



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Zorgvilla Mardan
in Wildervank
op 1 april 2016

Utrecht
mei 2016

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 3
1.3	Methode 3
1.4	Toetsingskader 4
1.5	Beschrijving locatie 4
2	Conclusie en onderbouwing 6
2.1	Samenvatting van de scores per thema 6
2.2	Resultaten inspectiebezoek op 1 april 2016 6
2.3	Conclusie: geboden zorg voldoet vrijwel niet aan de normen en is daardoor zeer risicovol 7
2.3.1	Kwaliteit en veiligheid van zorg onvoldoende geborgd 7
2.4	Cliëntgerichtheid 8
3	Handhaving 9
3.1	Inleiding 9
3.2	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed 9
3.3	Vervolgacties zorgaanbieder 10
3.4	Beoordeling van overige locaties en/of teams 10
3.5	Vervolgacties inspectie 10
4	Bevindingen inspectiebezoek 11
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 11
4.1.1	Inleiding 11
4.1.2	Scores 12
4.2	Thema 2: cliëntdossier 15
4.2.1	Inleiding 15
4.2.2	Scores 16
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 18
4.3.1	Inleiding 18
4.3.2	Scores 18
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 21
4.4.1	Inleiding 21
4.4.2	Scores 21
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 25
4.5.1	Inleiding 25
4.5.2	Scores 25
4.6	Overige bevindingen 28
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 29
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten 30

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 1 april 2016 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Zorgvilla Mardan in Wildervank. 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 overigens met respect wordt behandeld.

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

Op 9, 19 en 20 oktober 2015 heeft de inspectie een bezoek gebracht aan Mardan Zorg B.V. (hierna: Mardan Zorg). Aanleiding voor deze bezoeken was een melding over handelingen die uitgevoerd zouden worden door personen die hier niet bevoegd of bekwaam voor waren. In de periode dat de inspectie deze melding onderzocht, werd Zorgvilla Mardan opgericht. De risico's die uit de melding naar voren kwamen waren mede aanleiding voor het toetsen van de kwaliteit en veiligheid van de zorg die binnen Zorgvilla Mardan geleverd wordt.

1.2 Doelstelling

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

- cliënten;
- uitvoerende medewerkers;
- het management(team);
- cliëntdossiers;
- documenten, genoemd in bijlage 1;
- een rondgang door de locatie.

Met dit instrument toetste de inspectie de geboden zorg aan de hand van de volgende thema's:

- sturen op kwaliteit en veiligheid;
- cliëntdossier;
- deskundigheid en inzet personeel;
- medicatieveiligheid;
- vrijheidsbeperking.

Per thema heeft de inspectie een selectie gemaakt van normen waaraan zij de geboden zorg toetste op basis van één of meer beoordelingsaspecten. De beoordelingsaspecten omvatten niet altijd de hele reikwijdte van een norm. Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd maar wel betrekking hebben op een norm. Dit kan reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

1.4 Toetsingskader

De normen en beoordelingsaspecten die de inspectie hanteerde, zijn gebaseerd op de wet- en regelgeving en de daarvan afgeleide normen van de koepelorganisaties en de branche- en beroepsverenigingen. Bij risico's waarvoor wet- en regelgeving en daarvan afgeleide normen ontbraken, hanteerde de inspectie indien nodig eigen handhavingsnormen. Een overzicht van het normenkader is opgenomen in bijlage 2.

1.5 Beschrijving locatie

Zorgvilla Mardan te Wildervank is een locatie van Mardan Zorg te Midwolda. Mardan Zorg is een kleinschalige zorgaanbieder en levert begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleging. Mardan Zorg is begin 2013 gestart als schoonmaakbedrijf. Later dat jaar heeft Mardan Zorg besloten om naast de schoonmaak ook thuiszorg te gaan verzorgen. Per 1 januari 2016 heeft Mardan Zorg het Zorghotel de Veenkoloniën in Wildervank overgenomen, nu Zorgvilla Mardan.

