



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

## Eindrapportage toezicht IGZ op 150 verpleegzorginstellingen

*Bij een derde blijft de inspectie intensief toezicht houden*

Utrecht, juli 2016



# Inhoud

## **Voorwoord 4**

## **Samenvatting 6**

### **1 Inleiding 9**

- 1.1 Aanleiding en belang 9
- 1.2 Toezichtvragen 10
- 1.3 Toezichtmethode en periode 10
- 1.4 Toetsingskader en instrumenten 12

### **2 Conclusies & beschouwing 15**

- 2.1 Sturing door bestuurders op kwaliteit en veiligheid in de verpleegzorg is onvoldoende 16
- 2.2 Deskundigheid van zorgprofessionals in verpleegzorginstellingen is onvoldoende 18
- 2.3 Afstemming tussen zorgbehoefte en deskundigheid en inzetbaarheid van personeel is onvoldoende 19
- 2.4 Beschouwing 20

### **3 Handhaving en aanbevelingen 22**

- 3.1 Maatregelen en vervolgacties toezicht 22
- 3.2 Aanbevelingen 23
  - 3.2.1 Aanbevelingen aan alle organisaties die verpleegzorg leveren 23
  - 3.2.2 Aanbevelingen aan brancheorganisatie en beroepsverenigingen 23
  - 3.2.3 Aanbevelingen aan cliëntvertegenwoordiger LOC Zeggenschap in de zorg 23
  - 3.2.4 Aanbevelingen voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) 24

### **4 Resultaten inspectiebezoek 25**

- 4.1 Sturen op kwaliteit en veiligheid 25
- 4.2 Cliëntdossier 27
- 4.3 Deskundigheid en inzetbaarheid personeel 28
- 4.4 Medicatieveiligheid 31
- 4.5 Vrijheidsbeperking 33
- 4.6 Bestuursgesprekken 36
- 4.7 Toezicht op de Wet Bopz 38

## **Bijlage 1 Geraadpleegde bronnen, wetgeving en veldnormen 39**

## **Bijlage 2 Samenvatting validatiebijeenvkomsten 41**

## Voorwoord

Dit is het eindrapport over het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) op de 150 verpleegzorginstellingen waar de inspectie sinds 2014 extra aanleiding zag voor toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Dit rapport richt zich op een deel van de sector. De vraag na twee jaar toezicht op deze verpleegzorginstellingen: is hier de zorg verbeterd?

De inspectie concludeert dat tenminste een derde van deze 150 instellingen moeite heeft om kwaliteitsverbeteringen in te zetten en vast te houden die passend zijn bij de complexiteit van de zorgvraag. Er werd ondermeer onvoldoende gewerkt volgens richtlijnen en protocollen, wat grote gevolgen kan hebben voor de cliënt. Richtlijnen en protocollen zijn immers belangrijke hulpmiddelen voor zorgmedewerkers. Deze helpen hen bijvoorbeeld om een risicovolle handeling goed uit te voeren zoals het toedienen van insuline. Hierdoor kunnen onveilige situaties worden voorkomen. Bij het toedienen van risicovolle medicatie voerden zorgmedewerkers bij te veel instellingen geen tweede controle uit. De kans dat een cliënt een verkeerd medicijn of een verkeerde dosering van het medicijn krijgt, is hierdoor te groot.

We zien dat veel van deze 150 instellingen zich inzetten om de zorg voor hun cliënten te verbeteren. De inspectie ziet tijdens haar inspectiebezoeken dat de zorgprofessionals aandacht hebben voor hun cliënten, zorgzaam en betrokken zijn. Dat verheugt ons. Desondanks lukt het een derde van de instellingen niet om de ingezette verbeteringen vast te houden; zij kunnen de kwaliteit niet op voldoende niveau krijgen. De inspectie vindt deze uitkomsten zorgelijk en blijft intensief toezicht houden. In de huidige verpleegzorg is de zorgbehoefte complexer dan ooit en dat zal alleen maar toenemen. Mensen blijven langer thuis wonen, waardoor hun zorgbehoefte op het moment dat ze in het verpleeghuis gaan wonen, vaak erg groot is. We hebben te maken met veelal zeer kwetsbare ouderen die – ook in hun laatste levensfase – goede zorg moeten krijgen, met zoveel mogelijk aandacht voor hun persoonlijke behoeften en wensen.

Wij maken ons extra zorgen, omdat de inspectie ziet dat ook andere instellingen moeite hebben om de ingezette verbeteringen vast te houden. Deze signalen krijgen we via onze risico-analyses, meldingen van calamiteiten en bezoeken aan andere verpleeghuizen die geen onderdeel zijn van de instellingen in dit rapport. Oorzaken zijn: werving van onvoldoende opgeleid personeel, de problematiek die bij grote steden hoort, fusies, bestuurswisselingen, financiële problemen en problemen met huisvesting. Daarnaast kunnen een deel van de zorginstellingen de snelle veranderingen in de zorg niet bijbenen. Dit is ook zichtbaar doordat de scholing die de medewerkers krijgen onvoldoende aansluit bij de zorgvraag van de cliënt. De inspectie hamert erop dat instellingen hun personeelssamenstelling zo invullen dat die past bij de cliëntendoelgroep waaraan de instellingen zorg bieden. Lukt dit niet, dan neemt de inspectie waar nodig maatregelen.

Het is de verantwoordelijkheid van bestuurders om de kwaliteit van zorg te bewaken en daarop te sturen. In de gesprekken met bestuurders die de inspectie voerde naar aanleiding van inspectiebezoeken, kwam naar voren dat meer dan een derde van de bestuurders geen goed beeld had van de kwaliteit van zorg in zijn of haar instelling. Het was voor hen onvoldoende duidelijk wat goed ging en waar de knelpunten zaten in de dagelijkse zorgverlening.

Goede sturing is een voorwaarde om doorgevoerde verbeteringen vast te houden en is daarmee essentieel voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Cliënten in verpleeghuizen waar bestuurders en medewerkers noodzakelijke kwaliteitsverbeteringen niet voor elkaar krijgen en waar geen gedegen afspraken zijn over de wijze waarop de zorg verleend wordt, lopen grotere risico's. Dergelijke situaties kunnen niet alleen aanleiding zijn voor vergissingen en fouten in de zorgverlening, die schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid van de cliënt, maar kunnen ook gevolgen hebben voor de dagelijkse kwaliteit van leven. Als er iets gebeurt buiten de dagelijkse routine, komen medewerkers kennis en kunde tekort om hier adequaat op te reageren.

De inspectie sluit met dit rapport een onderdeel af uit het plan '*Waardigheid en Trots. Liefdevolle zorg voor ons ouderen.*' De inspectie blijft uiteraard ook na dit rapport haar toezicht onveranderd richten op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg in alle verpleeghuizen en de bijbehorende onderdelen in het zorgproces. Daar waar de inspectie directe risico's ziet voor cliënten, grijpt zij in met handhavende maatregelen. Tussen januari 2015 en eind april 2016 stelde de inspectie 8 locaties van de 150 verpleegzorginstellingen onder verscherpt toezicht. Eén van de 150 instellingen kreeg een aanwijzing. Ook gaf de inspectie een aanwijzing aan een verpleeghuis dat oorspronkelijk niet tot de 150 instellingen behoorde. Ten tijde van het schrijven van dit rapport vinden intensieve toezichttrajecten plaats bij 11 instellingen waarover de inspectie serieuze zorgen heeft over de verbetercapaciteit. Op basis van de bevindingen en conclusies neemt de inspectie zonedig passende handhavende maatregelen. Zeker voor deze 11 instellingen adviseert de inspectie aan het ministerie van VWS om verpleeghuizen hierbij te ondersteunen door verbeterplannen regionaal aan te pakken.

Veilige zorg is het fundament waarop instellingen verder kunnen bouwen aan de *kwaliteit van leven* voor hun cliënten. Wat hierbij kan helpen is een helder geformuleerd kwaliteitskader voor de verpleegzorg. De toepassing van dit kwaliteitskader is de eindverantwoordelijkheid van de bestuurder van de verpleegzorginstellingen. De inspectie zal aan de hand van het toezichtkader '*Goed Bestuur*' de komende jaren scherp toezicht houden op de aansturing door bestuurders op duurzame kwaliteit en veiligheid van de verpleegzorg.

Dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde  
*Inspecteur-generaal*

## Samenvatting

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de verpleegzorg. Begin 2015 heeft de inspectie haar risicotoezicht opnieuw gefocust op de zorginstellingen in de verpleegzorg waar zij risico's zag voor de kwaliteit van de zorg voor cliënten.

De inspectie maakte van de bestaande toezichtinformatie over de afgelopen jaren een uitgebreide analyse van alle verpleegzorginstellingen. Daaruit volgde een selectie van 150 instellingen waar de inspectie mogelijke risico's in de zorg zag. Op 107 van die 150 instellingen had de inspectie tussen 2013 en 2015 al vaak en intensief toezicht gehouden. In oktober 2015 publiceerde de inspectie een tussenrapportage over het eerste deel van de toezichtperiode, januari tot september 2015. In de huidige eindrapportage presenteert de inspectie haar bevindingen over de 150 instellingen over de totale periode van januari 2015 tot en met half maart 2016.

De inspectie stelt op basis van de resultaten vast dat:

### **Gestarte verbeteringen van kwaliteit vasthouden, lukt te vaak nog niet**

Een derde van de 150 verpleegzorginstellingen heeft moeite met het werken volgens vaste methodes. Deze instellingen werken onvoldoende met een terugkerend patroon van planning, uitvoering, controle en bijstelling van werkzaamheden. De interne audits<sup>a</sup> van de instellingen leidde (nog) niet tot structurele verbeteringen. Dit kwam niet alleen naar voren tijdens de inspectiebezoeken, maar bleek ook uit de gesprekken met bestuurders. 40 procent van de bestuurders had nog geen duidelijke 'kwaliteitsfoto'<sup>b</sup> van de organisatie en had daarmee onvoldoende in beeld wat er wel en niet goed ging in de dagelijkse zorg voor cliënten. Op die manier lukte het ook niet om op de goede dingen aan sturen en verbeteringen van kwaliteit van de zorg vast te houden.

De inspectie ziet deze problematiek ook terug in een breder deel van de verpleegzorgsector, zowel in haar risicotoezicht als incidententoezicht. Instellingen die blijven terugvallen in hun verbetertraject hebben grotere risico's op onveilige zorg, omdat ze geen systematische oplossingen hebben. Nog steeds krijgt de inspectie veel meldingen binnen die te maken hebben met medicatiefouten, vrijheidsbepalende maatregelen en onduidelijke afspraken in cliëntendossiers. Instellingen die niet door de controle- en bijstelfase van zorgprocessen komen, hebben meer kans om dezelfde fouten te blijven maken, met risico's voor cliënten als gevolg.

De inspectie ziet een aantal belangrijke oorzaken voor de uitblijvende borging van kwaliteit bij de getoetste instellingen:

- **Sturing door bestuurders op kwaliteit en veiligheid in de verpleegzorg is onvoldoende.**
- **Deskundigheid van zorgprofessionals in de verpleeghuizen is onvoldoende.**

---

a Een interne audit is een eigen onderzoek naar het functioneren van de interne organisatie. Deze wordt systematisch en gedisciplineerd uitgevoerd door auditors die in dienst zijn van die organisatie. Een interne audit heeft als doel kwaliteitsinformatie op te halen in de organisatie ten behoeve van kwaliteitsverbetering.

b De inspectie bedoelt met de 'kwaliteitsfoto' van een zorginstelling het beeld dat een bestuurder heeft van de kwaliteitsprocessen in de organisatie. De vraag is of de bestuurder voldoende in beeld heeft wat er goed gaat en waar verbetering nodig is in de zorgverlening.

- **Afstemming tussen zorgbehoefte en deskundigheid en inzetbaarheid van personeel is onvoldoende.**

#### **Sturing door bestuurders op kwaliteit en veiligheid in de verpleegzorg is onvoldoende**

- 11 van de 150 instellingen kunnen de complexe zorgvraag van cliënten niet aan.
- Ruim een derde van de 150 getoetste instellingen stuurde onvoldoende op kwaliteit en veiligheid van de zorg.
- Bijna de helft van de getoetste instellingen meldde niet consequent bij de Meldingen Incidenten Commissie (MIC) of gebruikte de meldingeninformatie niet voor kwaliteitsverbetering.

Volgens de inspectie is sturing op dergelijke onderwerpen, die het veld zelf in hun richtlijnen en normen heeft opgenomen, erg belangrijk om veilige en cliëntgerichte zorg te kunnen leveren en risico's te beperken.

De inspectie zag wel dat er goed gestuurd werd op het benutten van cliëntervaringen. 91 procent van de getoetste instellingen gebruikte op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering. Ook gebruikte 88 procent van de instellingen klachten van cliënten of familie voor verbeteringen.

#### **Deskundigheid van zorgprofessionals in de verpleegzorginstellingen is onvoldoende: daardoor onvoldoende coördinatie van de zorg**

- in 39 procent van de getoetste instellingen voerden de medewerkers geen tweede controle uit bij risicovolle medicatie.
- een kwart van de getoetste instellingen had onvoldoende vastgelegd welke disciplines betrokken waren bij de verschillende onderdelen van de zorgverlening. Ook was niet duidelijk terug te vinden wie welke verantwoordelijkheden had.

De coördinatie van de dagelijkse zorg op de werkvloer van de bezochte instellingen is voor de inspectie een belangrijk aandachtspunt. Het moet voor alle betrokken zorgprofessionals duidelijk zijn wie welke verantwoordelijkheden heeft in de uitvoering en controle van de dagelijkse zorg.

Wel zag de inspectie in de instellingen waar zij kwam zeer betrokken medewerkers met aandacht voor de cliënt. In 90 procent van de instellingen gaven medewerkers aan dat zij hun cliënten actief konden ondersteunen in hun wensen en behoeften.

#### **Afstemming tussen zorgbehoefte en deskundigheid en inzetbaarheid van personeel is onvoldoende**

De inspectie zag bij meerdere thema's dat deskundigheid en bekwaamheid van personeel nog onvoldoende is:

- In 20 procent van de getoetste instellingen pasten de medewerkers vrijheidsbeperkende maatregelen niet zorgvuldig toe.
- In bijna 40 procent van de instellingen werkten medewerkers onvoldoende volgens afgesproken protocollen en richtlijnen.

