



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

Rapport van het inspectiebezoek aan Coöperatie
Zorggroep Spaarnestad U.A.
te Haarlem op 10 februari 2016

Utrecht
April 2016

Inleiding

Op 10 februari 2016 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een bezoek gebracht aan Coöperatie Zorggroep Spaarnestad U.A. te Haarlem. Dit bezoek maakt deel uit van het toezicht van de inspectie op zorgaanbieders die vallen onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en die blijkens gegevens van de Kamer van Koophandel voor de inspectie onbekend zijn.

Het doel van het inspectiebezoek is geweest om nader kennis te maken met Coöperatie Zorggroep Spaarnestad U.A. en na te gaan of voldaan wordt aan randvoorwaarden voor veilige en goede zorg. Deze randvoorwaarden zijn afgeleid uit wet- en regelgeving alsmede veldnormen (zie: bijlage 2).

Korte beschrijving van de organisatie

Coöperatie Zorggroep Spaarnestad U.A. (verder benoemd als Zorggroep Spaarnestad) is een coöperatie ingeschreven bij de KvK onder nummer 63206048. Zorggroep Spaarnestad is gestart met daadwerkelijke zorgverlening op 1 januari 2016.

De zorgaanbieder levert verpleging en persoonlijke verzorging aan 15 cliënten met somatische of psychogeriatrische problematiek, vallend onder de ZvW.

De formatie direct zorggebonden medewerkers in loondienst en/of ZZP-ers bestaat uit 13 medewerkers met de functies verzorgende IG en verpleegkundige niveau 4 en 5 op minimaal HBO-niveau.

De ZvW gefinancierde zorg wordt geboden vanuit een bedrijfsverzamelgebouw aan de A. Hofmanweg 5a te Haarlem. De organisatie heeft een regionaal werkgebied en werkt niet als hoofd- of onderaannemer. De organisatie heeft een WTZi-toelating. Zorggroep Spaarnestad heeft een contract met zorgkantoren Achmea, DSW en VGZ inzake Zorg in Natura.

Zorggroep Spaarnestad is lid van de brancheorganisatie Actiz.

De bestuurders hebben vanuit hun ondernemerschap eerder met de inspectie contact gehad. Dit was in kader van het toezicht van de inspectie op nieuwe of onbekende zorgaanbieders die vielen onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. In 2015 is Zorggroep Spaarnestad eerder bezocht. Tijdens dat inspectie bleek dat de contracten met de cliënten (nog) niet op naam stonden van Zorggroep Spaarnestad maar op naam van de individuele bedrijven van de bestuurders.

Bevindingen

De inspectie heeft gesproken met de bestuurders en er zijn documenten en zorgdossiers ingezien. De inspectie beoordeelde Zorggroep Spaarnestad op 16 onderwerpen.

In onderstaand schema staat per onderwerp aangegeven of gedurende het bezoek documenten konden worden geraadpleegd en of de inhoud daarvan actueel en relevant was. Onder de rubriek 'overige opmerkingen' staan zaken vermeld die meer toelichting behoeven of die gedurende het inspectiebezoek eveneens als een risico voor de kwaliteit van zorg binnen de organisatie zijn aangemerkt.

	Document ¹	Aanwezig Ja/deels/nee/nvt	Toelichting
1	Zorgplan	Ja	
2	Klachtenregeling/geschilleninstantie	Ja	
3	Medezeggenschap	Ja	
4	Afspraken tussen hoofdaannemer en onderaannemer	n.v.t.	
5	Samenwerkingsafspraken met ketenpartners	deels	Afspraken zijn mondeling en nog niet formeel vastgelegd.

