



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting voor Regionale Zorgverlening
in Middelburg en locatie Oostkerkestraat 30
en 32 in Wolphaartsdijk op 6 november 2019.

Utrecht, januari 2020

V2016926

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Doel en werkwijze 3
1.3	Beschrijving SVRZ en locatie Oostkerkestraat 3
2	Conclusie en vervolgacties 5
2.1	Conclusie bezoek 5
2.2	Vervolgacties 5
2.2.1	Vervolgactie van de inspectie 5
3	Resultaten locatie Oostkerkestraat 6
3.1	Persoonsgerichte zorg 6
3.2	Deskundige zorgverlener 8
3.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 10
3.4	Medicatieveiligheid 12
3.5	Overige bevindingen 13
Bijlage 1	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 14
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 15

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd sprak op 6 november 2019 met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Stichting voor Regionale Zorgverlening (SVRZ) in Middelburg. Aansluitend bracht de inspectie een onaangekondigd bezoek aan locatie Oostkerkestraat 30 en 32 (Oostkerkestraat) in Wolphaartsdijk.

1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezoekt alle zorgaanbieders die intramurale ouderenzorg leveren op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Op 9 augustus 2018 heeft de inspectie De Blide bezocht, een locatie van SVRZ in Terneuzen. Na een verbetertermijn bezocht de inspectie De Blide opnieuw op 29 oktober 2019 om te beoordelen hoe De Blide de verbetermaatregelen borgt in de praktijk. Tijdens het bezoek van 29 oktober 2019 gaf de inspectie aan SVRZ aan, dat zij een tweede locatie zou bezoeken. Het bezoek aan de tweede locatie combineert de inspectie dan met een gesprek aan de raad van bestuur en de raad van toezicht.

1.2 Doel en werkwijze

Het inspectiebezoek bestaat uit een gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht. Dit gesprek gaat over de besturing van de organisatie. Daarna bezoekt de inspectie één of meerdere locatie(s). Waar de inspectie naar kijkt, ligt vast in een toetsingskader. Bij de gesprekken, de rondleiding, de observaties en de eventuele documenten die zij inzien, letten de inspecteurs op een aantal normen uit de thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener, sturen op kwaliteit en veiligheid en medicatieveiligheid.

De inspectie toetst of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Zij beoordeelt daarnaast de samenhang tussen de informatie uit het gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht en de bevindingen uit het locatiebezoek.

Op basis van de bevindingen tijdens dit inspectiebezoek, bepaalt de inspectie of er vervolgtoezicht nodig is en in welke vorm.

1.3 Beschrijving SVRZ en locatie Oostkerkestraat

SVRZ biedt verpleeghuiszorg, verzorging, thuiszorg, zorg aan cliënten met een verstandelijke beperking, zorg aan cliënten met Huntington of Korsakov, zorg aan cliënten met niet aangeboren hersenletsel (NAH), revalidatiezorg, palliatieve zorg, huishoudelijke hulp en dagactiviteiten. SVRZ heeft 34 verpleeghuisvoorzieningen, 36 woonzorgcentra en 3 centra voor zorg en revalidatie, verspreid over de provincie Zeeland. De raad van bestuur van de stichting SVRZ bestaat uit één persoon. Deze bestuurder van SVRZ vormt samen met drie stafdirecteuren (zorg en welzijn, personeel en financiën) en de locatiemanagers het managementteam. SVRZ heeft een raad van toezicht bestaande uit zeven leden.

Oostkerkestraat is een locatie met twee gekoppelde woningen met de nummers Oostkerkestraat 30 en Oostkerkestraat 32. De woningen zijn gescheiden door een binnendeur. In iedere woning wonen zeven cliënten met psychogeriatrische (PG) problematiek. Ten tijde van het bezoek ontvangen veertien cliënten zorg. Dertien cliënten hebben zorgprofiel VV 5 met behandeling. Eén cliënt heeft een zorgprofiel VV 7 met behandeling. De inspectie bezocht beide woningen. Deze twee woningen

hebben een aanmerking in het kader van de Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz).

De zorg wordt verleend door 20 (11,35 fte) zorgverleners. Hiervan zijn drie (2,11 fte) persoonlijk begeleiders met niveau 3 IG, negen (4,63 fte) 1^e medewerkers zorg van niveau 3 IG, drie (1,75 fte) zorgverleners nachtdiensten met niveau 3 IG, één verzorgende niveau 2 (0,56 fte), één (0,17 fte) zorgverlener niveau 1 en drie (2,13 fte) leerlingen. Er is 24 uur per dag, zeven dagen per week een verpleegkundige achterwacht beschikbaar. Een ambulante verpleegkundige komt wekelijks langs en is op afroep beschikbaar.

