote wissel getrokken op het vaste personeel en daarmee ook op de cliënten en er niet altijd sprake was van verantwoorde zorg.

3.9 b) In het overzicht met verzuimcijfers van Gloxinia trof de inspectie geen oorzaakanalyse en/of verbetermaatregelen aan. Gesprekspartners gaven aan dat het verzuim niet werkgerelateerd was en het langdurig verzuim betrof. Er was veel gebruik gemaakt van flexmedewerkers.

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 4 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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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
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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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		
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 a) De uitkomsten van (probleem)analyses van gedrag van de cliënt waren niet actueel en deze bevonden zich niet in het cliëntdossier.

5.3 a) Bij cliënten die psychofarmaca gebruikten vond geen psychosociale of gedragsinterventie plaats voorafgaand aan de inzet van psychofarmaca. In geen

van de dossiers die de inspectie inzag, was een interventie met daarbij behorende acties, rapportage en/of een evaluatie te vinden.

5.7 a) Alle betrokkenen vertelden dat zij de toepassing van psychofarmaca niet als vrijheidsbeperkende maatregelen opnamen in het cliëntdossier. Diverse cliënten gebruikten bijvoorbeeld Haldol, ten behoeve van het verminderen van onbegrepen of (voor anderen) storend gedrag.

5.8 a) Medewerkers pasten vrijheidsbeperkende maatregelen niet altijd zorgvuldig toe. Uit de rapportage bij een cliënt bleek dat deze cliënt met een voet klem zat tussen een bedhek. Uit de rapportage en gesprek met medewerkers bleek niet dat medewerkers daarop passende acties ondernamen:

5.9 a) De zorgaanbieder registreerde niet alle Bopz-maatregelen zoals bedoeld in artikel 38.5 en 39 van de Wet Bopz op locatie- of teamniveau. Gloxinia registreerde bijvoorbeeld de toepassing van bedhekken en psychofarmaca niet als vrijheidsbeperkende maatregelen.

5.9 b) De zorgaanbieder kon de informatie met betrekking tot toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau onvoldoende gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Deze informatie bevatte namelijk niet het psychofarmacagebruik.

4.6 Overige bevindingen

			Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
6.1	Medische regie			X		

Toelichting

6.1

Organisatie van de behandeldienst binnen de zorgorganisatie

De behandeldienst is een eigen organisatie van Amstelring en werd per regio aangestuurd door een eerste arts. Er zijn vier regio's binnen Amstelring. Binnen Amstelring is een Bopz-arts beschikbaar; de vervanging van deze arts is geregeld.

Organisatie behandeldienst op locatie

Gloxinia beschikte over vaste behandelaren, die vanuit Rozenholm zorg verlenen in Gloxinia. Het behandelteam bestond uit een specialisten ouderengeneeskunde (hierna: SO) een psycholoog en paramedici, waaronder een fysiotherapeut en een ergotherapeut.

Samenwerking en afstemming artsen – zorgmedewerkers

De zorgverleners ervoeren voldoende beschikbaarheid en bereikbaarheid van het behandelteam. De SO kwam wekelijks langs op de locatie. Een vast onderdeel van het bezoek was het doornemen van de psychofarmaca. Twee keer per jaar was een MDO per cliënt, waarbij de familie en behandelars aanwezig waren.

De behandelaren gaven aan dat zij op deze locatie te maken hadden met veel flexmedewerkers. Hierdoor verliep de communicatie minder goed. Ook gaven de behandelaren aan dat de complexiteit van de zorgzwaarte toegenomen was en dat de deskundigheid van medewerkers gelijk was gebleven. Het was voor de behandelaren niet altijd duidelijk of de adviezen en instructies die zij gaven op de juiste manier door de zorgmedewerkers uitgevoerd werden. De inspectie trof daarentegen weinig instructies en adviezen van behandelaren in het zorgdossier aan.

Samenhang zorgdossier en behandeldossier

De samenhang tussen het zorgdossier van de medewerkers en het behandeldossier was nog onvoldoende geborgd. Zo had bijvoorbeeld de psycholoog niet alle relevante gegevens open gezet voor de zorgverleners, waardoor de relatie tussen diagnostiek en interventies niet duidelijk was. Ook misten er omgangsadviezen voor cliënten en instructies voor omgang met bedekken en transfers. Het zorgdossier en het behandeldossier waren nog teveel gescheiden systemen, waarbij ieder toch vooral naar het eigen gedeelte keek.

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.

- Bopz-beleid Amstelring, 2016
- Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen Gloxinia
- Inzet psychofarmaca Gloxinia
- Opleiding BIG-trainingen
- Overzicht overige trainingen
- Verslagen Itask commissie en MIC-commissie Rozenholm en Gloxinia
- Ziekteverzuimcijfers 2016
- Inzet invalkrachten 2016
- Verslagen interne audit en regelkring (maart en juli 2016)
- Verbeterplan Gloxinia naar aanleiding van inspectie en familieavonden

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)⁴.
- 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.
- Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde (Verenso, 2012).
- Taakdelegatie (Verenso, 2012).

