



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

Rapport
van het derde herinspectiebezoek aan
Altingerhof te Beilen op 9 september 2014

Utrecht,
oktober 2014

Vooraf

Mede op grond van de bevindingen bij het inspectiebezoek aan locatie Altingerhof op 9 september 2014 heeft de inspectie besloten het verlengde verscherpt toezicht, dat loopt tot 12 oktober 2014, op te heffen. Dit besluit is als bijlage bij dit rapport gevoegd.

(PM betreft eventuele reactie zorgaanbieder, deze wordt indien aan de orde als bijlage 3 bij het rapport gevoegd.)

Inhoud

1	Inleiding 4	
1.1	Aanleiding en belang 4	
1.2	Doelstelling 5	
1.3	Methode 5	
1.4	Toetsingskader 6	
1.5	Beschrijving locatie 6	
2	Conclusies 8	
2.1	Overzicht resultaten herinspectiebezoek op 1 oktober 2013	8
2.2	Overzicht resultaten tweede herinspectiebezoek op 8 april 2014	9
2.3	Overzicht resultaten derde herinspectiebezoek op 9 september 2014	10
2.4	Beschouwing 11	
2.5	Conclusie 12	
3	Handhaving 13	
3.1	Normen waaraan voor 1 maart 2015 moet zijn voldaan	13
3.2	Tussentijds resultaatverslag	13
3.3	Resultaatverslag	14
3.4	Beoordeling van overige locaties	14
3.5	Vervolgacties inspectie	14
4	Resultaten inspectiebezoek 15	
4.1	Sturen op kwaliteit en veiligheid	15
4.2	Cliëntdossier	17
4.3	Deskundigheid en inzet personeel	19
4.4	Medicatieveiligheid	21
4.5	Vrijheidsbeperking	22
4.6	Overige bevindingen	24
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 25	
Bijlage 2	Besluit opheffen verscherpt toezicht 26	

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 9 september 2014 een onaangekondigd herinspectiebezoek gebracht aan Altingerhof te Beilen. Altingerhof maakt onderdeel uit van Stichting Icare (hierna: Icare) en Icare maakt onderdeel uit van Stichting Espria (hierna: Espria). In dit rapport wordt eerst het kader uiteengezet waarin de inspectie het bezoek bracht. Vervolgens worden in de volgende hoofdstukken achtereenvolgens 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.

Op 9 september 2014 heeft de inspectie een vierde onaangekondigd inspectiebezoek gebracht aan verpleeghuis Altingerhof te Beilen (hierna: Altingerhof). Dit bezoek is onderdeel van het verlengde verscherpt toezicht dat ten aanzien van Altingerhof is ingesteld door de inspectie op 12 mei 2014 voor de duur van 5 maanden. Dit bezoek volgt op de inspectiebezoeken gehouden op 24 januari 2013, 1 oktober 2013 en op 8 april 2014. Doel van deze bezoeken was om te beoordelen of Altingerhof voldoet aan de eisen die de Wet Bopz stelt en aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg. Bij de herinspectiebezoeken op 1 oktober 2013 en 8 april 2014 werden aanhoudende hoge risico's op onverantwoorde zorg vastgesteld. Dit leidde tot het instellen van verscherpt toezicht op 12 november 2013 en het vervolgens op 12 mei 2014 verlengen van het verscherpt toezicht met 5 maanden ten aanzien van Altingerhof.

In 2013 bracht de inspectie eveneens bezoeken aan een tweetal andere locaties van Icare, te weten: Felixoord (van Stichting Felixoord) in Oosterbeek en Vierackers in Assen.

De op 13 september 2013 geconstateerde aanhoudende risico's bij locatie Vierackers gaven aanleiding tot een tweede herinspectiebezoek op 13 maart 2014 aan Vierackers.

Gezien de ernst van de bevindingen sprak de inspectie op 31 oktober 2013 en op 24 maart 2014 met de raad van bestuur van Espria en de directie van Icare. Uit deze gesprekken bleek dat Icare een grote transitie binnen haar organisatie doormaakt om te komen tot een borging van veilige en kwalitatief goede zorg. Binnen Icare was bijvoorbeeld het beleid al langere tijd niet actueel, daarnaast vindt een reorganisatie plaats om de kwaliteit van het personeel op peil te brengen.

De inspectie vroeg in november 2013 de raad van bestuur van Espria en de directie van Icare, bij voorkeur in samenspraak met een externe partij, onderzoek te doen naar de basisoorzaken van het aanhoudend op een onaanvaardbaar hoog risiconiveau functioneren van Altingerhof. Op 17 december 2013 heeft de inspectie de rapportage oorzaakanalyse ontvangen.

Icare is gevraagd in de andere locaties waar verpleeghuiszorg wordt geboden, te beoordelen of aan de normen werd voldaan en de inspectie schriftelijk van de resultaten op de hoogte te stellen. Op 9 juli 2014 heeft de inspectie de rapportage 'De beoordelingsrapportages locaties verpleeghuiszorg' ontvangen.