De inspectie zag bij meerdere instellingen dat zij bezig waren het deskundigheidsniveau in het personeelsbestand aan te pakken. Het invoeren van deze verbeteringen duurde lang en scholing en vervanging van personeel was vaak nog niet geborgd. Dit stelde de inspectie vast op basis van de bezoeken en de gesprekken met bestuurders van de getoetste instellingen.

De inspectie stelt vast dat de aansturing van de zorg op instellingsniveau, de coördinatie van de zorg voor de cliënt en de deskundigheid van personeel moet verbeteren. Dit is nodig om te zorgen voor blijvende verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Als bestuurders een duidelijk beeld hebben van de kwaliteit van zorg in hun organisatie (de kwaliteitsfoto) en weten waar de aandachtspunten zitten, kunnen zij daar op sturen. Op die manier kunnen instellingen ook in moeilijke periodes nog steeds garanderen dat de dagelijkse zorg goed en veilig is.

### **Expertbijeenkomsten**

De inspectie besprak de uitkomsten van het toezicht met twee verschillende expertgroepen. Beide expertgroepen bevestigden dat zij de problematiek op de thema's cliëntdossier, medicatieveiligheid, deskundigheid en inzetbaarheid van personeel en vrijheidsbeperking in de verpleegzorgsector herkennen. Zij gaven aan dat ook andere instellingen moeite hebben om de ingezette verbeteringen vast te houden.

### **Handhaving en vervolgtoezicht**

Tussen januari 2015 en eind april 2016 legde de inspectie de volgende handhavingsmaatregelen op:

- Verscherpt toezicht bij acht locaties van de 150 verpleegzorginstellingen.
- Een aanwijzing aan een van de 150 verpleegzorginstellingen.
- Een aanwijzing aan een verpleegzorginstelling die oorspronkelijk niet tot de 150 instellingen behoorde. De inspectie zag bij deze instelling extra aanleiding voor toezicht op basis van meldingen die zij binnen kreeg. Bij deze instelling ontstonden tijdens de toezichtperiode grote risico's op onveilige zorg.
  - *Op dit moment (juni 2016) zijn de bovengenoemde aanwijzingen bij de twee instellingen nog van kracht.*

### **Kortom**

Bij 82 van de 150 instellingen is het toezichttraject afgesloten. De inspectie stelt op basis van haar bevindingen dat ten tijde van het schrijven van het rapport de zorg van voldoende niveau is. Bij 19 instellingen bepaalt de inspectie na ontvangst van het resultaatverslag of vervolgtoezicht noodzakelijk is. Bij 38 instellingen voert de inspectie vervolgtoezicht uit in de vorm van inspectiebezoeken en/of bestuursgesprekken. Bij 11 instellingen, waarover de inspectie concludeert dat ze de complexe zorgvraag niet aankunnen, houdt de inspectie zeer intensief vervolgtoezicht. Dit betekent dat binnen een organisatie in korte tijd bestuursgesprekken en meerdere (onaangekondigde) bezoeken bij verschillende locaties van de zorginstelling plaatsvinden. Op basis daarvan geeft de inspectie een oordeel over de gehele zorgorganisatie.



# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en belang

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt sinds tien jaar relatief veel toezicht op de verpleeghuiszorg. Inmiddels vonden er meerdere inspectierondes aan alle zorgconcerns voor ouderenzorg plaats. Ook besteedde de inspectie extra aandacht aan thema's als medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking. Tijdens de ronde inspectiebezoeken in de verpleegzorg (januari 2011 tot december 2012) bracht de inspectie aan alle zorginstellingen in de intramurale ouderenzorg een bezoek, in totaal 1078<sup>c</sup>. In juni 2014 publiceerde de inspectie de resultaten van dit toezicht in het rapport *'Verbetering van kwaliteit ouderenzorg gaat langzaam'*. De inspectie concludeerde in dat onderzoek dat de instellingen bezig waren met verbeteringen, maar dat zij nog onvoldoende gericht waren op de eigen kwaliteitscyclus<sup>d</sup> om zichzelf voortdurend te kunnen verbeteren.

De inspectie concludeerde dat:

- De instellingen de personele inzet en deskundigheid niet voldoende hadden afgestemd op de zorgbehoeften van cliënten.
- Instellingen de zorgplannen onvoldoende systematisch gebruiken.
- De resultaten over vrijheidsbeperking en medicatieveiligheid achterbleven bij de verwachtingen.
- Instellingen te weinig werkten aan de structurele verbetering van tekortkomingen in de zorg.

Na publicatie van het rapport stuurde de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 12 juni 2014 een brief aan de Tweede Kamer over de kwaliteit van zorg in de Nederlandse verpleeg- en verzorgingshuizen. De staatssecretaris concludeerde dat de zorg in onze verpleeghuizen een fundamentele verandering moet ondergaan: *"een verandering die als resultaat moet hebben, dat de zorg beter aansluit bij de complexe zorgbehoefte, waarbij het leven zoals de cliënt dat leidt het uitgangspunt is en die de vergrijzing van een antwoord voorziet"*.<sup>e</sup>

Een aanpak op korte en middellange termijn was vereist. Op 10 februari 2015 bood de staatssecretaris van VWS het aangekondigde plan van aanpak *'Waardigheid en trots, Liefdevolle zorg voor onze ouderen'* aan de Tweede Kamer aan. Dat plan van aanpak beschrijft de veranderingsstrategie voor zowel de korte als de lange termijn. In het plan staat ook welke rol de inspectie inneemt in dit verandertraject van de zorg.

De inspectie stelde in mei 2015 een definitief toezichtplan op. Hierin stond onder andere beschreven dat de inspectie voor 1 september 2015 extra toezicht houdt op de 150 zorginstellingen in de verpleegzorg waar het toezicht het meest nodig is. Hierbij lag de focus van het toezicht op de verantwoordelijkheid van de bestuurder. In oktober 2015 publiceerde de inspectie de tussenrapportage over het toezicht op de 150 verpleegzorginstellingen: *'Tussenrapportage toezicht IGZ op 150 verpleegzorginstellingen'*<sup>f</sup>, waarin zij de bevindingen rapporteerde over haar toezicht

c In Nederland zijn er ongeveer 450 concerns die intramurale ouderenzorg in een kleine 2.000 verpleeg- en verzorgingshuizen verlenen. Bij kleine zorgconcerns bracht de inspectie minimaal één bezoek, bij grote zorgconcerns werden meerdere verpleeg- of verzorgingshuizen bezocht.

d Hier wordt uitgegaan van de Cirkel van Deming, waarbij een cyclus voor procesbeheersing wordt gebruikt op basis van de onderdelen Plan, Do, Check Act (ook wel de PDCA-cyclus): BTSG bibliotheek, 2016.

e Brief staatssecretaris Van Rijn Uitwerking kwaliteitsbrief ouderenzorg: "Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen". 10 februari 2015.

f Tussenrapportage toezicht IGZ op 150 verpleegzorginstellingen, IGZ, 2015.

op deze instellingen tussen januari en september 2015. De belangrijkste bevindingen waren:

- Deskundigheid en inzetbaarheid van personeel waren ten opzichte van 2013 en 2014 verbeterd. Dit was vooral zichtbaar op het gebied van aandacht voor de benadering van de cliënt en de verschuiving van taakgericht naar meer cliëntgericht werken.
- Scholing voor medewerkers was nog steeds een belangrijk punt van aandacht. Bijna de helft van de instellingen moest de hoeveelheid scholing verbeteren en had de bestaande scholing nog onvoldoende afgestemd op de zorgproblematiek van de cliënt.
- De zorginhoudelijke thema's medicatieveiligheid en het cliëntdossier bleven achter.
- De meeste instellingen hadden verbeterprocessen nog onvoldoende geborgd. Er was onvoldoende controle en bijstelling (onderdelen 'Check' en 'Act' van de Cirkel van Deming) van verbeterplannen. Instellingen gebruikten bijvoorbeeld informatie over fouten niet consequent en systematisch voor hun kwaliteitssysteem.

De inspectie had met 107 van de 150 getoetste instellingen meer dan vijf keer contact tussen 2013 en 2015, in het kader van een toezichtactiviteit. Het ging hierbij om contact in het kader van risicotoezicht, toezicht op de wet Bopz, meldingen, boetes en waarschuwingen. Bij 17 van de 150 instellingen had de inspectie tussen 2013 en 2015 meer dan vijftig contactmomenten. Dit waren vaak grote instellingen met meerdere locaties.

In deze eindrapportage biedt de inspectie inzicht in de bevindingen van het toezicht op de 150 verpleegzorginstellingen. Het gaat hierbij om het toezicht over de gehele periode van 1 januari 2015 tot en met 15 maart 2016.

Het is van belang dat zorginstellingen die verpleegzorg leveren voldoende meekomen in de nieuwe ontwikkelingen in de zorg. Dit is nodig om de cliënt de juiste zorg en aandacht te kunnen geven. De inspectie versterkte daarom haar toezicht op instellingen waar zij in de afgelopen jaren nog grote risico's zag voor cliënten in de uitvoering en organisatie van de zorg.

## 1.2 Toezichtvragen

Het doel van de inspectie was de kwaliteit en veiligheid van de verpleegzorg te onderzoeken en de instellingen daar waar nodig aan te zetten tot verbeteringen. De inspectie spitste haar toezicht daarbij toe op de eventueel te verwachten risico's. Uiteindelijk wil de inspectie hiermee het lerend vermogen en de verbeterkracht van zorginstellingen stimuleren en versterken.

De inspectie heeft de volgende twee vragen opgesteld:

- **Wat zijn de onderzoeksresultaten van de 150 instellingen?**
- **Welke thema's beschouwt de inspectie als risicovol voor de zorgaanbieders op basis van de inspectiebezoeken bij 150 instellingen?**
- 

## 1.3 Toezichtmethode en periode

### *Prioritering*

De selectie van 150 instellingen bestaat uit een analyse die de inspectie jaarlijks uitvoert. Hierbij analyseert de inspectie voor het toezicht belangrijke gegevens van alle zorgconcerns op basis van diverse bronnen. Vervolgens maakt de inspectie een

prioritering voor het uitvoeren van inspectiebezoeken. De inspectie gebruikt de volgende informatiebronnen voor de risicoanalyse:

- het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording
- de CQ-index (cliënttevredenheid); Zorgkaart Nederland
- risicoindicatoren<sup>g</sup>
- informatie uit meldingen van de instelling en signalen van burgers
- informatie uit eerdere toezichtbezoeken

De analyse is een momentopname aan het eind van een kalenderjaar. Het toezicht van de inspectie is een doorlopend proces. De lijst met instellingen waar de inspectie extra aanleiding ziet voor toezicht is dan ook tijdens het toezicht van de inspectie in 2015 telkens bijgehouden. Op basis van recentere informatie is de lijst bijgewerkt. Wel rapporteert de inspectie in deze rapportage haar bevindingen over dezelfde 150 verpleegzorginstellingen als in de tussenrapportage van oktober 2015. De resultaten in dit rapport geven dus een totaalbeeld van de bevindingen uit het toezicht op 150 instellingen over de periode van ruim een jaar.

#### *Type toezicht*

Dit rapport geeft informatie over vier toezichtvormen op de verpleegzorg in 2015 en 2016:

- Eerste bezoeken met het Kerninstrument Care (KIC)<sup>h</sup>.
- Hertoetsbezoeken met het Kerninstrument Care (KIC).
- Bezoeken gericht op naleving van de Wet Bopz (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen).
- Bestuursgesprekken met Raden van Bestuur en/of Raden van Toezicht.
- De paragraaf 'toetsingskader en instrumenten' (1.4) geeft een toelichting op de verschillende typen toezicht en bijbehorende toetsingsinstrumenten.

#### *Aantal bezoeken en periode*

In de periode tussen 1 januari 2015 en 15 maart 2016 bracht de inspectie 60 aangekondigde<sup>i</sup> en 149 onaangekondigde bezoeken aan de 150 zorginstellingen. In totaal voerde zij 271 toezichtactiviteiten uit. Het gaat hierbij zowel om bestuursgesprekken als inspectiebezoeken bij 150 zorgconcerns. Bij sommige instellingen ging de inspectie dus meerdere keren op bezoek of voerde zij meerdere gesprekken met een bestuurder. De inspectie hield 62 bestuursgesprekken.

#### *Tabel 1*

Aantal toezichtactiviteiten onderverdeeld naar type toezicht (N= 271)

<b>Type toezicht</b>	<b>Aantal bezoeken + gesprekken</b>
KIC Eerste bezoeken	90
KIC Hertoetsbezoeken <sup>j</sup>	83
Bestuursgesprekken	62
Toezicht op de Wet Bopz	36

g De inspectie vraagt sinds 2014 zelf de risicoindicatoren uit voor haar risicotoezicht. Op dit moment zijn deze indicatoren niet openbaar.

h Het Kerninstrument Care (KIC) is een bezoekinstrument van de inspectie dat zij gebruikt voor haar risicotoezicht in de intra- en extramurale ouderenzorg en in de gehandicaptenzorg.

i Het uitgangspunt van de inspectie is om onaangekondigd op bezoek te gaan. In sommige gevallen is het vanwege het doel van het inspectieonderzoek, zoals in het toezicht op de Wet Bopz, noodzakelijk om aangekondigd op bezoek te gaan.

j Hertoetsbezoeken zijn een vervolg op eerder toezicht van de inspectie. Het gaat hierbij deels om vervolgtoezicht uit 2014. De 83 hertoetsbezoeken in dit rapport zijn daarmee niet allemaal een direct vervolg op de 90 eerste bezoeken aan instellingen.

### *Validatiebijeenkomst inspecteurs en hoogleraren als expertgroepen*

Ter verhoging van de validiteit van de toezichtbevindingen, heeft de inspectie de conclusies ter controle voorgelegd aan twee verschillende expertgroepen. Eén groep bestond uit inspecteurs van de afdeling verpleging en verzorging en één groep uit hoogleraren, gespecialiseerd in de ouderenzorg. Tijdens de bijeenkomsten deelde de inspectie de bevindingen uit haar toezicht met de experts. Daarbij stelde zij de vraag of de experts de uitkomsten herkenden. De inspectie heeft een samenvatting van de input uit beide bijeenkomsten toegevoegd in Bijlage 2.

