

ontv. d.d.	6-3-2015
inschrijfnr.	I.15.029
dossier	0.01.2
actie	HS
C.C.	HP nm TB BM JB BV

> Retouradres Postbus 2680 3500 GR Utrecht

Stichting de Zorgboog
Raad van bestuur
Postbus 16
5760 AA BAKEL



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Datum 5 maart 2015
Onderwerp vastgesteld rapport inspectiebezoek op 13 januari 2015 aan
Zorgboogcentrum de Nieuwenhof te Deurne

Geachte raad van bestuur,

Op 13 januari 2015 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een inspectiebezoek gebracht aan Zorgboogcentrum de Nieuwenhof te Deurne. Het bezoek is gebracht door de heer M.E.W. Melchior, coördinerend/specialistisch senior inspecteur en ondergetekende.

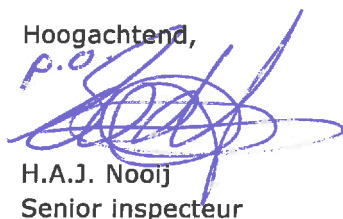
Naar aanleiding van dit bezoek heeft de inspectie u op 26 januari 2015 met kenmerk 2015-1150633/V1001363/pr6/BN/cva een conceptrapport toegestuurd. De inspectie heeft u hierbij verzocht vóór 17 februari 2015 te reageren indien u feitelijke onjuistheden in het conceptrapport heeft aangetroffen.

Uw reactie op het conceptrapport heeft de inspectie op 17 februari 2015 in goede orde ontvangen. Hieronder volgt de reactie van de inspectie. Uw reactie heeft bij de verschillende door u aangegeven punten (1.1-1.2-1.5-3.11-4.3-4.8 en 4.11) geleid tot aanpassingen in de toelichtingen in het inspectierapport. Het inspectieoordeel blijft echter ongewijzigd.

Hiermee heeft de inspectie het rapport vastgesteld. Bijgaand treft u een exemplaar aan.¹

Ik verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,


H.A.J. Nooij
Senior inspecteur

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2680
3500 GR Utrecht
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Inlichtingen bij
H.A.J. Nooij
ri.utrecht@igz.nl

Ons kenmerk
2015-1161343
V1001363/BN/sdv

Bijlagen
1

Uw kenmerk
HP.id.15.035

Uw brief
17 februari 2015

¹ Zoals in eerdere brieven is aangekondigd, maakt de inspectie haar rapporten, na vaststelling, openbaar. De inspectie maakt het rapport over uw instelling niet eerder openbaar dan drie weken na vaststelling van het rapport. Openbaarmaking gebeurt door het plaatsen van het vastgestelde rapport op www.igz.nl.



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport van het inspectiebezoek op
13 januari 2015
aan Zorgboogcentrum de Nieuwenhof
te Deurne

Utrecht
Maart 2015

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Aanleiding en belang	3
1.2	Doelstelling	3
1.3	Methode	3
1.4	Toetsingskader	3
1.5	Beschrijving locatie	4
2	Conclusies	5
2.1	Overzicht van de resultaten	5
2.2	De Nieuwenhof is een zorgorganisatie in beweging waarbij sprake is van cliëntgerichtheid en kwaliteitsontwikkeling.....	5
2.3	Kwaliteitsborging is belangrijk aandachtspunt.....	5
2.4	Mystery guests bevestigen cliëntperspectief/-gerichtheid	6
2.5	Cliëntenraad/regioraad is structureel betrokken bij zorgverlening en organisatie de Nieuwenhof en stichting de Zorgboog.....	6
2.6	Conclusie: niet alle normen worden nageleefd	6
3	Handhaving	7
3.1	Door de zorgaanbieder te treffen maatregelen	7
3.2	Resultaatsverslag.....	7
3.3	Beoordeling van overige locaties	7
3.4	Vervolgacties inspectie	7
4	Resultaten inspectiebezoek.....	8
4.1	Sturen op kwaliteit en veiligheid	8
4.2	Cliëntdossier.....	9
4.3	Deskundigheid en inzet personeel	11
4.4	Medicatieveiligheid	12
4.5	Vrijheidsbeperking	14
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten.....	15
Bijlage 2	Overzicht wetten, veldnormen, circulaire en rapporten	16

