



> Retouradres Postbus 2680, 3500 GR Utrecht

Stichting Icare
Raad van bestuur
Postbus 900
7940 KE MEPPEL

RvP Espria	
Ingekomen	9/11/15
ter behandeling	GL/DVA
ter kennisneming	JLITUS/LM AB/IEH
archief	15-401/1.1

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
M.W.M.H. Vos-Ceelen
ri.utrecht@igz.nl

Ons kenmerk
2015-1229976
V1006406/RV/sdv

Bijlage
conceptrapport

Datum 5 november 2015
Onderwerp Conceptrapport hertoetsbezoek op 20 oktober 2015 aan
De Vierackers te Assen

Geachte raad van bestuur,

Op 20 oktober 2015 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een hertoetsbezoek gebracht aan uw locatie De Vierackers te Assen. Het bezoek is gebracht door mevrouw C.W.E. van de Laar, senior inspecteur, mevrouw S.J.M. de Vries, medewerker toezicht, en ondergetekende.

Hierbij ontvangt u het conceptrapport. In dit rapport vindt u het oordeel van de inspectie en haar onderbouwing.

U kunt, bij voorkeur schriftelijk, contact opnemen met ondergetekende indien u feitelijke onjuistheden in het conceptrapport aantreft of als u naar aanleiding van het conceptrapport nog vragen of opmerkingen heeft.

De inspectie ontvangt uw correspondentie graag uiterlijk 3 december 2015 op haar algemene e-mailadres ri.utrecht@igz.nl, **onder vermelding van het kenmerk van deze brief.**

Na verwerking van uw opmerkingen, of wanneer de inspectie binnen de gestelde termijn geen reactie van u heeft ontvangen, stelt de inspectie het rapport vast. U ontvangt hierover bericht.

De inspectie attendeert u erop dat alle vastgestelde rapporten van het inspectietoezicht actief openbaar gemaakt worden door plaatsing op haar website: www.igz.nl.¹

¹ Actieve openbaarmaking betekent onder meer dat de inspectie het rapport op haar website www.igz.nl plaatst. Bij actieve openbaarmaking worden de wettelijke normen, zoals gesteld in de Wet openbaarheid van bestuur en de Wet bescherming persoonsgegevens, in acht genomen. Dit houdt in dat geen (bijzondere) persoonsgegevens opgenomen zijn op een wijze die tot een privépersoon herleidbaar is. Dit zijn bijvoorbeeld medische gegevens van patiënten of cliënten van uw instelling. De functionarissen van de instelling worden zo nodig met hun functieaanduiding wel in het rapport genoemd.

De inspectie stuurt dit rapport naar de raad van bestuur. Ik verzoek u de gesprekspartners, medewerkers en de cliëntenraad van de inhoud van het rapport op de hoogte te stellen.

Ons kenmerk
2015-1229976
V1006406/RV/sdv

Ik bedank u en uw medewerkers namens mevrouw Van de Laar en mevrouw De Vries voor de open en constructieve wijze waarop u met de inspectie van gedachten hebt gewisseld.

Datum
5 november 2015

Hoogachtend,



mevrouw drs. M.W.M.H. Vos-Ceelen,
coördinerend/specialistisch senior inspecteur



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

Conceptrapport
van het hertoetsbezoek
op 20 oktober 2015
aan De Vierackers
te Assen

Utrecht,
november 2015

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Aanleiding en belang	3
1.2	Doelstelling	3
1.3	Methode	3
1.4	Toetsingskader	4
1.5	Omschrijving locatie	4
2	Conclusies	5
2.1	Overzicht van de resultaten bezoek 13 maart 2014: 23 normen onvoldoende	5
2.2	Overzicht van de resultaten hertoetsbezoek 20 oktober 2015	6
2.3	Hertoetsbezoek laat veel verbeteringen zien; nog 3 normen onvoldoende.....	6
2.3.1	Verbeteringen door duidelijke aansturing en toegenomen deskundigheid ...	6
2.3.2	Gemotiveerde medewerkers zorgen voor borging kwaliteitsbeleid	6
2.4	Conclusie	6
3	Resultaten inspectiebezoek	7
3.1	Sturen op kwaliteit en veiligheid	7
3.2	Cliëntdossier.....	8
3.3	Deskundigheid en inzet personeel	9
3.4	Medicatieveiligheid	11
3.5	Vrijheidsbeperking	12
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten.....	14
Bijlage 2	Overzicht wetten, veldnormen, circulaire en rapporten	15