1.2 Doelstelling

Doel van het derde herinspectiebezoek (verder te noemen: derde herinspectiebezoek) op 9 september 2014 aan de locatie Altingerhof was om inzicht te krijgen in welke mate aan de gestelde normen werd voldaan en om te beoordelen of de reële verwachting bestaat dat aan de normen voor verantwoorde zorg wordt voldaan op 12 oktober 2014, de datum waarop het verscherpt toezicht afloopt. Bij deze afweging worden eveneens de volgende informatie/rapportages betrokken: 'De beoordelingsrapportages locaties verpleeghuiszorg' van 9 juli 2014, de informatie uit het gesprek met de raad van bestuur van Espria gepland op 18 september 2014 en de resultatenrapportage die de inspectie voor 22 september 2014 verwacht.

1.3 Methode

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

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

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:

- Gesprekken gevoerd met uitvoerend medewerkers, de psycholoog, de manager wonen en zorg en de rayon manager a.i.
De Bopz-arts tevens specialist ouderengeneeskunde is kort gesproken op 8-9-2014 en telefonisch op 12-9-2014.
- Cliëntdossiers ingezien.
- Diverse documenten ingezien.
- Een rondgang gemaakt door de locatie, waarbij het accent lag op de afdelingen pg en afdeling De Mulling. Beide gesloten pg-afdelingen.

De directeur van Icare en het hoofd van de behandeldienst de manager woon/zorg en de (rayon) manager a.i. waren aanwezig bij het eindgesprek.

1.4 Toetsingskader

De normen voor dit herinspectiebezoek zijn gebaseerd op de volgende wet- en regelgeving en veldnormen:

Wetgeving:

- Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg (2009).
- Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ; 1996).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz; 1992).
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz; 1995).
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz; 1996).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG; 1993).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek (WGBO; 1994).

Veldnormen:

- Bekkema N; De Veer AJE, Francke AL: *Verantwoord richtlijngebruik in de gehandicaptenzorg*. Utrecht: NIVEL; 2010.
- Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg; 2011.
- Handreiking ondersteuningsplannen; 2013.
- Hingstman TL; Langelaan M, Wagner C: *De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg*. Utrecht: NIVEL; 2012.
- Kwaliteitsdocument Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis; 2012.
- Visiedocument 2.0, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg; 2013.
- Veilige principes in de medicatieketen; 2012.
- Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen, 2007.

Inspectierapporten:

- Extra maatregelen noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperkende maatregelen in de langdurige zorg. Utrecht: IGZ; 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis. Utrecht: IGZ; 2011.

1.5 Beschrijving locatie

Eind 2010 is Altingerhof overgegaan van de GGZ Drenthe naar Icare, beide vallend onder Espria. Icare heeft recent haar visie op zorg aangepast. Deze visie heeft betrekking op het in kleine zorgeenheden, met vaste teams, cliënten ondersteunen om regie te blijven houden.

Altingerhof is een gecombineerd verpleeghuis voor mensen met dementie en waar kortdurende en langdurige somatische zorg wordt gegeven. Daarnaast is er een somatische dagbehandeling en zijn er psychogeriatrische dagbehandelingen van waaruit ook thuiszorg wordt gegeven. Op Altingerhof verblijven ten tijde van het inspectiebezoek 109 cliënten. Er zijn enkele lege plaatsen. Zorg in het kader van de Wet Bopz wordt binnen de organisatie Altingerhof op meerdere locaties aangeboden. Het gaat daarbij naast locatie Altingerhof om 't Beurtschip te Smilde en Altingerhoes in Westerbork. De locaties liggen op een reisafstand van 20 minuten of minder van elkaar.

De inspectie heeft zich tijdens dit inspectiebezoek vooral gericht op de locatie Altingerhof. Op de bezochte afdelingen Spoorakker, Veenakker en de Mulling verblijven respectievelijk 16, 21 en 19 cliënten met een Bopz-indicatie.

De afdeling Tipakker heeft geen Bopz-aanmerking, hier verblijven 19 cliënten met een somatische zorgvraag. Op de afdeling Torenakker verblijven ten tijde van het inspectiebezoek geen cliënten.

Op De Mulling 1 verblijven cliënten met psychogeriatrische zorgvraag ten gevolge van bijvoorbeeld een niet aangeboren hersenletsel of een psychiatrische aandoening. Op De Mulling 2 verblijven cliënten met een verstandelijke beperking met een dementieel beeld. Het aantal opnames voor cliënten met een verstandelijke beperking wordt op deze afdeling afgebouwd. Het gebouw waar de beide afdelingen van Mulling in zijn ondergebracht is verouderd. Recent zijn sfeerelementen aangebracht om de uitstraling op de afdeling te verbeteren. Er zijn plannen om de cliënten van afdeling De Mulling over te plaatsen naar de leegstaande afdeling Torenakker.

Op de pg-afdelingen wordt zorg volgens het concept van het kleinschalig wonen aangeboden. De afdelingen hebben maximaal 24 cliënten verdeeld over drie groepen. Het aantal managers wonen en zorg is terug gebracht van 6 naar 2.