Een locatiemanager stuurt, samen met een teamleider zorg, de locatie aan. In Oostkerkestraat zijn verschillende disciplines betrokken vanuit het behandelteam van SVRZ, waaronder een specialist oudergeneeskunde (SO), een Bopz-arts, verpleegkundig specialisten, een psycholoog, een ergotherapeut, een fysiotherapeut en een logopedist. De SO is eindverantwoordelijk voor de (medische) zorg voor cliënten met een indicatie inclusief behandeling.

(Organisatie)Ontwikkelingen

Op 1 november 2018 is een nieuwe bestuurder aangesteld bij SVRZ. SVRZ heeft in de provincie Zeeland te maken met vergrijzing van de bevolking gecombineerd met steeds minder kinderen die worden geboren. Door zorgverleners niveau 2 en verpleegkundigen samen te laten werken probeert SVRZ de gevolgen van deze demografische ontwikkelingen te ondervangen. Daarnaast heeft SVRZ een leerlocatie om innovatief gebruik te maken van domotica.

Personele ontwikkelingen Oostkerkestraat

Het ziekteverzuim in Oostkerkestraat is gedaald, van 13,8% in 2018 naar 8,2% tot en met oktober 2019. Het verzuim is hoog door langdurig, niet werk gerelateerd verzuim van een zorgverlener. Tot en met oktober 2019 vertrekken 4,53% van de zorgverleners vanuit de Oostkerkestraat naar een andere locatie van SVRZ. Vanuit een andere locatie van SVRZ stromen 9,52% van de zorgverleners in bij de locatie Oostkerkestraat. Oostkerkestraat heeft vacatureruimte voor zorgverleners niveau 1 als medewerker wonen.

2 Conclusie en vervolgacties

2.1 Conclusie bezoek

De inspectie constateert dat de geboden zorg op Oostkerkestraat (grotendeels) voldoet aan de getoetste normen. Acht van de elf getoetste normen voldoen (grotendeels). Het managementteam van Oostkerkestraat herkent de geconstateerde tekortkomingen. Gezien de geconstateerde risico's op het thema medicatieveiligheid vraagt de inspectie daags na het bezoek de raad van bestuur van SVRZ de tekortkomingen op het gebied van medicatieveiligheid direct te verbeteren binnen één maand. Op 19 december 2019 ontvangt de inspectie hierover een resultaatverslag. In het resultaatverslag geeft de raad van bestuur aan passende verbetermaatregelen te hebben genomen. Mede door de accurate reactie van het bestuur en management, het herkennen van de geconstateerde tekortkomingen en de getoonde verbeterkracht op locatie De Blide heeft de inspectie op dit moment voldoende vertrouwen in de wijze waarop SVRZ stuurt op de kwaliteit en veiligheid van zorg.

2.2 Vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van SVRZ verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

2.2.1 *Vervolgactie van de inspectie*

Op basis van de bevindingen en bovenstaande conclusie ziet de inspectie op dit moment geen aanleiding om deze locatie en/of andere locaties van de zorgaanbieder opnieuw te bezoeken. De inspectie verwacht dat u goede zorg continueert op alle locaties) en waar nodig de juiste verbeteringen treft om aan de normen te (blijven) voldoen. De inspectie sluit het bezoek af.

3 Resultaten locatie Oostkerkestraat

Hieronder staan de oordelen per norm en een toelichting daarop. Het oordeel geeft aan in welke mate de betreffende norm is gerealiseerd.

De inspectie beoordeelt de normen op een vierpuntschaal. De kleuren van de vierpuntschaal hebben de volgende betekenis.

- Donkergroen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten
- Lichtgroen: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten.
De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.
- Geel: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels niet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.
- Rood: De locatie/afdeling **voldoet niet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.
- Blauw: De norm is **niet getoetst**

3.1 Persoonsgerichte zorg

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet Oostkerkestraat** aan deze norm.