Circulaires en rapporten:

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

⁴ 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.

- 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.

Bijlage 3 Rapportbrief thema medicatieveiligheid

> Retouradres **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd. Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

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

Datum 2 januari 2017
Onderwerp directe maatregelen naar aanleiding van inspectiebezoek
30 november 2016 aan Gloxinia in Aalsmeer

Geachte raad van bestuur,

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 30 november 2016 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Stichting Amstelring, locatie Gloxinia te Aalsmeer (hierna: Gloxinia). De inspectie toetste de geboden zorg onder andere op het thema medicatieveiligheid.

Naar aanleiding van dit bezoek heeft de inspectie u op 6 december 2016 met kenmerk 2016-1356137/V1010437/CD/bvp een conceptrapportbrief toegestuurd. De inspectie heeft u hierbij verzocht vóór 14 december 2016 te reageren indien u feitelijke onjuistheden in de conceptrapportbrief heeft aangetroffen. Aangezien wij geen reactie hebben ontvangen, stellen wij hierbij de rapportbrief vast.

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.

Doelstelling

De doelstelling van het inspectiebezoek was om onder andere op het thema medicatieveiligheid te beoordelen in hoeverre de door Gloxinia 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 Gloxinia geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden.

De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- gesprekken met uitvoerende medewerkers
- gesprekken met een ondersteuner (voormalig teamleider)
- gesprek met management
- gesprek met een specialist ouderengeneeskunde, een fysiotherapeut en een ergotherapeut
- het inzien van een aantal cliëntdossiers en de medicatieklapper
- een rondgang door de locatie.

De inspectie 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 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 1.

De nummering van de normen is niet opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen.

Beschrijving locatie

Gloxinia 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.

Gloxinia biedt intramurale zorg aan cliënten met psychogeriatrische (pg) problematiek.

Binnen Gloxinia wonen twee groepen van zeven cliënten, verdeeld over de begane grond en de eerste etage. Beide etages hebben een eigen gezamenlijke huiskamer. Alle cliënten hebben een eigen slaapkamer en badkamer. Gloxinia heeft een Bopz-aanmerking. Alle cliënten hebben een ZPZ 5 of 7.

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 medicatieoverzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatieoverzichten 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-medicatie⁵ 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			

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

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			
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

4.7 a) Binnen Gloxinia verrichtte de apotheek de periodieke controle van de medicatievoorraad. De inspectie trof desondanks het volgende aan:

- In de opiatenkluis lagen diverse opiaten (waaronder Oxycodon, Oxynorm) die een cliënt niet meer gebruikte.
- Van verschillende soorten medicatie in de centrale voorraad, lag meer of minder medicatie dan op de werkvoorraadlijst beschreven was. Van de nitrofurantoinen waren 76 capsules aanwezig terwijl op de werkvoorraadlijst maximaal 28 stuks stond. Van de Domperidon waren 25 tabletten aanwezig in plaats van maximaal 10 stuks. Van de Doxycycline waren 4 tabletten aanwezig in plaats van minimaal 8 stuks.
- Het beheer van de werkvoorraad, waaruit bleek welke medicatie eruit was gehaald, voor welke cliënt en door wie voorgeschreven, ontbrak.
- Bij een cliënt lag een verpakking op-naam-gestelde Temazepam in de medicatiekar, terwijl de voorgeschreven Temazepam was opgenomen in de baxterzakjes.

4.7 c) In de medicatiekarren op beide afdelingen, lagen medicinale druppels en zalven waarop de openingsdatum ontbrak op de primaire verpakking.

4.9 a) De apotheker wisselde de medicatietoedienlijsten op woensdag. Uit de inzage van medicatietoedienlijsten van de voorgaande week, bleek dat medewerkers niet alle aangereikte medicatie parafeerden. Op de medicatietoedienlijsten van de voorgaande week ontbraken ongeveer 20 parafen. De aftekening van Acenocoumarol vond eenmaal plaats op het briefje van de trombosedienst en eenmaal op de toedienlijst.

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

De zorg die Gloxinia biedt, voldoet niet aan twee 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 Gloxinia binnen vier weken na bezoekdatum aan de normen voldoet.

Het gaat om de volgende normen:

4.7 De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.

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 Gloxinia 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.

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 vervolfbezoek noodzakelijk is en als blijkt dat nog niet voldaan wordt aan de normen, overgegaan moet worden tot handhavende maatregelen.

Deze rapportbrief zal als bijlage toegevoegd worden bij het inspectierapport van het bezoek op 30 november 2016.

Hoogachtend,

N.N.
coördinerend/specialistisch 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

Circulaire en rapporten:

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