De reorganisatie heeft op 18 augustus 2014 zijn beslag gekregen. Medewerkers zijn in functies en afdelingen geplaatst. De ziekteverzuimcijfers laten de afgelopen maanden een dalende trend zien. Op elke afdeling is een hbo vvg-er (hbo verpleegkundige geriatric gerontologie) aanwezig of in opleiding. Een verpleegkundige is 24 uur beschikbaar voor alle locaties die onder de organisatorische verantwoordelijkheid van Altingerhof vallen. Twee specialisten ouderen geneeskunde (1,5 fte), twee basisartsen en 3 psychologen werken onder andere voor de organisatie Altingerhof. Voor alle afdelingen binnen de organisatie Altingerhof is er 3 fte aan dagbestedingscoaches aanwezig. Een dagbestedingscoach is ongeveer 3 uur per week op een groep.

Sinds januari 2014 is een rayon manager a.i. aangesteld, de aanstelling loopt tot in het vierde kwartaal 2014. De functie rayonmanager komt daarna te vervallen. Hier komt een nieuwe functie voor in de plaats namelijk die van manager intramuraal.

De bemensing van de receptie wordt nog verder teruggebracht. Uiteindelijk wordt de receptiefunctie opgeheven.

De locatie Altingerhof wordt mogelijk op middellange termijn gesloten.

De ontvangst van de inspectie was gastvrij.

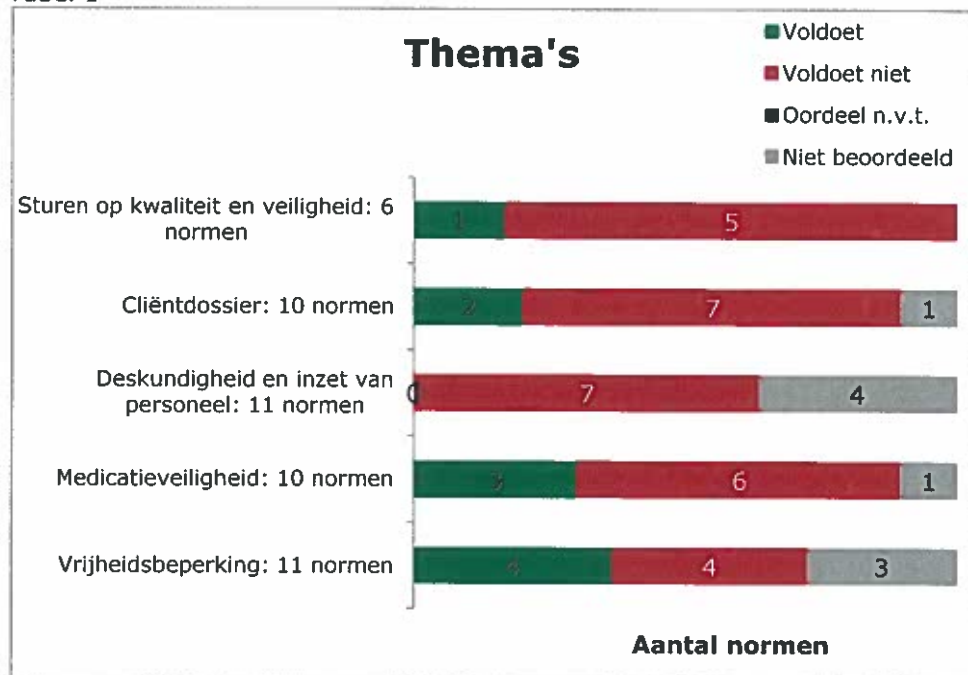
2 Conclusies

Dit hoofdstuk start met een schematisch overzicht van de resultaten van het eerste herinspectiebezoek gehouden op 1 oktober 2013 gevolgd door een korte toelichting. Daarna volgt schematisch een overzicht van de resultaten van het tweede herinspectiebezoek van 8 april 2014. In hoofdstuk 4 zijn de resultaten toegelicht. In de afsluitende paragraaf geeft de inspectie haar conclusie weer.

Hoofdstuk 3 is gewijd aan de normen waarvan is geconstateerd dat daaraan niet wordt voldaan en de handhaving ten aanzien daarvan.

2.1 Overzicht resultaten herinspectiebezoek op 1 oktober 2013

Tabel 1



Tabel 1 biedt een overzicht van de beoordeelde normen per thema. Hierna wordt een korte beschrijving per thema weergegeven.

Het sturen op kwaliteit was onvoldoende ingebed binnen Altingerhof. Ook Icare breed waren hiervoor basisoorzaken aan te wijzen. Dit gold bijvoorbeeld voor de systematiek rondom de MIC en de MIM. De grenzen aan zorg waren onvoldoende in beeld binnen Altingerhof en de cliëntagenda ten behoeve van de dagbesteding was minimaal ingevuld.

Het werken en invulling geven aan het cliëntdossier was op meerdere fronten ontoereikend. Zo lukte het geregeld niet om voor cliënten binnen 6 weken een behandelplan op te stellen. Het kennisniveau van de zorgmedewerkers was op meerdere punten, waaronder risico-inschattingen, ontoereikend. Rapportage van bijvoorbeeld psycholoog was niet terug te vinden. De deskundigheid en inzet personeel is op meerdere punten risicovol gebleken.