## **1.4 Toetsingskader en instrumenten**

*In dit toezicht zijn verschillende instrumenten gebruikt. Die instrumenten zijn gebaseerd op wetgeving en daarvan afgeleide veldnormen die de branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties hebben ontwikkeld en vastgesteld. Deze vormen het toetsingskader voor dit toezicht. De gebruikte wetten en veldnormen zijn opgenomen in de bijlage.*

### *Kerninstrument Care (hierna: KIC)*

Het KIC-instrument is een instrument dat de inspectie gebruikt in haar toezicht op instellingen in de langdurige zorg. Het instrument kent vijf hoofdthema's:

- 1 Sturen op kwaliteit en veiligheid
- 2 Cliëntdossier
- 3 Deskundigheid en inzet personeel
- 4 Medicatieveiligheid
- 5 Vrijheidsbeperking

### *Eerste bezoeken en hertoetsbezoeken*

Omdat het toezicht van de inspectie een continu proces is, maakt de inspectie onderscheid tussen 'eerste bezoeken' en 'hertoetsbezoeken'. Bij eerste bezoeken toetst de inspectie zoveel mogelijk alle thema's van het kerninstrument, om een duidelijk totaaloverzicht te krijgen van de zorginstelling.<sup>k</sup>

Wanneer een instelling niet aan alle normen voldoet, vraagt de inspectie de instelling verbetermaatregelen te nemen voor die normen. De instelling levert daarop een resultaatverslag aan bij de inspectie, waarin zij de ondernomen verbetermaatregelen beschrijft. De inspectie beoordeelt het resultaatverslag en kan na de verstreken verbetertermijnen besluiten om een hertoetsbezoek te doen. Daarbij beoordeelt de inspectie of de instelling voldoende vooruitgang boekt. Bij een hertoetsbezoek toetst de inspectie alleen de normen waar de instelling in het eerste bezoek niet aan voldeed. De normen waaraan de instelling al voldeed, worden niet opnieuw beoordeeld.<sup>l</sup>

### *KIC 1.1 en KIC 1.2*

Tijdens de toezichtperiode was het nodig om het KIC-instrument aan te passen. Dit kwam deels door veranderde wetgeving in de langdurige zorg. Daarnaast was de inspectie bezig haar focus op de eigen verbeterkracht van zorgconcerns te versterken.

<sup>k</sup> Een 'eerste bezoek' betekent niet noodzakelijk dat de inspectie nog niet eerder toezicht heeft gehouden op een zorginstelling, maar houdt in dat de inspectie een nieuw toezichttraject start bij de betreffende instelling. Daarbij is een hertoetsbezoek een mogelijke vervolgstap van het toezicht.

<sup>l</sup> Het niet opnieuw beoordelen van normen waaraan de instelling reeds voldeed tijdens een eerder bezoek is een standaard procedure in het toezicht van de inspectie.

Hierdoor zijn er in het toezicht bij 173 bezoeken verschillende versies van het KIC-instrument gebruikt. Het grootste gedeelte van de normen komt in beide versies overeen, maar bij een aantal thema's zijn bepaalde normen na beoordeling bijgesteld of toegevoegd. In hoofdstuk 4 zijn de subthema's die in beide versies van het KIC-instrument overeenkomen, samengevoegd in de berekening van de scores. In het resultatenhoofdstuk staat per subthema aangegeven bij hoeveel instellingen de inspectie het subthema heeft beoordeeld.

#### *Bestuursgesprekken*

De inspectie sprak tussen januari 2015 en maart 2016 62 keer met bestuurders van de 150 instellingen. In sommige gevallen werd een bestuurder vaker gesproken. Meestal was dit na een periode van veel toezicht of verscherpt toezicht. Op basis van de bestuursgesprekken stelde de inspectie een passend toezichtplan op voor deze instellingen of stelde zij het bestaande toezichtplan bij.

Tijdens de gesprekken wees de inspectie de raad van bestuur op haar verantwoordelijkheden voor kwaliteit en veiligheid. Daarnaast sprak zij de raad van toezicht aan op haar toezichthoudende plicht. De raad van toezicht moet een kritisch klankbord voor de bestuurder zijn, zodat de kwaliteit en veiligheid van de zorg gewaarborgd blijven.

Bij de bestuursgesprekken hanteerde de inspectie de zorgbrede governance code. Deze code is opgesteld en goedgekeurd door de brancheorganisaties van zorginstellingen. De inspectie beschouwt deze code als een breed gedragen, algemeen maatschappelijke veldnorm.<sup>m</sup>

#### *Toezicht op de Wet Bopz*

Het toezicht op de wet Bopz is een belangrijk onderdeel van het toezicht in de verpleegzorg. De inspectie toetst tijdens de Bopz-bezoeken namelijk een aantal kenmerkende elementen om inzicht te krijgen in de kwaliteit en veiligheid van zorg op het gebied van vrijheidsbeperking. Bovendien haalt de inspectie uit deze bezoeken ook informatie over de algemene stand van zaken van kwaliteit en veiligheid van de zorg in instellingen. Een deel van de onderdelen in het Bopz-instrument komt ook terug in de thema's uit het risicotoezicht.

Zorginstellingen vragen bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een Bopz-aanmerking aan. De inspectie beoordeelt de aanvraag en het ministerie geeft de instellingen vervolgens het advies, gebaseerd op het oordeel van de inspectie.

De inspectie voerde toezichtbezoeken op de Wet Bopz uit bij 36 van de 150 instellingen. Deze instellingen hadden een aanvraag bij het ministerie van VWS gedaan voor een Bopz-aanmerking. De inspectie handelt daar waar mogelijk de Bopz-aanvragen schriftelijk af. Wanneer de inspectie mogelijke risico's ziet, bijvoorbeeld op basis van meldingen of signalen, gaat zij op bezoek bij de locatie. De inspectie toetst bij een Bopz-aanmerkingsbezoek de volgende onderwerpen:

- Beschreven Bopz-beleid
- Voldoet de klachtenregeling
- Criteria voor inclusie of exclusie<sup>n</sup>
- Veilige leef- en woonomgeving
- Kwaliteitsbewaking toepassing vrijheidsbeperkende maatregelen
- Deskundigheid personeel
- Beschikbaarheid van Bopz-arts 24 uur per dag
- Huisregels

---

<sup>m</sup> Bron: Toetsingskader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid. IGZ, 2011: Utrecht.

<sup>n</sup> De inspectie doelt met in- en exclusiecriteria op de lichamelijke en geestelijke kenmerken (ziekten, aandoeningen, stoornissen) die een cliënt heeft op basis waarvan een zorginstelling bepaalt of hij deze cliënt wel of geen goede zorg kan verlenen.



## 2 Conclusies & beschouwing

Onderstaand kader geeft een overzicht van de belangrijkste bevindingen van de toezichtbezoeken op de 150 verpleegzorginstellingen. De inspectie beoordeelde de instellingen op de thema's sturen op kwaliteit en veiligheid, cliëntdossier, deskundigheid en inzetbaarheid van personeel, medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking. De uitwerking van alle resultaten per thema is terug te vinden in hoofdstuk 4.

### *Sturen op kwaliteit en veiligheid*

- 47 procent van de getoetste instellingen meldde niet consequent of gebruikte de meldingeninformatie niet voor kwaliteitsverbetering.

### *Gebruik van cliëntdossier*

- In 64 procent van de instellingen was er onvoldoende samenhang tussen de onderdelen van het zorgplan: zorgdoelen en daaruit volgende acties waren niet goed op elkaar afgestemd.
- 22 procent van de getoetste instellingen legde onvoldoende vast welke disciplines betrokken waren bij de verschillende onderdelen van de zorgverlening. Ook was hierin niet duidelijk terug te vinden wie welke verantwoordelijkheden had.

### *Deskundigheid en inzetbaarheid van personeel*

- In 90 procent van de instellingen gaven medewerkers aan dat zij hun cliënten actief konden ondersteunen in hun wensen en behoeften.
- Het scholingsaanbod voor het personeel sloot bij 35 procent van de instellingen niet aan bij de zorgbehoeften van de cliëntendoelgroep.
- In 37 procent van de instellingen werkten medewerkers niet volgens afgesproken protocollen en richtlijnen.

### *Medicatieveiligheid*

- In 39 procent van de getoetste instellingen voerden de medewerkers geen tweede controle uit bij risicovolle medicatie.
- In 37 procent van de instellingen beschikten medewerkers niet over een actuele toedienlijst van medicatie per cliënt.

### *Vrijheidsbeperking*

- 28 procent van de getoetste instellingen had geen visie op het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- In 20 procent van de getoetste instellingen pasten de medewerkers vrijheidsbeperkende maatregelen niet zorgvuldig toe.

In het rapport van 2014: '*Verbetering van kwaliteit ouderenzorg gaat langzaam*', schreef de inspectie dat een groot deel van alle verpleeginstellingen zich te weinig richtte op hun kwaliteitsbewaking. Deze instellingen hadden nog onvoldoende aandacht voor blijvende verbeteringen van tekortkomingen in de zorg.

In de tussenrapportage van oktober 2015 over 150 verpleegzorginstellingen concludeerde de inspectie opnieuw dat medewerkers hun werkzaamheden niet volgens vaste werkwijzen uitvoerden en niet consequent evalueerden. Hierdoor ontbrak stuurinformatie voor de kwaliteitsverbetering van de zorgprocessen. De onderdelen 'Check en 'Act' van de Cirkel van Deming waren bij de meeste instellingen nog niet voldoende ingevuld.

Zowel de zorgsector als de inspectie vindt het belangrijk dat er methodisch wordt gewerkt. Het cyclische karakter van methodisch werken garandeert namelijk dat kwaliteitsverbetering continu onder de aandacht is van alle medewerkers. Dit geldt zowel voor de bestuurders als voor de zorgmedewerkers op de vloer:

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en plannen hoe deze kunnen worden verbeterd.
- Do: de verbeteringen uitvoeren.
- Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat opleveren.
- Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.

Het vervolgtoezicht op de 150 instellingen, waar de inspectie in dit rapport over rapporteert, laat op dit onderwerp grotendeels dezelfde bevindingen zien. Tijdens de KIC-bezoeken keek de inspectie behalve naar de vijf thema's ook altijd naar het onderdeel 'Plan-Do-Check-Act', om te bepalen of de instellingen de processen ook konden borgen. De inspectie zag tijdens haar bezoeken dat veel instellingen hadden geïnvesteerd in verbeteracties en ook interne audits deden. Daarmee zitten deze instellingen inmiddels op het gedeelte 'Check' van de cirkel. De interne audits en controles leidden echter vaak nog niet tot blijvende verbeteringen: de borging van kwaliteit ontbreekt nog.

Ook uit de gesprekken die de inspectie voerde met raden van bestuur en raden van toezicht kwam naar voren dat ongeveer 40 procent van de bestuurders nog geen goede 'kwaliteitsfoto' had van hun organisatie. Met 'kwaliteitsfoto' bedoelt de inspectie het beeld dat een bestuurder heeft van de kwaliteitsprocessen in de eigen organisatie. De vraag is of de bestuurder voldoende in beeld heeft wat er goed gaat en waar verbetering nodig is in de zorgverlening. Bijna alle bestuurders zagen wel het belang in van sturing op en borging van kwaliteit. Zij hadden alleen nog niet voldoende in beeld wat er op zorginhoudelijk niveau speelde in de organisatie en waar de knelpunten zaten. Het interne toezicht was bij deze organisaties onvoldoende scherp.

De bestuurders die wel een kwaliteitsfoto van de organisatie hadden, gebruikten de interne kwaliteitsinformatie voor verbeteringen. Zij waren aan het onderzoeken hoe zij verbeteringen beter konden realiseren én borgen.

De inspectie ziet een aantal belangrijke oorzaken voor de uitblijvende borging van kwaliteit bij de getoetste instellingen:

- Sturing door bestuurders op kwaliteit en veiligheid in de verpleegzorg is onvoldoende.
- Deskundigheid van zorgprofessionals in verpleegzorginstellingen is onvoldoende.
- Afstemming tussen zorgbehoefte en deskundigheid en inzetbaarheid van personeel is onvoldoende.

De paragrafen 2.1 tot en met 2.3 lichten deze onderwerpen verder toe.

## **2.1 Sturing door bestuurders op kwaliteit en veiligheid in de verpleegzorg is onvoldoende**

De inspectie concludeert op basis van haar bevindingen van de inspectiebezoeken en de gesprekken met bestuurders, dat ruim een derde van de 150 getoetste instellingen nog onvoldoende stuurt op kwaliteit en veiligheid van zorg.

Onvoldoende sturing en coördinatie geeft een verhoogde kans op risico's in de zorg. Dit ziet de inspectie terug in de onderwerpen die zij als onvoldoende beoordeelde bij de 150 instellingen. Dit geldt voornamelijk voor de thema's cliëntdossier, deskundigheid en inzetbaarheid van personeel, medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking.



### *Kwaliteit verbeteren op basis van beschikbare informatie*

Om goede, veilige en cliëntgerichte zorg te kunnen leveren, is het van belang dat de bestuurder weet wat er in de organisatie speelt. Welke processen gaan goed en waar is kwaliteitsverbetering nodig?

De inspectie zag een onderwerp waarop bijna alle instellingen goed scoorden: het benutten van cliëntervaringen. 91 procent van de getoetste instellingen gebruikte op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering. Ook hadden bijna alle getoetste instellingen (95 procent) cliëntmedezeggenschap georganiseerd en gebruikte 88 procent van de instellingen klachten van cliënten of familie voor verbeteringen.

Op andere thema's ziet de inspectie juist dat er weinig sturing is op kwaliteitsverbeteringen: 47 procent van de bezochte instellingen meldde incidenten of fouten niet consequent aan de Meldingen Incidenten Commissie of gebruikte de meldingeninformatie niet voor kwaliteitsverbetering.

### *Inzet personeel*

Een andere belangrijke verantwoordelijkheid van de bestuurder is het inzetten van voldoende deskundig en bekwaam personeel, als randvoorwaarde voor passende zorg. 23 procent van de instellingen die de inspectie beoordeelde, had onvoldoende bekwaam personeel voor de uitvoering van dagelijkse zorg. Ook passende scholing blijft een aandachtspunt: in 35 procent van de instellingen was het scholingsaanbod onvoldoende. De meeste instellingen hadden wel een scholingsplan opgesteld, maar hadden dit niet overal goed afgestemd op de zorgbehoeften van de cliënten.

