



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

Rapport
van het inspectiebezoek
aan Stichting Vivantes Zorggroep,
locatie Urmonderhof
in Urmond
op 29 december 2016

Utrecht
maart 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.....	4
2	Conclusie en onderbouwing	6
2.1	Samenvatting van de scores per thema.....	6
2.2	Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen.....	6
2.2.1	Resultaat inspanningen cliëntendossier	7
2.2.2	Cliëntgerichtheid hoog in het vaandel.....	7
2.2.3	Aandacht personele belasting noodzakelijk	7
3	Handhaving.....	8
3.1	Inleiding	8
3.2	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed	8
3.3	Vervolgacties zorgaanbieder	8
3.3.1	Thema medicatieveiligheid	8
4	Bevindingen inspectiebezoek	9
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid	10
4.1.1	Inleiding.....	10
4.1.2	Scores.....	10
4.2	Thema 2: cliëntdossier.....	13
4.2.1	Inleiding.....	13
4.2.2	Scores.....	14
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers	17
4.3.1	Inleiding.....	17
4.3.2	Scores.....	17
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid	21
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking	22
4.5.1	Inleiding.....	22
4.5.2	Scores.....	22
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten	25
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten	26
Bijlage 3	Rapportbrief thema medicatieveiligheid	28

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 29 december 2016 een aangekondigd inspectiebezoek gebracht aan Stichting Vivantes Zorggroep (hierna: Vivantes), locatie Urmonderhof (hierna: Urmonderhof) in Urmond. 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 tenslotte de bevindingen.

1.1 Aanleiding en belang

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

Aanleiding voor het bezoek aan Urmonderhof

Op 14 oktober 2015 vond een gesprek plaats met de raad van bestuur van Vivantes. Dit gesprek vond plaats naar aanleiding van het toezichtbezoek aan La Famille op 24 september 2015 en de constatering van de inspectie dat Vivantes sinds 2013 de implementatie van nieuwe plannen inzet, maar vervolgens onvoldoende bewaakt op uitvoering en (beoogde) kwaliteit. Op 25 februari 2016 stuurde Vivantes de inspectie een resultaatsverslag naar aanleiding van het bezoek van 24 september 2015. Het resultaatsverslag was niet wat de inspectie verwachtte: het voldeed niet aan de eisen zoals gevraagd in het inspectierapport.

In mei 2016 is een interim bestuurder aangesteld na het onverwacht overlijden van de bestuurder van Vivantes.

De inspectie bracht op 7 juni 2016 een hertoetsbezoek aan La Famille. De inspectie vroeg naar aanleiding van de bevindingen een resultaatsverslag op. Op 2 november 2016 vond een bestuursgesprek plaats met de raad van bestuur a.i. en de voorzitter van de raad van toezicht. De inspectie vroeg Vivantes het resultaatsverslag toe te lichten en haar een kwaliteitsfoto te sturen van de stand van zaken van alle locaties, op de vijf thema's die de inspectie tijdens haar bezoeken toetst.

De bestuurder a.i. stuurde vooruitlopend op de gevraagde kwaliteitsfoto de inspectie een prospectieve risicoanalyse over de locaties van Vivantes.

De inspectie kreeg een toelichting op de prospectieve risico analyse van de bestuurder a.i. op 22 december 2016. De inspectie stuurde daarop per ommegaande een brief aan de bestuurder op welke wijze hij voorzag in de kwaliteit van zorg op een aantal onderwerpen.

De raad van toezicht stelde in december 2016 een nieuwe bestuurder aan die per 1 januari 2017 aan zou treden. De ondernemingsraad en de centrale cliëntenraad hebben na deze beslissing het vertrouwen in de raad van toezicht opgezegd, omdat zij meenden dat er sprake was van belangenverstrengeling. Als gevolg hiervan heeft de raad van toezicht te

kennen gegeven binnen korte tijd terug te treden. Op de dag van het inspectiebezoek was onduidelijk wat de gevolgen van deze bestuurlijke crisis waren voor het aanstellen van een nieuwe bestuurder.