Zo waren bijvoorbeeld voor de medewerkers de protocollen moeilijk vindbaar, was er op meerdere taakgebieden achterstand in scholing, de toezichtbehoefte per cliënt en afdeling was niet in beeld, de artsenbezetting was niet op orde, de werkdruk was toegenomen en was de werkrelatie tussen de zorgmedewerkers en de behandeldienst risicovol.

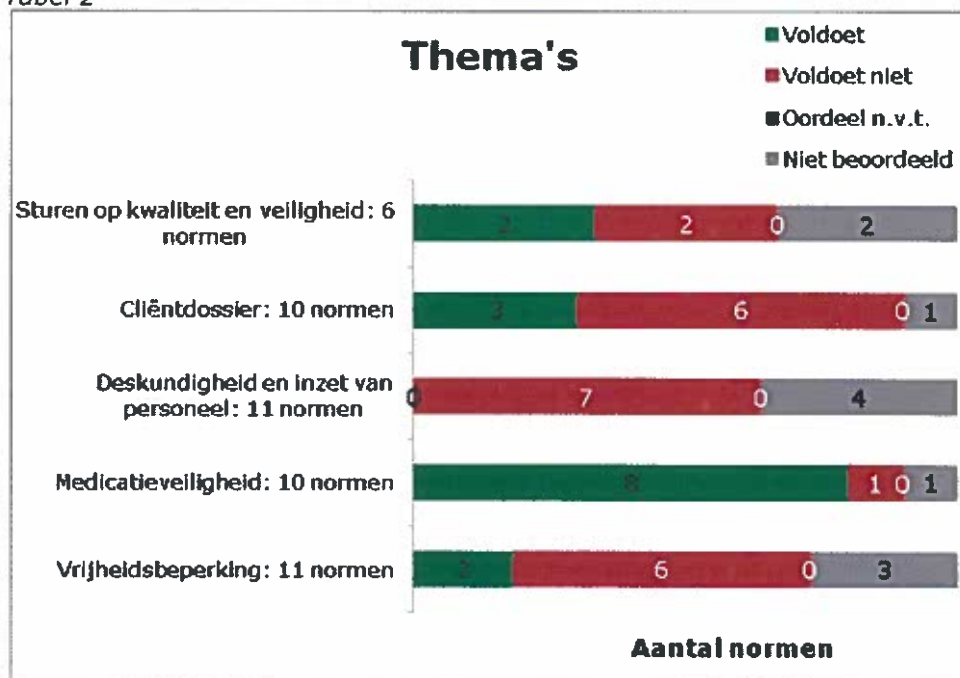
De medicatieveiligheid was op meerdere abstractieniveaus niet op orde. Het medicatiebeleid voldeed niet aan de daarvoor geldende richtlijnen, vastgestelde noodzakelijke scholing had niet plaatsgevonden en op uitvoeringsniveau werd op meerdere punten niet aan de normen voldaan.

Het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen vond onvoldoende zorgvuldig plaats. Bij aanwezige gedragsproblematiek werd niet altijd een psycholoog ingeschakeld. Daarnaast was de registratie niet op orde.

Verder was geconstateerd dat de werking van de domotica niet was geborgd en dat de hygiënemaatregelen in de sanitaire ruimtes noodzakelijk waren.

2.2 Overzicht resultaten tweede herinspectiebezoek op 8 april 2014

Tabel 2



Tabel 2 biedt een overzicht van de beoordeelde normen per thema. Hierna wordt een korte beschrijving per thema weergegeven.

Sturen op kwaliteit en veiligheid: De wijze waarop met Meldingen incidenten cliënten (Mic) werd omgegaan was niet constructief en effectief. Vanaf mei 2014 wordt een nieuwe systematiek ingevoerd. De activiteiten voor de pg-clënten zijn onvoldoende specifiek in het zorgplan genoteerd.

Cliëntdossier: Het cliëntdossier liet wederom veel manco's zien. Van een wezenlijke verbetering was geen sprake.

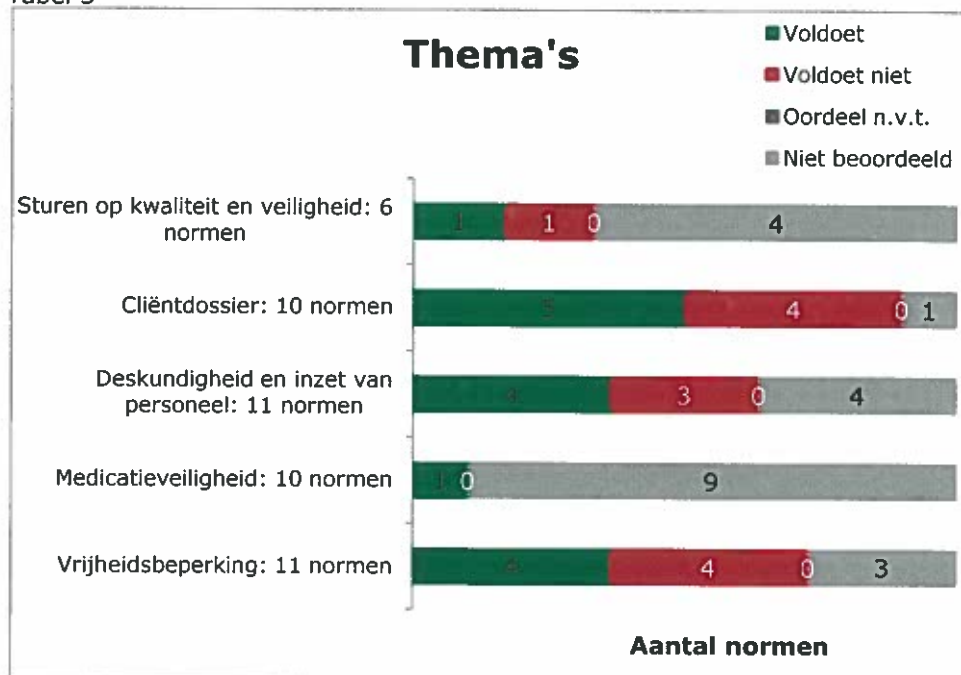
Deskundigheid en inzet personeel: Het digitaal inzien van de protocollen was nog steeds een knelpunt. Scholing toegespitst op de doelgroep was noodzakelijk. Toezicht(beleid) was onvoldoende geïmplementeerd en geborgd. Wederom constateert de inspectie risico's rondom de artsenformatie. De werkdruk houdt aan. De werkrelatie tussen zorgmedewerkers en artsen functioneert niet optimaal.