Zorgvilla Mardan te Wildervank is een voormalig zorghotel en brasserie. Op de begane grond bevinden zich de entree met bezoekerstoiletten, de gezamenlijke woonkamer met eetgedeelte en een apart zitgedeelte waar cliënten kunnen verblijven. Het voormalige brasserie gedeelte werd ten tijde van het bezoek opgeknapt. Vanaf 1 juni 2016 is het voornemen om in deze ruimte dagbesteding aan te bieden. In de centrale keuken wordt elke dag door een kok voor de cliënten gekookt. Aan de achterzijde van het pand bevinden zich de appartementen van bewoners en het teamkantoor met medicatie. Deze achterzijde is te bereiken via een smalle gang met helling. Daarnaast gebruikt de voormalige eigenaar van de Veenkoloniën een deel van de bovenverdieping als woonruimte.

Eén appartement heeft een woonkamer, slaapkamer, keukenblok en eigen toilet- met douchegelegenheid. De andere zit-slaapkamers beschikken over een eigen toilet- en douchegelegenheid. Cliënten kunnen hun woonruimte zelf naar eigen smaak inrichten. Er wordt in de gezamenlijke woonkamer op de benedenverdieping gegeten of de cliënt kan op de eigen kamer eten.

In de visie van Mardan Zorg mag iedereen met een zorgvraag in Zorgvilla Mardan komen wonen, de zorgvilla richt zich niet op een bepaalde doelgroep. Alle cliënten ontvangen zorg gefinancierd vanuit de Wet landelijke zorg (Wlz). De cliënten huren een appartement in de zorgvilla en kopen daarnaast hun zorg in door middel van een persoonsgebonden budget (PGB).

In de zorgvilla is woonruimte voor negentien cliënten. Op het moment van het inspectiebezoek waren negen cliënten woonachtig in de zorgvilla namelijk twee cliënten met zorgprofiel 6, twee cliënten met zorgprofiel 7 en één cliënt met zorgprofiel 10. Ook was er een cliënt met een klasse 4 indicatie. Op de bovenverdieping woonden drie cliënten met een verstandelijke beperking met respectievelijk zorgprofiel (LG) 3, 5 en 6. Op het moment van het inspectiebezoek had de zorgaanbieder aanvragen ingediend voor het verhogen van een aantal CIZ-indicaties.

Het team medewerkers van Zorgvilla Mardan bestaat uit verzorgenden-IG, verzorgende niveau 3 (in opleiding tot IG), helpenden met opleidingsniveau 2 en verpleegkundigen met opleidingsniveau 4. Daarnaast zijn er twee stagiaires. Medewerkers van Mardan Zorg B.V. thuiszorg kunnen eveneens in de zorgvilla worden ingezet.

Het werkrooster wordt dagelijks met 3 op elkaar aansluitende diensten ingevuld. Een dagdienst van 8:00 – 16:00 uur, avonddienst van 16:00 – 23:00 uur en een slaapdienst van 23:00 – 8:00 uur. Een aantal malen per week wordt er in de ochtend een extra dienst van 08:00 – 11:00 ingeroosterd.

De begeleiding van de cliënten met een verstandelijke beperking wordt van maandag tot en met vrijdag overdag door twee medewerkers in wisselende diensten met respectievelijk opleiding SPW 3 en 4 vanuit de thuiszorg uitgevoerd. Daarnaast houden de medewerkers van de zorgvilla in de avonden, en zo nodig in het weekend, toezicht op de cliënten met een verstandelijke beperking.

Mardan Zorg heeft één dag per week een verpleegkundige niveau 5 beschikbaar. Zij is belast met de intake van nieuwe cliënten en de toewijzing van verpleegtechnische vaardigheden aan medewerkers binnen Mardan Zorg.