De zorgverleners van Oostkerkestraat kennen het verhaal van de cliënt. De inspectie hoort hoe verschillende zorgverleners kunnen vertellen over het leven van de cliënten. Dezelfde informatie leest de inspectie tijdens de dossierinzage. Zo leest de inspectie welk beroep cliënten hebben gehad, over eventuele kinderen en kleinkinderen, milieu en kerkgenootschap. Ook leest de inspectie welke impact gebeurtenissen uit het leven van cliënten nu hebben op hun gedrag. Een cliënt wil graag op tijd aan tafel zitten zodat hij zeker weet dat hij genoeg eten krijgt. De inspectie hoort en leest dat deze cliënt perioden van armoede heeft gekend in zijn leven.

Uit de observaties, gesprekken met verschillende gesprekspartners en uit de dossierinzage blijkt dat zorgverleners weten wat de voorkeuren van de cliënten zijn. Tijdens de observatie hoort de inspectie dat een zorgverlener een cliënt belooft de televisie na het eten aan te zetten. De cliënt kan dan een concert van André Rieu zien. Tijdens gesprekken met verschillende gesprekspartners hoort de inspectie dat het kennen van de voorkeuren van cliënten belangrijk is voor cliënten. Zij vertellen over een cliënt die graag op haar kamer zit. Tijdens de dossierinzage leest de inspectie over de voorkeur van de cliënt voor muziek en de voorkeur van de cliënt om in de eigen kamer te zitten.

Norm 1.3

Cliënten voeren, binnen hun mogelijkheden, zelf regie over leven en welbevinden.

Volgens de inspectie **voldoet Oostkerkestraat grotendeels** aan deze norm.

De zorgverleners kijken naar mogelijkheden om de cliënten zo min mogelijk in hun vrijheid te beperken. De zorgverleners zoeken namelijk naar verschillende oplossingen zoals met de cliënten boodschappen gaan doen of cliënten een gps-tracker meegeven.

De inspectie hoort van zorgverleners en leest in dossiers dat zij cliënten stimuleren om de dingen te doen die zij zelf kunnen en willen. De inspectie hoort van een zorgverlener dat een cliënt graag voor de woning buiten zit. Deze cliënt kan dan genieten van het weer en de mensen die voorbijkomen. De afspraak hierover leest de inspectie in het dossier van deze cliënt. Een andere cliënt krijgt ondersteuning bij het wassen. De zorgverlener helpt bijvoorbeeld alleen bij het wassen van de rug. De zorgverlener stimuleert de cliënt om zichzelf te wassen.

Tijdens de observatie van de lunch ziet de inspectie dat de zorgverleners de eigen regie van de cliënten meer kunnen versterken. De cliënten die zelf hun boterham kunnen smeren, kunnen niet zelf een boterham pakken. De inspectie hoort een zorgverlener de cliënten vragen of zij een boterham willen. Als de cliënt een boterham wil, geeft de zorgverlener de boterham aan de cliënt. In de dossiers die de inspectie inziet staan nergens redenen dat cliënten niet zelf hun eigen brood mogen pakken.

Norm 1.4

Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.

Volgens de inspectie **voldoet Oostkerkestraat grotendeels** aan deze norm.

Tijdens de rondleiding ziet de inspectie hoe een zorgverlener op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geeft aan een cliënt. De inspectie hoort bijvoorbeeld dat cliënten in het dialect en met hun voor- of achternaam worden aangesproken. De inspectie leest de afspraken hierover in de dossiers terug. Ook ziet de inspectie hoe een zorgverlener samen met een cliënt de was opvouwt. De zorgverlener vertelt de inspectie dat de cliënt graag optrekt met de zorgverlener. Tijdens de was vouwen hoort de inspectie hoe de zorgverlener en de cliënt samen gezellig bespreken wat zij die middag gaan doen.

Tijdens de gesprekken met verschillende gesprekspartners en uit de dossierinzage blijkt dat zorgverleners respect hebben voor de normen en waarden van cliënten. De inspectie hoort dat een cliënt het vervelend vindt gewassen te worden. Als de zorgverleners de cliënt met de achternaam aanspreken en niet joviaal zijn wil de cliënt wel ondersteund worden bij het wassen. In het dossier van de cliënt leest de inspectie de afspraken hierover.

Tijdens de observatie ziet de inspectie dat zorgverleners de huishoudelijke taken combineren met het zorgen voor cliënten. De zorgverlener ruimt tijdens het eten de vaatwasser in. Na het eten ruimt de zorgverlener alles op voordat zij weer aandacht heeft voor een cliënt. De zorgverlener zit daardoor niet samen met de cliënten aan tafel. Zij neemt de tijd om cliënten aandacht te bieden tijdens het eten. Tijdens het gesprek met leidinggevende hoort de inspectie dat zorgverleners zelf kiezen om tijdens het eten geen ondersteuning te vragen van een collega.