Medicatieveiligheid: De procedure voldoet op een aantal punten niet aan 'De veilige principes'. Verder zijn op dit thema geen normoverschrijdingen geconstateerd.

Vrijheidsbeperking: De rol van de psycholoog voorafgaand aan de inzet vrijheidsbeperkende maatregelen is niet geborgd. Evaluatie van de vrijheidsbeperkende maatregelen vindt niet consequent plaats. Protocollen zijn ontoereikend en inzicht in het gebruik van psychofarmaca bij specifieke onrust ontbreekt.

2.3 Overzicht resultaten derde herinspectiebezoek op 9 september 2014

Tabel 3



Tabel 3 biedt een overzicht van de beoordeelde normen per thema. In hoofdstuk 4 zijn deze resultaten toegelicht.

2.4 Beschouwing

Fundamenten worden gelegd

Het verscherpt toezicht en de reorganisatie hebben binnen Icare geleid tot veel positieve veranderingen die bijdragen aan veiligere zorg. Deze veranderingen variëren van de implementatie van een nieuwe methodiek rondom de MIC in mei 2014, het verhogen van het deskundigheidsniveau van het zorgpersoneel, het centraal organiseren van de beleidsafdeling, het centraal aansturen van de behandeldienst, het aanbieden van scholingen aan de medewerkers tot het neerzetten van een systeem waarin implementatie en borging en continue verbeteren mogelijk wordt etc. Essentiële fundamenten om veilige en verantwoorde zorg te kunnen bieden.

De inspectie heeft kunnen waarnemen dat de ingezette veranderingen en het harde werken voorzichtig hun vruchten beginnen af te werpen.

Op 9 september 2014 nam de inspectie de volgende ontwikkelingen waar.

1. Zorgleefplannen nog niet op orde

Op het gebied van de zorgleefplannen ontbreekt een systeem die de kwaliteit van alle zorgleefplannen en het proces van besluitvorming betreffende de ingezette middelen en maatregelen borgt. Ook nu was het kwaliteitsverschil tussen de zorgdossiers opvallend. Het cyclisch werken met het zorgdossier is nog geen vanzelfsprekendheid. Alle woonzorgbegeleiders krijgen ondersteuning van de kennisdragers en hbo-vmg 'ers in het formuleren van zorgdoelen vanuit de vier domeinen. Op dit moment leidt deze werkwijze er nog niet toe dat alle zorgdossiers systematisch worden bijgehouden en acties worden uitgevoerd.

2. Borging en doorontwikkeling vragen voortdurende aandacht

Het opbouwen van een eenduidige werkstructuur is gevorderd. Het neerzetten van structuur, waarbij ook implementatie en borging een plaats hebben is nog niet gereed. Hard gewerkt is om aan de normen te voldoen. Bij een aantal normen is dat nog niet gelukt. De rayonmanager a.i. gaat in de loop van 2014 vertrekken. Het is aan het management om de ingezette veranderingen door te ontwikkelen, de effecten vast te houden en te borgen.

3. Behandeldienst steviger neergezet

Tot 1 december 2014 is de artsformatie toereikend. Gestart is met de werving van een eerste geneeskundige. Blijvende aandacht voor behoud van voldoende kwalitatieve en kwantitatieve artsen is noodzakelijk. Aanvullend op het team van psychologen is een gz-psycholoog voor Icare regio Drenthe aangetrokken. Een vakgroep voor psychologen van Icare Drenthe is opgericht en operationeel. De aantoonbare betrokkenheid van een psycholoog bij de inzet van psychofarmaca en overige middelen en maatregelen verdient nog aandacht, deze is nog onvoldoende geborgd.

4. Personeel is enthousiast

Binnen Altingerhof hebben ingrijpende veranderingen plaatsgevonden. Door de reorganisatie moest het personeel intern solliciteren. Dit had, voor een aanzienlijk deel van het personeel tot gevolg dat een wijziging van afdeling of functie plaatsvond. Daarnaast is de wijze van en visie op het aansturen van het personeel aangepast. Medewerkers krijgen nu de ruimte om zelf meer initiatieven te nemen.

