



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport van het inspectiebezoek
op 6 januari 2015
aan Stichting H.V.P. Zorg,
thuiszorgteam Zuiderparklaan
te Den Haag

Utrecht,
maart 2015

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 3
1.3	Methode 3
1.4	Toetsingskader 3
1.5	Beschrijving locatie 4
2	Conclusies 5
2.1	Overzicht van de resultaten 5
2.2	Positief oordeel over de kwaliteit van de zorgverlening 5
2.3	Bij zorgdossiers/zorgplannen is nog ruimte voor verdere optimalisering 5
2.4	Medicatieoverzichten ontbreken 6
2.5	Conclusie: niet alle normen worden nageleefd 6
3	Handhaving 7
3.1	Door de zorgaanbieder te treffen maatregelen 7
3.2	Resultaatsverslag 7
3.3	Beoordeling van overige locaties 7
3.4	Vervolgacties inspectie 8
4	Resultaten inspectiebezoek 9
4.1	Sturen op kwaliteit en veiligheid 9
4.2	Cliëntdossier 10
4.3	Deskundigheid en inzet personeel 11
4.4	Medicatieveiligheid 12
4.5	Vrijheidsbeperking 13
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 14
Bijlage 2	Overzicht wetten, veldnormen, circulaires en rapporten 15

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 6 januari 2015 een onaangekondigd bezoek gebracht aan thuiszorgorganisatie H.V.P. Zorg te Den Haag. In dit rapport wordt eerst het kader uiteengezet waarin de inspectie het bezoek bracht. Achtereenvolgens worden in de volgende hoofdstukken beschreven de conclusie, de handhaving (met daarin de te nemen maatregelen) en de resultaten.

1.1 Aanleiding en belang

De inspectie heeft als doel de risico's op gezondheidsschade bij cliënten te beperken door naleving te bevorderen van wet- en regelgeving, (beroeps) normen, richtlijnen en standaarden bij ondertoezichtstaanden.

De inspectie kiest daarbij prioriteiten op basis van mogelijke risico's op gezondheidsschade voor de cliënt. Hierbij gaat extra aandacht uit naar kwetsbare groepen. In dit kader verricht de inspectie binnen de langdurige zorg een groot aantal aangekondigde en onaangekondigde bezoeken.

1.2 Doelstelling

Doel van het inspectiebezoek aan H.V.P. Zorg was te beoordelen in hoeverre H.V.P. Zorg voldoet aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's op gezondheidsschade voor de cliënt beperken.

1.3 Methode

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

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

Om tot een oordeel te komen heeft de inspectie:

- Gesprekken gevoerd met een afvaardiging van de cliëntenraad.
- Gesprekken gevoerd met uitvoerend medewerkers, leidinggevenden en het management.
- Cliëntdossiers ingezien.
- Documenten ingezien, genoemd in bijlage 1.

1.4 Toetsingskader

De normen die de inspectie toetste zijn gebaseerd op de wet- en regelgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisatie en brancheverenigingen en aan zorgvuldigheidsnormen van de inspectie zelf (zie bijlage 2).

1.5

Beschrijving locatie

H.V.P. Zorg is opgericht in 2005 en werkt alleen met personeel in loondienst.

H.V.P. Zorg heeft voor 2015 de aanbesteding voor AWBZ en wijkverpleging niet gegund gekregen van het CZ-zorgkantoor. Per 2015 heeft H.V.P. Zorg negen cliënten voor AWBZ en 50 cliënten in PGB. H.V.P. zorg heeft wel gunning voor WMO en heeft ongeveer 600 cliënten.

H.V.P. Zorg is ISO/HKZ-gecertificeerd.

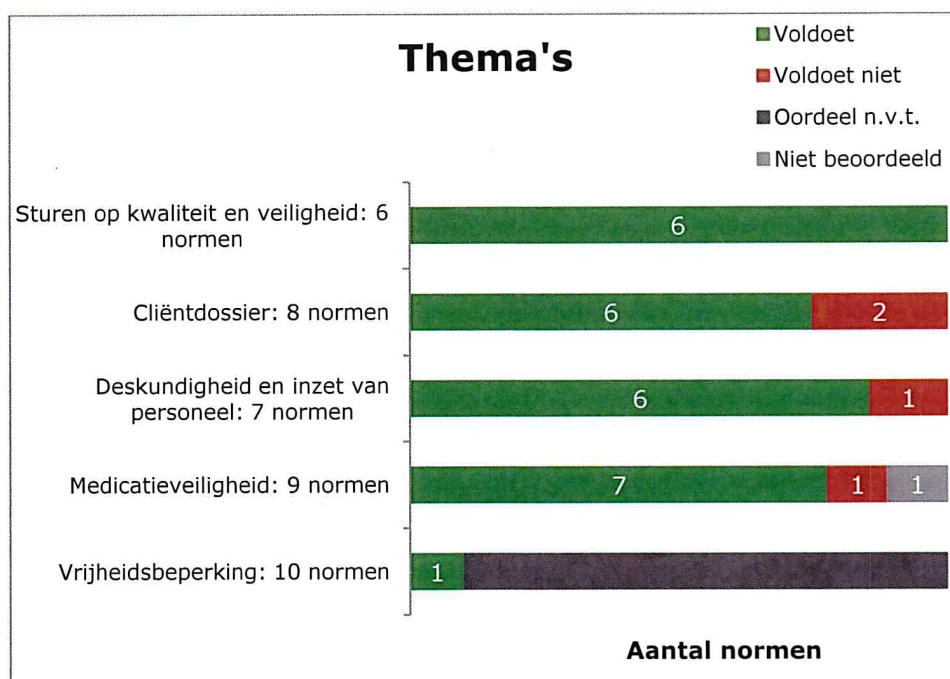
H.V.P. Zorg geeft individuele begeleiding, gezinsverzorging, verpleging, huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging.

