



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport van het inspectiebezoek aan
Vesdel Zorg B.V. ZorgClub te Groningen
op 3 februari 2016

Utrecht
Maart 2016

Inleiding

Op 3 februari 2016 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een bezoek gebracht aan Vesdel Zorg B.V. de ZorgClub (hierna; De ZorgClub) te Groningen. 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 nieuw zijn op de zorgmarkt.

Het doel van het inspectiebezoek is geweest om nader kennis te maken met De Zorgclub 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

Vesdel Zorg B.V. is ingeschreven bij de KvK onder nummer 63802864. De ZorgClub is gestart met daadwerkelijke zorgverlening in augustus 2015.

De zorgaanbieder levert ambulante begeleiding en dagbesteding aan 1 cliënt met een psychiatrische en/of verstandelijke problematiek, vallend onder de Wet langdurige zorg. De cliënt heeft een zorgprofiel

LVG

- wonen met behandeling en begeleiding.

De overige 7 cliënten ontvangen begeleiding vanuit de WMO.

Op het moment van het bezoek had De Zorgclub dus in totaal 8 cliënten in zorg.

De formatie direct zorggebonden medewerkers in loondienst bestaat uit 3 medewerkers in de functie van begeleider op minimaal HBO-niveau.

De PGB-gefinancierde zorg wordt ambulant geboden en voor een deel binnen een dagbestedingslocatie in Tynaarlo. De organisatie heeft een regionaal werkgebied en werkt niet als hoofdaannemer of onderaannemer. De organisatie heeft geen WTZi-toelating.

De ZorgClub heeft nog geen contract met een zorgkantoor inzake Zorg in Natura en ook nog niet met de gemeente inzake de WMO.

De ZorgClub is geen lid van een brancheorganisatie.

De bestuurder/eigenaar heeft vanuit zijn ondernemerschap niet eerder met de inspectie contact gehad.

Bevindingen

De inspectie heeft gesproken met het management en er zijn documenten en zorgdossiers ingezien. De inspectie beoordeelde De ZorgClub 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	Zie overige opmerkingen
3	Medezeggenschap	ja	
4	Afspraken tussen hoofdaannemer en onderaannemer	nvt	
5	Samenwerkingsafspraken met ketenpartners	nvt	
6	Personeelsopbouw: beschikbaarheid	ja	

¹ Zie bijlage 1

	deskundigheid in relatie tot de doelgroep		
7	Vergewisplicht en VOG's	nvt	De organisatie is in deze gewezen op de Wkkgz
8	Opleidingsplan	deels	Voor een aantal functionarissen is er een opleidingsplanning. Er is nog geen sprake van scholingsbeleid aangaande (toekomstige) ontwikkelingen van de cliëntpopulatie. Zie verder "overige opmerkingen".
9	Kwaliteitssysteem	deels	Men werkt er aan om in de zomer van 2016 HKZ-gecertificeerd te zijn.
10	Uitsluitingscriteria cliënten	ja	
11	Meldingen incidenten <i>cliënten</i> /patiënten (MIC/MIP)	ja	Zie "overige opmerkingen"
12	Uitvoeringsprotocollen van voorbehouden en risicovolle handelingen	nvt	
13	Toets bekwaamheid van medewerkers en/of zelfstandigen van voorbehouden en risicovolle handelingen	nvt	
14	Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen	ja	
15	Medicatiebeleid	ja	Alle medicatie is in eigen beheer van de cliënt.
16	Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	ja	

Overige opmerkingen

Ad 8. Opleidingsplan

Van een structureel opleidingsbeleid is geen document aangetroffen, waarin bijvoorbeeld jaarlijkse BHV, medicatievoorlichting, de meldcode, gebruik MIC, etc., naast cliëntkenmerken (als ASS, etc.) worden benoemd. M.a.w. hoe houdt de organisatie al haar medewerkers actueel geschoold.

Ad 11. Volgens de aangeleverde beschrijving is het beleid in deze aangepast aan de Wkkgz, echter het melden van bepaalde incidenten is opgenomen in de klachtenprocedure in plaats van in een aparte meldprocedure.

Conclusies

Op basis van bovenstaande bevindingen trekt de inspectie de volgende conclusie:

De organisatie heeft de genoemde randvoorwaarden voor veilige en goede zorg beschreven en geïmplementeerd.

Afronding toezicht

De verdere operationalisatie en de borging van deze kwaliteitsverbetering beschouwt de inspectie als de verantwoordelijkheid van de Directie/Raad van Bestuur.

De inspectie sluit met dit rapport dit toezichtbezoek voor De ZorgClub af. De inspectie wijst u er op dat De ZorgClub onder het toezicht van de inspectie valt en mogelijk in de toekomst opnieuw wordt bezocht. Alle 16 onderwerpen die tijdens dit bezoek zijn getoetst, moeten blijvend op orde zijn.

Indien dit niet het geval is dan kan dit leiden tot maatregelen. In vergelijking tot dit eerste inspectiebezoek is een toekomstige toetsing diepgaander van aard en levert mogelijk andere uitkomsten op.

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 Uitvoeringsregeling Wkkgz

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), beddekken, 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 geparafeerd.

Bewaring

- Medicatie wordt veilig bewaard.

Scholing

- Er vindt gerichte scholing plaats.

Fouten

- Fouten worden gemeld en geregistreerd.

Bijlage 2

Wetten en normen:

zie ook www.kwaliteitenklachtzorg.nl

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