Met elkaar zijn de afdelingen flink opgeruimd. Is het initiatief genomen om de vergeelde toiletputten te vervangen om zo tot een frisse afdeling te komen. De woongroepen krijgen successievelijk een nieuwe frisse kleur.

Taken en verantwoordelijkheden zijn met de reorganisatie herzien en duidelijker belegd. Medewerkers worden ondersteund met opleiding en coaching waar nodig is. De sfeer en veiligheid zijn nu zodanig dat men elkaar aanspreekt waar verbetering nodig is. De relatie tussen zorgmedewerkers en het behandelteam is verbeterd en drempels zijn weggevallen.

De medewerkers en bezoekers die de inspectie heeft gesproken waren enthousiast en maakten een ontspannen indruk. Ze gaven aan dat de veranderingen wel even wennen waren maar er heel blij mee te zijn en ze ervaren dat de rust aan het terugkeren is.

Alle ontwikkelingen hebben medewerkers een enorme stimulans gegeven.

2.5 Conclusie

Altingerhof voldoet niet aan alle normen. Het verscherpt toezicht en de reorganisatie hebben binnen Icare geleid tot veel positieve veranderingen. De inspectie heeft waargenomen dat de ingezette veranderingen en het harde werken hun vruchten beginnen af te werpen.

De medicatieveiligheid lijkt geborgd en medewerkers zijn enthousiast en voelen zich weer serieus genomen.

Aan de meeste normen rondom het zorgleefplan wordt echter nog niet voldaan. Het besluitvormingsproces middelen en maatregelen moet beter worden neergezet. Een verdergaande verbeterslag is nog noodzakelijk.

Om de risico's te beperken wordt van de organisatie verwacht dat zij maatregelen neemt. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen en vervolgacties.

3 Handhaving

In dit hoofdstuk staat een overzicht van de normen die als onvoldoende zijn beoordeeld. Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat er maatregelen genomen worden in Altingerhof binnen een daarvoor vastgestelde termijn. De inspectie gaat ervan uit dat hoofdstuk 4 voldoende informatie bevat om de benodigde verbeteringen uit te voeren om te voldoen aan de hieronder genoemde normen.

3.1 Normen waaraan voor 1 maart 2015 moet zijn voldaan

Sturen op kwaliteit en veiligheid

- 1.2 (bijna) Fouten worden systematisch en structureel gemeld, verzameld, geanalyseerd en gebruikt voor verbeteracties.

Cliëntdossier

- 2.3 De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.
- 2.4 Risico's voor de cliënt zijn geïnventariseerd door de zorgverleners en de zorg en ondersteuning zijn hierop gebaseerd.
- 2.5 De in het zorg-/ondersteuningsplan beschreven zorg-/ondersteuningsproblemen, de doelen, acties, rapportage en evaluaties zijn congruent met elkaar.
- 2.9 In het zorg-/ondersteuningsplan is vastgelegd welke disciplines met welke verantwoordelijkheden zijn betrokken bij de verschillende onderdelen van de zorgverlening.

Deskundigheid en inzet personeel

- 3.9 De zorgaanbieder verzamelt, analyseert en onderneemt zo nodig acties met betrekking tot belangrijke contextuele factoren van inzet van personeel.

Vrijheidsbeperking

- 5.3 Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.
- 5.4 In dialoog met cliënt vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).
- 5.11 De zorgaanbieder heeft een registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau.

3.2 Tussentijds resultaatverslag

Om de voortgang te bewaken verwacht de inspectie voor 15 december 2014 een tussentijds resultaatverslag over:

- Het verloop van de managementwisseling op locatie- en regionaalniveau en hoe dit de naleving van de normen en borging beïnvloedt.
- In welke mate de artsenbezetting kwalitatief en kwantitatief is gewijzigd ten opzichte van 12 oktober 2015 afgezet tegen het aantal cliënten.

3.3 Resultaatverslag

Om de voortgang te kunnen bewaken verwacht de inspectie een resultaatverslag van u (dus geen plan van aanpak) waarin per norm staat:

- Of is voldaan aan de norm.
 - De aanpak en acties waarmee is bereikt dat aan de norm is voldaan.
 - De wijze waarop is gemeten dat aan de norm is voldaan.
 - Hoe de naleving van de normen is geborgd
 - Indien (nog) niet wordt voldaan aan de norm wat hiervan de oorzaak is en hoe dit opgelost gaat worden en binnen welke termijn.
- De inspectie verwacht dit resultaatverslag **uiterlijk 2 maart 2015**.

3.4 Beoordeling van overige locaties

Al eerder was vastgesteld dat veel van de geconstateerde normoverschrijdingen direct zijn gerelateerd aan Icare-brede vraagstukken. Op 11 juli 2014 ontving de inspectie een beoordeling van de overige locaties waar verpleeghuiszorg wordt geboden. Daaruit bleek dat nog niet op alle locaties aan de normen werd voldaan. De inspectie verwacht dat op alle locaties aan de normen wordt voldaan, Daarom wordt opnieuw een beoordeling gevraagd in de andere locaties/teams waar verpleeghuiszorg wordt geboden.