Bovenstaande was de aanleiding voor de inspectie om Urmonderhof te bezoeken om een beeld te verkrijgen over de kwaliteit van zorg in deze locatie.

1.2 Doelstelling

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

- zorgmedewerkers
- vertegenwoordiger van de cliëntenraad (op 10-01-2017 telefonisch contact)
- zorgcoördinator
- manager Verpleging & Verzorging
- specialist ouderengeneeskunde
- documenten, genoemd in bijlage 1
- 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

Vivantes

Woonzorgcentrum Urmonderhof is één van de negen zorglocaties van de stichting Vivantes. Vivantes verleent zorg en behandeling in de gemeenten Sittard, Geleen, Beek en Stein.

Locatie Urmonderhof

Urmonderhof is een woonzorgcentrum gelegen in Urmond. Urmonderhof beschikt over dertien kamers voor verzorgingshuiszorg en acht kamers voor somatische verpleeghuiszorg. Daarnaast beschikt Urmonderhof over een Bopz aangemerkte unit voor achttien psychogeriatrische cliënten (hierna: PG-unit). In Urmonderhof woont een cliënt met een ZZP uit de sector lichamelijk gehandicapten, zeven cliënten met ZZP 4, vijftien met ZZP 5, zeven met ZZP 6, vier met ZZP 7, en vier met ZZP 8.

De cliënten op de PG-unit hebben allen een eenpersoonskamer met eigen badkamer. De kamers liggen aan een gang met in het midden een huiskamer. Alle 18 cliënten maken gebruik van de huiskamer, die, indien gewenst, door een scheidingswand in twee delen kan worden opgesplitst. In de huiskamer is een open keuken aanwezig waar kleine gerechten kunnen worden bereid. De warme maaltijd ontvangt de PG-unit vanuit de centrale keuken van Urmonderhof.

Centraal in het gebouw op de benedenverdieping ligt een zaal waar activiteiten worden georganiseerd en waar maaltijden worden geserveerd.

Behandeling

Vivantes heeft de functie behandeling ingekocht via Novicare. Novicare is een zorgonderneming die specialisten ouderengeneeskunde, psychologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten in dienst heeft. Novicare biedt behandeling en begeleiding aan voor verpleeghuizen in Nederland.

Verpleging en Verzorging

Een manager Verpleging & Verzorging is verantwoordelijk voor de locatie. De directe aansturing van de betrokken medewerkers in Urmonderhof is in handen van de zorgcoördinator.

In het verzorgingshuisgedeelte van Urmonderhof werken overdag twee verzorgenden en 's morgens een helpende. In de avond zijn een verzorgende en een helpende werkzaam. Voor de PG-unit zijn er overdag drie verzorgenden aan het werk. In de ochtend werkt er een horecamedewerker en tussen 11.00 uur en 16.30 een dagbestedingscoach. In de avond zijn twee verzorgenden en een horecamedewerker werkzaam.

In de nacht is er voor het hele woonzorgcentrum 1 verzorgende aan het werk, die een beroep kan doen op 1 zwerfwacht (verzorgende) en 1 verpleegkundige van dienst.