2 Conclusies

Dit hoofdstuk start met een totaaloverzicht van de bevindingen. In hoofdstuk 4 (resultaten) zijn de bevindingen toegelicht. Daarna volgen paragrafen met een beschouwend karakter. In de afsluitende paragraaf geeft de inspectie haar conclusie.

2.1 Overzicht van de resultaten

Tabel 1 biedt een overzicht van de beoordeelde normen per thema.



2.2 Positief oordeel over de kwaliteit van de zorgverlening

Aan het inspectiebezoek is een positieve indruk overgehouden over de kwaliteit van de zorgverlening. Deze positieve indruk wordt weerspiegeld in bovenstaande tabel en is in overeenstemming met het oordeel van de afvaardiging van de cliëntenraad waarmee werd gesproken.

De positieve indruk lijkt verband te houden met de inzet, de deskundigheid en de betrokkenheid in alle lagen van de organisatie. De medewerkers met wie werd gesproken, maakten duidelijk dat de gezondheid, het welzijn en de belangen van de cliënten centraal staan.

2.3 Bij zorgdossiers/zorgplannen is nog ruimte voor verdere optimalisering

Tijdens het inspectiebezoek zijn enige zorgdossiers ingezien. De zorgdossiers c.q. zorgplannen getuigden over het geheel genomen van zorgvuldigheid. Maar er is nog ruimte voor verdere optimalisering. Zo kan de wederzijdse relatie tussen zorgplannen en dagrapportage verbeterd worden. En zorgplannen moeten meteen bijgesteld worden als de zorgvragen wijzigingen ondergaan.

2.4 Medicatieoverzichten ontbreken

Het is de taak van de apotheker(s) met wie wordt samengewerkt, medicatieoverzichten te leveren (zie de richtlijn 'medicatieoverdracht in de keten [2008]). Aangezien de medicatieoverzichten in de ingeziene zorgdossiers ontbraken, moet er op dit punt op korte termijn overleg met de apotheker(s) worden gevoerd.

2.5 Conclusie: niet alle normen worden nageleefd

H.V.P. Zorg voldoet niet aan alle normen. Dat wil zeggen: aan enkele normen wordt nog niet voldaan. Dit geeft een risico op onverantwoorde zorg en gezondheidsschade voor de cliënt. Om de risico's te beperken wordt van u verwacht dat u maatregelen neemt. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen en vervolgacties.

3 Handhaving

In dit hoofdstuk zijn per thema de scores op de normen, die als onvoldoende zijn beoordeeld in een overzicht weergegeven. Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat er maatregelen genomen worden in H.V.P. Zorg binnen een daarvoor vastgestelde termijn.

De inspectie maakt hierbij onderscheid tussen termijnen van vier weken of zes maanden. De inspectie gaat ervan uit dat hoofdstuk 4 voldoende informatie bevat om de benodigde verbeteringen uit te voeren om te voldoen aan de hieronder genoemde normen.

3.1 Door de zorgaanbieder te treffen maatregelen

Normen waaraan binnen maximaal vier weken na de bezoeksdatum voldaan moet zijn.

Het betreft de volgende norm(en):

- 4.5 Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en toedienlijst van de apotheker.

Na het inspectiebezoek heeft de inspectie al mondeling aangegeven aan welke norm binnen vier weken voldaan moet zijn.

Normen waaraan binnen maximaal zes maanden na de bezoeksdatum voldaan moet zijn:

- 2.5 De in het zorg-/ondersteuningsplan beschreven zorg-/ondersteuningsproblemen, de doelen, acties, rapportage en evaluaties zijn congruent met elkaar.
- 2.7 In het cliëntdossier is de dagelijkse rapportage opgenomen.
- 3.11 Medewerkers werken volgens relevante gedragscodes (gedrags-, meld)codes.

3.2 Resultaatsverslag

De inspectie verwacht een resultaatsverslag waarin per norm staat:

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

De inspectie verwacht het resultaatsverslag voor de normen waar u binnen vier weken na de bezoeksdatum aan moet voldoen uiterlijk **9 februari 2015**.

De inspectie verwacht het resultaatsverslag voor de normen waar u binnen zes maanden na de bezoeksdatum aan moet voldoen uiterlijk **1 juli 2015**.