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 13 januari 2015 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Zorgboogcentrum de Nieuwenhof, onderdeel van stichting de Zorgboog (hierna: de Nieuwenhof) te Deurne. In dit rapport wordt eerst het kader uiteengezet waarin de inspectie het bezoek bracht. Achtereenvolgens worden in de volgende hoofdstukken beschreven de conclusie, de handhaving (met daarin de te nemen maatregelen) en de resultaten.

1.1 Aanleiding en belang

De inspectie heeft als doel de risico's op gezondheidsschade bij cliënten te beperken door naleving te bevorderen van wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden bij ondertoezichtstaanden. De inspectie kiest daarbij prioriteiten op basis van mogelijke risico's op gezondheidsschade voor de cliënt. Hierbij gaat extra aandacht uit naar kwetsbare groepen. In dit kader verricht de inspectie binnen de langdurige zorg een groot aantal aangekondigde en onaangekondigde bezoeken.

1.2 Doelstelling

Doel van het inspectiebezoek aan de Nieuwenhof was te beoordelen in hoeverre de Nieuwenhof voldoet aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's op gezondheidsschade voor de cliënt beperken.

1.3 Methode

De inspectie gebruikte een bezoekinstrument waarin de te toetsen onderwerpen en de normen zijn vastgelegd. De volgende onderwerpen kwamen aan bod:

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

Om tot een oordeel te komen heeft de inspectie:

- Gesprekken gevoerd met cliënten/cliëntvertegenwoordigers.
- Gesprekken gevoerd met uitvoerend medewerkers en het management(team).
- Cliëntdossiers ingezien.
- Documenten ingezien, genoemd in bijlage 1.
- Een rondgang gemaakt door de locatie.

Voorafgaand aan het inspectiebezoek hebben twee mystery guests op 9 januari 2015 een bezoek gebracht aan de Nieuwenhof. Zij hebben informatie verzameld door middel van observaties en gesprekken vanuit de invalshoek van de cliënt. De informatie van de mystery guests is als bron gebruikt bij de totstandkoming van dit rapport en zal, waar van toepassing, in het rapport worden gememoreerd.

1.4 Toetsingskader

De normen die de inspectie toetste zijn gebaseerd op de wet- en regelgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisatie en brancheverenigingen en aan zorgvuldigheidsnormen van de inspectie zelf (zie bijlage 2).

1.5

Beschrijving locatie

De Nieuwenhof maakt deel uit van de stichting de Zorgboog. Het centrum biedt verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg somatiek en psychogeriatric, kortdurend verblijf, extramurale zorg, groepsverzorging, dagbehandeling en dagverzorging. Er zijn twee afdelingen psychogeriatric van ieder dertig cliënten. Op dit moment loopt er een pilot waarbij een afdeling is opgesplitst in twee groepen 'kleinschalig wonen' van vijftien cliënten met ieder een eigen team. Een leefgroep psychogeriatric is bestemd als screeningsafdeling en voor crisisinterventie. De afdeling somatiek is bestemd voor dertig cliënten. Verzorgingshuisplaatsen die beschikbaar komen worden bestemd voor extramurale zorg.

De Nieuwenhof heeft aan de buitenkant een moderne uitstraling. De entree is ruim opgezet met een ontmoetingsplaats voor cliënten en bezoekers. De afdelingen bestaan uit een- en tweepersoonskamers met gedeelde sanitaire voorzieningen op de gang. De afdelingen liggen op de parterre en eerste verdieping.