### *Werken volgens richtlijnen*

Een ander punt dat meer sturing vraagt op zorgprofessionals is werken volgens actuele richtlijnen, protocollen of werkinstructies. De inspectie vond bij 37 procent van de instellingen dat medewerkers niet volgens bestaande richtlijnen werkten. Dit kwam meestal omdat zij de richtlijnen of werkinstructies niet kenden. Richtlijnen en werkinstructies hebben als doel het verschil in handelen te verminderen en het werken volgens een vaste methode te stimuleren. Op die manier kan er ook beter via de Cirkel van Deming gewerkt worden aan continue verbetering van de kwaliteit van de zorg. Hierin ligt zowel op locatieniveau als op teamniveau een aansturingrol en controlefunctie.

### *Medicatieveiligheid*

Op het gebied van medicatieveiligheid ziet de inspectie nog steeds dat bestuurders duidelijkere afspraken moeten maken met apotheken. Ook moeten zij toezien dat de uitwisseling van gegevens goed verloopt. Zo zag de inspectie bij 37 procent van de getoetste instellingen dat een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van medicijnen ontbraken. De specialist ouderengeneeskunde moet bij elk contact met de cliënt de toedienlijst met de verantwoordelijke zorgmedewerker bespreken. Dit is nodig om te bepalen welke medicatie de medewerker toe moet dienen en in welke hoeveelheid. Het ontbreken van actuele toedienlijst verhoogt de kans op fouten in de medicatietoediening aan de cliënt of het vergeten daarvan.

### *Visie op goede zorg*

Tot slot moeten zorginstellingen een visie hebben op de zorg die zij willen leveren. Die visie vormt een uitgangspunt waarvan uit werkschrijvingen, protocollen en richtlijnen voor het uitvoeren van de zorg kunnen worden gemaakt. Zo is het belangrijk dat instellingen die zorg bieden aan mensen met dementie, een visie hebben op dementiezorg.

Instellingen die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen, moeten een visie en een beleid hebben over preventie, terugdringing, besluitvorming en toepassing van

vrijheidsbeperkende maatregelen. Bij 28 procent van de instellingen vond de inspectie geen visie op dit onderwerp. Het ontbreken van een geïmplementeerde visie maakt het voor de zorgprofessional moeilijk om consequent en adequaat te handelen. De bestuurder moet hierin de zorgprofessional dus voorzien om cliëntgerichte en veilige zorg mogelijk te maken.

## **2.2 Deskundigheid van zorgprofessionals in verpleegzorginstellingen is onvoldoende**

Deskundigheid van personeel in de zorg is een basisvoorwaarde om veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen leveren. Deskundigheid gaat onder andere over medische kennis van ziektebeelden, bekwaamheid in het uitvoeren van risicovolle handelingen en kennis over de cliënt. Daarnaast betekent deskundigheid van zorgprofessionals ook dat zij de dagelijkse zorg kunnen coördineren. De inspectie zag in haar toezicht op de 150 verpleeginstellingen dat deze verschillende onderdelen in veel instellingen onvoldoende geregeld waren.

Uit meerdere thema's kwam naar voren dat sturing maar vooral ook coördinatie en regie op de zorg op de werkvloer niet overal voldoende aanwezig was. Zo had bijna een kwart van de getoetste instellingen onvoldoende vastgelegd in het cliëntdossier welke disciplines met welke verantwoordelijkheden betrokken zijn bij de verschillende onderdelen van de zorgverlening. Op die manier is niet terug te vinden wie de regie heeft over welke onderdelen van de zorg.

Ook het inventariseren en beoordelen van risico's voor de cliënt ontbrak regelmatig in de zorgplannen. 44 procent van de instellingen had de risico's voor de cliënt niet volgens de norm geïnventariseerd en geëvalueerd.

Behalve de inventarisatie en beoordeling van risico's, zag de inspectie ook veel dossiers waar de samenhang tussen probleemanalyses, risico-inventarisatie, zorgdoelen en zorgplanitems onvoldoende met elkaar samenhangen. In 64 procent van de instellingen ontbrak de samenhang tussen verschillende onderdelen in het zorgplan. Zo las de inspectie bijvoorbeeld in een van de dossiers dat de medicatie van de cliënt moest worden gemalen. De reden daarvan was niet terug te vinden in het zorgdossier.

Een goede samenhang tussen zorgvraag, zorgdoelen, uitvoering van de zorg en vastlegging daarvan is belangrijk voor het bieden van cliëntgerichte zorg. Veel kennis over de cliënten zit weliswaar in de hoofden van de medewerkers, maar is bij overdracht aan andere collega's onvoldoende terug te vinden. Dat verhoogt de kans op vergissingen die tot fouten kunnen leiden.

Op het gebied van medicatieveiligheid zag de inspectie dat in 39 procent van de getoetste instellingen de medewerkers geen tweede controle uitvoerden bij risicovolle medicatie en niet-GDS medicatie<sup>o</sup>. Dubbele controle bij losse medicatie is nodig waar naar het oordeel van de apotheker een onacceptabel risico voor de cliënt bestaat bij verkeerde dosering.

Daarnaast trof de inspectie tijdens haar bezoeken regelmatig grote hoeveelheden medicatie aan. Er was dan in verhouding erg veel medicatie voor het aantal cliënten in de instelling. Hierbij zag de inspectie meerdere malen dat medicijnen over de datum waren.

Een groot deel van de getoetste instellingen (85 procent) hield een multidisciplinair overleg met de cliënt of cliëntvertegenwoordiger voordat vrijheidsbeperkende maatregelen werden ingezet. Toch zette 36 procent van de instellingen vrijheidsbeperkende maatregelen in zonder dat de betrokken medewerkers het

---

<sup>o</sup> Een Geneesmiddel distributiesysteem (GDS) is een verpakking waarin medicijnen zijn verdeeld in eenheden per toedieningstijdstip en op naam van een individuele cliënt: Zorg voor Beter, 2016.

onbegrepen gedrag van de cliënt hadden geanalyseerd. Bovendien voerden de medewerkers in 20 procent van de instellingen risicovolle handelingen, zoals fixeren, afzonderen, of toedienen van medicatie, niet op een verantwoorde manier uit. Een kwart van de beoordeelde instellingen gebruikte de informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen niet voor kwaliteitsverbetering.

De inspectie stelde op basis van bevindingen uit verschillende zorginhoudelijke onderwerpen vast dat het op de werkvloer vaak ontbreekt aan controle op de uitvoering en toezien op naleving van gemaakte afspraken.

### **2.3 Afstemming tussen zorgbehoefte en deskundigheid en inzetbaarheid van personeel is onvoldoende**

De inspectie concludeert dat de inzet en deskundigheid van personeel ten opzichte van 2014 is verbeterd. Toch laten de bevindingen uit het huidige rapport een kleine achteruitgang zien op dit onderwerp in vergelijking met de tussenrapportage:

- In de tussenrapportage voldeed 22 procent niet bij een eerste bezoek en 11 procent voldeed niet bij een hertoetsbezoek.
- In het huidige onderzoek voldeed 23 procent van de getoetste instellingen niet aan de normen voor deskundigheid en inzet van personeel bij een eerste bezoek. Bij de hertoetsbezoeken voldeed 13 procent niet.

Het subthema 'Kennis en vaardigheden met betrekking tot de cliënt' had een hoge score tijdens de bezoeken. Dit kwam vooral doordat de medewerkers zelf vonden dat zij voldoende kennis hadden over de zorg- en ondersteuningsproblematiek van hun cliënten. Toch ziet de inspectie op basis van andere zorginhoudelijke onderwerpen bij de 150 instellingen verschillende signalen van te weinig deskundigheid bij personeel. Zo stelde de inspectie vast dat er nog steeds medewerkers zijn die niet werken volgens protocollen en richtlijnen (37 procent van de instellingen), dat zij bij risicovolle medicatie niet altijd de verplichte tweede controle uitvoeren (39 procent van de instellingen) en dat zij vrijheidsbeperkende maatregelen niet altijd zorgvuldig toepassen (20 procent van de instellingen). Bovendien zag de inspectie dat in een kwart van de beoordeelde instellingen de medewerkers onvoldoende zorgden voor een veilige omgeving voor de cliënt.

Zoals aangegeven, is dit probleem deels te verklaren door te weinig sturing, coördinatie en controle op uitgevoerde werkzaamheden. Daarnaast speelt ook het opleidingsniveau van de medewerkers een belangrijke rol. De afgelopen jaren is de complexiteit van de verpleegzorg voor ouderen toegenomen. De cliëntenpopulatie bestaat steeds meer uit zeer kwetsbare ouderen die vaak een combinatie van geestelijke en lichamelijke aandoeningen hebben. Het deskundigheidsniveau van de medewerkers is in veel instellingen die de inspectie bezocht onvoldoende hierin meegegroeid.

Als de zorg complexer wordt, wordt het continu verbeteren van de kwaliteit ook complexer. Het evalueren en bijstellen van handelingen wordt door lager opgeleide medewerkers vaak als last gezien. Soms zien zij controle ook als wantrouwen in hun werkzaamheden, in plaats van als een middel om de dagelijkse zorg bij te sturen en te verbeteren.

De inspectie zag bij meerdere instellingen dat zij bezig waren het deskundigheidsniveau in het personeelsbestand aan te pakken. Veel instellingen werkten aan (bij)scholingen of vervanging van personeel. Deze verbeteringen waren echter vaak nog niet geborgd. Dit kwam ook naar voren uit de gesprekken met bestuurders.

Volgens de inspectie moeten instellingen hun personeelsamenstelling zo invullen dat die past bij de cliëntendoelgroep waaraan de instellingen zorg willen bieden.

Medewerkers moeten voldoende toegerust zijn om de complexe zorg te kunnen uitvoeren.

De inspectie vond bij 21 procent van de beoordeelde instellingen nog geen in – en exclusiecriteria passend bij een locatie of afdeling. Het is belangrijk dat instellingen zich goed bewust zijn van welk type zorg zij wel en niet kunnen leveren. De zorg die zij bieden, moet dus aansluiten bij de kennis, kunde en beschikbaarheid van personeel dat zij in huis hebben.

Ondanks dat deze punten bij een deel van de instellingen onvoldoende op orde zijn, ziet de inspectie dat de intentie van medewerkers om cliëntgericht te werken, hoog is. In bijna alle bezochte instellingen trof de inspectie betrokken medewerkers. Zij probeerden zoveel mogelijk aan te sluiten bij wensen en behoeften van de cliënt. Bij 95 procent van de instellingen waren de medewerkers zich voldoende bewust van hun eigen gedrag richting de cliënt. Een goed voorbeeld dat de inspectie zag bij een van de instellingen, was het organiseren van rondetafelgesprekken tussen bewoners, familieleden, cliëntenraadsleden en medewerkers. De medewerkers zochten in teamverband en met familieleden naar mogelijkheden om de cliënten zich 'thuis' te laten voelen.

## **2.4 Beschouwing**

De zorgsector en de inspectie streven naar goede, veilige en cliëntgerichte verpleegzorg. Hiervoor zijn borging van kwaliteit en veiligheid noodzakelijk. Zoals uit de conclusies naar voren kwam, ontbreekt bij een deel van de 150 geïnspecteerde instellingen de laatste stap van de cyclus (bijstelling). Bij sommigen ontbreekt ook nog de stap ervoor, de check (interne controle).

### *Vasthouden van evaluatie en borging kost organisaties veel moeite*

Anno 2016 ziet de inspectie dat een groot deel van de 150 verpleeginstellingen ergens tussen de controlefase en de bijstelfase zitten in de cyclus van methodisch werken. De inspectie ziet ook regelmatig een terugval bij instellingen die in een moeilijke periode zitten door bijvoorbeeld financiële problemen, bestuurswisselingen, reorganisaties of personeelstekorten. De aandacht van het bestuur op het borgen van kwaliteit en veiligheid van de zorg verschuift dan naar andere gebieden van de organisatie. Hierdoor blijven evaluatie en bijstelling van kwaliteitsprocessen vaak uit. De inspectie ziet dit als een 'steekvlameffect': organisaties komen in actie en zetten in relatief korte tijd kwaliteitsverbeteringen in. Vervolgens zakt de aandacht weg door problemen in de organisatie en lukt het niet om de verbeteringen vast te houden.

Deze problematiek is niet nieuw en ook niet uitsluitend kenmerkend voor de getoetste 150 verpleegzorginstellingen. De inspectie ziet deze beweging al jaren in een groot deel van de rest van de verpleegzorgsector. In 2014 rapporteerde de inspectie over haar bezoeken aan 1078 verpleeghuislocaties. Ook die verpleeghuizen richtten hun aandacht onvoldoende op structurele verbeteringen van de zorg. De inspectie ziet nu nog steeds binnen dezelfde thema's problemen ontstaan in de dagelijkse zorg.

De inspectie wil met behulp van haar toezicht het gevoel van urgentie bij verpleeginstellingen verhogen. Overal waar zorg wordt geleverd, kunnen mensen fouten maken. Instellingen die blijven terugvallen in hun verbetertraject hebben grotere risico's op onveilige zorg, omdat ze geen systematische oplossingen hebben. De inspectie ziet de uitwerking van die risico's ook terug in meldingen. Nog steeds komen veel meldingen bij de inspectie binnen die te maken hebben met medicatiefouten en onduidelijke afspraken in cliëntendossiers. Instellingen die niet door de controle- en bijstelfase van zorgprocessen komen, hebben meer kans om

dezelfde fouten te blijven maken, met risico's voor cliënten als gevolg, zoals vallen of verkeerde medicatie. De oplossing die men vaak kiest, is een administratieve oplossing. Instellingen gebruiken dan nog meer interne checklijsten en aftekenlijsten. Dat maakt ook dat het gevoel van een sterk toegenomen administratieve last aan het thema kwaliteit hangt. Maar de extra 'controle op controle' zorgt er niet voor dat de borging van kwaliteit verbetert.