1 Inleiding

Op 13 maart 2014 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd hertoetsbezoek aan De Vierackers van Stichting Icare (hierna: Icare) te Assen. Icare is één van de bedrijfsonderdelen van Stichting Espria. Dit bezoek was een vervolg op een onaangekondigde inspectiebezoek op 13 september 2013 in het kader van de Wet Bopz, waaruit bleek dat een aantal zaken niet op orde waren. De inspectie constateerde tijdens het bezoek op 13 maart 2014 dat een aantal normen voor een verantwoorde zorg nog steeds niet nageleefd werden.

Op 20 oktober 2015 heeft de inspectie deze normen opnieuw beoordeeld tijdens een onaangekondigd hertoetsbezoek. De normen waaraan De Vierackers wel voldeed tijdens het eerste bezoek, zijn niet opnieuw beoordeeld, tenzij de herinspectie hiertoe aanleiding gaf. De rapportage van het eerdere bezoek kan niet los worden gezien van de rapportage van het hertoetsbezoek.

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.

De inspectie heeft Icare verzocht verbetermaatregelen te treffen. Op 29 november 2013 en op 12 augustus 2014 heeft de inspectie de resultaatsverslagen ontvangen. In deze verslagen werd per norm aangegeven:

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

1.2 Doelstelling

Doel van het hertoetsbezoek was te beoordelen in hoeverre locatie De Vierackers na de verbeteracties 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. In 2014 werd hetzelfde instrument gebruikt, wat een vergelijking mogelijk maakt. In 2013 werd echter een ander instrument gebruikt. Deze resultaten zijn vanwege de beperkte vergelijkbaarheid niet meegenomen in dit rapport.

De volgende onderwerpen zijn opnieuw getoetst:

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

De normen zijn gebaseerd op relevante wet en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden (zie volgende paragraaf).

Om tot een oordeel te komen heeft de inspectie:

- Een rondgang gemaakt door de locatie.
- Een gesprek gevoerd met waarnemend locatiemanager en rayonmanager.
- Enkele cliëntdossiers ingezien, zowel digitaal als op papier.
- Een gesprek gevoerd met een specialist ouderengeneeskunde en ergotherapeut.
- Een gesprek gevoerd met twee zorgmedewerkers.
- Een gesprek gevoerd met twee leden van de cliëntenraad.
- Documenten ingezien, genoemd in bijlage 1.

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 Omschrijving locatie

De Vierackers maakt deel uit van Icare, één van de bedrijfsonderdelen van Stichting Espria. De Vierackers bestaat uit vijf woningen, welke recent waren opgeknapt en aangepast aan de eisen voor deze specifieke doelgroep (cliënten met een psychogeriatrische zorgvraag). Het aantal cliënten per woning varieerde tussen de vijf en de tien bewoners.

De vijf woningen van De Vierackers hadden elk een gezamenlijke woonkamer en voor iedere cliënt was er een eigen slaapkamer. De ruimtes waren ruim van opzet en straalden een prettige sfeer uit. De landelijke ligging van De Vierackers werd goed benut door een grote binnen- en buitentuin, welke vrij toegankelijk waren voor de bewoners. Om de woningen te verlaten was een speciale code nodig.

Tijdens het hertoetsbezoek op 20 oktober 2015 verbleven binnen De Vierackers 39 cliënten met een psychogeriatrische zorgvraag (zorgzwaartepakketten van 5 tot en met 7).