¹ Zie bijlage 1

6	Personeelsopbouw: beschikbaarheid deskundigheid in relatie tot de doelgroep	Ja	
7	Vergewisplicht en VOG's	Deels	Het beleid is nog niet geheel beschreven in het kader van de Wkkgz.
8	Opleidingsplan	Ja	
9	Kwaliteitssysteem	Ja	
10	Uitsluitingcriteria cliënten	Deels	De uitsluitingcriteria zijn schriftelijk vastgelegd. Niet duidelijk is hoe de uitsluitingcriteria onder de aandacht van de cliënt worden gebracht.
11	Meldingen incidenten <i>cliënten/patiënten</i> (MIC/MIP)	Deels	Er is wel een meldingsformulier, maar geen beleid en procedure op schrift gesteld.
12	Uitvoeringsprotocollen van voorbehouden en risicovolle handelingen	Deels	Er zijn geen geborgde overeenkomsten m.b.t. voorbehouden handelingen op naam organisatie.
13	Toets bekwaamheid van medewerkers en/of zelfstandigen van voorbehouden en risicovolle handelingen	Ja	
14	Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen	Ja	Er worden geen vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast, doch het beleid is niet goed beschreven.
15	Medicatiebeleid	Deels	Omgang met retourmedicatie is niet beschreven.
16	Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	Deels	Het beleid is niet geheel beschreven op de meldcode.

Conclusies

Op basis van bovenstaande bevindingen trekt de inspectie de volgende conclusie: de organisatie Zorggroep Spaarnestad heeft deels de genoemde randvoorwaarden voor veilige en verantwoorde zorg beschreven en geïmplementeerd.

Te nemen maatregelen

Het geheel overziende verwacht de inspectie van u **uiterlijk 1 mei 2016** te ontvangen:

- samenwerkingsafspraken met ketenpartners;
- beleid vergewisplicht en VOG's;
- uitsluitingcriteria cliënten;
- beleid omtrent meldingen incidenten *cliënten/patiënten* (MIC/MIP);
- uitvoeringsprotocollen van voorbehouden en risicovolle handelingen;
- medicatiebeleid*;
- meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

* toelichting in bijlage 1

Bijlage 1

Toelichting

Het zorgplan

Het zorgplan (ook wel behandelplan, leefplan, zorgbeschrijving, ondersteuningsplan of begeleidingsplan genoemd) is een onderdeel van het zorgdossier. Aan de inhoud worden eisen gesteld:

De zorgaanbieder is verplicht in samenspraak met de cliënt een zorgplan te maken. Binnen zes weken na aanvang van de zorgverlening moet de zorgaanbieder een zorgplan opgesteld hebben waarin in ieder geval de volgende onderwerpen aan bod komen:

- welke doelen worden met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode gesteld, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt;
- op welke concrete wijze zullen de zorgaanbieder en de cliënt de gestelde doelen trachten te bereiken;
- wie is voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk, op welke wijze vindt afstemming tussen meerdere zorgverleners plaats en wie kan de cliënt op die afstemming aanspreken;
- met welke frequentie en onder welke omstandigheden gaat de zorgaanbieder de zorgverlening in samenspraak met de cliënt evalueren en actualiseren.

Het zorgdossier bevat voorts alle informatie die voor de zorg aan en de begeleiding en eventuele behandeling van de cliënt relevant is:

- persoonsgegevens cliënt;
- zorgovereenkomst;
- diagnose(s);
- toestemming voor uitvoering zorgplan;
- naam en toestemming cliëntvertegenwoordiger voor uitvoering zorgplan (indien van toepassing);
- verslag evaluatiegesprekken;
(het zorgplan wordt minimaal een keer per jaar met alle relevante betrokkenen geëvalueerd en zo nodig bijgesteld)
- rapportage;
(verslaglegging ten behoeve van de continuïteit van de dagelijkse zorg en uitvoering van het zorgplan)
- naam behandelend (huis)arts en eventueel andere behandelaars;
- eventuele vrijheidsbeperkingen;
- actueel medicatieoverzicht, indien zorgaanbieder (een deel van) het medicatieproces overneemt;
(een, door de apotheker geleverd, actueel medicatieoverzicht met soort medicatie, dosering en tijdstippen van medicatieverstrekking, naam voorschrijvend arts en leverend apotheker) ;
- uitvoeringsverzoeken, indien er sprake is van voorbehouden handelingen.