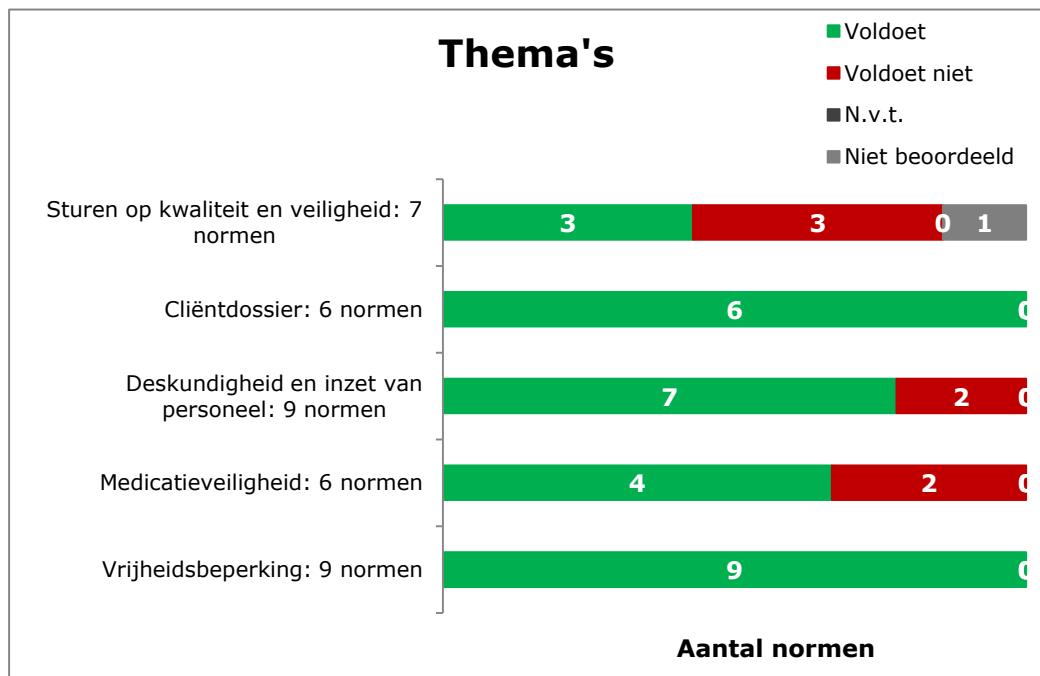
2 Conclusie en onderbouwing

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 de Urmonderhof 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.



2.2 Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen

De zorg die Urmonderhof biedt, voldoet op bijna alle punten aan de normen en beoordelingsaspecten die de inspectie heeft gehanteerd. Bij de zeven normen waar de geboden zorg niet of nog niet volledig aan voldoet, bestaan mogelijke

risico's voor cliënten en zijn verbetermaatregelen nodig. In hoofdstuk 3 staat aangegeven wat de inspectie van de zorgaanbieder verwacht.

2.2.1 *Resultaat inspanningen cliëntdossier*

Naar aanleiding van de bevindingen van de inspectie tijdens het hertoetsbezoek aan locatie La Famille op 24 september 2015 spande Vivantes zich in om op alle locaties het cliëntdossier op orde te krijgen. Tijdens het inspectiebezoek bleek dat het cliëntdossier nu beantwoordde aan de beoordeelde normen en een adequate basis vormde voor veilige en goede zorg. De informatie in het dossier was adequaat: diagnoses, doelen en acties sloten goed op elkaar aan. De lijnen tussen de zorgmedewerkers en behandelaars waren zowel in de dossiers als in de dagelijkse praktijk kort. Medewerkers en behandelaars waren zich bewust van het belang van heldere communicatie en methodisch werken volgens de PDCA-cyclus.

2.2.2 *Cliëntgerichtheid hoog in het vaandel*

Tijdens het bezoek ontmoette de inspectie zeer gedreven medewerkers. Zij ervoeren dat de cliënten te weinig persoonlijke aandacht kregen vanwege de hoge werkdruk in de zorgverlening. Zij waren in hun ogen te weinig in staat om de cliënten individueel aandacht en activiteiten te bieden wanneer dat nodig was. Ondanks de ervaren hoge werklust zag de inspectie dat medewerkers inspeelden op behoeften van individuele cliënten door de mogelijkheid te bieden tot uitslapen, de aanwezigheid van een hond op de PG-afdeling en het meerdere malen per dag begeleiden van een cliënt tijdens een wandeling buiten.