De inspectie ontvangt de beoordeling van de andere locaties/team waarover nog niet eerder is gerapporteerd aan de inspectie voor 2 maart 2015.

3.5 Vervolgacties inspectie

Gezien de lange termijn die de organisatie heeft gehad om verbeteringen door te voeren, waarbij enkele normen nog steeds niet op orde zijn, sprak de inspectie op 18 september 2014 met de raad van bestuur van Espria.

De inspectie heeft besloten het verscherpt toezicht op te heffen. Dit besluit is als bijlage bij dit rapport gevoegd. De reden daarvoor is dat een fundamenteel verbetertraject is ingezet dat zichtbaar vruchten afwerpt. Om te beoordelen of de verbeteringen Icare-breed worden doorgezet beoordeelt de inspectie de resultaatsrapportages en voert de inspectie één of meer (onaangekondigde) inspectiebezoeken uit bij één of meer locaties van Icare.

Mocht blijken dat bij een volgend inspectiebezoek niet aan de normen wordt voldaan dan overweegt de inspectie opnieuw maatregelen.

4 Resultaten inspectiebezoek

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

4.1 Sturen op kwaliteit en veiligheid

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

Opmerking:

Een activiteitenbegeleider is niet meer aanwezig. Gewerkt wordt nu met dagbestedingscoaches. Deze begeleiden de zorgmedewerkers bij het aanbieden van een passend activiteitenprogramma voor de cliënten.

Gewerkt wordt aan de inzet van het verenigingsleven op de pg-afdelingen, cliënten worden zoveel mogelijk betrokken bij het koken op de afdeling. Als kanttekening moet worden geplaatst dat maatwerk ten aanzien van de dagbesteding voor de (individuele) pg-clianten nog slechts beperkt aanwezig is.

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 1.2 Icare breed is vanaf mei 2014 een nieuwe MIC-systematiek ingevoerd. Het melden is veiliger en daardoor laagdrempeliger geworden. Rechtstreeks kan worden gemeld bij de MIC-commissie. Nog onvoldoende aantoonbaar werd gezocht naar patronen en oorzaken en werden verbeteringen op basis van deze analyse(s) doorgevoerd.

4.2 Cliëntdossier

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

Opmerkingen:

Sinds 1 mei 2013 wordt gewerkt met een nieuw papieren zorgleefplan waarin de vier leefdomeneinen zijn opgenomen. De zorgmedewerkers worden intensief begeleid in het werken met het nieuwe zorgleefplan.

Wat wederom opviel bij het doornemen van de zorgleefplannen, dat niet altijd zorgvuldig de datum en paraaf genoteerd werden op de documenten. Opnieuw viel op dat de kwaliteit van de zorgleefplannen verschilt.

De inspectie heeft een zorgdossier ingezien van een cliënt van de pg-afdeling waar een multidisciplinair behandelplan ontbrak. Bij navraag bleek dit behandelplan wel aanwezig, onduidelijk was waarom het niet in het zorgdossier zat.

Volgens de gesprekspartners houdt de nachtdienst in een apart schrift de bijzonderheden voor de nacht bij. Het risico bestaat dat het zorgleefplan met zorgkaart niet meer leidend is voor de zorg in de nachtperiode.

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 2.3 De in het cliëntdossier aanwezige mondzorgplannen zijn niet volledig ingevuld, daarnaast ontbrak de datum. Het blad met afspraken rondom reanimatie was niet ingevuld en getekend, terwijl op het voorblad in het dossier niet-reanimeren was aangegeven.
- 2.4 De risico-inventarisaties waren nog steeds niet altijd tijdig en volledig ingevuld en conclusies ontbraken. Aan de inspectie werd aangegeven dat tijdens het MDO de risico-inventarisaties worden besproken en omissies worden aangevuld.
- 2.5
- In het zorgleefplan kunnen de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen worden verwoord. Wat opvalt, is dat de 'beperkingen' nauwelijks worden verwoord.
 - De acties worden niet altijd vanuit de verzorgende geschreven. Daarnaast sluiten ze niet altijd aan bij de zorg/ ondersteuningsdoelen. Een voorbeeld hiervan was het bijhouden van de vochtinname bij een cliënt. Dit gebeurde 2 dagen met enkele dagen ertussen zonder dat in het zorgleefplan of op de zorgkaart was aangegeven dat dit gestart of gestopt moest worden.
 - Bij een cliënt die in de afgelopen maanden was afgevallen stond op het voorblad dat de diëtist betrokken was, uit de rapportage van de diëtist bleek dat deze na januari 2013 niet meer was betrokken. Daarnaast heeft het gewichtsverlies niet geleid tot het tussentijds opnieuw invullen van de risico-inventarisatie.
 - Een, slecht leesbaar handgeschreven, ligadvies van de fysiotherapie was niet verwerkt in het zorgleefplan/zorgkaart.
 - De zorgkaart was niet voorzien van een datum en komt niet altijd overeen met het zorgplan.
 - De inspectie constateerde dat in de dagrapportage niet regelmatig op alle doelen wordt gerapporteerd.
 - Volgens het blad met afspraken zou met een halfjaar een nieuwe afspraak bij de tandarts plaatsgevonden moeten hebben. Deze afspraak heeft zonder nadere toelichting niet plaatsgevonden.
 - Bij een ingezien zorgdossier van een cliënt met een complexe zorgvraag was het laatste MDO 7 maanden geleden gehouden. In de gesprekken kwam naar voren dat dit onder meer veroorzaakt werd door de volle 'opleidingsagenda' van de zorgmedewerkers. Niet in het zorgdossier was terug te vinden wie bij het MDO was betrokken, wat er op de agenda stond en wat er was besproken. Een verslag ontbrak.