#### *Regie en coördinatie ontbreken*

De inspectie stelde op basis van bevindingen uit verschillende zorginhoudelijke onderwerpen vast dat het op de werkvloer vaak ontbreekt aan controle op de uitvoering en toezien op naleving van gemaakte afspraken. De inspectie ziet hierin een aansturende en coördinerende rol weggelegd voor de verantwoordelijke artsen, behandelaars of verpleegkundigen in een team. Binnen de multidisciplinaire zorgteams hebben artsen, behandelaars, gedragswetenschappers, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden allen hun eigen verantwoordelijkheden in de dagelijkse uitvoering van de zorg. De inspectie wil hierin het belang van goede regie en coördinatie van de zorg benadrukken. Wie heeft welke verantwoordelijkheden, hoe ziet het multidisciplinaire team eruit en wie stuurt hierop aan? Wie zorgt er voor dat de zorgdossiers goed worden bijgehouden en hoe vaak bespreekt het team dit onderwerp? Werken medewerkers volgens richtlijnen en wie controleert dit? De antwoorden op dergelijke vragen moeten voor alle betrokkenen duidelijk zijn. Op die manier weten zorgprofessional wat de organisatie van hen verwacht en bij wie ze terecht kunnen met vragen of problemen. Bovendien kunnen zorgprofessionals dit vervolgens ook duidelijk maken in hun communicatie met de cliënt: wat heeft een cliënt nodig en welke zorgprofessional is zijn of haar aanspreekpunt? Welke medewerkers zijn betrokken bij de dagelijkse zorg van een cliënt en wat kan die cliënt van hen verwachten? Alle zorgprofessionals zouden dus meer de regie moeten pakken, het overzicht houden over de zorgprocessen en controleren of samenwerkingsafspraken worden nageleefd. Tegelijkertijd moeten bestuurders ervoor zorgen dat hiervoor de noodzakelijke randvoorwaarden aanwezig zijn.

#### *Wat moet er gebeuren?*

De inspectie begrijpt dat het rond krijgen van de borging een lastige taak is, die voortdurende focus vraagt van bestuurders en zorgprofessionals. Toch is het volgens de inspectie zeker mogelijk om ook die laatste stappen in de cyclus te zetten. Hiervoor is onder andere een versterking van het interne toezicht nodig. Daarnaast is versteviging nodig van de opleidingen in de verpleegzorg en een betere coördinatie en sturing op de zorg. Dat vraagt om voelbaar en zichtbaar leiderschap in de verpleegzorg, zowel vanuit management als op de werkvloer. In hoofdstuk 3.2 doet de inspectie aanbevelingen aan diverse betrokken partijen.

## 3 Handhaving en aanbevelingen

De Inspectie voor de Gezondheidszorg schreef voor iedere bezochte locatie van een zorginstelling een individuele rapportage. Daarin nam de inspectie naast de bevindingen ook de vereiste verbetermaatregelen op. Deze rapportages zijn te vinden op [www.igz.nl](http://www.igz.nl). De raden van bestuur zijn verantwoordelijk voor en aanspreekbaar op de uitvoering van deze maatregelen.

### 3.1 Maatregelen en vervolgacties toezicht

De inspectie gaf in de individuele inspectierapportages een overzicht van de normen waaraan de instellingen nog niet voldeden. De instellingen kregen een bepaalde verbetertermijn en moesten vervolgens binnen de vastgestelde termijn een resultaatrapportage aanleveren, die de inspectie beoordeelde. De inspectie sloot het toezicht bij een instelling af als de instelling de tekortkomingen voldoende had weggewerkt. Instellingen die onvoldoende verbeteringen lieten zien in de resultaatrapportage, kregen vervolgtoezicht. Het vervolgtoezicht bestond uit een hertoetsbezoek, een bezoek aan een andere locatie of een bestuursgesprek. Als instellingen dan de zorg nog niet op orde hadden, stelde de inspectie een handhavingsmiddel in.

#### *Handhaving*

Zorginstellingen waar de inspectie onvoldoende verbeterkracht vaststelde, met grote risico's op onveilige zorg, kregen een handhavingsmaatregel. Tussen januari 2015 en eind april 2016 legde de inspectie de volgende handhavingsmaatregelen op:

- Verscherpt toezicht bij acht locaties van de 150 verpleegzorginstellingen.
- Een aanwijzing aan een van de 150 verpleegzorginstellingen.
- Een aanwijzing aan een verpleegzorginstelling die oorspronkelijk niet tot de 150 instellingen behoorde. De inspectie zag bij deze instelling extra aanleiding voor toezicht, omdat bij deze instelling tijdens de toezichtperiode grote risico's op onveilige zorg ontstonden.

#### *Overige vervolgacties inspectie*

In oktober 2015 presenteerde de inspectie de tussenrapportage over het toezicht op de 150 verpleegzorginstellingen in de periode januari tot september 2015. Daaruit kwam een aantal directe en indirecte vervolgacties van de inspectie voort. Bij 49 instellingen bracht de inspectie een hertoetsbezoek om na te gaan of deze instellingen de risico's op onveilige zorg voldoende onder controle hadden.

Bij 11 van de 49 instellingen heeft de inspectie op dit moment serieuze zorgen over de verbeterkracht van de organisatie. Zij kunnen de kwaliteit niet op voldoende niveau krijgen. Dit heeft de inspectie bepaald op basis van haar risicotoezicht en incidententoezicht. Bij een van deze 11 instellingen stelde de inspectie verscherpt toezicht in en bij een van de 11 legde zij een aanwijzing op (zie handhaving hierboven). Bij de overige 9 instellingen heeft de inspectie een intensief toezichttraject in gang gezet.

De inspectie heeft na intensief toezicht vertrouwen in 82 van de 150 verpleegzorginstellingen. De inspectie zal deze instellingen *op basis van risicotoezicht* in 2016 verder niet actief bezoeken. Als deze instellingen echter door signalen, meldingen of op enige andere wijze onder de aandacht komen van de inspectie, zal de inspectie opnieuw overwegen om de instellingen alsnog te bezoeken. Op het moment van schrijven van deze eindrapportage loopt bij 19

instellingen nog een inspectieonderzoek. Bij deze instellingen is de inspectie bijvoorbeeld in afwachting van een resultaatrapportage of werkt de inspectie nog aan een individueel inspectierapport.

#### *Maatregelen voor alle instellingen in de verpleegzorg*

De inspectie verwacht dat iedere zorgaanbieder in de verpleegzorg jaarlijks een interne audit laat uitvoeren naar de kwaliteit en de veiligheid van zorg en de manier waarop dit georganiseerd is. Centraal staat het systematisch, methodisch en cyclisch denken, waarbij beleid goed ingevoerd en geborgd wordt en waarbij evaluaties leiden tot de noodzakelijke aanpassingen.

## **3.2 Aanbevelingen**

### *3.2.1 Aanbevelingen aan alle organisaties die verpleegzorg leveren*

Bestuurders van zorginstellingen moeten beter sturen op kwaliteit en veiligheid, en de deskundigheid van personeel en de zorgbehoefte beter op elkaar afstemmen. Daarnaast moeten zij zorgprofessionals ondersteunen in hun verantwoordelijkheden voor betere regie en coördinatie op de werkvloer.

Behalve voor bestuurders en zorgprofessionals ziet de inspectie ook een belangrijke rol weggelegd voor raden van toezicht, cliëntenraden en ondernemingsraden. Zij moeten het interne toezicht verstevigen en zij kunnen bestuurders een spiegel voorhouden ter zelfreflectie, met vragen zoals:

- Hoe staat het met de sturing op kwaliteit en veiligheid van zorg op orde?
- Welke processen lopen goed en op welke punten is verbetering nodig?
- Welke rol hebben artsen, behandelaars en verpleegkundigen in de coördinatie en aansturing op de werkvloer?
- Hoe zorgt u voor voldoende en passende opleiding en bijscholing?
- Hoe onderhoudt u goed contact met opleidingsinstellingen?
- Hoe zorgt u ervoor dat de zorg die u aanbiedt, aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt?

Op die manier kunnen interne betrokken partijen samen sturen op structurele verbeteringen in de zorg. De inspectie zal aan de hand van het toezichtkader 'Goed Bestuur' de komende jaren scherper toezicht houden op de aansturing door bestuurders.

### *3.2.2 Aanbevelingen aan brancheorganisatie en beroepsverenigingen*

De inspectie vindt dat er een bredere verantwoordelijkheid nodig is in het takenpakket van verpleegkundigen en specialisten ouderengeneeskunde. Behalve de medische verantwoordelijkheid voor cliënten hebben deze zorgprofessionals, volgens de inspectie, ook de taak om zorgprocessen te coördineren. Daarnaast moeten zij in staat zijn om het multidisciplinair werken goed te organiseren en de kwaliteit van zorg te bewaken. Dit grijpt terug op de taken en verantwoordelijkheden van de voormalige verpleeghuisarts<sup>p</sup>. De inspectie doet de de aanbeveling aan brancheorganisatie ActiZ en beroepsverenigingen V&VN en Verenso samen actie te ondernemen om het niveau van (bij)scholing in de verpleegzorg op een hoger niveau te brengen.

### *3.2.3 Aanbevelingen aan cliëntvertegenwoordiger LOC Zeggenschap in de zorg*

De inspectie beschouwt de cliëntgerichte zorg die zij zag in een groot deel van de 150 bezochte verpleeginstellingen als een zeer goede ontwikkeling. Zoals in

---

p Nota Takenpakket Verpleeghuisarts/Sociaal Geriater, Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) en Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie (NVSG), 2003.

paragraaf 3.2.1 is benoemd, zouden cliëntenraden en cliëntvertegenwoordigers zich nog meer kunnen focussen op de kwaliteit van zorg en het gesprek hierover met de bestuurder. De inspectie doet LOC Zeggenschap in de Zorg daarom de aanbeveling om de positie van de cliëntenraden in de verpleging en verzorging hierin verder te versterken.

3.2.4 *Aanbevelingen voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)*  
In de roep om structurele verbeteringen van deskundigheid en inzetbaarheid van personeel in de verpleegzorgsector, doet de inspectie een beroep op het ministerie van VWS. Het thema onderwijs moet blijvend aandacht krijgen in het kabinetsbeleid. Daarom doet de inspectie VWS de aanbeveling om in gesprek te gaan met het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap over een betere inrichting van de zorgopleidingen met betrekking tot verpleegzorg.

Daarnaast doet de inspectie de aanbeveling aan het ministerie van VWS om verbeterplannen in de verpleegzorginstellingen regionaal aan te pakken. In de regio Amsterdam is er al een dergelijk regionaal model opgezet in de afgelopen jaren. Hierin werken diverse Amsterdamse verpleegzorginstellingen, zorgkantoren, de gemeente en andere betrokkenen samen aan verbeterplannen in de zorg. Een geïntegreerde, regionale aanpak van problemen in de verpleegzorg betekent dat er in samenwerking met het ROC, de gemeente en zorgkantoor oplossingen tot stand komen. Het ministerie van VWS zou regionale initiatieven kunnen stimuleren.



## 4 Resultaten inspectiebezoek

Dit hoofdstuk beschrijft per thema eerst de uitkomsten van de eerste bezoeken en daarna die van de hertoetsbezoeken. De inspectie bracht in totaal 173 bezoeken aan instellingen die verpleegzorg leveren. Hiervan waren 90 bezoeken een eerste bezoek en 83 bezoeken waren hertoetsbezoeken. Daarnaast hield de inspectie 62 bestuursgesprekken in het kader van geconstateerde risico's in de zorg. Bovendien deed zij 36 bezoeken bij instellingen die een Bopz-aanmerking aanvragen.

De paragrafen 4.1 t/m 4.5 beschrijven de resultaten per thema van de 173 reguliere risicobezoeken. Dit zijn de instellingen die onderdeel waren van de 150 verpleegzorginstellingen waar de inspectie extra aanleiding zag voor toezicht.

Tijdens deze bezoeken werd gekeken naar de thema's:

- sturen op kwaliteit en veiligheid
- cliëntdossier
- deskundigheid en inzetbaarheid van personeel
- medicatieveiligheid
- vrijheidsbeperking

Als een instelling op een thema 'voldoet' scoort, betekent dit dat zij aan ten minste tweederde van de normen voldoet. Bij een aantal thema's beoordeelde de inspectie niet alle onderliggende normen. Dit kwam doordat dit niet bij ieder bezoek mogelijk was, niet van toepassing was, of wanneer sprake was van een hertoetsbezoek.

Bij ieder thema schetst de inspectie een voorbeeld van een melding of signaal voor het betreffende thema. Het gaat hierbij om voorbeelden die de inspectie regelmatig tegenkomt in haar werk. Wat kan er bijvoorbeeld misgaan als er te weinig deskundig personeel is? Of wat zijn de gevolgen als een cliëntdossier onsamenhangend is? Op deze manier wil de inspectie het belang van het naleven van de normen extra benadrukken.

De inspectie voerde ook gesprekken met bestuurders en raden van toezicht. De thema's van deze gesprekken waren:

- de inhoud van de zorg
- hoe op de inhoud van de zorg wordt gestuurd
- hoe wordt de kwaliteit geborgd

De bevindingen staan beschreven in paragraaf 4.6.

Paragraaf 4.7 geeft kort de bevindingen weer van de bezoeken die de inspectie deed in het kader van de wet Bopz.

### 4.1 **Sturen op kwaliteit en veiligheid**

Het thema 'sturen op kwaliteit en veiligheid' is opgebouwd uit de volgende subthema's:

- cliëntervaringen
- verbeteracties meldingen
- verbeteracties klachten
- cliëntmedezeggenschap
- in- en exclusiecriteria cliënten
- dagbesteding

Bij de eerste inspectiebezoeken scoorde 22 procent onvoldoende op de normen voor sturen op kwaliteit en veiligheid. 78 procent scoorde voldoende. Tijdens de

hertoetsbezoeken voldeed 8 procent van de bezochte instellingen niet en 92 procent voldeed wel.

Voorbeeld van een calamiteit waarbij onvoldoende werd gestuurd op kwaliteit en veiligheid

*Cliënt is in comateuze toestand vanwege een ernstige hypoglycemie met spoed verwezen naar het ziekenhuis. De hypoglycemie was het gevolg van een overdosering insuline in combinatie met een oraal bloedsuikerverlagend medicijn. Cliënt is een week later overleden in het ziekenhuis.*

Er was in de zorginstelling gedurende meerdere jaren sprake van gebrek aan sturing. Dit kwam door veel wisselingen van het management en tijdelijke krachten. Op de betreffende afdeling was geen goed werkklimaat. Het werd gekenmerkt door onvoldoende aansturing, onvoldoende duidelijkheid over taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, een gedoogcultuur, informeel leiderschap, onprofessioneel handelen, gebrek aan reflectie en elkaar aanspreken.