Voor 'Bopz-aangemerkte' instellingen moet het zorgplan tevens voldoen aan de eisen van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen.

Klachtenregeling/ geschilleninstantie

Voor bestaande organisaties met een klachtregeling conform de WKZ geldt een overgangsjaar (tot 01-01-2017)

Elke cliënt heeft de mogelijkheid om over de geboden zorg een klacht in te dienen. Een klacht kan door de cliënt zelf of zijn vertegenwoordiger worden ingediend en heeft betrekking op "een gedraging van de zorgaanbieder of van voor hem werkzame personen jegens de cliënt".

De volgende criteria worden gehanteerd:

- er is een klachtenregeling conform hoofdstuk 3 van de Wkkgz en deze is onder de aandacht van cliënten gebracht;

- de zorgaanbieder heeft een klachtenfunctionaris conform bovengenoemde wetgeving;
- adres en/of telefoonnummer van de klachtenfunctionaris staat vermeld in de klachtregeling;
- zowel de cliënt als iemand die hem vertegenwoordigt, kan rechtstreeks bij de geschilleninstantie een klacht indienen tegen de zorgaanbieder of diens personeel.

De belangrijkste verplichtingen per 2017 zijn:

- *Klachtenfunctionaris*

Per 1 januari 2017 heeft u een klachtenfunctionaris beschikbaar die gratis is voor uw cliënten. De klachtenfunctionaris kan bemiddelen om een oplossing te vinden waar iedereen tevreden over is. Ook kan hij de cliënt informeren over de verschillende mogelijkheden om een klacht in te dienen.

- *Geschilleninstantie*

Voor 1 januari 2017 moet elke zorgaanbieder aangesloten zijn bij een erkende geschilleninstantie. U kunt zich aansluiten bij een bestaande instantie, zoals de Stichting Geschillencommissies voor Consumentenzaken. Organisaties van cliënten en zorgaanbieders kunnen ook samen een nieuwe geschilleninstantie oprichten. De geschilleninstantie moet worden erkend door de minister. De erkenningseisen staan in de Uitvoering

Deskundigheid personeel in relatie tot de doelgroep

Deskundig personeel is in staat om de noodzakelijke en gevraagde zorgverlening en ondersteuning aan cliënten te bieden. Het personeel voldoet aan de eisen die aan de functie(s) worden gesteld en is waar nodig bekwaam en bevoegd om specifieke functie(s) uit te oefenen.

Gelet wordt op de volgende zaken:

- kwalitatief voldoende zorgverleners (er is aandacht voor aanstellingseisen en (bij)scholing van medewerkers gericht op de ondersteuningsvragen van de cliëntgroepen);
- kwantitatief voldoende zorgverleners;
- uitsluitingscriteria cliënten; zijn de grenzen aan zorg duidelijk beschreven;
- bekwaamheid en bevoegdheid van medewerkers om voorbehouden en risicovolle handelingen uit te voeren.
- controleren functioneren zorgverlener voor indiensttreding
 - Per 1 januari 2016 moet u het functioneren van iedere nieuwe zorgverlener nagaan, voordat u hem of haar aanneemt. Nieuwe medewerkers in de langdurige zorg en de intramurale geestelijke gezondheidszorg moeten daarnaast een Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG) tonen.

Veilig incidenten melden

Zorgaanbieders hebben uiterlijk per 1 juli 2016 een interne werkwijze die regelt dat medewerkers veilig onzorgvuldigheden en incidenten in de zorgverlening kunnen melden. Doel is dat collega's bevindingen met elkaar bespreken, ervan leren en zo samen de zorg verbeteren.

Vrijheidsbeperkende maatregelen

Onder de term 'vrijheidsbeperking' of 'vrijheidsbeperkende maatregelen' verstaat de inspectie o.a.: fixatie met (onrust)band, afzondering in daarvoor bestemde ruimte, afzondering in brede zin (uit woonkamer gezet, in slaapkamer), afsluiten woning, psychofarmaca, gedwongen vocht/voeding, diepe stoel, gebruik tafelblad voor rolstoel, fysieke fixatie (holding), bedhekken, slaapkamer (deur)sensor, chip in schoen/polsband, belmat/sensor, cameratoezicht, uitluistersysteem, sommige beschermende kleding/materialen, hansop, verpleegdeken, beperking omgang met anderen, beperken gebruik van telefoon/internet, (onnodig) beperken privacy of beperken bezoek.