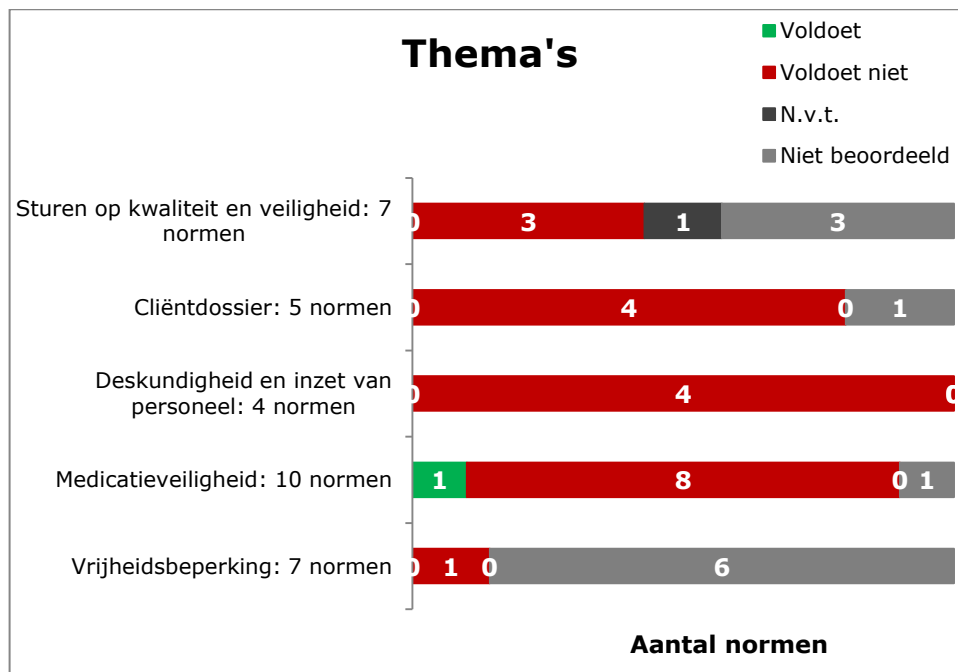
2 Conclusie en onderbouwing

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 Zorgvilla Mardan. 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. Als de inspectie hierbij naast de geselecteerde normen ook andere normen heeft gehanteerd, zijn de bevindingen daarvan beschreven in hoofdstuk 4 en niet zichtbaar in deze tabel.



2.2 Resultaten inspectiebezoek op 1 april 2016

Tijdens dit inspectiebezoek heeft de inspectie normen beoordeeld verdeeld over vijf thema's. De resultaten laten zien dat op vier thema's aan vrijwel alle beoordeelde normen niet wordt voldaan. Voor het thema vrijheidsbeperking geldt dat deze onvoldoende in beleid is uitgewerkt.

2.3 Conclusie: geboden zorg voldoet vrijwel niet aan de normen en is daardoor zeer risicovol

De zorg die Zorgvilla Mardan biedt, voldoet niet aan 20 normen van de 21 beoordeelde normen en leidt op die punten tot ernstige risico's voor cliënten. Om deze risico's te beperken verwacht de inspectie dat de zorgaanbieder verbeteringen realiseert op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldoet. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen en de vervolgacties aangegeven.

2.3.1 *Kwaliteit en veiligheid van zorg onvoldoende geborgd*

Mardan Zorg startte op 1 januari 2016 Zorgvilla Mardan door Zorghotel de Veenkoloniën te Wildervank over te nemen. Met deze overname werd een lopend zorgbedrijf overgenomen. Er verbleven cliënten met sterk uiteenlopende zorgvragen in Zorghotel de Veenkoloniën. Ten tijde van het inspectiebezoek wonen er in Zorgvilla Mardan cliënten met zorgvragen voor beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging en cliënten voor zeer intensieve zorg vanwege specifieke aandoeningen met nadruk op begeleiding. Op het moment van het inspectiebezoek verblijven er ook cliënten voor intensieve palliatief-terminale zorg. Daarnaast wonen er cliënten met een verstandelijke beperking met zorgvragen die variëren van intensieve verzorging, intensieve begeleiding en gedragsregulering.

