

ONTVANGEN 1 9 SEP 2016



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting WoonZorgcentra Haaglanden (WZH)
Raad van bestuur
Polanenhof 497
2548 MP DEN HAAG

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Inlichtingen bij
v.d. Laar
ri.utrecht@igz.nl

Datum 16 september 2016
Onderwerp Vastgestelde rapportage

Ons kenmerk
2016-1329705/
V1009561/KVDL/ak

Bijlagen
1

Datum 16 september 2016
Onderwerp Vastgestelde rapportage

Uw kenmerk
DT/EdG/co/130-160914

Geachte raad van bestuur,

Uw brief
16 september 2016

Op 17 augustus 2016 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een inspectiebezoek gebracht aan WZG Nieuw Berkendael in Den Haag. Het bezoek is gebracht door de heer A.F.C. Tilman, inspecteur en ondergetekende.

Naar aanleiding van dit bezoek heeft de inspectie u op 9 september 2016 met kenmerk 2016-1327322/V1009561/KVDL/avs een conceptrapport toegestuurd. De inspectie heeft u hierbij verzocht vóór 14 september 2016 te reageren indien u feitelijke onjuistheden in het conceptrapport heeft aangetroffen.

Op 14 september 2016 heeft de inspectie uw reactie op het conceptrapport in goede orde ontvangen. Hieronder volgt de reactie van de inspectie.

Uw reactie heeft geleid tot aanpassingen in het inspectierapport. De inspectie heeft de door u voorgestelde tekstuele en inhoudelijke aanpassingen overgenomen. Ook paste de inspectie de onjuiste scores in de grafiek en tabel aan.

Hiermee heeft de inspectie het rapport vastgesteld. Bijgaand treft u het vastgestelde rapport aan. De inspectie sluit hiermee het toezichtbezoek af.

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

Ik verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,



mevrouw drs. C.W.E. van de Laar,
senior inspecteur

Ons kenmerk
2016-1329705/
V1009561/KVDL/ak

Datum
16 september 2016



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

Rapport
van het inspectiebezoek
aan WoonZorgcentra Haaglanden,
locatie WZH Nieuw Berkendael,
in Den Haag
op 17 augustus 2016

Utrecht
september 2016

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 4
1.3	Methode 4
1.4	Toetsingskader 5
1.5	Beschrijving locatie en organisatie 5
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	Management zorgt voor goede sturing op kwaliteit en veiligheid 7
2.2.2	Cliëntdossier en medicatieveiligheid vragen nog om aanscherping 7
2.3	Cliëntgericht werken van hoog niveau 7
3	Handhaving 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 14
4.2.1	Inleiding 14
4.2.2	Scores 15
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 18
4.3.1	Inleiding 18
4.3.2	Scores 18
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 22
4.4.1	Inleiding 22
4.4.2	Scores 22
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 26
4.5.1	Inleiding 26
4.5.2	Scores 26
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 29
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 30
Bijlage 3;	Rapportbrief thema medicatieveiligheid 32

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 17 augustus 2016 een onaangekondigd inspectiebezoek gebracht aan WZH Nieuw Berkendaal, (hierna: Berkendaal) in Den Haag. Berkendaal is één van de locaties van WoonZorgcentra Haaglanden (hierna WZH). In het eerste hoofdstuk van dit rapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het bezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en ten slotte de bevindingen.

1.1 Aanleiding en belang

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

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

Inspectietoezicht op andere locaties WZH

Op 12 november 2014 bezocht de inspectie de locaties WZH De Strijp en WZH Waterhof. De aanleiding hiertoe was de politieke en maatschappelijke onrust die ontstond na berichten in de media over de kwaliteit en veiligheid van de zorg in WZH De Strijp. De inspectie constateerde dat WZH De Strijp niet voldeed aan 8 van de 35 getoetste normen. De inspectie vond dat op deze locatie aandacht noodzakelijk was voor het borgen van ingezette verbeterprocessen. WZH De Waterhof voldeed niet aan 4 van 17 getoetste normen. De inspectie vond op deze locatie dat vooral aandacht nodig was voor de medicatieveiligheid en het waarborgen van een veilige woonomgeving.