Op de afdelingen werken merendeels verzorgenden. Op elke afdeling werkt eveneens een 'eerste verpleegkundige' die tevens taken heeft op het gebied van coördinatie, kwaliteitsbewaking en -bevordering. De eerste verpleegkundige op de somatische afdeling toetst regelmatig de inhoud van de zorgdossiers en bespreekt dit met de coördinatoren zorg. De inhoud van de functie moet nog verder uitgekristalliseerd worden.

Binnen de afzonderlijke teams zijn twee verzorgenden aangesteld als 'cozo' (coördinator zorg) met een eerst verantwoordelijke taak naar een groep cliënten. Zij stellen het zorgleefplan op, onderhouden het contact met familie/ vertegenwoordigers en wonen het multidisciplinaire overleg (MDO) bij.

Elke afdeling heeft zogenaamde 'aandachtvelders' die het kwaliteitsbeleid met betrekking tot bepaalde zorggebieden vormgeven (bijvoorbeeld hygiëne, wondverzorging, medicatie en elektronisch zorgdossier).

Sinds oktober 2014 zijn voor de Nieuwenhof twee nieuwe managers aangesteld. Het beleid binnen de Zorgboog is, om het management regelmatig te laten rouleren.

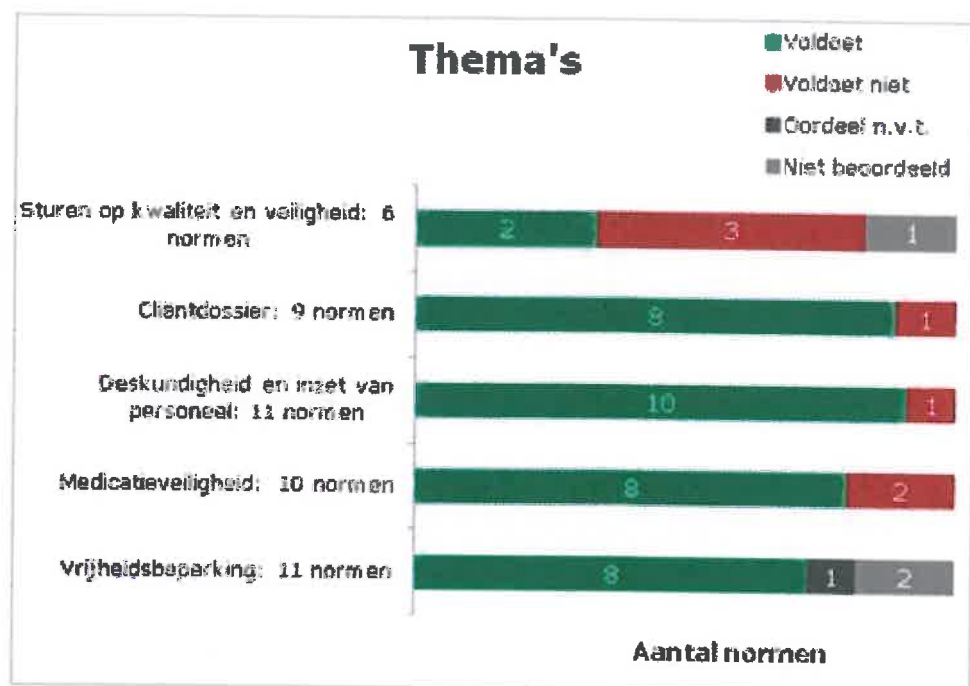
Binnen de Nieuwenhof werkt ook een nurse practitioner. Sinds enkele maanden wordt capaciteitsplanning toegepast. Er wordt daarbij gekeken hoe de personeelsinzet het beste aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt. Het betreft alleen de medewerkers in de directe zorg. Vakinhoudelijk specialisten zoals artsen, psychologen en fysiotherapeuten doen er niet aan mee. Deze nieuwe werkwijze brengt de nodige onrust met zich mee, omdat medewerkers soms andere werktijden krijgen.

2 Conclusies

Dit hoofdstuk start met een totaaloverzicht van de bevindingen. In hoofdstuk 4 (resultaten) zijn de bevindingen toegelicht. Daarna volgen paragrafen met een beschouwend karakter. In de afsluitende paragraaf geeft de inspectie haar conclusie.