### *Subthema's*

#### *Cliëntervaringen*

Uit de resultaten van de subthema's van sturen op kwaliteit en veiligheid blijkt:

- 9 procent van de instellingen gebruikt cliëntervaringen niet op structurele wijze voor kwaliteitsverbetering
- 91 procent van de beoordeelde instellingen scoorde voldoende op dit subthema

#### *Verbeteracties meldingen*

Het subthema 'verbeteracties meldingen' van de norm sturen op kwaliteit en veiligheid laat zien dat:

- 47 procent van de instellingen niet op structurele en systematische wijze fouten meldde. Deze meldingen werden niet geanalyseerd of niet gebruikt voor verbeteracties in de zorg
- 53 procent van de bezochte instellingen gebruikte de meldingeninformatie voor kwaliteitsverbetering

#### *Verbeteracties klachten*

- 12 procent van de instellingen had geen klachtenregeling zoals voorschreven volgens de wet of gebruikte de klachten van cliënten of familie niet voor kwaliteitsverbetering
- 88 procent van de instellingen scoorde voldoende op dit subthema

#### *Cliëntmedezeggenschap*

- 5 procent van de instellingen had geen of onvoldoende medezeggenschap georganiseerd waarin zij de gemeenschappelijke belangen van cliënten en cliëntvertegenwoordigers behartigden
- 95 procent van de instellingen scoorde voldoende op het subthema

#### *In- en exclusiecriteria voor cliënten*

Van de bezochte instellingen had:

- 21 procent geen in- en exclusiecriteria beschreven voor cliëntgroepen. Of zij hadden de cliënt/cliëntenvertegenwoordiger onvoldoende geïnformeerd over welke cliëntgroepen zij wel of geen zorg konden bieden vanuit het zorgaanbod van de instelling
- 79 procent van de instellingen voldeed wel aan dit subthema

#### *Zinvolle dagbesteding*

- 26 procent van de instellingen zorgde onvoldoende voor zinvolle dagbesteding die past bij de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt
- 74 procent van de instellingen had passende dagbesteding geregeld

## **4.2**

### **Cliëntdossier**

Het thema 'cliëntdossier' werd beoordeeld op basis van de volgende subthema's:

- betrokkenheid van de cliënt bij het zorgplan
- de cliënt vormt de basis van het zorgplan
- betrokkenheid van belangrijke disciplines
- inventarisatie/evaluatie van risico's
- betrokkenheid van de cliënt bij de evaluatie van het zorgplan
- afstemming van verschillende onderdelen van het zorgplan

Van de getoetste instellingen scoorde 43 procent bij een eerste bezoek onvoldoende op de normen voor het thema cliëntdossier en 57 procent scoorde voldoende. Bij de hertoetsbezoeken voldeed 27 procent niet aan de normen en 73 procent voldeed wel.

Voorbeeld van burgermelding waarbij cliëntdossier niet op orde was en heeft bijgedragen aan de klacht

*Meldster spreekt over verschillende tekortkomingen in verpleeghuis. De cliënt heeft vanuit het ziekenhuis ijzertabletten voorgeschreven gekregen vanwege zijn bloedarmoede, maar heeft deze nooit gekregen. De cliënt is hulpbehoevend, maar heeft niet de mogelijkheid om hulp in te schakelen (geen alarm). Hygiëne is niet op orde, de heer wordt weinig gedoucht, krijgt geen hulp bij het naar de wc gaan.*

Het zorgleefplan had in de communicatie met de familie ondersteunend kunnen zijn voor duidelijkheid over gezamenlijke afspraken en verantwoordelijkheden. In het zorgleefplan van de cliënt waren de doelen en afspraken over schoonmaken niet juist afgestemd. Daarnaast gaven medewerkers aan dat zij bij opstellen van een zorgleefplan het moeilijk vinden de gemaakte afspraken te vertalen naar concrete doelen en acties. De doelen op lichamelijk welbevinden waren in het zorgleefplan goed weergegeven. De doelen gericht op woon- en leefomgeving waren te algemeen beschreven, waardoor het probleem (vervuilende gedrag) van de cliënt niet goed naar voren kwam. Hierdoor werden niet de juiste acties ondernomen. Participatie en mentaal welbevinden waren onderbelicht in het zorgleefplan van deze meneer.

#### *Subthema's*

##### *Cliënt betrokken bij zorgplan*

Alle bezochte instellingen hadden een zorg- of ondersteuningsplan voor hun cliënten.

- Bij 17 procent van de instellingen werd de cliënt of cliëntvertegenwoordiger niet betrokken bij het opstellen van het zorgplan en de evaluatie ervan. Of het was niet aantoonbaar dat de cliënt of diens vertegenwoordiger had ingestemd met de gemaakte afspraken
- 83 procent van de instellingen had de cliënt aantoonbaar betrokken bij het opstellen en bij de evaluatie van het zorgplan

#### *Cliënt is basis van zorgplan*

De normen voor het cliëntdossier beschrijven dat de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt de basis moeten vormen voor de zorg- of ondersteuningsdoelen van de cliënt.

- 24 procent van de instellingen scoorde onvoldoende op dit onderwerp
- 76 procent scoorde voldoende

#### *Relevante disciplines betrokken*

- In 22 procent van de instellingen was de betrokkenheid van relevante disciplines onvoldoende vastgelegd in de cliëntdossiers. In de dossiers die de inspectie inzag, was onduidelijk welke disciplines betrokken waren bij de zorg voor de cliënt en welke verantwoordelijkheden zij hadden in de verschillende onderdelen van de zorg
- 78 procent van de instellingen scoorde voldoende op dit onderwerp

#### *Inventariseren/evalueren risico's*

- In 44 procent van de instellingen hadden de medewerkers mogelijke risico's voor de cliënt onvoldoende geïnventariseerd en geëvalueerd. Zij evalueerden deze cliëntgebonden risico's niet tweemaal per jaar. Mogelijke risico's voor de cliënt zijn bijvoorbeeld vallen, ondergewicht, incontinentie, huidletsel, onbegrepen gedrag of problemen met medicatiegebruik
- Bij 56 procent van de instellingen werden de risico's voor de cliënt volgens de norm geïnventariseerd en geëvalueerd

#### *Onderdelen zorgplan zijn in samenhang met elkaar*

In het zorgplan moeten zorgdoelen, zorg- en ondersteuningsbehoeften, acties en evaluaties op elkaar zijn afgestemd.

- In 64 procent van de instellingen was dit onvoldoende. In de dossiers die inspectie inzag, ontbrak samenhang tussen deze onderdelen in het zorgplan. Een voorbeeld hiervan is onvoldoende samenhang tussen een zorgdoel en een zorgactiviteit. Zo stond er bijvoorbeeld in een zorgdossier dat de kwaliteit van leven van een cliënt zou verbeteren als beter naar zijn wensen en verlangens zou worden geluisterd. Alleen stonden deze wensen en verlangens van de cliënt niet beschreven in het zorgplan
- 44 procent van de instellingen scoorde voldoende op dit subthema

#### *Cliënt betrokken bij evaluatie zorgplan*

- Bij 19 procent van de instellingen zag de inspectie dat de instelling de cliënt of cliëntvertegenwoordiger onvoldoende betrok bij de evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De dossiers maakten niet aantoonbaar dat de medewerkers de gemaakte afspraken over zorg-/ondersteuningsdoelen hadden besproken met de cliënt
- 81 procent van de instellingen betrok de cliënt of cliëntvertegenwoordiger voldoende bij de periodieke evaluatie van het zorgplan

### **4.3 Deskundigheid en inzetbaarheid personeel**

Het thema 'Deskundigheid en inzet personeel' werd beoordeeld op basis van de volgende subonderwerpen:

- aandacht en bejegening
- medewerkers werken cliëntgericht
- Kennis en vaardigheden met betrekking tot cliënt
- werken volgens richtlijnen
- zorgen voor een veilige omgeving
- passende en geschikte scholing

- voldoende medewerkers
- beschikbaarheid vakinhoudelijke specialisten
- analyseren van de inzet van medewerkers

De inspectie constateerde bij de eerste bezoeken aan instellingen dat 23 procent niet voldeed aan de normen voor deskundigheid en inzet van personeel en dat 77 procent wel voldeed. Bij de hertoetsbezoeken voldeed 13 procent niet en 87 procent voldeed wel.

Voorbeeld van calamiteit waarbij onvoldoende deskundigheid van personeel één van de oorzaken was van de calamiteit (zelfde calamiteit als in thema 1)

*Cliënt is in comateuze toestand vanwege een ernstige hypoglycemie met spoed verwezen naar het ziekenhuis. De hypoglycemie was het gevolg van een overdosering insuline in combinatie met een oraal bloedsuikerverlagend medicijn. Cliënt is een week later overleden in het ziekenhuis.*

Het deskundigheidsniveau van verzorgenden wisselde sterk en sloot niet aan bij de huidige complexe zorgvragen in het verpleeghuis. Hierdoor sloot dit ook niet aan bij de zorgvragen van de cliënt. Dit oordeel is mede gebaseerd op:

- het toezichtbezoek van de inspectie in november 2012
- de bezoeken in april en in juli 2013 die plaats vonden tijdens het onderzoek naar de calamiteit

Door gebrek aan kennis over de acute risico's bij diabetes mellitus is de toestand van cliënte onderschat.

### *Subthema's*

#### *Cliëntgerichtheid*

Tijdens haar bezoeken informeerde de inspectie bij verschillende medewerkers of zij de cliënten actief en methodisch konden ondersteunen in hun wensen en behoeften. Daarnaast vroeg de inspectie of zij zich hierin ondersteund voelden door vakinhoudelijke specialisten en het management.

- In 10 procent van de instellingen gaven medewerkers aan dat dat niet het geval was
- In 90 procent van de instellingen gaven de medewerkers aan dat zij cliëntgericht konden werken

#### *Aandacht voor bejegening*

Een ander belangrijk onderdeel in de benadering van de cliënt is dat medewerkers zich bewust zijn van hun eigen bejegening. Zij moeten weten welke invloed hun bejegening heeft op het gedrag van de cliënt.

- Bij 5 procent van de instellingen waren de medewerkers zich onvoldoende bewust van hun bejegening van de cliënt
- Bij 95 procent was dit onderwerp voldoende

#### *Kennis en vaardigheden met betrekking tot cliënt*

De inspectie vroeg tijdens haar bezoeken aan medewerkers of zij voldoende kennis hadden van de zorg- en ondersteuningsproblematiek van de cliënten voor wie zij zorgden. Ook vroeg de inspectie hen of zij voldoende vakinhoudelijke ondersteuning kregen van hun direct leidinggevenden, van gedragsdeskundigen, (para)medici, verpleegkundig specialisten of andere betrokkenen.

- In 19 procent van de instellingen gaven de medewerkers aan dat hun kennis onvoldoende aansloot bij de problematiek van de cliëntendoelgroep
- In 81 procent van de instellingen was hun kennis op dit gebied volgens de medewerkers voldoende. De inspectie zag bij meerdere instellingen dat zij bezig waren het deskundigheidsniveau in het personeelsbestand aan te pakken. Dit door middel van scholing of vervanging van personeel. Deze verbeteringen waren vaak nog niet geborgd

#### *Werken volgens richtlijnen*

- In 37 procent van de instellingen werkten de medewerkers niet op een verantwoorde manier volgens bestaande richtlijnen, protocollen en werkinstructies.  
De inspectie zag meerdere malen dat medewerkers niet op de hoogte waren van protocollen, bijvoorbeeld voor veilig gebruik van medicatie. Ook kwam het voor dat medewerkers protocollen en werkinstructies niet konden vinden of dat zij niet wisten waarvoor ze nodig waren. Het management zag er onvoldoende op toe dat het werken volgens richtlijnen werd nageleefd.
- In 63 procent van de instellingen die de inspectie bezocht, werkten medewerkers wel volgens de richtlijnen

#### *Zorgen voor veilige omgeving*

De inspectie beoordeelde dit subthema bij 68 instellingen.

- In 25 procent van de getoetste instellingen constateerde de inspectie dat medewerkers onvoldoende veiligheid creëerden in de leefomgeving van de cliënt. Dan gaat het bijvoorbeeld om een te hoge temperatuur van het kraanwater of douchewater, waardoor risico's op brandwonden ontstaan
- 75 procent van de instellingen zorgde voldoende voor een veilige omgeving voor de cliënt

#### *Adequate scholing*

De normen voor deskundigheid en inzet van personeel beschrijven dat medewerkers scholing krijgen die aansluit bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliëntendoelgroep.

- 35 procent van de instellingen regelde geen passende scholing voor de medewerkers. De scholingsbehoefte was erg divers en varieerde van omgaan met dementie tot scholing over voorbehouden handelingen en medicatieveiligheid. De meeste instellingen hadden wel een scholingsplan opgesteld, maar dit was niet overall goed afgestemd op de zorgbehoeften van de cliënten
- 65 procent van de instellingen voldeed aan dit subthema

#### *Voldoende medewerkers inzetbaar*

- 23 procent van de instellingen zette niet voldoende deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg. Bij meerdere instellingen was het ziekteverzuim hoog en moest de zorgaanbieder vaak uitzendkrachten of flexwerkers inzetten, wat de continuïteit van de zorg bemoeilijkte
- 77 procent van de instellingen had voldoende bekwaam personeel voor de dagelijkse zorg

#### *Vakinhoudelijke specialisten beschikbaar*

Naast de beschikbaarheid van medewerkers beoordeelde de inspectie ook de beschikbaarheid van vakinhoudelijke specialisten.

- 8 procent van de instellingen bleek onvoldoende vakinhoudelijke specialisten beschikbaar te hebben gesteld
- 92 procent scoorde hierop voldoende

#### *Analyseren inzet medewerkers*

- 10 procent van de instellingen scoorde onvoldoende op het verzamelen en analyseren van de inzet van medewerkers. Dat betekent dat de instellingen onvoldoende op de hoogte waren van ziekteverzuim, werkdruk, inzet van invalskrachten, personeelsverloop. Of de instellingen hadden geen passende maatregelen ingezet om deze zaken op orde te brengen. Vaak wist de zorgaanbieder wel welke problemen er speelden rondom de inzet van personeel; de geschikte oplossing was echter nog niet gevonden of toegepast om de inzet van personeel te verbeteren
- 90 procent van instellingen scoorde voldoende op dit subthema

#### **4.4**

#### **Medicatieveiligheid**

Het thema medicatieveiligheid<sup>q</sup> werd beoordeeld op basis van de volgende subonderwerpen:

- aanwezigheid procedure farmaceutische zorg
- overleg en vastlegging medicatiebeheer
- actueel medicatieoverzicht en toedienlijst
- werkwijze medicatie bij geautomatiseerd geneesmiddelendistributiesysteem (GDS-medicatie)
- bewaren en afvoeren medicatie
- voorraad en houdbaarheid
- tweede controle van medicatie
- paraferen na toediening
- signaleren (bij)werking
- jaarlijkse medicatiebeoordeling
- elektronisch voorschrijfsysteem

De inspectie vond in haar toezicht op medicatieveiligheid dat 46 procent van de instellingen tijdens een eerste inspectiebezoek niet voldeed aan de normen. 54 procent voldeed wel bij een eerste bezoek. Bij een hertoetsbezoek voldeed 18 procent niet aan de normen voor medicatieveiligheid en 82 procent voldeed wel.