WZH nam daarop maatregelen en informeerde de inspectie naar aanleiding van beide inspectiebezoeken aan de hand van resultaatsverslagen over de behaalde resultaten. Met dat bericht sloot de inspectie de inspectiebezoeken aan WZH De Strijp en WZH Waterhof af. Op 10 september 2015 bezocht de inspectie WZH Sammersbrug. De inspectie constateerde dat WZH Sammersbrug niet voldeed aan 8 van de 39 getoetste normen. Uit het inspectiebezoek bleek dat bij Sammersbrug verbeteringen nodig waren voor het naleven van richtlijnen en protocollen en het daadwerkelijk uitvoeren en evalueren van het afgesproken beleid.

Bestuursgesprek 22 januari 2016

Op 22 januari 2016 sprak de inspectie met de bestuurder van WZH in aanwezigheid van enkele staffunctionarissen van WZH. Een aantal meldingen en het inspectiebezoek aan Sammersbrug waren de aanleiding voor dit gesprek. Naar aanleiding hiervan zei WZH toe op korte termijn vele verbeteracties te realiseren. De bestuurder van WZH lichtte het "Overzicht WZH Verbetermaatregelen n.a.v. onderzoeken IGZ 2015" toe waarmee WZH zich ten doel stelde de kwaliteit en veiligheid van het zorgaanbod op alle locaties van WZH te kunnen garanderen.

De bestuurder gaf in het gesprek een toelichting op de drie thema's waarbinnen WZH de (vele) verbeteracties omschreef. WZH werkte de drie gekozen thema's uit voor de periode januari 2016 tot en met september 2016. Aan de thema's crisisdienst, complexe gedragsproblematiek en WZH algemeen koppelde WZH een aantal verbeterprojecten. Per project beschreef WZH de gewenste eindresultaten en een streefdatum. Tevens omschreef WZH hoe de evaluatie en borging plaats gaat vinden, bijvoorbeeld via interne audits en/of reviews van cliëntendossiers.

De inspectie benoemde in het gesprek naar de bestuurder van WZH, dat het daadwerkelijk SMART formuleren van de verbeterstappen WZH verder zal helpen om effectiviteit te bereiken, te (kunnen) meten en te volgen. De inspectie benadrukte dat de door WZH zelf geconstateerde tekortkomingen in de kwaliteit en veiligheid van het zorgaanbod, wel vereisten dat binnen afzienbare termijn feitelijk goede en aanzienlijke resultaten geboekt zijn met de gekozen aanpak.

Inspectiebezoeken WZH juli/augustus 2016

Naar aanleiding van de eerdere inspectiebezoeken in 2014 en 2015 en het bestuursgesprek op 22 januari 2016, besloot de inspectie WZH opnieuw te bezoeken op drie locaties. Dit om na te gaan of WZH de voorgestelde verbetermaatregelen organisatiebreed invoerde. Op 28 juni 2016 bezocht de inspectie WZH Transvaal en op 28 juli 2016 WZH Prinsenhof. Op 17 augustus volgde het inspectiebezoek bij WZH Nieuw Berkendael.

1.2 Doelstelling

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

- cliënten;
- de voorzitter van de cliëntenraad;
- drie uitvoerende medewerkers;
- een specialist ouderengeneeskunde en een ergotherapeute;
- de locatiemanager, drie teamleiders, een kwaliteitsfunctionaris;
- enkele cliëntdossiers;
- documenten, genoemd in bijlage 1;
- een rondgang door de locatie, inclusief gesprekken met medewerkers en cliënten.

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 en organisatie

Stichting WoonZorgcentra Haaglanden (WZH)

WZH biedt zowel thuiszorg en intramurale zorg, behandeling en begeleiding voor cliënten met psychogeriatrische of somatische problematiek, cliënten met niet-aangeboren hersenletsel en geriatrische revalidatiezorg. WZH heeft 12 woonzorgcentra in de regio's Den Haag, Leidschendam-Voorburg en Zoetermeer en levert thuiszorg.

Locatie Nieuw Berkendael

In Berkendael wonen met name jonge mensen met niet aangeboren hersenletsel (NAH), in de leeftijd van 18 tot 55 jaar. Berkendael biedt ook zorg aan mensen met een bewustzijnsstoornis na coma (niet-responsief waaksyndroom en laagbewuste toestand). Deze zorg is niet leeftijdgebonden. Cliënten die al langer in Berkendael wonen en ouder zijn dan 55 mogen op de locatie blijven wonen als ze dat willen. Oudere cliënten kunnen ook verhuizen naar WZH De Strijp, welke specialistische zorg biedt aan ouderen met NAH.