2.2.3 *Aandacht personele belasting noodzakelijk*

Tijdens het bezoek werd duidelijk dat aandacht voor de belasting van de medewerkers van belang is om uitval door ziekte of overbelasting voor te zijn. In een situatie waarin de personele bezetting minimaal is, komt de continuïteit van zorg (verder) in het gedrang bij uitval van medewerkers. Medewerkers van Urmonderhof hadden een zware periode achter de rug. De complexiteit van de zorgvragen van de cliënten nam toe. Om mee te gaan met de veranderingen in de zorg voerde Vivantes in 2015 het Transformatie Model Ouderenzorg (TMO) in: door onder andere het gebruik van ICT en nieuwe zorgroutes zou minder personeel nodig zijn. Vooruitlopend op de effecten van TMO saneerde het management destijds de personele bezetting. Inmiddels concludeert Vivantes dat de kwantitatieve personele bezetting nu (te) krap is, juist in een periode waarin de zorgzwaarte toenam, nieuwe werkmethodes werden geïmplementeerd en een reorganisatie plaatsvond.

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.

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.
- 1.5 De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.
- 1.8 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.

Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

- 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.

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

3.3 Vervolgacties zorgaanbieder

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

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).

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

1 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.

Toelichting

1.1.a) Urmonderhof voerde per cliënt halfjaarlijks een tevredenheidonderzoek uit. Men gebruikte hiervoor een eigen papieren vragenlijst.

1.1.b) Urmonderhof besprak de resultaten van het tevredenheidonderzoek met cliënten of hun vertegenwoordigers. Gesprekspartners vertelden dat uit die besprekingen soms verbetermaatregelen naar voren kwamen, voornamelijk op individueel cliëntniveau. Urmonderhof kon deze verbetermaatregelen echter niet aantoonbaar maken in bijvoorbeeld een verbeterplan.

1.2 b) Medewerkers maakten Meldingen Incidenten Cliënten (MIC's) aan in een digitaal systeem. De zorgcoördinator ontving de meldingen en analyseerde die. Zonodig besloot de zorgcoördinator tot een PRISMA analyse. Een kwaliteitscommissie analyseerde trends in MIC's.

1.2 c) Voor elke MIC werden na analyse verbeteracties opgesteld. De zorgcoördinator koppelde meldingen en verbeteracties terug in werkoverleggen.

1.4.b) De lokale cliëntenraad van Urmonderhof toonde zich tevreden over de mate waarin zij geïnformeerd en gehoord werden door de organisatie.

1.5.a) Urmonderhof had geen in- en exclusiecriteria omschreven. Indien intensievere zorg nodig was dan geboden kon worden binnen Urmonderhof ging men in overleg met cliënten en/of hun vertegenwoordigers over overplaatsing.

1.5.b) Omdat Urmonderhof niet over in- en exclusiecriteria beschikte, waren deze niet beschikbaar voor cliënten en hun vertegenwoordigers.

1.8.a) Urmonderhof organiseerde algemene activiteiten, met name gericht op de cliënten van het woonzorgcentrum en de omliggende aanleunwoningen. Op de PG-afdeling was van 11.00 uur tot 16.30 uur een dagbestedingscoach werkzaam, die tevens toezicht hield op de huiskamer. Geen van de bewoners van Urmonderhof had een individueel activiteitenplan.

Medewerkers gaven aan dat ze tijd te kort kwamen om met cliënten individueel activiteiten te ondernemen.

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.Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.	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

Urmonderhof werkte met een elektronisch cliëntdossier en een apart behandeldossier. De twee dossiers waren goed aan elkaar gekoppeld. Sinds de zomer van 2016 had Vivantes organisatiebreed veel aandacht besteed aan het cliëntdossier. In Urmonderhof checkte de zorgcoördinator maandelijks of alle cliëntdossiers op orde waren.

2.1 b) Zorgmedewerkers brachten de leefgeschiedenis en persoonlijke kenmerken van de cliënten in kaart in een digital document in het cliëntdossier. Dit document werd regelmatig bijgewerkt met nieuwe informatie.

2.3 a) Het behandeldossier was gekoppeld met het cliëntendossier (QIC), zodat opdrachten van behandelaars inzichtelijk waren voor zorgmedewerkers.

2.4 a) Medewerkers maakten voor elke zorgleefplanbespreking een risico-inventarisatie over de cliënt. Wanneer medewerkers in de dagelijkse zorg observeerden dat er mogelijk risico's ontstonden, vulden ze ook een risico-inventarisatie in.