2.1 Overzicht van de resultaten

Tabel 1 biedt een overzicht van de beoordeelde normen per thema.



2.2 De Nieuwenhof is een zorgorganisatie in beweging waarbij sprake is van cliëntgerichtheid en kwaliteitsontwikkeling

De inspectie heeft op basis van de gesprekken die zij met verschillende zorgverleners heeft gevoerd de indruk gekregen dat er bewuste en attente zorg en aandacht is voor de bewoners. Tegelijkertijd wordt er naast de drukte van het alledaagse werk aandacht besteed aan het verder ontwikkelen van voorwaarden, om de zorg beter op de bewoner af te stemmen. Voorbeelden hiervan zijn het nieuwe digitale zorgdossier, de capaciteitsplanning en de inzet van hogere deskundigheid.

2.3 Kwaliteitsborging is belangrijk aandachtspunt

De inspectie constateerde dat er verschillende kwaliteitsborgende elementen aanwezig zijn binnen de Nieuwenhof. Zo wordt er op structurele wijze kwaliteitsinformatie verzameld door bijvoorbeeld een cliëntenraadpleging, de regioraad en de meldingen incidenten cliënten commissie (MIC). Toch is de kwaliteitscirkel nog niet altijd rond. De zogenaamde 'plan, do, check, act cyclus' is niet altijd zichtbaar.

Het verdient ook aandacht de bereikte kwaliteitsontwikkeling verder te borgen en vast te leggen bij de daarvoor verantwoordelijke medewerkers. Taken zouden in dat opzicht nader omschreven en uitgewerkt kunnen worden. Te denken valt hierbij aan de 'eerste verpleegkundigen'.

Meer aandacht mag er in dit kader ook zijn voor het opstellen en bespreken van verbeteracties op basis van analyses van de MIC.

2.4 Mystery guests bevestigen cliëntperspectief/-gerichtheid

De mystery guests hebben gesprekken met enkele medewerkers gevoerd en geobserveerd vanuit de invalshoek van de cliënt. De mystery guests constateerden tijdens de rondleiding op de verschillende afdelingen een rustige en gemoedelijke sfeer. Vanuit de medewerkers was er oog en aandacht en een vriendelijk woord voor de cliënten. Door het gebruik van nog aanwezige tweepersoonskamers is er sprake van beperkte privacy. De beperkte mogelijkheid om naar buiten te kunnen voor bewoners op de eerste etage is nadelig. Ondanks de ouderdom van het gebouw maakte het een nette en schone indruk.

2.5 Cliëntenraad/regioraad is structureel betrokken bij zorgverlening en organisatie de Nieuwenhof en stichting de Zorgboog

Cliënten en cliëntvertegenwoordigers vanuit de Nieuwenhof hebben zitting in de regioraad. De regioraad wordt voorgezeten door een vertegenwoordiger namens de raad van bestuur. Afdelingshoofden nemen soms ook deel aan de regioraad. In hoofdlijnen wordt tevredenheid uitgesproken over de zorgverlening binnen de Nieuwenhof. Wel is er sprake van zorg over de mogelijke toename van de werkdruk. Deze werkdruk zou kunnen ontstaan vanuit de actuele invoering van vastgestelde zorgtijden in het zorgdossier.

2.6 Conclusie: niet alle normen worden nageleefd

De Nieuwenhof voldoet nog niet aan alle normen.

Dit geeft een mogelijk risico op onverantwoorde zorg en gezondheidsschade voor de cliënt. Om de risico's te beperken wordt van u verwacht dat u maatregelen neemt. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen en vervolgacties.

3 Handhaving

In dit hoofdstuk zijn per thema de scores op de normen, die als onvoldoende zijn beoordeeld in een overzicht weergegeven. Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat er maatregelen genomen worden in de Nieuwenhof binnen een daarvoor vastgestelde termijn.