Indien er *géén* vrijheidsbeperkingen worden toegepast:

- Is het niet toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in een beleidsdocument vastgelegd?
- Is het niet toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen ook in de uitsluitingscriteria voor cliënten opgenomen?

Indien er *wél* vrijheidsbeperkingen worden toegepast:

- Welke maatregelen worden door de zorgaanbieder toegepast?
- Bij hoeveel cliënten worden maatregelen toegepast?
- Wie is er verantwoordelijk voor het toepassen van de maatregelen?
- Wie houdt toezicht op de uitvoering van de maatregelen?
- Maken de maatregelen onderdeel uit van het zorgplan?
- Wordt er aan afbouw van de maatregelen gewerkt en/of worden er alternatieven voor de maatregelen gezocht?
- Vindt er gerichte scholing plaats op het gebied van vrijheidsbeperking?
- Wordt er een registratie van de maatregelen bijgehouden?

Als de cliënt een Bopz-status heeft, moet de zorgaanbieder waar de cliënt verblijft voldoen aan de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz).

Medicatiebeleid

Het medicatiebeleid van de organisatie bevat tenminste een beschrijving van de taken, verantwoordelijkheden en afspraken omtrent het gehele medicatieproces, ook indien er sprake is van "medicatie in eigen beheer" bij de cliënt.

Het beleid moet in lijn zijn met de richtlijn: "veilige principes in de medicatieketen" en minimaal bestaan uit:

Medicatieoverdracht

- Bij het starten van de zorg rond medicatie moet er binnen 24 uur een actueel en volledig medicatieoverzicht inclusief doseertijden van de apotheek aanwezig zijn.
- Bij het starten van een voorbehouden handeling met betrekking tot medicatie moet er een uitvoeringsverzoek aanwezig zijn van de voorschrijvend arts.

Medicatieoverzicht

- Bij elke nieuwe cliënt wordt bij intake bepaald of het verantwoord is indien hij het medicatiebeheer of een deel zelf regelt en zo ja, op welke wijze dit bepaald wordt.
- Het medicatieoverzicht is op digitale lijsten van de apotheek in het zorgdossier opgenomen.

Uitzetten en toedienen

- Het uitzetten en toedienen wordt door twee verschillende personen uitgevoerd.
- Bij het uitzetten en toedienen voor elke geneesmiddel wordt gearafeerd.

Bewaring

- Medicatie wordt veilig bewaard.

Scholing

- Er vindt gerichte scholing plaats.

Fouten

- Fouten worden gemeld en geregistreerd.

Bijlage 2

Wetten en normen:

zie ook <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/inhoud/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg>

Wetten

- Wet Langdurige Zorg
- Zorgverzekeringswet
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)
- Wet Geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO)
- Opiumwet
- Geneesmiddelenwet

Fundamentele veldnormen

- Veilige principes in de medicatieketen
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg thuis
- Handreiking ondersteuningsplannen (2013)
- Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg (2011)
- Handleiding voorbehouden handelingen bij verpleging, verzorging en thuiszorg
- Extra inspanningen noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking en langdurige zorg
- Dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg (2012)

Overige veldnormen

- Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten (2008)
- Van incident naar fundament
- Convenant preventie seksueel misbruik
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik
- Sturen op aanpak van seksueel misbruik
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt
- Veldnorm voor afzonderings- en separeervoorzieningen in de Gehandicaptenzorg
- Hygiënerichtlijnen voor de zorg van mensen met een lichamelijke en verstandelijke handicap
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis
- 'Het mag niet, het mag nooit' seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg
- Leidraad bekwaamheid medicatie langdurige zorg