2.4 b) Wanneer er voor een cliënt een verhoogd risico was, maakten zorgmedewerkers een "plan-do-act" (PDA) aan in het zorgdossier. Hierin beschreven zij acties en op de acties konden zij rapporteren.

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

3.1 b) Medewerkers speelden in op behoeften van individuele cliënten door de mogelijkheid te bieden tot uitslapen, de aanwezigheid van een hond op de PG-afdeling en het meerdere malen per dag begeleiden van een cliënt tijdens een wandeling buiten.

3.2 b) Medewerkers bespraken tijdens cliëntoverleggen onderling de manieren van de bejegening van cliënten. Daarnaast bespraken ze in gedragsvisites de invloed van (hun) gedrag op die van de betreffende cliënt(en).

3.4 a) Medewerkers kenden relevante protocollen en wisten waar ze de protocollen in het systeem konden vinden.

3.4 b) Medewerkers hielden zich aan protocollen, ook waar die hun werk frustreerden. Zo waren medewerkers het niet eens met het medicatiedistributieprotocol dat hun verbood een aantekening op de

medicatielijst te maken. Wanneer cliëntvertegenwoordigers als ze hun naaste een dagje meenamen de medicatie meekregen, mochten medewerkers dit volgens het protocol niet aantekenen op de aftekenlijst. Ondanks dat dit in de praktijk tot onduidelijkheid leidde (nu was niet te achterhalen of de cliënt daadwerkelijk de medicatie had gekregen), hielden medewerkers zich strikt aan het protocol.

3.6 a) De complexiteit van de zorgvragen van de cliënten was zowel op de PG-afdeling als in het verzorgingshuis (inclusief de 8 plaatsen somatische verpleeghuiszorg) de laatste jaren toegenomen. Medewerkers gaven aan hierin door de zorgaanbieder onvoldoende ondersteuning te hebben gehad door bijvoorbeeld bijscholing.

3.6 c) In 2016 bood de zorgaanbieder met name scholing aan de medewerkers gericht op de bevoegd- en bekwaamheid van de medewerkers en de BHV. In de gesprekken kwam naar voren dat met betrekking tot scholing in 2017 een inhaalslag zou plaatsvinden. Medewerkers van de PG-afdeling volgden naast de Bopz-scholing een agressietraining. Scholing over vakinhoudelijke onderwerpen werden door de behandelaars van Novicare gegeven in de vorm van klinische lessen.

3.7 b) Urmonderhof is in 2015 gaan werken met het Transformatie Model Ouderenzorg (TMO), dat ondersteunend zou zijn aan de veranderingen in de zorgverlening binnen Vivantes. De invoering van het TMO leidde tot een kwantitatieve vermindering van de personele inzet; door het gebruik van ICT en nieuwe zorgroutes zou minder personeel nodig zijn. Binnen Vivantes was inmiddels duidelijk dat het TMO niet voldeed aan de verwachtingen: medewerkers kwamen tijd te kort om goed met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van hun cliënten om te gaan. Medewerkers gaven tijdens het bezoek aan nu onvoldoende tijd te hebben om cliënten individuele aandacht te geven. Daarnaast konden medewerkers zich niet aan alle protocollen houden, omdat de personele bezetting dat niet toe liet. Hierdoor tekenden de medewerkers het toedienen van (risicovolle) medicatie bijvoorbeeld niet direct na het toedienen af.

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	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
	zorg aan de cliënt zijn betrokken, het (probleem)gedrag van de cliënt.				
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			
a)	Het besluit om over te gaan tot toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en) en de verantwoordelijke voor dit besluit zijn terug te vinden in het cliëntdossier.	x			
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).	x			
a)	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.	x			
a)	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.	x			
5.8	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.	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

5.1 a) In de Bopz nota omschreef Vivantes de visie op vrijheidsbeperking als "geen vrijheidsbeperkingen, tenzij...". In de praktijk kwam dat volgens de nota neer op het uitsluitend toepassen van vrijheidsbeperkingen bij hoge uitzondering en na uitvoerig overleg met het multidisciplinair team en uitgebreid onderzoek naar alternatieve mogelijkheden. Het uitgangspunt bij de toepassing van vrijheidsbeperking was dat dit van tijdelijke aard moet zijn.