De inspectie maakt hierbij onderscheid tussen termijnen van vier weken of zes maanden. De inspectie gaat ervan uit dat hoofdstuk 4 voldoende informatie bevat om de benodigde verbeteringen uit te voeren om te voldoen aan de hieronder genoemde normen.

3.1 Door de zorgaanbieder te treffen maatregelen

Normen waaraan binnen maximaal zes maanden na de bezoeksdatum voldaan moet zijn:

- 1.1 De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering.
- 1.2 (bijna) Fouten worden systematisch en structureel gemeld, verzameld, geanalyseerd en gebruikt voor verbeteracties.
- 1.5 De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.
- 2.4 Risico's voor de cliënt zijn geïnventariseerd door de zorgverleners en de zorg en ondersteuning zijn hierop gebaseerd.
- 3.11 Medewerkers werken volgens relevante gedragscodes (gedrags-, meld) codes.
- 4.3 De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven en legt de gemaakte afspraken daarover vast in het zorg-/ondersteuningsplan.
- 4.11 Er is geborgd beleid rondom de omvang, identiteit en opslag van de voorraad geneesmiddelen.

3.2 Resultaatsverslag

De inspectie verwacht een resultaatsverslag waarin per norm staat:

- Of binnen de gestelde termijn is voldaan aan de norm.
- De aanpak en acties waarmee is bereikt dat aan de norm is voldaan.
- De wijze waarop is gemeten dat aan de norm is voldaan.

De inspectie verwacht het resultaatsverslag voor de normen waaraan u binnen zes maanden na de bezoeksdatum moet voldoen uiterlijk 13 juli 2015.

3.3 Beoordeling van overige locaties

De inspectie verwacht dat het verantwoordelijk management ook in andere locaties of in ander teams beoordeelt of aan de normen wordt voldaan en zo nodig passende maatregelen neemt.

3.4 Vervolgacties inspectie

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

4 Resultaten inspectiebezoek

Dit hoofdstuk start met een overzicht per thema van de scores op de normen. De inspectie geeft in dit hoofdstuk in principe alleen een toelichting als niet aan de norm is voldaan. In sommige gevallen zal ook bij normen waar wel aan is voldaan een toelichting opgenomen kunnen worden. 'Niet van toepassing' wordt gescoord als de situatie waarop de norm van toepassing is, in deze locatie of binnen het team nooit voorkomt. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is, op de locatie wel voorkomt, maar niet aan de orde is geweest tijdens het bezoek. De nummering van de normen is niet altijd opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen en niet alle normen uit dit bestand worden getoetst.

4.1 Sturen op kwaliteit en veiligheid

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
1.1	De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering.		x		
1.2	(bijna) Fouten worden systematisch en structureel gemeld, verzameld, geanalyseerd en gebruikt voor verbeteracties.		x		
1.3	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de wet en maakt deze bekend bij de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger.	x			
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.	x			
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.		x		
1.8	De zorgaanbieder zorgt er voor dat zinvolle dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.				x

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 1.1 Het was onduidelijk wat er binnen de locatie en stichting ondernomen was met betrekking tot het cliënttevredenheidsonderzoek dat in 2013 plaatsvond. Acties zijn in een volgsysteem ingevoerd. Tijdens het inspectiebezoek kon echter geen concreet beschreven actieplan overlegd worden. Zie ook 1.2.
- 1.2 De jaarverslagen van de MIC gaven een goed overzicht van de meldingen die zijn gedaan. Er wordt bijvoorbeeld het aantal, aard en tijdstip van de melding weergegeven. Het zijn echter vooral kwantitatieve overzichten. Door de raad van bestuur wordt aangegeven dat indien er sprake is van een melding met risicoscore 3 of hoger er altijd een analyse plaatsvindt. Indien er aanleiding toe is wordt een uitgebreide prisma-analyse verricht die binnen de afdeling besproken wordt en naar aanleiding waarvan mogelijke noodzakelijke

acties worden uitgezet.