3.2 Deskundige zorgverlener

Norm 2.1

Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet Oostkerkestraat grotendeels niet** aan deze norm.

Uit de documenten, de gesprekken en de dossierinzage blijkt dat Oostkerkestraat risico's van cliënten onvoldoende signaleert, evalueert en gebruikt bij het maken van een professionele afweging.

In de kwartaalrapportage 2^e kwartaal 2019 leest de inspectie dat na een opname bij 89,6% van de cliëntdossiers een risicosignalering aanwezig is. De uitvoering van de periodieke risicosignaleringen gebeurt in 37% van de gevallen niet. De inspectie leest in het document Kwaliteitsverslag 2018 dat SVRZ de (basis)veiligheid van cliënten belangrijk vindt. De inspectie ziet in sommige dossiers verouderde risicoanalyses. De inspectie ziet bijvoorbeeld een risicoanalyse die bijna acht maanden geleden gemaakt is. De inspectie ziet hierbij evenmin of en wanneer de zorgverleners dit wel gaan doen. De inspectie hoort van verschillende gesprekspartners dat risicoanalyses twee keren per jaar vernieuwd moeten worden.

Daarnaast is niet altijd duidelijk waarom er een risico is geconstateerd. Zo leest de inspectie in een cliëntdossier dat bij een cliënt sprake is van een risico op onder andere vallen en ondervoeding. De oorzaken hiervan staan niet beschreven. Het is onduidelijk of de bijbehorende acties om het risico te verkleinen passend zijn. De inspectie ziet ook dat de SO opdrachten geeft aan de zorgverleners waarbij een professionele afweging ontbreekt over de benodigde zorg. Een voorbeeld hiervan is het wegen van een cliënt bij een risico op ondervoeding. In het zorgplan staat niet beschreven bij welke afwijking in gewicht de zorgverleners actie moeten ondernemen. Ook staat niet beschreven welke acties de zorgverleners dan moeten ondernemen.

De inspectie ziet tijdens de dossierinzage en documentinzage, dat zorgverleners de inzet van verschillende vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) onvoldoende vastleggen in de dossiers. De inspectie mist bijvoorbeeld informatie over de (multidisciplinaire) probleemanalyse, het afwegen van de minst ingrijpende maatregel of de evaluatie en afbouw van de VBM. In het Kwaliteitsverslag leest de inspectie dat altijd alternatieven overwogen moeten worden; dit ziet de inspectie echter niet terug in de dossiers van cliënten die een VBM hebben. Daarnaast blijkt, dat zorgverleners niet alle maatregelen als VBM in het cliëntdossier vastleggen. Zo ziet de inspectie tijdens een observatie dat een zorgverlener medicatie in het drinken van een cliënt doet, zodat deze de medicatie inneemt. Zorgverleners rapporteren hier wel over. Echter staat dit niet als VBM of dwangbehandeling in het betreffende cliëntdossier.

De inspectie hoort verder van de locatiemanager en de arts dat alle VBM's besproken worden tijdens een multidisciplinair overleg (MDO). De vastlegging hiervan leest de inspectie niet terug in het MDO-verslag. Zo hoort de inspectie dat een cliënt een bewegingssensor heeft op de kamer. In de probleemanalyse staat als reden dat de cliënt een delier heeft en daarom uit bed gaat. Deze cliënt heeft als risico dat hij kan vallen. De inspectie hoort evenwel, dat er geen sprake meer is van een delier. De laatste evaluatie die de inspectie ziet van deze VBM is ongeveer een jaar oud.

Ook blijkt uit gesprekken, dat zorgverleners wel een professionele afwegingen maken. De inspectie hoort van zorgverleners dat een cliënt zelf een sleutel van haar kamer heeft. De cliënt wil dit graag zodat zij haar kamerdeur kan afsluiten. Deze afspraak past in de afspraken over het gedrag van deze cliënt. De cliënt vindt het prettig om op haar kamer te zitten. De inspectie hoort dat de kamerdeur 's nachts om veiligheidsredenen wel open is. De afspraken hierover leest de inspectie in het dossier van de cliënt.

Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie **voldoet Oostkerkestraat grotendeels** aan deze norm.