In de voorbije maanden sinds de start is Zorgvilla Mardan er niet in geslaagd om voldoende inzicht te verkrijgen in de zorgbehoefte en zorgvragen van cliënten. Bestaande zorgvragen zijn niet dan wel onvoldoende concreet vertaald naar zorgactiviteiten. Informatie over wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënten ontbreekt. Ook zijn cliëntgebonden risico's niet geïnventariseerd. De zorgzwaarte van de cliënten en de grote variatie in de zorgvragen doet een groot beroep op de inzet en deskundigheid van de medewerkers. Hoewel de zorgaanbieder aangeeft dat de deskundigheid van medewerkers past bij de zorg in de zorgvilla kan dit niet worden aangetoond. Door het ontbreken van in- en uitsluitcriteria voor Zorgvilla Mardan zijn de grenzen aan de zorg niet duidelijk in beeld.

De medicatieveiligheid was zowel in beleid als in uitvoering onvoldoende adequaat georganiseerd. Het gebruik van onduidelijke en onvolledige uitvoeringsverzoeken voor voorbehouden handelingen is daar een voorbeeld van. Een kwaliteitssysteem met bijbehorende kwaliteitsdocumenten zoals protocollen, om medewerkers te faciliteren in het goed uitvoeren van hun zorgtaken, waren nog niet geïmplementeerd. Daarmee ontbrak ook de preventieve functie van een kwaliteitssysteem om fouten en incidenten te voorkomen en om de zorg inhoudelijk te kunnen evalueren.

Ten tijde van het inspectiebezoek was de zorg in ontwikkeling en het zorgteam nog in opbouw. Een duidelijk uitgewerkte visie met bijbehorende doelen en ontwikkelplan ontbreekt. Op welke wijze de per 1 juni 2016 te starten dagbesteding past binnen deze visie en hoe dit wordt georganiseerd binnen de setting van de zorgvilla was niet uitgewerkt. Daarmee wordt de risicovolle situatie in Zorgvilla Mardan verder verhoogd.

2.4

Cliëntgerichtheid

Cliëntgerichtheid heeft nog onvoldoende structurele aandacht in Zorgvilla Mardan. Cliënten worden onvoldoende betrokken bij het opstellen van het zorgplan. Zorgvilla Mardan heeft nog geen cliëntmedezeggenschap georganiseerd en er heeft nog geen cliënttevredenheidsonderzoek plaatsgevonden. Dat laatste kan worden verklaard doordat deze locatie recent is overgenomen.

3 Handhaving

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk begint met een overzicht van de normen waaraan de geboden zorg niet voldeed en waarvoor verbetermaatregelen noodzakelijk zijn. Vervolgens geeft de inspectie aan wat zij van de zorgaanbieder verwacht. Daarna beschrijft de inspectie haar vervolgacties.

De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 4 voldoende handvatten biedt om de verbeteringen door te voeren die nodig zijn om te voldoen aan de normen in paragraaf 3.2.

3.2 Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed

Sturen op kwaliteit en veiligheid

- 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.
- 1.3 De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.
- 1.5 De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.

Cliëntdossier

- 2.1 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.
- 2.2 De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.
- 2.4 Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.
- 2.5 Afsproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.

Deskundigheid en inzet van personeel

- 3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.
- 3.6 Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.
- 3.7 De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.
- 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.

Medicatieveiligheid

- 4.1 De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.
- 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.
- 4.3 Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie, beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.
- 4.4 Voor elke voorbehouden handeling is een opdracht in het cliëntdossier aanwezig.

- 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-GDS¹-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.
- 4.10 Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.

Vrijheidsbeperking

- 5.1 De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Overige bevindingen

- 6.1 Het afsprakenformulier laatste levensfase is volledig en juist.
- 6.2 Cliëntgegevens worden zorgvuldig gearchiveerd.

3.3 Vervolgacties zorgaanbieder

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een plan van aanpak en resultaatsverslagen stuurt. De inspectie verwacht het plan van aanpak uiterlijk **16 mei 2016** te ontvangen en de resultaatsverslagen achtereenvolgens uiterlijk **15 juni 2016** en **26 juli 2016**.