Berkendael ligt in Houtwijk. Houtwijk is een buurt in de wijk Loosduinen in Den Haag en kent vooral veel nieuwbouw van rond de jaren tachtig.

Berkendael streeft naar een zo zinvol mogelijk leven voor haar cliënten. Een persoonlijk dagprogramma is een essentieel onderdeel hiervan. Berkendael biedt een uitgebreid aanbod aan dagactiviteiten (50 verschillende activiteiten per week) aangevuld met evenementen zoals bijvoorbeeld een Hollandse avond en een barbecue.

Berkendael heeft in totaal 112 plaatsen voor cliënten met NAH, 18 revalidatieplaatsen en 50 plekken voor externe dagbesteding. Berkendael valt onder de wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) en kent geen Bopz-afdeling.

De cliënten wonen allemaal op een eigen kamer en delen een sanitaire voorziening met een aangrenzend wonende cliënt.

Berkendael maakte 7 jaar geleden een kwaliteitsomslag. Onderdeel hiervan was de samenstelling van een groot en vast multidisciplinair behandelteam. Dit team bevat onder andere de volgende disciplines: specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, revalidatiearts (extern via Sophia revalidatie), psychiater (extern via Parnassia), neuroloog (extern via Recuper), ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, diëtist en muziektherapeut.

Bezetting en aansturing

Op vier afdelingen wonen 19 cliënten en op twee afdelingen wonen 18 cliënten. Per dienst werken gemiddeld vier medewerkers (2 verpleegkundigen en 2 medewerkers van een ander niveau). De samenwerking tussen de zorgmedewerkers en de behandeldienst verloopt goed. Men weet elkaar gemakkelijk te vinden. De organisatie kenmerkt zich als plat en informeel. De locatiemanager stuurt de teamleiders aan, evenals diverse ondersteunende diensten. Binnen Berkendael werken relatief veel zorgmedewerkers met een hoger opleidingsniveau (3, 4 en 5). De organisatie werkt verder samen met 80 vrijwilligers die een actieve bijdrage leveren op diverse terreinen ten behoeve van de zorg.

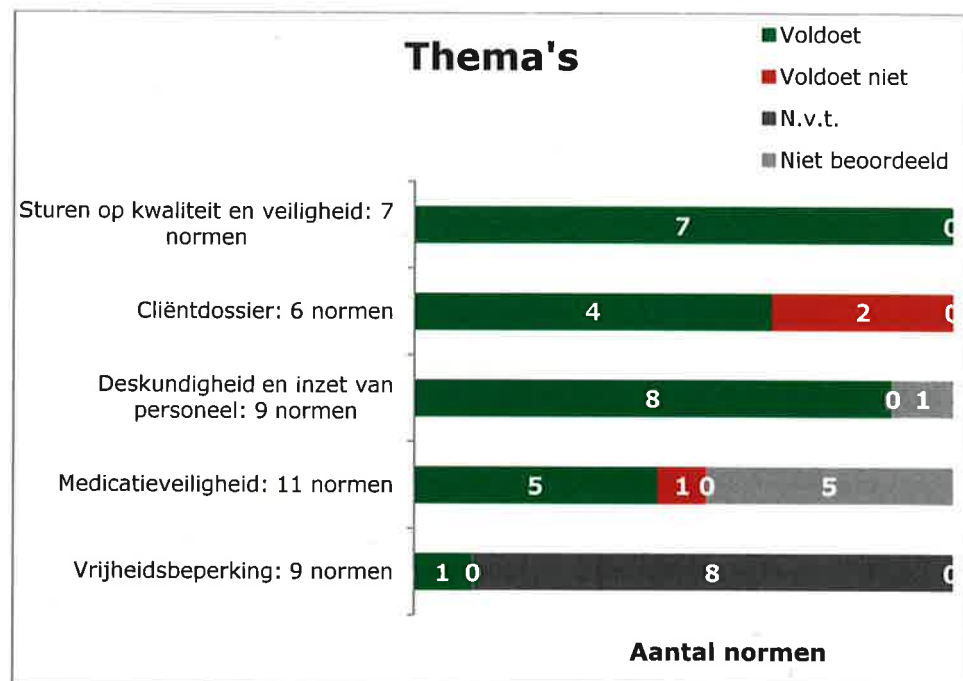
2 Conclusie en onderbouwing

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

2.1 Samenvatting van de scores per thema

De onderstaande tabel biedt per thema een samenvatting van de scores op de normen waaraan de inspectie de geboden zorg toetste.