Organisatiestructuur

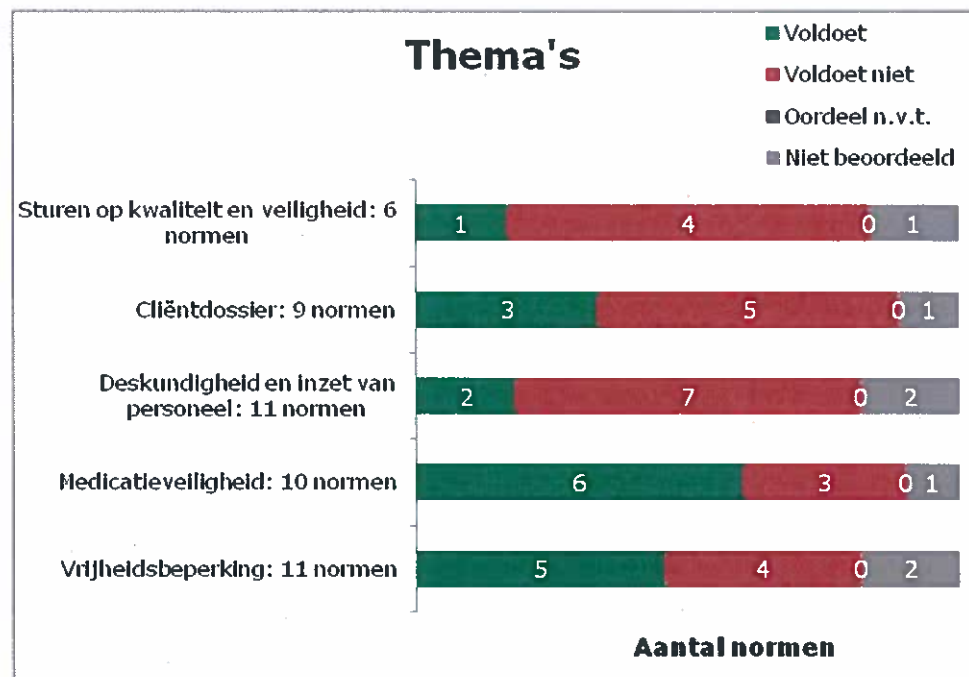
Er is sinds begin 2013 hard gewerkt aan het neerzetten van een duidelijke organisatiestructuur. De aansturing van De Vierackers werd verzorgd door een manager wonen en zorg samen met een rayonmanager voor alle intramurale locaties van Icare. Daarnaast zijn twee HBO-V verpleegkundigen met als specialisatie Gerontologie en Geriatrie (HBO-VGG) aangesteld voor de coördinatie van de zorg in alle vijf de woningen. Op iedere woning werkten overdag twee woonzorgbegeleiders: een verzorgende IG of een verpleegkundige (niveau vier) en een helpende (niveau twee).

2 Conclusies

Dit hoofdstuk start met een schematisch overzicht van de bevindingen van het eerdere bezoek. Daarna volgt een paragraaf met een terugblik op het eerdere bezoek en een paragraaf over het huidige bezoek. In de afsluitende paragraaf geeft de inspectie haar conclusie.