In de resultaatsverslagen staat per norm:

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

3.4 Beoordeling van overige locaties en/of teams

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder nagaat of ook de bij overige locaties of teams geboden zorg voldoet aan de randvoorwaarden voor het leveren van goede zorg en dat hij zo nodig passende maatregelen treft.

3.5 Vervolgacties inspectie

Gezien de ernst van de bevindingen heeft de inspectie een gesprek gehad met de bestuurder. De inspectie heeft vervolgens besloten om Zorgvilla Mardan voor een periode van 3 maanden onder verscherpt toezicht te plaatsen. In de periode van verscherpte toezicht kan de inspectie Zorgvilla Mardan aangekondigd en/of onaangekondigd bezoeken. De inspectie zal de resultaatsverslagen gebruiken ter voorbereiding op deze bezoeken.

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 Zorgvilla Mardan nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Zorgvilla Mardan 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 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 resultaten op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.				x
1.2	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.		x		
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.				x
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.		x		
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.		x		
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.		x		
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 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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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 cliënten-medezeggenschap 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		
1.6	De zorgaanbieder heeft geborgd beleid over een gesloten deur bij geplande zorgvraag.			x	
a)	De zorgaanbieder heeft beleid beschreven over een gesloten deur bij geplande zorgvraag en evalueert periodiek of bijstelling hiervan nodig is.			x	
b)	Het beleid over een gesloten deur bij geplande zorgvraag is bekend bij de medewerkers.			x	
c)	Het beleid over een gesloten deur bij geplande zorgvraag is bekend bij de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger.			x	
1.9	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.				x
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen. (Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)				x

Toelichting

- 1.2 De zorgaanbieder zorgde er niet voor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel meldden. De meldingen werden niet verzameld en geanalyseerd voor verbeteracties. De inspectie trof in de cliëntdossiers formulieren aan voor het melden van incidenten cliënten (MIC). Deze gegevens werden volgens de medewerkers door een extern bureau verzameld. De medewerkers konden tijdens het inspectiebezoek niet aangeven wat er met de gegevens van de meldingen door dat bureau werd gedaan. De gesproken medewerkers gaven aan dat er wel meldingen zijn en dat die onderling binnen het zorgteam werden besproken.
- 1.3 Uit de informatie in de cliëntdossiers bleek dat de interne klachtencommissie van Mardan Zorg ten tijde van het inspectiebezoek niet volledig bezet was. De zorgaanbieder kon geen informatie verstrekken over de werving voor nieuwe leden in de klachtencommissie.
- 1.5 De zorgaanbieder had geen in- en exclusiecriteria op schrift gesteld. Door de zorgaanbieder werd aangegeven dat in principe iedereen met een zorgvraag (met PGB) in Zorgvilla Mardan mag wonen.

4.2 Thema 2: cliëntdossier²

4.2.1 Inleiding

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, maakt met iedere cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vóór de start van de zorgverlening of zo snel als mogelijk na de start van de zorgverlening afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning. Deze afspraken gaan uit van de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Ook houden deze afspraken rekening met beperkingen van de cliënt en met ingeschatte mogelijke cliëntgebonden risico's.

Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning is het uitgangspunt het zo veel mogelijk versterken van de eigen regie van de cliënt en van zijn ervaren kwaliteit van bestaan. De medewerker die eerstverantwoordelijke is voor de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt stelt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger zorg- en ondersteuningsdoelen vast. In deze doelen moeten de wensen van de cliënt doorklinken en de wijze waarop hij zijn leven wil inrichten. De doelen zijn niet uitsluitend probleemgericht gedefinieerd maar bevorderen ook de kwaliteit van het bestaan van de cliënt zo goed mogelijk. Ook maakt de eerstverantwoordelijke medewerker met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning.