Uit de dossierinzage blijkt dat er voldoende samenhang is in het cliëntdossier. De inspectie ziet tijdens de dossierinzage dat de zorgleefplannen eenduidig van opzet zijn. Vanuit de intake maken de persoonlijk begeleiders het zorgleefplan. De inspectie leest in het cliëntdossier doelen met acties die passen bij de afspraken die in de intake staan. Bijvoorbeeld over de manier waarop een cliënt ondersteuning wil tijdens het wassen en bij deelname aan activiteiten. In de MDO-verslagen leest de inspectie de evaluatie van het zorgleefplan.

Uit de gesprekken en de dossierinzage blijkt dat de zorgverleners en (para)medici rapporteren op doelen en acties uit het zorgleefplan. De inspectie leest in alle dossiers die zij inziet ook rapportages van bijvoorbeeld SO's, psychologen en/of diëtist en zorgverleners. De inspectie leest in een dossier dat de diëtist vraagt om het gewicht van een cliënt maandelijks te wegen. Na dit verzoek leest de inspectie dat zorgverleners maandelijks de cliënt wegen. Vergelijkbare verzoeken van bijvoorbeeld een arts over het meten van de bloedsuiker volgen zorgverleners op. De metingen gecombineerd met hoe de cliënt zich voelt staan in het dossier. De inspectie ziet in verschillende cliëntdossiers dat de zorgverleners rapporteren over het gedrag en welzijn van de cliënten. De inspectie leest bijvoorbeeld ook in een cliëntdossier dat de zorgverleners bij een cliënt met veel onrust ook moeten rapporteren waar de cliënt juist van geniet. De inspectie ziet deze rapportages terug in het dossier.

Niet alle dossiers zijn op alle onderdelen up to date (zie ook norm 2.1). Zo ziet de inspectie MDO's die ouder zijn dan zes maanden terwijl het zorgleefplan bijvoorbeeld drie maanden geleden is aangepast. De inspectie kan niet achterhalen waarom het zorgleefplan is aangepast. Voor sommige incidenten is wel een MIC-melding gedaan en staat niets vermeld in het dossier. Sommige risicosignaleringen zijn verouderd. Ook zijn niet alle VBM's goed vastgelegd en/of aantoonbaar tijdig geëvalueerd.

Norm 2.5

De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.

Volgens de inspectie **voldoet Oostkerkestraat grotendeels** aan deze norm.

De inspectie hoort van verschillende gesprekspartners en leest in verschillende documenten dat Oostkerkestraat het aantal deskundige zorgverleners afstemt op de zorgbehoefte van de aanwezige cliënten. Zorgverleners vertellen, dat zij voldoende tijd hebben om de zorg te verlenen. Ook geven zij aan dat zij een goede balans ervaren tussen het aantal zorgverleners en het aantal cliënten.

Zij mogen bijvoorbeeld bij een opname extra personeel inzetten. De afspraak over het inzetten van extra personeel leest de inspectie ook terug in de notulen van een teamvergadering. In het document 'Diensten Duowoning' leest de inspectie dat in beide woningen er in de dag- en avonddienst een zorgverlener met niveau 3 IG aanwezig is. In de ochtend, tot ongeveer 11.30 uur, werkt een zorgverlener die kan inspringen in beide woningen. 's Nachts werkt er één zorgverlener met niveau 3 IG voor beide woningen. Zorgverleners kunnen 24 uur per dag, zeven dagen per week ondersteund worden door een verpleegkundige achterwacht. In het document *Zorg leveren vanuit de ene woning bij de andere woning* leest de inspectie dat zorgverleners bij onvoorziene omstandigheden 'burenhulp' verlenen. Als de zorgverlener inschat dat er geen risico's zijn voor de achterblijvende cliënten mogen zij voor een afgebakende taak, die beperkt tijd vraagt, burenhulp verlenen. Anders moeten zij de verpleegkundige achterwacht bellen. Daarentegen vertellen zorgverleners de inspectie tijdens de rondleiding dat zij het soms lastig vinden wanneer zij de collega in de andere woning om ondersteuning vragen. Bijvoorbeeld bij de tweede controle van medicatie merken zorgverleners dat door de aanwezigheid van de tweede zorgverlener er onrust ontstaat in de woning. Zij besluiten dan om ter voorkoming van onrust de tweede controle niet uit te laten voeren (zie ook norm 4.8).