2.1 Overzicht van de resultaten bezoek 13 maart 2014: 23 normen onvoldoende

Figuur 1. Overzicht resultaten bezoek 13 maart 2014

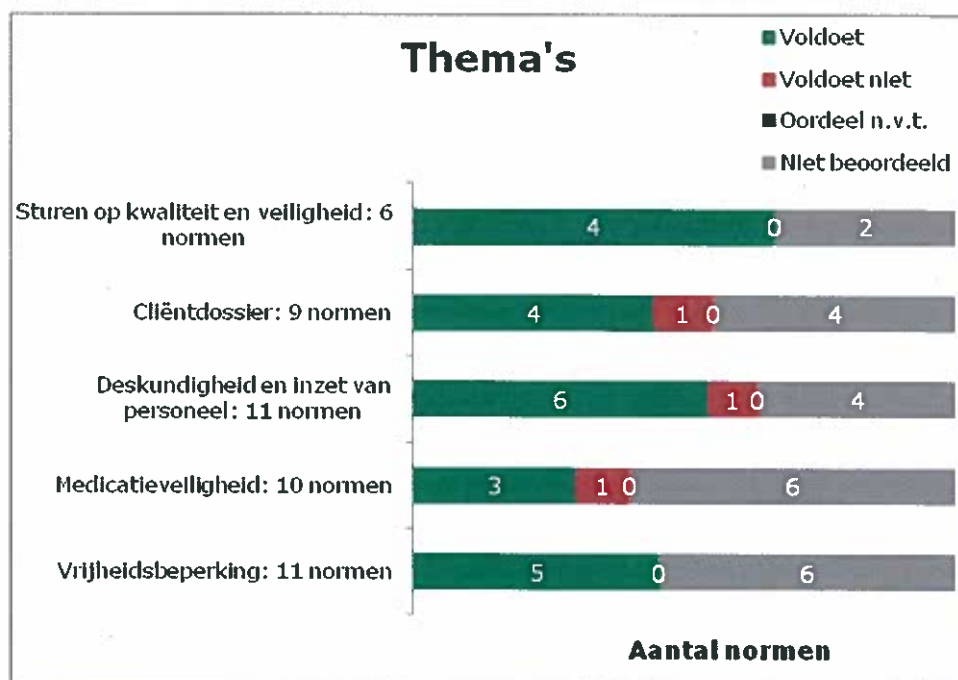


Het hertoetsbezoek van 13 maart 2014 liet zien dat De Vierackers nog niet voldeed aan 23 van de 40 getoetste normen. Op alle onderdelen die zijn getoetst werden tekortkomingen geconstateerd, waarbij het cliëntdossier en de deskundigheid van het personeel de meeste aandacht vroegen.

Ondanks de genomen maatregelen bleken er nog steeds hoge risico's te zijn op onverantwoorde zorg. Vanaf 2013 waren er onder leiding van een nieuwe interim-locatiemanager wel enkele stappen gezet. Zo was een aanzet gegeven tot meer duidelijkheid in taken en verantwoordelijkheden en was een kernteam ingesteld ten behoeve van de kwaliteitsbewaking. Dit had op het thema 'sturen op kwaliteit' echter nog onvoldoende resultaat opgeleverd. Mogelijke oorzaken voor de tegenvallende resultaten waren de grote onrust die aanwezig was binnen de organisatie, veroorzaakt door wisselingen van personeel en management, een verbouwing, interne verhuizingen en financiële problemen.

2.2 Overzicht van de resultaten hertoetsbezoek 20 oktober 2015

Figuur 2. Overzicht resultaten hertoetsbezoek 20 oktober 2015



2.3 Hertoetsbezoek laat veel verbeteringen zien; nog 3 normen onvoldoende

2.3.1

Verbeteringen door duidelijke aansturing en toegenomen deskundigheid

Het hertoetsbezoek liet duidelijk zien dat er binnen De Vierackers hard gewerkt is om de kwaliteit en veiligheid van de zorg op een hoger niveau te krijgen. De Vierackers heeft nu een duidelijke organisatiestructuur neergezet, waarbij de aansturing en coördinatie stabiel zijn en op alle niveaus in de organisatie veel aandacht is voor een continue kwaliteitsverbetering. De deskundigheidsbevordering van het personeel werpt duidelijk haar vruchten af. Hierin hebben de HBO-VGG'ers een belangrijke coördinerende rol. Dit is een nieuwe functie binnen De Vierackers.

2.3.2

Gemotiveerde medewerkers zorgen voor borging kwaliteitsbeleid

Opvallend was de hoge intrinsieke motivatie van de medewerkers met wie de inspectie sprak, om zich met elkaar in te spannen voor kwalitatief goede zorg. De wijze van aansturing, de duidelijke organisatiestructuur en het nieuwe personeelsbeleid speelden hierin een stimulerende rol. De medewerkers van De Vierackers zien zelf de voordelen van de huidige werkwijze en hebben de intentie om het kwaliteitsbeleid ook op de langere termijn te borgen.