3.3 Beoordeling van overige locaties

De inspectie verwacht, voor zover van toepassing, dat het verantwoordelijk management ook in andere locaties of in andere teams beoordeelt of aan de normen wordt voldaan en zo nodig passende maatregelen neemt.

3.4

Vervolgacties inspectie

Op basis van de ontvangen resultaatsverslagen beoordeelt de inspectie of vervolgacties nodig zijn. Een aangekondigd of onaangekondigd hertoetsbezoek aan H.V.P. Zorg behoort tot de mogelijke vervolgacties.

4 Resultaten inspectiebezoek

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

4.1 Sturen op kwaliteit en veiligheid

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
1.1	De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering.	x			
1.2	(bijna) Fouten worden systematisch en structureel gemeld, verzameld, geanalyseerd en gebruikt voor verbeteracties.	x			
1.3	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de wet en maakt deze bekend bij de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger.	x			
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.	x			
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.	x			
1.6	De zorgaanbieder heeft geborgd beleid over een gesloten deur bij geplande zorgvraag.	x			

4.2 Cliëntdossier

		Voldeet	Voldeet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	Iedere cliënt heeft een zorg-/ondersteuningsplan.	X			
2.2	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van en heeft aantoonbaar ingestemd met het zorg-/ondersteuningsplan.	X			
2.3	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.	X			
2.4	Risico's voor de cliënt zijn geïnventariseerd door de zorgverleners en de zorg en ondersteuning zijn hierop gebaseerd.	X			
2.5	De in het zorg-/ondersteuningsplan beschreven zorg-/ondersteuningsproblemen, de doelen, acties, rapportage en evaluaties zijn congruent met elkaar.		X		
2.7	In het cliëntdossier is de dagelijkse rapportage opgenomen.		X		
2.10	De cliënt of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan.	X			
2.11	Voor elke voorbehouden handeling is opdracht in het cliëntdossier aanwezig.	X			

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 2.5 De zorg-/ondersteuningsproblemen en de zorg-/ondersteuningsdoelen hingen onvoldoende logisch met elkaar samen.
- 2.5 De zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hingen onvoldoende logisch met elkaar samen.
- 2.5 De rapportage en de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties hingen onvoldoende logisch met elkaar samen.
- 2.7 De (dagelijkse) rapportages waren niet of onvoldoende gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen/zorgafspraken.

4.3 Deskundigheid en inzet personeel

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

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 3.11 Medewerkers werkten niet of onvoldoende volgens de gedragscode van de instelling. *Dat wil zeggen: alle medewerkers krijgen bij aanvang van de arbeidsovereenkomst documenten overhandigd. De gedragscode maakt onderdeel uit van deze documentatie. De medewerkers met wie werd gesproken, waren evenwel niet allemaal van de gedragscode op de hoogte.*
- 3.11 Medewerkers werkten niet of onvoldoende volgens de meldcode geweld in afhankelijkheidsrelaties. *Dat wil zeggen: ook dit onderwerp is vanuit de leiding aan de medewerkers bekend gemaakt. Maar ook dit onderwerp bleek weggezakt te zijn bij de meeste medewerkers met wie werd gesproken.*

4.4 Medicatieveiligheid

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

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 4.5 Er was geen actueel medicatieoverzicht (zoals gedefinieerd in de richtlijn 'medicatieoverdracht in de keten [2008]) van de apotheek.

4.5 Vrijheidsbeperking

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
5.1	De zorgaanbieder beschrijft visie en beleid over preventie, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.	x			
5.2	Voorafgaand aan de vrijheidsbeperkende maatregel(en) is een (probleem)analyse verricht van het gedrag van de cliënt.			x	
5.4	In dialoog met cliënt vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).			x	
5.5	Een arts of een gedragskundige is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).			x	
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de vrijheidsbeperkende maatregel(en).			x	
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgenomen in het cliëntdossier.			x	
5.8	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregel(en) zorgvuldig toe.			x	
5.9	De zorgaanbieder zorgt voor toetsing van besluitvorming en uitvoering, door een niet bij de behandeling betrokken deskundige, als fixatie met onrustband, afzonderen in een daarvoor bestemde ruimte of separatie worden toegepast.			x	
5.10	De zorgaanbieder heeft werkinstructies (protocollen) over het toepassen van alle vrijheidsbeperkende maatregelen.			x	
5.11	De zorgaanbieder heeft een registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau.			x	

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

De onderstaande documenten zijn door de inspectie gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport. De inspectie heeft de documenten niet in totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

- De documentatie die de medewerkers ontvangen bij de aanvang van hun arbeidsovereenkomst;
- Medicijnen Protocol H.V.P. Zorg (02-12-2014);
- Overeenkomst HVP zorg en apotheek (2014).

Bijlage 2 Overzicht wetten, veldnormen, circulaires en rapporten

Wetgeving:

- Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ).
- Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ).
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.
- Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg.

Veldnormen:

- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN, 2012.
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking, CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ, 2008.
- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt, VGN, 2009.
- Nationale beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2007.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS, ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- Richtlijn Probleemgedrag, Verenso, 2006.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005.

Circulaires en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.