Zorgverleners volgen scholing die afgestemd is op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen. De inspectie leest dat zorgverleners bijvoorbeeld scholing hebben over het omgaan met (onbegrepen/probleem) gedrag bij dementie of omgaan met agressie van familieleden en/of mantelzorgers. In het document Scholingsoverzicht leest de inspectie over alle aangeboden scholing en trainingen; bijvoorbeeld gesprekstechnieken, geheugenproblemen en dementie en de Wet zorg en dwang.

De zorg aan cliënten met onbegrepen gedrag stemmen zorgverleners af met een SO of psycholoog. De inspectie hoort van zorgverleners over een cliënt die snel bang is. Zorgverleners schakelden een psycholoog in die een omgangsplan heeft opgesteld. De inspectie ziet dit omgangsplan in het dossier terug. Hierin krijgen zorgverleners het advies om de cliënt bijvoorbeeld een compliment te geven en veel structuur te bieden.

Uit de gesprekken met verschillende gesprekspartners en documentinzage blijkt dat alleen bevoegd en bekwaam personeel voorbehouden handelingen uitvoeren. In de documenten leest de inspectie daarnaast, hoe SVRZ zorgverleners bevoegd en bekwaam houdt met behulp van e-learning in combinatie met een praktijktoets.

3.3 Sturen op kwaliteit en veiligheid

Norm 3.2

De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Volgens de inspectie **voldoet Oostkerkestraat grotendeels** aan deze norm.

De inspectie hoort van de raad van toezicht dat zij op basis van verschillende thema's werkbezoeken brengt aan de verschillende locaties binnen SVRZ. Zij gaan tijdens deze bezoeken in gesprek met onder andere cliënt(vertegenwoordigers) en zorgverleners. In de notulen van de raad van toezicht leest de inspectie dat zij de Plan-Do-Check-Act (PDCA)cyclus volgt van SVRZ. Zo staat de bespreking van de Kwartaalrapportage 1^e kwartaal op de agenda na afronding van de rapportage in mei 2019.

SVRZ werkt met een management dashboard waarin verschillende indicatoren staan. De inspectie leest bijvoorbeeld in de documenten Kwartaalrapportage 1^e kwartaal 2019 en Kwartaalrapportage 2^e kwartaal 2019 dat het management het ziekteverzuim, in- en uitstroom van medewerkers, MIC-meldingen, aantal en soort klachten en uitkomsten op Zorgkaart Nederland monitoren en evalueren. Alle indicatoren en analyses zijn uitgesplitst per locatie. In het kwaliteitsplan 2019 en in het document 'SVRZ Ter Valcke' waar Oostkerkestraat onderdeel van uitmaakt, leest de inspectie dat er extra inzet is van coördinerend verpleegkundigen en dat er tijd en ruimte is voor uitstapjes voor cliënten, zoals uit eten gaan.

Ook hoort de inspectie een voorbeeld waar Oostkerkestraat haar werkproces intern bijstelt na een medicatieaudit. Zorgverleners vergaten medicatie op tijd te bestellen. Daarom bestelt nu één zorgverlener dit. Zorgverleners passen hier het advies toe uit de 'Interne Audit medicatie intramuraal'. Hoe het bestellen gaat als deze zorgverlener er niet is leest de inspectie echter niet.

De inspectie hoort dat binnen Oostkerkestraat het borgen van verbetermaatregelen niet altijd lukt. De inspectie leest bijvoorbeeld in verschillende notulen van teamvergaderingen van zorgverleners dat zorgverleners vinden dat zij meer samen moeten werken, zaken niet moeten laten liggen of doorschuiven. Het kan dan gebeuren dat dingen blijven liggen.

Zorgverleners geven aan dat zij incidenten en (bijna) fouten melden. Als zij een melding incident cliënt (MIC) maken, ontvangt de teamleider de melding. De teamleider bespreekt de melding met de zorgverlener. De inspectie leest drie meldingen. Op locatieniveau worden alle meldingen per afdeling geanalyseerd. De staffunctionaris maakt ieder kwartaal een overzicht van alle MIC-meldingen. Ook ziet de inspectie in twee kwartaalrapportages een analyse van MIC-meldingen staan. In de analyses van de MIC-meldingen staan het aantal MIC-meldingen per team onderverdeeld, in de categorieën agressie, medicatie, vallen, vermissing en anders. Per categorie staat daarna de verdeling naar basisoorzaak. Bijvoorbeeld bij de categorie vallen staan de basisoorzaken 'geen goed schoeisel', obstakel, onrust of gezondheidsproblemen/duizeligheid. De inspectie hoort van een stafmedewerker dat zij alle meldingen in het leidinggevenden-overleg (LGO) bespreken. Dit leest de inspectie ook terug in de notulen van dit overleg. Bij het LGO sluiten de kwaliteitsmedewerker en stafmedewerker van SVRZ aan. Ook leest de inspectie in de notulen van de vergaderingen van het LGO dat uitkomsten van de MIC-analyse op de agenda staan.