De medewerker legt deze afspraken vast in de vorm van een individueel zorgplan. Uit dit plan wordt duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgaanbieder vraagt. Ook beschrijft het plan wat er nodig is om de zorg- en ondersteuningsdoelen te behalen en wie daarvoor verantwoordelijk is of zijn. Naast de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger en de eerstverantwoordelijke medewerker leveren alle overige betrokken medewerkers en disciplines, zoals gedragswetenschappers, artsen en paramedici, een zichtbare bijdrage aan afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft geborgd beleid voor het rapporteren in het cliëntdossier over de voortgang op de zorg- en ondersteuningsdoelen en over de mate waarin deze doelen worden behaald. Ook is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor rapportage over andere relevante zaken op individueel cliëntniveau die om rapportage vragen. De zorgaanbieder waarborgt de periodieke multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger. Na de evaluatie maken de betrokkenen met elkaar nieuwe afspraken.

² Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorgplan is een onderdeel van het cliëntdossier.

4.2.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.³		x		
a)	Bij 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.³		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		
2.4	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		

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.

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.³				x
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorgplan.				x
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm of vaker.				x
c)	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorgplan.				x

Toelichting

- 2.1 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger was/waren niet aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan. Voor de cliënten in Zorgvilla Mardan was niet binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorgplan vastgesteld. Geen van de cliënten had een zorgplan hoewel de zorgverlening vanaf 1 januari 2016 van start was gegaan. Voor de zorguitvoering werd gerefereerd aan het budgetplan voor het aanvragen en verlenen van een PGB, met daarin de zorgvraag. Medewerkers gaven aan dat er werd nagedacht over een format voor een digitaal zorg-leefplan.
- 2.2 De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt waren niet de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen. Informatie over wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt ontbraken in de ingeziene cliëntdossiers. Ook de diagnostiek van relevante disciplines was niet in deze cliëntdossiers opgenomen.
- 2.4 Medewerkers inventariseerden en evalueerden niet periodiek de cliëntgebonden risico's en baseerden hierop niet de zorg en de ondersteuning.
- 2.5 Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties waren niet op elkaar afgestemd. In een aantal cliëntdossiers was een dagelijkse rapportage geschreven. Evaluaties met betrekking tot de zorgvraag hadden niet plaatsgevonden. Het was niet aantoonbaar wanneer de zorgvraag werd geëvalueerd.

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 daarom 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
3.4	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)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.		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 planner weet welke deskundigheid ingezet moet worden voor de zorgverlening aan de cliënt.		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
3.9	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

3.4 Medewerkers werkten niet op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies. Er waren geen protocollen op locatie beschikbaar. De medewerkers konden niet aangeven met welke protocollen werd gewerkt en of deze actueel waren. In een cliëntdossier trof de inspectie een werkinstructie oogdruppelen aan die niet van de organisatie was en voor de medewerkers onbekend. De zorgaanbieder gaf aan dat voor de thuiszorgmedewerkers een protocollenmap aanwezig was op het kantoor van Mardan Zorg te Midwolda, maar deze is tijdens het inspectiebezoek niet getoond.

- 3.6 Medewerkers kregen geen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten. Voor de medewerkers van Zorgvilla Mardan was geen scholingsplan opgesteld. Er was een overzicht van de medewerkers in de thuiszorg met de datum waarop scholing was ontvangen over verpleegtechnische vaardigheden. Dit overzicht was niet compleet voor de medewerkers in het team van de zorgvilla. Daarbij gaf de zorgaanbieder aan dat de certificaten van de laatste bijscholingen niet in de personeelsdossiers zaten maar in een ander digitaal systeem. Deze certificaten konden daardoor niet worden getoond.
- 3.7 De inzet van personeel voor de dagelijkse zorg was onvoldoende aantoonbaar georganiseerd dat op de juiste momenten voldoende deskundig personeel aanwezig was. Uit de werkroosters die de inspectie inzag bleek dat de slaapwacht werd ingevuld door medewerkers met opleidingsniveau 2. De zorgaanbieder kon niet aantonen op basis waarvan is gekozen voor de inzet van één medewerker in de avonddienst en één slaapwacht in relatie tot de zorgzwaarte van de cliënten. Voor de bereikbare verpleegkundige achterwacht golden mondelinge afspraken tussen de twee verpleegkundigen in het team. In het werkrooster kon niet worden aangetoond dat aan de wettelijke vereiste rusttijden voor medewerkers werd voldaan. Zo waren er geen afspraken over oproepen tijdens de slaapdienst in de nachtsituatie en was er soms sprake van 3 aaneengesloten diensten. De begeleiding voor de cliënten met VG 3, 5 en 6 was niet opgenomen in het werkrooster van de zorgvilla.
- 3.9 De zorgaanbieder verzamelde en analyseerde niet de contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Gegevens over ziekteverzuim, personeelsverloop en werkdruk werden niet verzameld of geanalyseerd. De zorgaanbieder gaf aan dat dit in ontwikkeling was.