Er werden door de inspectie geen documenten aangetroffen waarin aanbevelingen of verbeteracties werden gegeven die zowel locatiegebonden als stichtingsbreed getroffen moesten worden.

- 1.5 Aandacht wordt besteed aan capaciteitsplanning wat betreft de inzet van de juiste expertise. Plaats van opname van een cliënt wordt beoordeeld in het cliëntcontactcentrum, rekening houdend met de formele CIZ-indicatie, de mogelijkheden van betreffende afdelingen en specifieke zorgvragen van de cliënt.

Er was echter geen specifiek plaatsingsbeleid beschreven over de groepssamenstelling in relatie tot de deskundigheid van de medewerkers binnen deze locatie of binnen het team. In- en exclusiecriteria liggen niet expliciet vast ter informatie intern en voor cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger.

4.2 Cliëntdossier

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	Iedere cliënt heeft een zorg-/ondersteuningsplan.	x			
2.2	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van en heeft aantoonbaar ingestemd met het zorg-/ondersteuningsplan.	x			
2.3	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.	x			
2.4	Risico's voor de cliënt zijn geïnventariseerd door de zorgverleners en de zorg en ondersteuning zijn hierop gebaseerd.		x		
2.5	De in het zorg-/ondersteuningsplan beschreven zorg-/ondersteuningsproblemen, de doelen, acties, rapportage en evaluaties zijn congruent met elkaar.	x			
2.6	In het cliëntdossier is informatie van betrokken disciplines op een afgesproken plaats terug te vinden.	x			
2.7	In het cliëntdossier is de dagelijkse rapportage opgenomen.	x			
2.9	In het zorg-/ondersteuningsplan is vastgelegd welke disciplines met welke verantwoordelijkheden zijn betrokken bij de verschillende onderdelen van de zorgverlening.	x			
2.10	De cliënt of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan.	x			

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 2.4 Risico-inventarisaties werden onvoldoende standaard afgenomen bij opname en opgenomen in het zorgdossier. In die zin pasten zorg-/ondersteuningsdoelen onvoldoende bij de resultaten van de risico-inventarisaties. Er is wel aandacht voor de verschillende risico's zoals voeding en vallen. Een valrisicoformulier is wel aanwezig, maar niet altijd ingevuld.

4.3 Deskundigheid en inzet personeel

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht.	X			
3.2	Medewerkers kennen de impact van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.	X			
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis van en vaardigheden voor de doelgroep van cliënten.	X			
3.4	Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.	X			
3.5	Alleen bevoegde en bekwame medewerkers voeren voorbehouden en risicovolle handelingen uit.	X			
3.6	Medewerkers krijgen de benodigde scholing om verantwoord te kunnen werken met de doelgroep en de zorgproblematiek van de cliënten.	X			
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende deskundige medewerkers in ter uitvoering van de dagelijkse zorg.	X			
3.8	De zorgaanbieder regelt dat vakinhoudelijk specialisten in voldoende mate beschikbaar zijn.	X			
3.9	De zorgaanbieder verzamelt, analyseert en onderneemt zo nodig acties met betrekking tot belangrijke contextuele factoren van inzet van personeel.	X			
3.10	Medewerkers en management kennen de grenzen van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden en schakelen tijdig vakinhoudelijke specialisten in.	X			
3.11	Medewerkers werken volgens relevante gedragscodes. (gedrags-, meld)codes.		X		

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 3.11 De meldcode geweld in afhankelijkheidsrelaties was niet of onvoldoende bekend bij medewerkers. Verdere implementatie van de meldcode gaat dit jaar plaatsvinden.