Voorbeeld van calamiteit waarbij het tekortschieten van medicatieveiligheid één van de oorzaken was van de calamiteit (zelfde calamiteit als in thema 1 en 3)  
*Cliënt is in comateuze toestand vanwege een ernstige hypoglycemie met spoed verwezen naar het ziekenhuis. De hypoglycemie was het gevolg van een overdosering insuline in combinatie met een oraal bloedsuikerverlagend medicijn. Cliënt is een week later overleden in het ziekenhuis.*

- De huisarts had een actueel medicatieoverzicht aangeleverd, maar met een beschrijving van de insulinedosering die op meerdere manieren was uit te leggen;
- Specialist Ouderengeneeskunde (SO) in opleiding en verantwoordelijk SO hadden niet met cliënt gesproken (en haar toestemming verkregen) alvorens de medicatie voor te schrijven respectievelijk aan te passen;
- Recepten werden handmatig geschreven en naar de apotheek gefaxt. Het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) was op de betrokken afdeling nog niet ingevoerd omdat het op andere afdelingen ingevoerde EVS niet compatibel was met het systeem van de apotheek.

<sup>q</sup> De normen voor medicatieveiligheid zijn in 2015 grotendeels gewijzigd. Daarom is het niet mogelijk om de huidige resultaten over medicatieveiligheid te vergelijken met resultaten over dit thema uit eerder toezicht.

## *Subthema's*

### *Jaarlijkse medicatiebeoordeling*

De richtlijnen voor medicatieveiligheid schrijven voor dat de arts en de apotheker jaarlijks voor iedere cliënt een medicatiebeoordeling doen. Hierbij is speciale aandacht voor het gebruik van meerdere medicijnen bij ouderen (polyfarmacie).

- Bij 14 procent van de instellingen vond er geen jaarlijkse medicatiebeoordeling plaats
- In 86 procent van de instellingen beoordeelden de arts en de apotheker minstens een keer per jaar de medicatie van alle cliënten

### *Overleg medicatiebeheer met cliënt*

- 9 procent van de instellingen maakte geen afspraken met de cliënt of diens vertegenwoordiger over het in eigen beheer houden van medicatie (gedeeltelijk of volledig). De afspraken hierover waren niet vastgelegd in het cliëntdossier
- 91 procent van de instellingen had wel afspraken over medicatiebeheer gemaakt met de cliënt. Deze afspraken waren vastgelegd in het cliëntdossier

### *Procedure farmaceutische zorg*

Een zorginstelling moet een procedure hebben beschreven voor veilige en verantwoorde farmaceutische zorg. De *Veilige principes in de medicatieketen* geven dit aan. Hierin staat onder andere een procedure voor het gereedmaken, toedienen en registreren van medicatie.

- 26 procent van de instellingen voldeed niet aan dit onderdeel voor medicatieveiligheid
- 74 procent voldeed wel

### *Actueel medicatieoverzicht en toedienlijst*

De zorginstelling moet binnen 24 uur na opname van een cliënt, beschikken over een actueel medicatieoverzicht en een toedienlijst van medicatie via de apotheker.

- In 37 procent van de instellingen beschikten de medewerkers die hulp bieden bij medicatie niet over een actueel medicatieoverzicht. Ook hadden zij geen actuele toedienlijst van de apotheker voor iedere cliënt
- In 63 procent van de instellingen waren medicatieoverzichten volgens de norm geregeld

### *Signaleren (bij)werking medicatie*

Medewerkers moeten aan kunnen geven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.

- In 10 procent van de instellingen constateerde de inspectie dat medewerkers de werking en bijwerking van toegediende geneesmiddelen niet of onvoldoende signaleerden
- In 90 procent van de instellingen gebeurde dit in voldoende mate

### *Tweede controle*

Risicovolle medicatie en medicatie die niet afkomstig is van een geautomatiseerd geneesmiddelendistributiesysteem (hierna: GDS-medicatie) moet altijd door een tweede bekwame persoon worden gecontroleerd.

- 39 procent van de instellingen voldeed niet aan deze tweede controle
- 61 procent van de instellingen voldeed wel hieraan

### *Niet aanpassen GDS-medicatie*

Medewerkers mogen volgens de *Veilige principes in de medicatieketen* de door de apotheek uitgegeven GDS-medicatie bij een medicatiewijziging niet zelf aanpassen.



- 29 procent van de instellingen voldeed hier niet aan. De inspectie constateerde dat in die instellingen de medewerkers toch zelf de zakjes van de GDS-medicatie openen
- 71 procent van de instellingen voldeed aan dit subthema

#### *Voorraad en houdbaarheid geneesmiddelen*

- Bij 49 procent van de instellingen vond de inspectie geen geborgd beleid rondom de omvang, identiteit en opslag van de voorraad geneesmiddelen. De zorgaanbieder bewaakt hiermee onvoldoende de voorraad en houdbaarheid van de medicatie. De inspectie zag voorbeelden waarbij er medicijnen in de voorraad aanwezig waren van overleden cliënten. Ook constateerde de inspectie meerdere malen dat er geen periodieke controle werd gedaan op de voorraad geneesmiddelen. Ook ontbrak de openingsdatum van geneesmiddelen regelmatig
- 51 procent van de beoordeelde instellingen scoorde voldoende op dit subthema

#### *Paraferen na toediening medicatie*

De zorgmedewerker moet het toegediende medicijn en het toedientijdstip paraferen op de toedienlijst. Zonder paraaf is het voor andere medewerkers in het zorgteam niet duidelijk of de medicatie bij een cliënt wel of niet is toegediend. Als zo wordt gewerkt verlaagt dit de kans op risico's.

- Bij 21 procent van de instellingen zag de inspectie dat de medewerkers niet paraferden na toediening van de medicatie
- Bij 79 procent van de instellingen gebeurde dit wel

#### *Bewaren en afvoeren medicatie (beoordeeld bij 72 instellingen)*

Dit subthema beschrijft dat zorginstellingen moeten zorgen voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie. In 72 zorginstellingen is dit subthema beoordeeld. Dit lage aantal komt doordat de normen voor medicatieveiligheid tijdens de toezichtperiode op de 150 instellingen is gewijzigd. Dit subthema bestond in de eerste periode van het toezicht nog niet.

- 64 procent van de 72 beoordeelde instellingen voldeed niet. Voordat de restmedicatie werd afgevoerd naar de apotheek bewaarde een van de instellingen deze in niet-afgesloten plastic dozen. Restmedicatie behoort in eenzijdig afgesloten dozen te worden bewaard
- 36 procent van de instellingen voldeed wel aan verantwoorde opslag en afvoer van medicatie.

#### *Elektronisch voorschrijfsysteem (beoordeeld bij 68 instellingen)*

De inspectie toetste de aanwezigheid van een elektronisch voorschrijfsysteem voor medicatie (EVS) bij 68 instellingen. De richtlijnen voor het EVS gelden sinds 1 januari 2014<sup>r</sup>

- 9 procent van de 68 instellingen hanteerde nog geen elektronisch voorschrijfsysteem
- 91 procent van de instellingen schreef medicatie voor met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem

## **4.5**

### **Vrijheidsbeperking**

Het thema vrijheidsbeperking werd beoordeeld op basis van de volgende subonderwerpen:

- beschreven visie
- analyseren probleemgedrag
- psychosociale of gedragsinterventie gebruiken voor inzet psychofarmaca

<sup>r</sup> Richtlijn Elektronisch Voorschrijven – KNMG 2013

- multidisciplinaire besluitvorming
- verantwoordelijkheid arts/gedragwetenschapper
- toestemming cliënt
- maatregelen opgenomen in dossier
- zorgvuldig toepassen maatregelen
- informatie gebruiken voor kwaliteitsverbetering

De inspectie constateerde dat bij de eerste inspectiebezoeken 31 procent van de instellingen niet voldeed aan de normen voor vrijheidsbeperking. 69 procent voldeed wel aan de normen. Bij de hertoetsbezoeken scoorde 15 procent onvoldoende en 85 procent scoorde voldoende.

De inspectie ontvangt regelmatig meldingen over onrechtmatige toepassing van dwangbehandeling of het niet tijdig melden van dwangbehandeling bij de inspectie. Een voorbeeld van dat laatste:

*Gedragbeïnvloedende medicatie in eten/drinken aangeboden zonder hierbij te vermelden dat er medicatie in zit. Dit is niet gemeld bij inspectie als dwangbehandeling.*

Verder geeft de inspectie hieronder een aantal voorbeelden uit individuele inspectierapporten waarbij de normen voor vrijheidsbeperking niet goed werden nageleefd:

- Probleemanalyses, voorafgaand aan de inzet van middelen en maatregelen of psychofarmaca, zijn nauwelijks aanwezig in de dossiers. Navraag bij de zorginstelling laat zien dat dwangbehandelingen die genoteerd staan op registratielijsten achteraf niet blijken te kloppen. Het was onduidelijk wie verantwoordelijk was voor het juist registreren van dwangbehandelingen.
- De inspectie trof bij twee cliënten bedekken aan met een grote tussenruimte. Of dit verantwoord was gelet op het gedrag van de cliënt en diens conditie en of bedhekbeschermers nodig waren, was niet in kaart gebracht.
- Diverse cliënten kregen psychofarmaca zonder dat in het zorgdossier beschreven was welk (gedrags)probleem hiermee werd behandeld. Ook ontbrak een rapportage over het effect van de gebruikte psychofarmaca.

### *Subthema's*

#### *Visie beschreven*

De normen voor vrijheidsbeperkende maatregelen schrijven voor dat een instelling een visie moet hebben beschreven over dit onderwerp. In die visie moet onder andere beschreven staan hoe de instelling omgaat met preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen. Ook moet beschreven staan wat de taken en verantwoordelijkheden zijn van de Bopz-arts.

- Bij 28 procent van de instellingen vond de inspectie tijdens haar bezoeken dat de instelling geen visie had beschreven over vrijheidsbeperking
- 72 procent van de instellingen had wel een visie beschreven over dit onderwerp

#### *Analyseren (probleem)gedrag*

Vrijheidsbeperkende maatregelen mogen pas worden ingezet als er eerst een probleemanalyse is gemaakt van het gedrag van de cliënt. Het gaat dan om bijvoorbeeld fixeren of toedienen van medicatie. Deze probleemanalyse moet

worden gemaakt door een arts en andere zorgmedewerkers vanuit verschillende disciplines.

- Bij 36 procent van de instellingen was dit niet gebeurd. Of dit was niet terug te vinden in het cliëntdossier
- 64 procent van de instellingen voldeed wel aan dit subthema

#### *Psychosociale gedragsinterventie*

- Bij 17 procent van de instellingen vond voorafgaand aan de inzet van psychofarmaca niet eerst een psychosociale gedragsinterventie plaats. Psychofarmaca zijn vrijheidsbeperkende maatregelen waar bijwerkingen als sufheid en vallen kunnen optreden. Vrijheidsbeperking heeft een grote impact op de kwaliteit van leven van kwetsbare mensen. Als dergelijke maatregelen kunnen worden voorkomen door iemand op andere manier rustig te krijgen, heeft dat altijd de voorkeur
- 83 procent van de instellingen paste eerst psychosociale gedragsinterventies toe voordat zij psychofarmaca toedienden

#### *Multidisciplinaire besluitvorming*

- In 15 procent van de instellingen was multidisciplinaire besluitvorming met de cliënt of cliëntvertegenwoordiger over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen onvoldoende geregeld. Bij de multidisciplinaire besluitvorming moeten medewerkers uit alle relevante vakgebieden en de cliënt of cliëntvertegenwoordiger betrokken zijn
- 85 procent van de instellingen scoorde voldoende op dit subthema

#### *Verantwoordelijkheid arts/gedragswetenschapper*

De normen voor vrijheidsbeperking beschrijven dat een zorginstelling een arts of gedragswetenschapper verantwoordelijk moet stellen voor het besluit om over te gaan tot toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

- 9 procent van de instellingen die de inspectie bezocht, voldeed hier niet aan
- 91 procent van de instellingen voldeed hier wel aan

#### *Toestemming cliënt*

Voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen moet de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger toestemming geven.

- Bij 18 procent van de instellingen kon de inspectie in het cliëntdossier deze toestemming niet terug vinden. Bij een van de bezochte instellingen werd bij een cliënt een bedsensor en beddekken gebruikt. In het dossier was de toestemming van de cliënt of de wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt hiervoor niet terug te vinden
- In 82 procent van de instellingen was de toestemming van de cliënt wel terug te vinden in het cliëntdossier

#### *Maatregelen in cliëntdossier*

Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, moeten zijn opgenomen in het cliëntdossier.

- 8 procent van de instellingen voldeed hier niet aan
- 92 procent voldeed hier wel aan

#### *Zorgvuldig toepassen vrijheidsbeperkende maatregelen*

Medewerkers moeten vrijheidsbeperkende maatregelen afstemmen op de cliënt en volgens het protocol toepassen. Hierbij moeten zij risicovolle handelingen, zoals fixeren, afzonderen of toedienen van medicatie, op een verantwoorde manier uitvoeren.

- In 20 procent van de instellingen werden vrijheidsbeperkende maatregelen niet zorgvuldig toegepast
- 80 procent van de instellingen voldeed aan dit subthema

*Informatie voor kwaliteitsverbetering (beoordeeld bij 61 instellingen)*

De inspectie beoordeelde het subthema 'informatie voor kwaliteitsverbetering' in 61 instellingen.