2.2 Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen

De zorg die Berkendael biedt, voldoet op bijna alle punten aan de normen en beoordelingsaspecten die de inspectie heeft gehanteerd. Bij de 4 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 *Management zorgt voor goede sturing op kwaliteit en veiligheid*
Berkendael verzamelt kwaliteitsinformatie over de geboden zorg via cliëntervaringen, incidentmeldingen en klachten. Ook is het management goed op de hoogte van wat er speelt op de werkvloer. Voor het personeel bestaat een lage drempel om problemen in de zorg aan te kaarten. Zorgmedewerkers hebben het gevoel dat er goed naar hen geluisterd wordt. Berkendael gebruikt de verzamelde informatie aantoonbaar voor verbeteringen in de zorg. Zo intensiverde Berkendael de multidisciplinaire samenwerking na enkele agressieincidenten en signalen dat deze samenwerking niet optimaal verliep. Ook paste Berkendael de personeelsbezetting aan en huurde extra expertise in, naar aanleiding van signalen op de werkvloer.

2.2.2 *Cliëntdossier en medicatieveiligheid vragen nog om aanscherping*
Het cliëntdossier en de medicatieveiligheid binnen Berkendael waren grotendeels op orde. De cliëntdossiers waren volledig en boden een goede basis voor de dagelijkse zorg aan cliënten. Werkafspraken rondom medicatieveiligheid leefden medewerkers voor vrijwel alle getoetste normen na. Wel zijn er nog enkele aandachtspunten. De afspraken rondom retormedicatie werden niet altijd nageleefd. Medewerkers rapporteerden niet op doelen en evaluaties van de zorgleefplannen vonden niet voor iedere cliënt plaats. Deze punten vragen om verdere aanscherping.

2.3 **Cliëntgericht werken van hoog niveau**
Op de website beschrijft Berkendael haar kernwaarden als 'open, samen en geborgen'. Hierbij belooft de zorginstelling persoonlijke zorg passend bij de eigen levensstijl van de cliënt. Tijdens de inspectie droegen de medewerkers van Berkendael deze kernwaarden zeker uit. Medewerkers benaderden de cliënten met respect en vertelden zoveel mogelijk aan te sluiten bij de wensen en behoeften van cliënten. Berkendael heeft een grote groep vrijwilligers en een actieve cliëntenraad. Zij zetten zich in voor een goede zorg en leefomgeving voor de cliënten van het woonzorgcentrum. De sfeer op de afdelingen en de gemeenschappelijke ruimte was huiselijk en warm. De inspectie constateerde een gezellige bedrijvigheid. Berkendael had een groot aanbod van activiteiten. Hierbij streefde de zorginstelling er naar de cliënten zoveel mogelijk in hun kracht te zetten en het aanbod aan te laten sluiten bij de individuele cliënt. Zo bestond het aanbod uit onder andere muziektherapie, handmassage, sport op maat, darten in afzondering als een cliënt even rust nodig heeft, sjoelen, fruit schillen voor de maaltijd, computerspellen (WE) voor beweging, koken, hulp in huishouding etc. Onderdeel van de zorg van Berkendael was ook de aandacht voor de naasten van cliënten, welke vaak zeer betrokken zijn bij het ziekteproces. De goede multidisciplinaire afstemming droeg bij aan een cliëntgerichte werkwijze.

3 Handhaving

De inspectie vertrouwt erop dat de zorgaanbieder verbetermaatregelen neemt op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldeed. De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 4 hiervoor voldoende handvatten biedt.

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder controleert of 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. De strekking van het rapport kan onderwerp van gesprek zijn in het eerstvolgende gesprek met de bestuurder.

Voor het thema medicatieveiligheid geldt een andere handhavinglijn. De inspectie heeft uiterlijk binnen 2 dagen 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 Berkendael nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. De score 'niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Berkendael 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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving ¹ .	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.	x			
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.	x			
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.	x			
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliëntenmedezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en goed luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.	x			
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.	x			
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.	x			
b)	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft/hebben van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.				x
1.8	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.	x			
a)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.	x			

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.9	De zorgaanbieder is in het bezit van een Verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.	x			
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een Verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen. <i>(Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)</i>	x			

Toelichting

1.1 a) Berkendael voerde een CQ-index uit in juni 2015.