4.4 Medicatieveiligheid

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
4.1	De arts en de apotheker verrichten jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.	X			
4.2	De medicatie wordt alleen gemalen met schriftelijke instemming per geneesmiddel van de arts of apotheker.	X			
4.3	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven en legt de gemaakte afspraken daarover vast in het zorg-/ondersteuningsplan.		X		
4.4	De procedure rondom uitzetten, toedienen en registreren is beschreven in een procedure farmaceutische zorg.	X			
4.5	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en toedienlijst van de apotheker.	X			
4.6	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van het toegediende geneesmiddel.	X			
4.7	Niet GDS medicatie wordt door een tweede bekwaam persoon gecontroleerd, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.	X			
4.8	De medewerker past door de apotheek uitgezette medicatie alleen aan op aantoonbaar voorschrift van de arts.	X			
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie op (door de apotheek verstrekte) toedienlijst.	X			
4.11	Er is geborgd beleid rondom de omvang, identiteit en opslag van de voorraad geneesmiddelen.		X		

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 4.3 Een vastgestelde en geïmplementeerde procedure om te bepalen of de cliënt de medicatie geheel of gedeeltelijk op verantwoorde wijze in eigen beheer kan houden was nog niet effectief. De zorgaanbieder heeft een afsprakenformulier beoordeling beheer eigen medicatie en een vragenlijst beoordeling beheer eigen medicatie opgenomen in het kwaliteitshandboek. Betreffende documenten en daarmee samenhangend beleid gaan dit jaar geïmplementeerd worden.

- 4.8 Door de apotheker wordt de dag volgend op de wijziging meteen een nieuwe baxter aangeleverd. Op de betreffende dag zelf wordt door de verzorging zo nodig medicatie uit de baxterrol verwijderd. Dit is niet op een andere wijze te ondervangen volgens de raad van bestuur. De handeling is echter niet conform de 'veilige principes in de medicatieketen'. De apotheek is verantwoordelijk, het betreffende medicijn te verwijderen en dus direct een nieuwe baxterrol aan te leveren.
- 4.11 Genoemd beleid is volgens de raad van bestuur vastgelegd in het kwaliteitshandboek in de werkinstructie 'voorraadbeheer medicatie'. Dit jaar gaat hier extra aandacht aan besteed worden. Tijdens het inspectiebezoek werd geen specifiek sleutelbeleid aangetroffen voor de algemene medicatievoorraad. Alle verzorgenden hebben toegang tot deze algemene voorraad waarin ook opiaten opgeslagen waren. Medicatie onder opiumwetgeving werd niet in afgesloten kast/kluis bewaard.

4.5 Vrijheidsbeperking

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
5.1	De zorgaanbieder beschrijft visie en beleid over preventie, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.	x			
5.2	Voorafgaand aan de vrijheidsbeperkende maatregel(en) is een (probleem)analyse verricht van het gedrag van de cliënt.				x
5.3	Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.	x			
5.4	In dialoog met cliënt vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).	x			
5.5	Een arts of een gedragskundige is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).	x			
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de vrijheidsbeperkende maatregel(en).	x			
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgenomen in het cliëntdossier.	x			
5.8	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregel(en) zorgvuldig toe.	x			
5.9	De zorgaanbieder zorgt voor toetsing van besluitvorming en uitvoering, door een niet bij de behandeling betrokken deskundige, als fixatie met onrustband, afzonderen in een daarvoor bestemde ruimte of separatie worden toegepast.			x	
5.10	De zorgaanbieder heeft werkinstructies (protocollen) over het toepassen van alle vrijheidsbeperkende maatregelen.	x			
5.11	De zorgaanbieder heeft een registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau.				x

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

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

- Jaarplan 2015 Clusters Cathe van Neerven en Petra Rijnders.
- MIC-commissie Jaarverslag 2013.
- Maand- en Jaartrend Verzuimpercentage.
- Weekrapportage Afdeling Bongerd.
- Kwaliteitshandboek de Zorgboog.
- Overzicht Bekwaamheidsverklaringen per team/afdeling.

Bijlage 2 Overzicht wetten, veldnormen, circulaires en rapporten

Wetgeving:

- Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ).
- Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ).
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.
- Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg.

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.
- Nationale beroepscodex van Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2007.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS,ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- RIVM Hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra, 2012.
- Richtlijn Probleemgedrag, Verenso, 2006.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005.

Circulaires en rapporten:

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