- 25 procent van die instellingen gebruikte de informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau niet voor kwaliteitsverbetering
- 75 procent deed dit wel

#### 4.6

##### **Bestuursgesprekken**

Tussen 1 januari 2015 en 15 maart 2016 sprak de inspectie 62 keer met bestuurders van verpleeg- en verzorgingsinstellingen. Deze instellingen waren onderdeel van de 150 verpleegzorginstellingen waar de inspectie extra aanleiding zag voor toezicht. De aanleiding voor de bestuursgesprekken waren in de meeste gevallen:

- achterblijvende resultaten
- aanhoudende risico's op onverantwoorde zorg

Daar waar de inspectie het nodig vond, heeft zij meerdere keren met dezelfde bestuurders gesproken over de voortgang van kwaliteitsverbeteringen. De bestuursgesprekken vonden plaats op het kantoor van de inspectie. Meestal was een lid van de raad van toezicht aanwezig.

In de gesprekken tussen de inspectie en de bestuurder kwamen de volgende zorginhoudelijke onderwerpen regelmatig aan bod:

- cliëntdossier
- medicatieveiligheid
- deskundigheid
- inzet van personeel
- monitoring en borging van kwaliteitsprocessen
- cultuurverandering
- ingezette verbeterprocessen
- en intern toezicht op de kwaliteit van zorg

De inspectie wilde onderzoeken tot op welke hoogte de bestuurder en de raad van toezicht inzicht hadden in de knelpunten in hun organisatie. Ook onderzocht ze op welke manier zij stuurinformatie gebruikten. Daarnaast keek de inspectie of ze een zogenaamde 'kwaliteitsfoto' hadden van hun locaties. Een dergelijke kwaliteitsfoto is voor een bestuurder een belangrijk middel om risico's in de organisatie te inventariseren. De inspectie beschouwt dit dan ook als een begin van de plan-do-check-act-cyclus.

De inspectie analyseerde de gespreksverslagen van 62 bestuursgesprekken. De inspectie heeft deze gespreksverslagen in alle gevallen voorgelegd aan de betrokken gesprekspartners, ter controle op feitelijke onjuistheden.

*Nog geen kwaliteitsfoto*

In 22 gesprekken stelde de inspectie vast dat de raad van bestuur en/of raad van toezicht onvoldoende zicht had op de knelpunten in de organisatie: er was nog geen kwaliteitsfoto. Uit de gesprekken bleek dat meerdere organisaties grote veranderingen hadden doorgevoerd of hiermee nog bezig waren. De bestuurders gaven aan dat ze hierdoor vooral bezig waren geweest met de stabilisering van de organisatie en minder met zorginhoudelijke processen.

Een aantal bestuurders kon zich niet vinden in de bevindingen van de inspectie; zij vond juist dat zij goed op weg waren in hun verbetertraject. Hieronder enkele fragmenten uit de gespreksverslagen die dit illustreren:

*"De inspectie is op de hoogte van de verbetermaatregelen op casusniveau. Zij vraagt extra aandacht voor de monitoring en borging van de verbeteringen op organisatieniveau. Dit is voor de inspectie nog onvoldoende zichtbaar. De inspectie verwacht een meer proactieve benadering van de raad van bestuur waarbij getoetst wordt of de visie en het beleid van de organisatie in de praktijk uitgevoerd wordt en waar verbeteringen en bijsturing noodzakelijk zijn. Dit kan bijvoorbeeld via het uitvoeren van interne audits, delen van positieve en negatieve ervaringen en incidentanalyses."*

*"De bestuurder geeft aan dat er veel interne audits, besprekingen en analyses beschikbaar zijn. De resultaten en rapportages geven echter onvoldoende de kwaliteit van de zorginhoud weer. Tot nu toe heeft de continuïteit van de organisatie de eerste prioriteit gehad (...) De inspectie vraagt Zorginstelling<sup>s</sup> zelf de zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid te toetsen en dit door middel van een 'kwaliteitsfoto van alle locaties' toe te sturen aan de inspectie."*

*"Het kwaliteitssysteem genereert informatie over kwaliteit en veiligheid die niet overeenkomt met de bevindingen van de inspectie. Voor de inspectie zijn daarom de audit-uitkomsten niet betrouwbaar gebleken. Dit roept de vraag op bij de inspectie of de auditors voldoende kennis hebben en de juiste vragen stellen.(...) De algemeen directeur geeft aan dat Zorginstelling is geschrokken van de bevindingen van de inspectie. Men dacht werkelijk dat alles op orde was. Zorginstelling wil zijn verantwoordelijkheid nemen voor het leveren van verantwoorde zorg. Externe expertise blijkt noodzakelijk. Raad van bestuur en raad van toezicht staan welwillend tegenover het voorstel van de inspectie een 'foto' van de organisatie te maken, waarin per team de resultaten van de kengetallen op het gebied van kwaliteit en veiligheid staan vermeld."*

#### *Verbeterplannen leiden onvoldoende tot verbetering kwaliteit*

Uit de bestuursgesprekken kwam naar voren dat instellingen regelmatig verbeterplannen maakten voor diverse onderdelen van de zorg. Maar deze plannen leidden nog onvoldoende tot een verbetering van de kwaliteit. De inspectie informeerde hierbij naar de stuurinformatie of andere criteria om de kwaliteit van zorg te meten. Het bedenken en uitvoeren van de verbeterplannen ('plan' en 'do') verliep al goed. De evaluatie en bijstelling ('check' en 'act') van ingezette verbeteracties ontbrak grotendeels nog. Onvoldoende structureel monitoren en borgen van kwaliteitsprocessen betekent een blijvend risico in de verpleegzorg. Daarom heeft de inspectie hier in veel van de bestuursgesprekken op doorgevraagd. Daarmee wilde zij onderzoeken of de bestuurder voldoende 'in control' is.

#### *Meeste verbeterplannen nog niet geborgd*

Van de 62 gesprekken werd in 52 gesprekken gesproken over de monitoring en borging van kwaliteit. In 30 van deze gesprekken kwam naar voren dat de bestuurder in beeld had waar de zorgen zaten in de organisatie. Ook werd duidelijk dat de organisatie bezig was met het inzetten van verbeterplannen voor de kwaliteit van zorg. De meeste verbeterplannen waren nog niet geborgd. De bestuurders van deze instellingen waren zich wel bewust van het belang en de urgentie van die

---

<sup>s</sup> Omwille van de privacy van de getoetste zorginstellingen worden in dit rapport geen individuele namen genoemd. In de citaten zijn namen van zorginstellingen vervangen door 'Zorginstelling' of 'Locatie X'

borging. De fragmenten hieronder illustreren een aantal voorbeelden uit de gespreksverslagen van instellingen die bezig zijn hun plan-do-check-act-cyclus te verbeteren:

*"Zorginstelling heeft een flinke verbetering gemaakt. Verbeteringen zijn op alle thema's te zien, ook in de opgevraagde documenten. De opvolging van de uitkomsten van de interne audits laten duidelijk een PDCA-cyclus zien. De MIC-meldingen worden echter nog steeds niet goed onderzocht. Het ontbreekt aan een goede analyse, waardoor de basisoorzaken onvoldoende in beeld komen en de verbetermaatregelen niet aansluiten."*

*"Naast audits uitgevoerd door de cliëntenraad, extern adviseur en medewerkers, vinden er veiligheidsrondes plaats door onder andere de raad van bestuur en de medische staf (zowel in de ouderenzorg als in het ziekenhuis). Hiervoor is een integrale auditlijst ontwikkeld en resultaten worden zowel op teamleiders- als op bestuursniveau teruggekoppeld. De raad van bestuur heeft op basis van uitkomsten van het kwaliteitsdashboard ouderenzorg nog zorgen over de snelheid waarmee de veranderingen en verbeteringen worden ingebed bij alle medewerkers in de dagelijkse praktijk. Met medewerkers samen wordt gekeken op welke manier afdelingen goed gebruik kunnen maken van de uitkomsten van het kwaliteitsdashboard."*

*"Daarnaast wordt ingezet op de ontwikkeling van medewerkers, op gebied van kennis maar ook op gebied van houding en gedrag. Dit heeft een positief effect op de cultuur. De organisatie streeft een hoog ambitieniveau na. De plan-do-check-act-cyclus krijgt, in alle lagen van de organisatie, volop de aandacht. Zorginstelling geeft aan dat het verscherpt toezicht de urgentie voor de medewerkers om 'anders' te gaan werken heeft benadrukt".*

#### **4.7 Toezicht op de Wet Bopz**

Instellingen mogen mensen gedwongen opnemen en behandelen als ze daarvoor toestemming hebben van de minister van VWS. Als een instelling toestemming vraagt, onderzoekt de inspectie of de instelling voldoet aan de kwaliteitscriteria. Deze staan beschreven in de 'Toetsingscriteria voor een Bopz-aanmerking in de psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapten zorg' van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2013). Voor het krijgen van een positief advies moeten instellingen aan alle gestelde criteria te voldoen.

De inspectie bezocht 36 instellingen die een aanvraag hadden gedaan. 32 instellingen voldeden bij dit Bopz-bezoek aan alle criteria. Bij 4 instellingen is de adviesaanvraag nog in behandeling.

De instellingen die een positief advies kregen, hadden:

- een beleid beschreven voor in- en exclusiecriteria van de doelgroep
- een Bopz-arts die optrad als geneesheer-directeur<sup>t</sup> en die 24 uur per dag beschikbaar was
- een klachtencommissie volgens het besluit Klachtenbehandeling Bopz
- voldoende personeel dat geschoold was voor de zorgvragen van de cliëntendoelgroep
- een protocol beschreven voor het zorgdossier en het zorgplan van de cliënt
- een beleid ontwikkeld voor kwaliteitsbewaking voor de toepassing van vrijheidsbepalende maatregelen

---

<sup>t</sup> Zie Wet Bopz (art.1 lid 3).

## Bijlage 1 Geraadpleegde bronnen, wetgeving en veldnormen

De Inspectie voor de Gezondheidszorg maakte in haar toezicht gebruik van vier verschillende toezichtinstrumenten voor de bezoeken en bestuursgesprekken. Deze instrumenten zijn gebaseerd op wetgeving en daarvan afgeleide veldnormen die de branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties hebben ontwikkeld en vastgesteld.

De instrumenten zijn gebaseerd op de volgende wet- en regelgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKGZ)
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.
- Besluit langdurige zorg.

De volgende veldnormen, richtlijnen zijn gebruikt:

- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN, 2012.
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking, CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ, 2008.
- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Nationale beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2007.
- Nota Takenpakket Verpleeghuisarts/Sociaal Geriater, NVVA & NVSG, 2003.
- 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.
- Toetsingskader bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid, IGZ, 2011.

De volgende circulaire, rapporten en overige bronnen zijn gebruikt:

- BTSG bibliotheek, Cirkel van Deming:  
<http://www.btsg.nl/infobulletin/Deming%20cirkel.html> (geraadpleegd op 20-05-2016).
- 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.
- Evaluatieonderzoek Proeftuinen Ouderenzorg: Lerende teams in de ouderenzorg, Nivel, 2015.
- Intramurale zorg voor kwetsbare ouderen: naar een perspectief op goede verpleeghuiszorg, VWS, 2015.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Monitor Langdurige Zorg, Kerncijfers 2014.  
<http://www.monitorlangdurigezorg.nl/>
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.
- Verbetering van de ouderenzorg gaat langzaam: intensivering toezicht-bezoeken aan verpleeg- en verzorgingshuizen in de periode 2011 en 2012, IGZ, 2014.
- Zorg voor Beter, 2016.  
<http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Medicatieveiligheid-Praktijk-Wat-is-het-GDS.html> (geraadpleegd op 23-05-2016).



## Bijlage 2 Samenvatting validatiebijeenkomsten

Om de uitkomsten van het toezicht te verstevigen hebben twee validatiebijeenkomsten plaats gevonden: de eerste met de senior inspecteurs die de bezoeken aan de 150 instellingen en de afhandeling van de calamiteiten uitvoerden. De tweede bijeenkomst was met hoogleraren ouderenzorg en ouderengeneeskunde.

In beide bijeenkomsten zijn de resultaten en de conclusies aan de inspecteurs en hoogleraren voorgelegd. De thema's die als reactie op de conclusies zijn besproken, zijn de volgende:

### **De sturing op de zorgverlening is onvoldoende**

In beide bijeenkomsten kwam naar voren dat sturing op kwaliteit en veiligheid als thema onvoldoende is. De inspecteurs benoemden bij het onderwerp sturing ook de coördinatie en regie op de zorgverlening. Het ontbreken daarvan maakt dat er niemand waakt over de samenhang binnen de zorgverlening. De hoogleraren benoemden hetzelfde, maar zij spraken in plaats van 'regie' over 'leiderschap' op de werkvloer.

### **Kennis en kunde van medewerkers**

De inspecteurs beaamden het tekort aan kennis, maar benadrukten de enorme inzet en betrokkenheid van medewerkers. De inspecteurs zouden het betreuren als de medewerker als 'schuldige' wordt aangewezen. De hoogleraren benadrukten het tekort aan kennis en kunde zeer zeker, het kunnen werken in de zorgverlening anno 2016 in de verpleeghuiszorg vraagt veel kennis. Het vraagt ook verbanden te kunnen leggen. Als zorgprofessionals dat niet kunnen, is dat in deze tijd niet meer acceptabel.

### **Complexiteit van de zorg neemt zeer snel toe**

Met name de hoogleraren schetsten de snelle verzwaring van de verpleeghuiszorg: de gemiddelde verblijfsduur in een verpleeghuissetting is 8 maanden (maar in sommige verpleeghuizen is dit zelfs maar 4 maanden). Dit is het gevolg van het beleid dat mensen langer thuis wonen. Het verpleeghuis wordt daarmee een plaats om de laatste levensfase op te vangen.

### **Van patiëntveiligheid naar welzijnsgerichte zorg**

In beide bijeenkomsten kwam naar voren dat de eisen die we aan de ouderenzorg stellen veranderen zoals de maatschappij verandert. We verwachten maatwerk, persoonsgerichte aandacht, geen zorg waarin wat voor de één goed is goed is voor allen.

### **Specifiek of generieke problemen**

In beide bijeenkomsten is de vraag gesteld of de problematiek rondom invoeren en vasthouden van verbeteringen specifiek is voor deze instellingen of breder speelt. De conclusie is dat het vraagstuk van kennis en kunde van de medewerker sectorbreed speelt.