1.1 b) Aandachtspunten die naar voren kwamen uit de CQ-index nam Berkendael aantoonbaar op in het locatiebrede beleid voor 2016. Zo was er in 2016 mede naar aanleiding van het cliënttevredenheidsonderzoek extra aandacht aan de relatie tussen cliënten onderling en de bejegening van elkaar. Hiervoor vonden zonodig gesprekken plaats.

1.2 a) Tijdens de gesprekken met medewerkers kwam naar voren dat er binnen Berkendael een veilige meldcultuur heerste. Medewerkers zagen de meerwaarde van het melden en het belang hiervan voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

1.2 b) De kwaliteitsfunctionaris droeg zorg voor de analyse van de meldingen. Analyses waren per thema beschikbaar op locatieniveau en per afdeling.

1.2 c) Op basis van de meldingenanalyses nam Berkendael aantoonbaar verbetermaatregelen. Zo zorgde de zorginstelling voor passende begeleiding en scholing van medewerkers gericht op de regelmatig voorkomende agressieincidenten. Ook nam Berkendael verbetermaatregelen op het gebied van communicatie met mantelzorgers en multidisciplinaire samenwerking naar aanleiding van de analyse van recente meldingen.

1.3 b) Berkendael had een overzicht van de binnengekomen klachten en de wijze van afhandeling van iedere klacht. Op basis van de binnengekomen klachten nam de zorginstelling aantoonbaar verbetermaatregelen.

1.4 b) De voorzitter van de cliëntenraad vertelde zich goed gehoord te voelen door de locatiemanager van Berkendael. De locatiemanager zette zich altijd in om de door de cliëntenraad ingebrachte punten te behandelen en zonodig verbeteringen door te voeren. Ook voelde de voorzitter van de cliëntenraad zich goed betrokken bij belangrijke ontwikkelingen in de organisatie.

1.5 a) Berkendael had in- en exclusiecriteria. Berkendael was bezig deze aan te scherpen naar aanleiding van een recente melding. Ook zochten medewerkers van Berkendael al contact met cliënten en betrokken zorginstanties voorafgaand aan een opname. Dit om een goed beeld te krijgen van de problematiek van de cliënt en de zorg hierbij zo goed mogelijk te laten aansluiten. Berkendael maakte onderdeel uit van een expertisenetwerk NAH in de regio. Op basis daarvan was het mogelijk voortijdig advies in te winnen over de benodigde zorg voor een cliënt.

1.8 a) Berkendael droeg zorg voor een passende dagbesteding voor iedere cliënt, die in de zorginstelling verbleef. Hierbij ging het zowel om groepsactiviteiten als activiteiten op maat. De zorginstelling sloot hierbij zoveel als mogelijk aan bij de behoeften, wensen en mogelijkheden van iedere cliënt. Tijdens de rondgang was te zien dat vrijwel alle cliënten bezig waren met een activiteit of hier naartoe onderweg waren. Het ging om bewegen, knutselen of helpen met de voorbereidingen van het eten. Enkele cliënten voerden werkzaamheden uit in de zorginstelling. Ook bood Berkendael cliënten met een verlaagd bewustzijn passende activiteiten aan.

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.

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

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.²	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			

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
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.	x			
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - huidletsel - incontinentie - vallen - problemen medicatiegebruik - ondervoeding/overgewicht - probleem- of onbegrepen gedrag - mondzorg	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.	x			
2.5	Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.		x		
a)	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.	x			
b)	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.		x		
c)	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.		x		
2.6	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.⁴		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		

⁴ 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.

Algemeen

Berkendaal werkte met een elektronisch cliëntdossier (ECD). Dit ECD was multidisciplinair van opzet. Medewerkers en behandelaren hadden toegang tot het dossier via I-pads en computers. De I-pads hadden als beperking dat er niet altijd optimale toegang was tot WIFI. Om die reden was er voor iedere cliënt ook een papieren versie van het cliëntdossier beschikbaar met de belangrijkste informatie voor de dagelijkse zorg. De EVV-er had als taak deze papieren versies actueel te houden.

Toelichting

2.1 b) Berkendaal stelde het zorgplan altijd op samen met de cliënt en/of cliëntenvertegenwoordigers. Hiervoor hielden medewerkers rekening met de behoeften, wensen en mogelijkheden van de cliënt en brachten ze iemands levensgeschiedenis in kaart. Dit gebeurde door het multidisciplinaire team voorafgaand aan de opname, tijdens het opnamegesprek en op basis van ervaringen in de dagelijkse zorg.