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.		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		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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		
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
4.4	Voor elke voorbehouden handeling is een opdracht in het cliëntdossier aanwezig.		x		
a)	Het uitvoeringsverzoek is op naam van de uitvoerende medewerker uitgeschreven of er is een raamovereenkomst tussen de zorgaanbieder en de opdrachtgever. In het uitvoeringsverzoek moet bij injecteren de dosering vermeld staan of moet verwezen worden naar een afwijkend schema. De contactgegevens van de opdrachtgever staan op het uitvoeringsverzoek.		x		
4.5	Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie¹ niet aan.				x
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ¹ heeft uitgezet.				x
4.6	De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.		x		
a)	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie.		x		
b)	Bij cliënten bij wie het risico bestaat dat zij door hun ziekte hun geneesmiddelen op een verkeerde wijze kunnen gebruiken (dementie, suïcidaliteit) heeft de zorgaanbieder met de cliënten of de cliëntvertegenwoordigers afspraken gemaakt over de bewaarplek(ken) van de geneesmiddelen van deze cliënten.				x

		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-GDS¹-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.		x		
a)	Voor niet GDS-medicatie ¹ 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
c)	De bijsluiter van de medicatie is in het cliëntdossier opgenomen.		x		

Toelichting

- 4.1 De zorgaanbieder toonde tijdens het inspectiebezoek geen procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg.
- 4.2 De zorgaanbieder gebruikte een formulier met daarop de verklaring zelfzorgmedicatie door de cliënt. Hierin werd de afspraak vastgelegd dat de cliënt de medicatie in eigen beheer had en daarmee zelf zorg draagt voor de juiste inname van de medicatie. Wat de afspraken waren wanneer de cliënt een dergelijk formulier niet had ingevuld, was niet bekend. Hoe de beoordeling tot stand kwam of een cliënt de medicatie niet geheel of gedeeltelijk in eigen beheer kon hebben, was niet vastgelegd.
- 4.3 Medewerkers die hulp boden bij de medicatie beschikten niet over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek. In de cliëntdossiers waren geen actuele medicatieoverzichten aanwezig. De inspectie trof op toedienlijsten wijzigingen aan die door medewerkers waren bijgeschreven. Het betrof bijvoorbeeld een wijziging in de toediendag of een tijdelijke stop in medicatie.
- 4.4 De inspectie zag in cliëntdossiers uitvoeringsverzoeken die onvolledig waren. Zo werd op de uitvoeringsverzoeken niet aangegeven wie de uitvoerder van de handeling was. Daarnaast waren uitvoeringsverzoeken onvolledig ingevuld. Ondermeer ontbraken gegevens zoals de indicatie, datum van ingang, duur van het verzoek, dosering van de medicatie en frequentie. Ook waren er ongedateerde formulieren met enkel een stempel van een arts.
- 4.6 De zorgaanbieder zorgde niet voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie. Afspraken met de apotheek over het bewaren en afvoeren van retourmedicatie waren niet vastgelegd. In de medicijnkast werd medicatie van overleden bewoners aangetroffen. Retourmedicatie werd opgespaard in een open bakje.
- 4.7 Een periodieke controle van de medicijnkast en de voorraad medicatie was niet aantoonbaar. In de medicijnkast trof de inspectie een grote hoeveelheid medicatie op naam van een cliënt aan. De medewerkers hielden niet bij welke en hoeveel opiaten er binnen kwamen van de apotheek. Op de toedienlijsten werden opiaten na toediening afgetekend maar het was niet duidelijk bij welke medicatie deze registratie hoorde. Het was niet na te gaan hoeveel medicatie in de opiaten kluis aanwezig hoorde te zijn. Daarnaast trof de inspectie opiaten aan van cliënten die niet (meer) woonachtig waren binnen de zorgvilla.
- 4.8 De niet-GDS¹-medicatie werd niet door een tweede bekwaam persoon gecontroleerd. Op de medicijnlijst stond bij sommige medicijnen door de apotheek vermeld dat het risicovolle medicatie was. Voor het toedienen van onder andere anticoagulantia werd geen dubbele controle uitgevoerd.
- 4.10 Bijsluiters van medicatie waren niet in de cliëntdossiers opgenomen.