Toch leest de inspectie in de kwartaalrapportages van 2019 dat zorgverleners mogelijk niet alle incidenten melden. In de kwartaalanalyses van de MIC-meldingen staan in het eerste kwartaal twee meldingen van incidenten. De inspectie hoort dat zorgverleners het melden van incidenten rondom medicatie nauwelijks melden. Wel vertellen zorgverleners de inspectie dat zij tijdens teamvergaderingen afspreken dat zij zorgvuldig willen melden na incidenten met medicatie. Het gaat dan vooral om medicatie die niet (dubbel) is afgetekend (zie ook norm 4.8). De inspectie hoort van verschillende gesprekspartners dat het onduidelijk is of er echt te weinig gemeld wordt en waarom dat dan zo is.

Norm 3.3

De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Volgens de inspectie **voldoet Oostkerkestraat grotendeels** aan deze norm.

SVRZ en Oostkerkestraat maken onderdeel uit van verschillende lokale en regionale netwerken. Oostkerkestraat maakt tevens onderdeel uit van SVRZ Ter Valcke. Hierbinnen wordt op het niveau van verpleegkundigen, teamleiders en locatiemanagers kennis gedeeld. Ook werkt SVRZ Ter Valcke samen met bijvoorbeeld de gemeente Goes.

SVRZ maakt onderdeel uit van verschillende regionale netwerken. De raad van bestuur vertelt de inspectie dat in de provincie Zeeland verschillende organisaties op het gebied van bijvoorbeeld arbeidsmarkt en behandeldiensten samenwerken.

De inspectie hoort van gesprekspartners dat de zorgverleners meedenken over oplossingen ten aanzien van verschillende thema's. Een voorbeeld hiervan is dat de zorgverleners van Oostkerkestraat hebben meegedacht over een passend toekomstig rooster, gezien de cliëntenpopulatie en de beschikbaarheid van de verschillende deskundigheidsniveaus.

Uit de gesprekken en documentinzage blijkt dat binnen Oostkerkestraat (nog) onvoldoende sprake is van een aanspreekcultuur en gezamenlijk leren. De inspectie hoort tijdens verschillende gesprekken, dat zorgverleners het niet altijd makkelijk vinden om elkaar aan te spreken. De gesprekspartners vertellen de inspectie dat zorgverleners goed zelfstandig kunnen werken. Zij vinden het niet altijd makkelijk om ondersteuning te vragen en elkaar aan te spreken. In de notulen van de teamvergadering van zorgverleners leest de inspectie dat dit moet verbeteren. Tijdens de gesprekken met de locatiemanager en de teamleider hoort de inspectie dat zij aandacht hebben voor het aanspreken van zorgverleners onderling. Tijdens gesprekken met verschillende gesprekspartners blijkt dat zorgverleners samen met bijvoorbeeld een collega of een leidinggevende een oplossing zoeken als zij ergens tegen aan lopen. In notulen van teamvergaderingen leest de inspectie echter niets over hoe zorgverleners samen reflecteren over bijvoorbeeld het gedrag van een cliënt.

3.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

Zorgverleners beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek

Volgens de inspectie **voldoet Oostkerkestraat** aan deze norm.

De zorgverleners beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.

De apotheek maakt en levert de medicatieoverzichten en de toedienlijsten van de cliënten die medicatie gebruiken; de zorgverleners maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatieoverzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan. Zorgverleners beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.

Norm 4.8

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

Volgens de inspectie **voldoet Oostkerkestraat niet** aan deze norm.

De inspectie ziet voorbeelden waarbij de zorgverleners de toegediende of aangereikte medicatie niet parafieren op de toedienlijst.

Het paraferen van zalven/crèmes doen zorgverleners bijna nooit. Een zorgverlener geeft aan dat dit wel de afspraak is.