5.1 c) De Bopz nota van Vivantes beschreef een procedure voor waarneming van de Bopz arts. Deze waarneming werd ingevuld door de eerste geneeskundige.

5.9 b) Uit de gesprekken kwam naar voren dat de artsen van de verschillende locaties van Vivantes onderling hun cijfers over middelen en maatregelen bespraken. Uit die overleggen leerde men van elkaar hoe vrijheidsbeperking verder kon worden teruggedrongen.

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 van ZZP's van cliënten van de locatie Urmonderhof.
- Overzicht van fte's van zorgmedewerkers en behandelaars op de locatie Urmonderhof (incl. inzet van uren psycholoog).
- Dienstenpatroon/werkroosters (dagplanning) van medewerkers.
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop van de locatie Urmonderhof.
- Inzet van invalkrachten op deze locatie in het afgelopen jaar.
- Overzicht van scholing in de afgelopen twee jaar aan de medewerkers van deze locatie en de planning voor het lopende jaar.
- Indien van toepassing: bevoegd- en bekwaamheidsregistratie BIG-handelingen van alle medewerkers die zorg aan de cliënten verlenen.
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van locatie Urmonderhof.
- Meest recente cliënttevredenheidsonderzoek en daarvoor ingezette verbeteracties.
- Overzicht van geregistreerde vrijheidsbeperkende maatregelen van de afgelopen zes maanden van locatie Urmonderhof.
- Bopz nota Vivantes, inclusief functiebeschrijving Bopz-arts.
- Overzicht van de interne audits in 2015 en 2016 en de daarvoor ingezette verbeteracties.
- Regeling Verklaring omtrent Gedrag van Vivantes.

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.

Circulaires en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.

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.

- 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 Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Vivantes Zorggroep
T.a.v. de raad van bestuur
Postbus 650
6160 AR GELEEN

Datum 23 januari 2017
Onderwerp vaststellen rapportbrief inspectiebezoek medicatieveiligheid
aan locatie Urmonderhof te Urmond op 29 december 2016

Geachte raad van bestuur,

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 29 december 2016 een onaangekondigd bezoek gebracht aan locatie Urmonderhof te Urmond (hierna: Urmonderhof). De inspectie toetste de geboden zorg onder andere op het thema medicatieveiligheid.

Naar aanleiding van dit bezoek heeft de inspectie u op 3 januari 2018 met kenmerk 2017-1365538/V1013674/SZ/bvp een conceptrapportbrief toegestuurd. De inspectie heeft u hierbij verzocht vóór 10 januari 2017 te reageren indien u feitelijke onjuistheden in de conceptrapportbrief heeft aangetroffen. Aangezien de inspectie geen reactie van u heeft ontvangen heeft de inspectie de rapportbrief hiermee vastgesteld. Onderstaand treft u de vastgestelde rapportbrief aan.

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

- Zorgmedewerkers
- Zorgcoördinator
- Manager Verpleging & Verzorging
- Specialist ouderengeneeskunde
- Cliëntdossiers en medicatieklapper
- Rondgang door de locatie
- Overzicht medicatievoorraad
- Geneesmiddelendistributieprotocol.

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

Vivantes

Woonzorgcentrum Urmonderhof is één van de negen zorglocaties van de stichting Vivantes. Vivantes verleent zorg en behandeling in de gemeenten Sittard, Geleen, Beek en Stein.

Locatie Urmonderhof

Urmonderhof is een woonzorgcentrum gelegen in Urmond. Urmonderhof beschikt over 13 kamers voor verzorgingshuiszorg en 8 kamers voor somatische verpleeghuiszorg. Daarnaast beschikt Urmonderhof over een BOPZ aangemerkte unit voor psychogeriatrische verpleeghuiszorg (hierna: PG-unit) voor 18 cliënten. In Urmonderhof woont 1 cliënt met een ZZP uit de sector lichamelijk

gehandicapt, 7 cliënten met ZPP 4, 15 met ZPP 5, 7 met ZPP 6, 4 met ZPP 7, en 4 met ZPP 8.