2.2 a) Medewerkers formuleerden zorgdoelen op basis van actuele behoeften, wensen en mogelijkheden van de cliënt.

2.3 b) Medewerkers stelden zorgdoelen voor cliënt altijd op in samenwerking met het multidisciplinaire behandelteam. Berkendaal intensiverde de multidisciplinaire samenwerking op basis van eerdere incidenten. De gesprekspartners vertelden dat deze samenwerking nu erg goed verliep.

2.5 b) Medewerkers rapporteerden niet per doel, maar in het algemeen.

Berkendaal was wel bezig de rapportage te verbeteren en te clusteren per doel.

2.5 c) De beschikbare rapportages maakten het niet mogelijk om zorgvuldig per doel te evalueren omdat medewerkers alleen in het algemeen rapporteerden. Hierdoor miste soms informatie of kostte het veel tijd om deze terug te vinden.

2.6 a) Evaluaties van het zorgleefplan vonden eerst plaats in het multidisciplinaire overleg (MDO). Daarna legden medewerkers deze evaluatie en eventuele bijstelling van het zorgleefplan voor in de zorgleefplanoverleg, waarbij de cliënt/cliëntvertegenwoordiger aanwezig was.

2.6 b) Niet voor iedere cliënt was een evaluatie beschikbaar van het zorgleefplan. Bij een dossier dat de inspectie inzag ontbrak deze evaluatie voor een periode langer dan een jaar. Gesprekspartners vertelden dat het MDO in augustus 2016 was uitgesteld vanwege ziekte van een medewerker. Berkendaal borgde hierbij niet dat een andere medewerker deze taak overnam. Het was niet bekend hoe het zat met eerdere evaluaties bij deze cliënt. Medewerkers dachten dat het kwam omdat deze cliënt al lang in zorg was en afspraken ongewijzigd waren. In andere cliëntdossiers was te zien dat de binnen Berkendaal afgesproken tweejaarlijkse evaluaties van het zorgleefplan wel plaatsvonden.

2.6 c) Bij bovenstaande cliënt vonden evaluaties van de gemaakte afspraken over zorgdoelen en acties niet plaats.

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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.	x			
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.	x			
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.	x			
a)	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.	x			
b)	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.	x			
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.	x			
a)	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.	x			
b)	Medewerkers ervaren dat zij 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

3.3 b) Medewerkers vertelden dat ze zich voldoende toegerust voelden om de benodigde zorg te kunnen bieden aan de cliënten met NAH in de zorginstelling.

3.3 c) Medewerkers ervaarden goede ondersteuning van het multidisciplinaire team en de locatiemanager. Ook zat Berkendael in een regionaal netwerk, specifiek gericht op NAH-cliënten. Als zich problemen met een cliënt voordeden schakelden ze extra deskundigheid in.

3.6 c) Berkendael had voor ieder jaar een scholingsplan voor haar medewerkers. Deze scholing was gericht op het op peil houden van basisvaardigheden en voorbehouden handelingen. Ook bood Berkendael specifieke kennis en vaardigheden die nodig zijn voor het omgaan met NAH-cliënten, zoals 'omgaan met agressie' en 'mantelzorgondersteuning'. Scholing voor vrijwilligers nam Berkendael ook op in haar scholingsplan.

3.7 b) Berkendael zorgde ervoor dat het aantal medewerkers en de deskundigheid van medewerkers aansloot bij de cliënten in zorg. In de gesprekken met medewerkers kwam naar voren dat het locatiemanagement goed zicht had op wat er speelde op de werkvloer en hier de personeelssamenstelling op aanpaste. Medewerkers gaven hierbij aan zich goed gehoord te voelen door het locatiemanagement.

3.7 c) Berkendael borgde de inzet van invalkrachten op een verantwoorde manier. De zorginstelling werkte vanwege de doelgroep zo weinig mogelijk met invalkrachten en probeerde de bezetting intern op te lossen. Soms kon het niet anders, zoals in de vakantieperiode. Medewerkers zorgden dan voor een goede begeleiding van (nieuwe) invalkrachten. Ze vertelden dat de begeleiding van invalkrachten tijdens de vakantieperiode wel zorgde voor een extra belasting van de vaste medewerkers.

3.8 b) Medewerkers vertelden dat ze zich goed en tijdig ondersteund voelden door de vakinhoudelijk specialisten. Berkendael besteedde recent veel aandacht aan het bevorderen van de multidisciplinaire samenwerking. Dit was merkbaar op de werkvloer en had volgens de gesprekspartners een positief effect op de geboden zorg.