De tweede controle (niet GDS-medicatie) voeren zorgverleners niet altijd uit. Wanneer wel een tweede controle is uitgevoerd, is niet traceerbaar wie de controle uitvoert. De inspectie ziet bijvoorbeeld bij insuline dat over een hele week geen tweede controle heeft plaatsgevonden. Een zorgverlener geeft aan dat dit wel de afspraak is. Als de zorgverlener een tweede handtekening nodig heeft is de afspraak dat zij de zorgverlener van de andere woning vraagt. De inspectie hoort dat zorgverleners dit om verschillende redenen niet vragen aan de collega in de andere woning (zie norm 2.5). De zorgverleners hebben geen overzicht van welke paraaf een zorgverlener gebruikt. Zo ziet de inspectie dat bij een lijst van de uitgifte van opiaten niet duidelijk is welke zorgverlener hiervoor de tweede controle heeft uitgevoerd.

3.5 Overige bevindingen

Norm 4.5

Zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.

Volgens de inspectie **voldoet Oostkerkestraat niet** aan deze norm.

De inspectie ziet dat de zorgverleners retourmedicatie bewaren in een open krat in een afgesloten kast. De zorgverleners brengen deze krat zelf retour naar het afhaalpunt op de hoofdlocatie. Vanaf de hoofdlocatie haalt een gespecialiseerd bedrijf de retourmedicatie op om te vernietigen. Ten tijde van het bezoek ziet de inspectie dat de krat gevuld is met veel medicatie. Deze werkwijze brengt risico's met zich mee aangezien de retourmedicatie hierdoor vrij toegankelijk is voor de zorgverleners.

De inspectie ziet dat de zorgverleners meerdere malen op geopende medicatie (vloeistoffen en zalven) geen openingsdatum plaatsen. Een zorgverlener geeft aan dat dit wel de afspraak is.

Op één woning ziet de inspectie dat de cliënten een bepaald soort medicatie krijgen die niet op naam staat. Deze medicatie staat voor deze cliënten wel voorgeschreven en staat dus apart op de toedienlijst. De apotheker levert deze medicatie niet op naam van de cliënten.

De zorgverleners hebben een voorraad van medicatie voor cliënten. Volgens het medicatieprotocol mag deze voorraad alleen aanwezig zijn in de daarvoor bestemde kast. De inspectie ziet ook een werkvoorraad in de medicatiekar op de woning. Dit is niet volgens het protocol. Daarnaast is van de werkvoorraad in de kast een lijst aanwezig waarop staat wat minimaal en maximaal van een bepaald type medicatie aanwezig mag zijn. Wat de actuele werkvoorraad is van de verschillende medicatie kunnen de zorgverleners niet aantonen.

Bijlage 1 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten

Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz);
- Zorgverzekeringswet (Zvw);
- 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 medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ);
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz);
- Besluit langdurige zorg;
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz;
- Besluit klachtenbehandeling Bopz;
- Besluit rechtspositieregelen Bopz;
- Besluit middelen en maatregelen Bopz;
- Besluit patiëntendossier Bopz;
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Veldnormen:

- Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, 2017;
- Toetsingskader IGJ, 2017;
- Governancecode zorg, 2017;
- Kader Toezicht op goed bestuur, 2016;
- Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaak, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z., 2007;
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, ActiZ, GGZ Nederland, VGN, 2010;
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011;
- 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;
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013.

Circulaire 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.

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Analyse MICS SVRZ Ter Valcke 4^e kwrt 2018 en 1^e kwrt 2019;
- Auditrapport infectiepreventie Oostkerkestraat;
- Auditrapport SVRZ PREZO Care 2018;
- Contract SVRZ en apotheek 2018-2022;
- Interne Audit medicatie intramuraal voorjaar 2019;
- Jaarplan SVRZ Ter Valcke
- Kwaliteitsplan 2019;
- Kwaliteitsverslag 2018;
- Kwartaalrapportage 1^e en 2^e kwartaal 2019;
- Memo interne medicatieaudit;
- MIC-meldingen Oostkerkestraat;
- Notulen LGO;
- Notulen medicatiecommissie SVRZ;
- Notulen raad van toezicht 2019;
- Notulen teamoverleg Oostkerkestraat;
- Overzicht van zorgprofielen cliënten van de bezochte locatie(s);
- Overzicht fte's/dienstroosters zorgverleners en behandelaars op de bezochte locatie(s);
- Protocol: Wie doet wat....Bij het afnemen van een praktijktoets;
- Protocol: Zorg leveren vanuit de ene woning bij de andere woning;
- Reglement medicatiecommissie SVRZ;
- Scholingsoverzicht SVRZ;
- Verzuimcijfers Oostkerkestraat 2018-2019;
- Werkvoorraad Bevelanden.