De cliënten op de PG-unit hebben allen een eenpersoonskamer met eigen badkamer. De kamers liggen aan een gang met in het midden een huiskamer. Alle 18 cliënten maken gebruik van de huiskamer, die, indien gewenst, door een scheidingswand in twee delen kan worden opgesplitst. In de huiskamer is een open keuken aanwezig waar kleine gerechten kunnen worden bereid. De warme maaltijd ontvangt de PG-unit vanuit de centrale keuken van Urmonderhof. Centraal in het gebouw op de benedenverdieping ligt een zaal waar activiteiten worden georganiseerd en waar maaltijden worden geserveerd.

Behandeling

Zorggroep Vivantes Zorggroep heeft de functie behandeling ingekocht via Novicare. Novicare is een zorgonderneming die specialisten ouderengeneeskunde, psychologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten in dienst heeft. Novicare biedt zelfstandig de dienst behandeling en begeleiding aan voor verpleeghuizen in Nederland.

Verpleging en Verzorging

Een manager Verpleging & Verzorging is verantwoordelijk voor de locatie. De directe aansturing van de betrokken medewerkers in Urmonderhof is in handen van de zorgcoördinator.

In het verzorgingshuis gedeelte van Urmonderhof werken overdag twee verzorgenden en 's morgens een helpende. In de avond zijn een verzorgende en een helpende werkzaam. Voor de PG-unit zijn er overdag drie verzorgenden aan het werk. In de ochtend werkt er een horecamedewerker en tussen 11.00 uur en 16.30 een dagbestedingscoach. In de avond zijn twee verzorgenden en een horecamedewerker werkzaam.

In de nacht is er voor het hele woonzorgcentrum 1 verzorgende aan het werk, die een beroep kan doen op een zwerfwacht (verzorgende) en een verpleegkundige van dienst.

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-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			
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		

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

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 b) Bij de rondgang trof de inspectie inhalatoren voor longmedicatie en insulinepennen aan zonder naamsticker op de primaire verpakking.

4.7 c) Niet alle geopende medicinale druppels bevatten een sticker met de openings- of houdbaarheidsdatum. Van de verpakkingen die wel een sticker bevatten, bleken sommigen over de houdbaarheidsdatum te zijn.

4.9 a) Niet alle medicatie van de afgelopen week was afgetekend. Medewerkers gaven aan dat het geneesmiddelendistributie protocol van Vivantes voorschreef dat men eerst een bolletje zette wanneer medicatie meegenomen werd naar een cliënt. Wanneer de cliënt de medicatie daadwerkelijk innam tekenden medewerkers met een paraaf af. Voor deze dubbele handeling konden medewerkers niet altijd tijd vinden.

Volgens het geneesmiddelendistributie protocol mochten medewerkers geen paraaf of aantekening maken wanneer ze medicatie meegaven aan (familie van) cliënten die buitenshuis een bezoek brachten. Hierdoor was op de aftekenlijst niet duidelijk of de medicatie niet was toegediend, of een paraaf vergeten was, of expres niet gezet omdat de medicatie was meegegeven. **Conclusie: geboden zorg voldoet niet aan alle normen en is daardoor risicovol**

De zorg die Urmonderhof biedt, voldoet niet aan vier 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 Locatie binnen vier weken na 29 december 2016 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 Urmonderhof een verhoogd risico lopen op gezondheidsschade. De inspectie verwacht dat u maatregelen neemt en binnen vier weken na 29 december 2016 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 **24 januari 2017** per e-mail naar ri.utrecht@igz.nl en in cc aan vvrt@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 vervolgsbezoek noodzakelijk is en als blijkt dat nog niet voldaan wordt aan de normen, overgegaan moet worden tot handhavende maatregelen.

De inspectie attendeert u erop dat zij alle vastgestelde rapportbrieven 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).

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.