4.4 Thema 4: medicatieveiligheid

4.4.1 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.

4.4.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.1	De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.				X
a)	De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de 'Veilige principes in de medicatieketen' ⁵ .				X
b)	In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.				X
4.2	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier.				X
a)	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie.				X
b)	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie, staan in het cliëntdossier.				X
c)	De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.				X

⁵ Handreiking Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN, 2012

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.3	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.	x			
a)	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.	x			
b)	De apotheek maakt en levert de medicatie-overzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatie-overzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.	x			
c)	Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.	x			
4.5	Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie⁶ niet aan.	x			
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ⁴ 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			
b)	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie.		x		
c)	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.	x			

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.7	De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.	X			
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.	X			
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.	X			
c)	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.	X			
4.8	Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS⁷-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.	X			
a)	Voor niet-GDS ⁷ -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			
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.				X
a)	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.				X
b)	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.				X

⁷ GDS = Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.11	De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.				X
a)	De jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker is aantoonbaar uitgevoerd voor alle cliënten.				X
b)	De arts en de apotheker die de medicatiebeoordeling verrichten, hebben oog voor de risico's van polyfarmacie en psychofarmaca en zijn gericht op afbouw.				X
4.12	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.				X
a)	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.				X

Toelichting

4.6 b) Berkendael heeft afspraken met de apotheker over de wijze van afvoeren van de retourmedicatie. Medewerkers leefden deze afspraken alleen niet altijd na. De inspectie zag dat medewerkers de insulinepen van een overleden cliënt gebruikten voor een andere cliënt. De sticker van de overleden cliënt zat nog op de insulinepen. Bij een andere cliënt schreef de arts de dag voor de inspectie voor om te stoppen met twee soorten medicatie. Op de dag van de inspectie zaten de twee betreffende baxterzakjes nog in de medicatiekar en niet in de retourbox.

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.2	Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken, het (probleem)gedrag van de cliënt.				x
a)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt bevindt zich in het cliëntdossier.				x
b)	Bij het maken van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt zijn relevante andere disciplines betrokken.				x
c)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt is gebruikt bij het beoordelen van de inzet van (een) vrijheidsbeperkende maatregel(en) in het licht van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.				x
5.3	Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.				x
a)	In het cliëntdossier is terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.				x
5.4	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				x
a)	Bij het multidisciplinaire overleg (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

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

Toelichting

5.1 a) WZH heeft een organisatiebreed BOPZ-beleid. Onderdeel van dit beleid zijn middelen en maatregelen die vallen onder de WGBO. WZH nam hierover een paragraaf op in haar beleidsdocument. Het uitgangspunt van WZH hierbij is een zo beperkt mogelijke inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. Tijdens de gesprekken kwam naar voren dat dit ook op deze locatie het uitgangspunt was.

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.

- Algemene informatie WZH cliëntenportaal, WZH, 2016.
- Inhoudsopgave procedures en documenten in KRS, volgens PREZO 2014 VV&T PREstatiemodel Zorg, Nieuw Berkendael, juni/juli 2016.
- Informatie voor cliënten en mantelzorgers over wonen bij WZH Nieuw Berkendael, 2016.
- Locatieplannen WZH Nieuw Berkendael 2016, inclusief deelplan NAH Ketenzorg, januari 2016.
- Opleidingsplannen 2014, 2015, 2016 WZH Nieuw Berkendael (inclusief NAH keten), WZH Nieuw Berkendael.
- Overzicht dienstroosters per etage juni/juli/augustus 2016, Nieuw Berkendael.
- Overzicht formatie behandelteam, WZH Nieuw Berkendael.
- Overzicht zorg- en behandelindicaties cliënten, WZH Nieuw Berkendael, 2016.
- Overzicht gevolgde bekwaamheidstoetsing VBH 2015/2016, WZH Nieuw Berkendael.
- Overzicht leerlingen binnen WZH Nieuw Berkendael, 2016/2017.
- Overzicht vrijwilligers, Nieuw Berkendael, 2016.
- Presentatie WZH Nieuw Berkendael gaat voor de mens, 2016.
- Programma dagactiviteitencentrum, WZH Nieuw Berkendael, 2016.
- Uitkomsten CQ-index gehandicaptenzorg, lichamelijk gehandicapten, WoonZorgcentra Haaglanden, Nieuw Berkendael, juni 2015.
- Verzuimpercentage WZH Nieuw Berkendael, mei/juni/juli 2016.
- WZH beleid BOPZ, rechtspositie intramurale cliënten WZH, geen middelen en maatregelen WZH, WZH, oktober 2015.
- WZH handboek geneesmiddelenbeleid, juli 2016.
- MIC kwartaalverslag Q1 t/m Q4 2015 en Q1 2016
- WZH klachtenregistratie Verzamelformulier; periode 01-01 t/m 31-03-2015
- Totaaloverzicht klachten 2015 Nieuw Berkendael
- Actieteam complementaire zorg Review Q1 t/m Q4 2015
- Resultaten Zorgleefplan – CQ vragen niet aangeboren hersenletsel
- Resultaten Cliëntveiligheid en woon-en leefsituatie – CQ vragen niet aangeboren hersenletsel