- 2.9 Op het voorblad van het zorgplan zijn niet alle bij de cliënt betrokken disciplines genoteerd. Zo ontbrak de tandarts als mogelijke discipline in zijn geheel, maar ook bij een cliënt waarbij uit het dossier bleek dat er een psycholoog bij betrokken was, was deze niet aangevinkt.

4.3 Deskundigheid en inzet personeel

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

Algemene opmerking:

Op een aantal pg-afdelingen werden maaltijden bereid. De weekmenu's worden opgesteld, indien mogelijk, met de bewoners. Ook vrijwilligers komen één- of tweemaal per week om een maaltijd klaar te maken. De diëtist controleert periodiek of de maaltijden voldoen aan de eisen van gezonde voeding. Het menu hangt op de afdeling en is voor iedereen inzichtelijk, ook voor familie.

Gestart is met een intensief scholingsplan. Alle persoonlijke woonbegeleiders gaan op korte termijn een aanvullende opleiding tot gespecialiseerde verzorgende psychogeriatricie volgen. Op elke afdeling een hbo vvg-er aanwezig is of wordt opgeleid. De zorgmedewerkers hebben een module mondzorg gevolgd. Het bedrijf "Theater en spel" heeft medewerkers bijgeschoold en voorzien van praktische tips in het omgaan met (moeilijk) gedrag bij mensen met dementie. In het najaar 2014 staat de scholing probleemgedrag (Verenso) gepland. Naast de scholingen wordt deze maand op alle afdelingen begonnen met de 'weekstart' als medium voor kennis en informatie uitwisseling.

Om medewerkers te ondersteunen bij het inzien van de protocollen krijgen de medewerkers een scholing aangeboden. Daarnaast is een muismat ontwikkeld die de medewerkers door de complexe niet gebruikersvriendelijke software moet leiden. Aanhoudende aandacht voor het nut en noodzaak van het gebruik van de protocollen door de medewerkers is nog noodzakelijk

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 3.9 Het regelen en vastleggen van de toezichtbehoefte voor de hele groep was nog niet geregeld en geborgd en vertaald naar de inzet van zorgmedewerkers.

4.4 Medicatieveiligheid

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

4.5 Vrijheidsbeperking

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

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 5.3. Uit de gesprekken bleek dat voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca er niet altijd een psychosociale- of gedragsinterventie plaatsvindt. Niet altijd wordt bij de inzet van psychofarmaca het 'Intern registratieformulier Middelen of Maatregelen en Signaleringsmiddelen en Psychofarmaca' ingevuld.
- 5.4 In de gesprekken werd aangegeven dat de psycholoog vaak wel betrokken is bij de inzet en evaluatie van middelen en maatregelen. Dit is niet altijd terug te vinden in het zorgdossier. Zie ook de opmerking over het MDO onder 2.5. Niet aan getoond kan worden dat de inzet en evaluatie van middelen en maatregelen altijd multidisciplinair plaatsvindt. De rol van de psycholoog is hierbij nog onvoldoende aantoonbaar geborgd.
- 5.11 Het gebruik van sederende medicatie wordt in de Bopz-notitie van Icare als een vrijheidsbeperkende maatregel gezien. Inmiddels is psychofarmaca in de registratielijst opgenomen. De feitelijke registratie van psychofarmaca, indien toegepast als vrijheidsbeperkende maatregelen, vond nog niet plaats.

4.6 Overige bevindingen

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
6.1	Instructie domotica				✓
6.2	Hygiënemaatregelen sanitaire voorziening				✓

Opmerking:

De ventilatie van de rookruimte op De Mulling is onvoldoende. De rooklucht is over een groot deel van de afdeling waar te nemen.

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.

- Bopz-notitie Icare Verpleging Verzorging en Thuiszorg (VVT), versie 1-5-2014.
- Concept d.d. 24 februari 2104 Toezicht op De Altingerhof.
- Jaarverslag MIC-commissie 2013, vastgesteld 13-2-2014.
- Kwartaalrapportage MIC-commissie Altingerhof 2^e kwartaal 2014.
- Ziekteverzuimcijfers per afdeling.
- Overzicht ZZP's, 9-9-2014.
- Werkinstructie medicatie Locatie Mulling, 17-7-2014.
- Werkinstructie medicatie Locatie Altingerhof, 17-7-2014.
- Medicatiebeleid Intramuraal, 20-6-2014.

Bijlage 2 Besluit opheffen verscherpt toezicht

PM