2.4

Conclusie

De Vierackers voldoet niet aan alle normen. De inspectie heeft -op basis van de resultaatsverslagen en het hertoetsbezoek - echter vertrouwen dat deze normen binnenkort wel zullen worden nageleefd. Het inspectiebezoek wordt hierbij dan ook afgesloten.

3 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. De inspectie beoordeelde tijdens dit bezoek alleen de normen die tijdens het eerste bezoek 'voldoet niet' scoorden.

3.1 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 zinnige dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.	x			

Toelichting algemeen:

1.1 De inspectie constateerde dat er binnen De Vierackers hard gewerkt was aan het op orde krijgen van de normen rondom sturen op kwaliteit en veiligheid. Zo vond er in iedere woning een gezamenlijke start van de dag plaats met alle betrokken medewerkers, waarin men werkzaamheden onderling doorsprak en afstemde. Medewerkers van een andere locatie voerden regelmatig interne audits uit. Ook vond er een continue coaching plaats van zorgmedewerkers door de HBO-VGG'ers. Alle medewerkers met wie de inspectie sprak, gaven aan dat er in De Vierackers sprake was van

een open en transparante cultuur, waarbij men elkaar kon aanspreken en men bereid was van elkaar te leren.

- 1.2 In iedere woning hing een kwaliteitsposter, waarop medewerkers geeltjes konden plakken met meldingen over kwaliteit en veiligheid van de zorg. Deze meldingen werden maandelijks besproken en vastgelegd tijdens het teamoverleg. Waar nodig formuleerde het team verbeteracties. Daarnaast registreerde en analyseerde men deze meldingen in een nieuw organisatiebreed MIC-systeem. Het team besprak de resultaten besprak in een maandelijks MIC-overleg op de eigen locatie.
- 1.8 De Vierackers had voor iedere cliënt een op maat gemaakte activiteitenagenda, gebaseerd op diens levensloop en opgesteld in samenspraak met cliënt en familie.

3.2

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 algemeen:

De Vierackers deed sinds januari 2015 mee met een pilot vanuit Icare voor de invoering van een nieuw elektronisch cliëntdossier (ECD). Het doel was een ECD voor multidisciplinaire toepassing. Men zocht nog naar de meest ideale vorm, waarin relevante informatie gedeeld kon worden. In deze overgangsfase, gebruikte men de papieren versies van de dossiers als back-up. Nog niet alle informatie was digitaal beschikbaar. Zo waren op het moment van het inspectiebezoek de levensloop en het benaderplan alleen nog te raadplegen in de papieren dossiers. Medewerkers van verschillende disciplines werden actief betrokken bij de doorontwikkeling van het ECD.

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

2.9 Het nieuwe ECD bleek nog onvoldoende geschikt te zijn voor een multidisciplinaire samenwerking. Iedere discipline bleek een eigen schrijfruimte te hebben, waartoe andere disciplines nog beperkt toegang hadden. Er was nog geen ruimte waarop de verschillende disciplines hun informatie konden delen. Ook ontbrak een zoekfunctie waarmee informatie over een bepaald zorgprobleem gefilterd kon worden. Hierdoor was het lastig om tijdens een multidisciplinair overleg de voortgang rondom een probleem of situatie te overzien. Als noodoplossing werd nu het tabblad bijzondere rapportage gebruikt. Wel waren de betrokken disciplines binnen De Vierackers druk bezig om samen met het ICT-bedrijf de benodigde aanpassingen te realiseren.

3.3

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			

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
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 algemeen:

- 3.6 Binnen De Vierackers en vanuit Icare was de afgelopen periode veel aandacht geweest voor de scholing van medewerkers gericht op doelgroep. Hiervoor waren diverse interne en externe cursussen gevolgd, zoals cursussen over bejegening en weerbaarheid, de Wet Bopz en medicatieveiligheid. Daarnaast werden intervisie en coaching toegepast met een belangrijke rol hierbij voor de HBO-VGG'ers. Voor iedere medewerker werd een vakbekwaamheidspaspoort bijgehouden, dat ook beschikbaar was op de locatie. Het programma EDU-manager dat hiervoor bedoeld was bleek alleen nog niet goed te werken. Er was een scholingskalender beschikbaar en voor iedere cursus die werd aangeboden, werd bijgehouden welke medewerker deze cursus had gevolgd. Scholing was een vast onderwerp in de functioneringsgesprekken.
- 3.7 Het personeelsbestand van De Vierackers was aangepast sinds het vorige bezoek, waarbij het opleidingsniveau van de zorgmedewerkers was verhoogd en aangepast aan de doelgroep. Een aantal medewerkers pasten niet meer binnen het nieuwe functieprofiel en hebben de instelling moeten verlaten. De functie van de HBO-VGG'ers is de afgelopen jaren stevig neergezet en deze medewerkers speelden een belangrijke rol bij het op peil houden van de normen ten aanzien van kwaliteit en veiligheid.

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan

- 3.8 Uit de gesprekken met de medewerkers kwam naar voren dat de samenwerking met verschillende disciplines over het algemeen goed verliep. Alleen de samenwerking met de psychologen kon volgens de medewerkers beter. De psychologen vonden nog onvoldoende aansluiting bij de nieuwe werkwijze ter verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De cliëntenraad gaf aan moeite te hebben met de vele artsenwisselingen. Ook waren zij niet tevreden over de artsenbezetting in de avond, nacht en weekend. Dit was bekend bij het management en had de aandacht.

3.4 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 algemeen:

4.4 Sinds juni 2014 was er een procedure beschikbaar voor het intramurale medicatiebeleid binnen Icare. Deze procedure was gebaseerd op de richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' en de 'Veilige principes' en had recent (mei 2015) een update gehad. Medewerkers waren geïnstrueerd te werken volgens deze procedure.

Toelichting per norm waar niet aan wordt voldaan:

4.11 In de medicijnkamer bleek nog retourmedicatie aanwezig te zijn. Deze lag in een open doos waardoor de inhoud gemakkelijk toegankelijk was voor alle medewerkers. Ook trof de inspectie een doos met morfinepleisters in de medicijnkar aan, terwijl deze in de opiatenkast horen te zitten, zoals ook omschreven in het medicatiebeleid Icare intramuraal.

3.5

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			

Toelichting algemeen:

Binnen De Vierackers werden de middelen en maatregelen vastgelegd in het centrale registratieoverzicht. Psychofarmaca werden het vaakst ingezet, er was nu een trend zichtbaar om deze te verminderen.

In de dossiers was te zien dat besluiten over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen multidisciplinair tot stand waren gekomen en met toestemming van de familie. Besluiten werden vastgelegd in het zorgdossier en de ingezette middelen per cliënt vastgelegd in een registratie. Er waren werkinstructies beschikbaar op intranet over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en alle zorgmedewerkers waren hiervan op de hoogte. Ook hadden alle zorgmedewerkers een Bopz-scholing gevolgd.

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.

- Overlegstructuur management intramuraal Drenthe, 20-08-2015
- Voortgangsrapportage Locatie Vierackers, 01-10-2015
- Overzicht vrijheidsbeperkende maatregelen, september 2015
- MICK rapportage Tertaal 2, Vierackers, 2015
- Checklist Intramuraal beschermd Wonen, versie 6 januari 2015
- Medicatiebeleid Icare Intramuraal, versie mei 2015
- Overzicht en Status trainingen De Vierackers, 20 oktober 2015
- Scholingsplan Intramuraal De Vierackers, 2015
- In- exclusiecriteria locaties beschermd wonen Icare Drenthe, 11-07-2015
- Overzicht ZZP's per woning van De Vierackers, oktober 2015
- Personeelsbezetting De Vierackers, oktober 2015
- Dashboard VVT Huizen, overzicht ziekmeldingen De Vierackers in 2015, 20 oktober 2015
- Werkroosters alle woningen van De Vierackers, september 2015

Bijlage 2 Overzicht wetten, veldnormen, circulaires en rapporten

Wetgeving:

- Wet Langdurige Zorg (WLZ).
- 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 minimumeisen 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 beroepscode 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.