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)⁸.
- 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.

⁸ 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

Zie document met kenmerk 2016-1320867/V1009561/KVDL/ak



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting WoonZorgcentra Haaglanden (WZH)
Raad van bestuur
Polanenhof 497
2548 MP DEN HAAG

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Inlichtingen bij
v.d. Laar
rl.utrecht@igz.nl

Datum 18 augustus 2016
Onderwerp verbetermaatregelen en resultaatsverslag voor als onvoldoende
beoordeelde norm voor medicatieveiligheid bij bezoek aan WZH
Nieuw Berkendael op 17 augustus 2016

Ons kenmerk
201613220867/
V1009561/KVDL/ak

Geachte raad van bestuur,

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft een inspectiebezoek gebracht op 17 augustus 2016 aan WZH Nieuw Berkendael in Den Haag.

Het conceptrapport van het hele bezoek kunt u over een korte periode tegemoet zien. Zoals bij u bekend heeft het op orde zijn van het thema medicatieveiligheid een hoge urgentie. Via deze brief informeer ik u over de norm voor medicatieveiligheid, die tijdens het inspectiebezoek aan WZH Nieuw Berkendael als onvoldoende scoorde. Voor deze norm zijn directe maatregelen nodig.

Medicatieveiligheid

De Tweede Kamer debatteerde woensdag 6 juli 2016 over de verpleeg(huis)zorg. Hierin werd een motie aangenomen die de inspectie verzoekt een geactualiseerde lijst te publiceren en ervoor zorg te dragen dat in ieder geval de medicatieveiligheid bij de instellingen in categorie 1 bij de volgende rapportage op orde is.

De inspectie verzoekt u de medicatieveiligheid direct op orde te brengen en hiervoor binnen drie weken de noodzakelijke verbetermaatregelen te nemen. Ook vraagt de inspectie u uiterlijk 9 september 2016 een resultaatsverslag aan te leveren alleen over deze norm. Mevrouw C.W.J. Janssen, senior inspecteur heeft deze direct te nemen maatregelen en het extra aan te leveren resultaatverslag, op 9 augustus 2016 telefonisch aan u toegelicht.

Dit resultaatsverslag betreft alleen de norm die in het conceptrapport van WZH Nieuw Berkendael niet voldeed. Het gaat om de volgende norm¹⁾:

¹⁾ Een toelichting van deze norm vindt u in het conceptrapport, dat u op korte termijn krijgt toegestuurd.



WZH Nieuw Berkendael

- 4.6 De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.

Ons kenmerk
201613220867/
V1009561/KVDL/ak

Datum
18 augustus 2016

Volledigheidshalve hieronder nogmaals de normen die aandacht behoeven op de twee andere WZH locaties:

WZH Transvaal

- 4.3 Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie, beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.
4.6 De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.
4.7 De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.
4.8 Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS²-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.

WZH Prinsenhof

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

Het resultaatsverslag voor alle locaties verwacht de inspectie vóór **9 september 2016** op haar e-mailadres: rij.utrecht@iqz.nl.

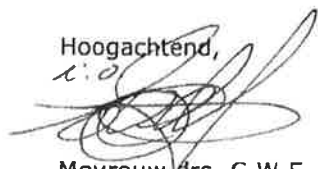
In dit resultaatsverslag staat per norm:

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

Het is mogelijk dat de inspectie in een of meerdere onaangekondigde bezoeken het resultaat van uw verbetermaatregelen zal toetsen.

Ik verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,


Mevrouw drs. C.W.E. van de Laar
Senior inspecteur