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 stand van de 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		
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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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
5.4	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				x
a)	Bij het multidisciplinaire overleg over de besluitvorming over de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel zijn alle voor die besluitvorming relevante disciplines betrokken.				x
b)	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger worden afspraken gemaakt over wanneer en hoe de vrijheidsbeperkende maatregel(en) wordt/(worden) toegepast.				x
5.5	Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				x
a)	Het besluit om over te gaan tot toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en) en de verantwoordelijke voor dit besluit zijn terug te vinden in het cliëntdossier.				x
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				x
a)	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.				x
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

Toelichting

- 5.1 De zorgaanbieder had geen beleid waarin was beschreven wat de visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen was. Volgens de zorgaanbieder werden er geen vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast.

4.6 Overige bevindingen

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
6.1	Het afsprakenformulier laatste levensfase is volledig en juist ingevuld.		x		
6.2	Cliëntgegevens worden zorgvuldig gearcheeerd.		x		

Toelichting

- 6.1 In een zorgdossier trof de inspectie een afsprakenformulier met betrekking tot de laatste levensfase aan. Op dit formulier was de naam van de cliënt niet ingevuld en werd niet verwezen naar de mogelijke aanwezigheid van een reanimatieverklaring. Dit formulier werd niet door cliënt of cliëntvertegenwoordiger voor akkoord getekend.
- 6.2 Cliëntgegevens werden niet zorgvuldig gearcheeerd. De inspectie trof bij de cliëntdossiers een cliëntdossier van een cliënt die voor 1 januari 2016 bij de voorganger van Zorgvilla Mardan had gewoond. Ten tijde van het inspectiebezoek was onduidelijk waar en door wie dit archief met medische gegevens werd beheerd.

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.

Documenten na het inspectiebezoek naar de inspectie opgestuurd:

- Overzicht zorg cliënten zorgvilla april 2016;
- Origineel planning 14-4-2016 Mardan Zorg BV;
- Klachten afwijkingen en verbetervoorstellen, versie 4-4-2016;
- FOR05 Klachtenformulier, versie 1-10-2015;
- FOR28 Meldingen incidenten en cliëntenzorg, versie 15-10-2015;
- Kwaliteitsbeleid Middelen en Maatregelen, versie 4-4-2016;
- FOR38 Meldingsformulier bopz;
- Werkwijze Mardan Zorg B.V. april 2016;
- Melding Incident Patiënt, versie 4-4-2016;
- FOR8a Vragenlijst ervaringen met de zorg in een verpleeg- of verzorgingshuis, interviews met bewoners, Nivel versie augustus 2012;
- FOR8b Vragenlijst ervaringen met de zorg in een verpleeg- of verzorgingshuis, interviews met vertegenwoordigers, Nivel versie augustus 2012;
- FOR30 Evaluatiegesprek over zorgleefplan, versie 20-10-2015.

Bijlage 2 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten

Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)⁴.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- 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 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.
- Richtlijn inzake het omgaan met medische gegevens, KNMG, 2010.

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.

⁴ De Wkkgz, die per 1 januari 2016 in werking is getreden, vervangt de Wkcz per 1 januari 2017 of zoveel eerder als de zorgaanbieder zijn klachtenregeling aan de Wkkgz heeft aangepast.