



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest,
locatie De Bieslandhof in Delft
De PG afdelingen en de somatische afdelingen
op 28 november 2018

Utrecht, april 2019

VGR 2010031

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving De Bieslandhof 3
2	Conclusie 5
2.1	Overzicht van de resultaten 5
2.2	Wat gaat goed 5
2.3	Wat kan beter 5
2.4	Wat moet beter 5
2.5	Conclusie bezoek 6
3	Wat zijn de vervolgacties 7
3.1	De vervolgactie die de inspectie van Pieter van Foreest verwacht 7
3.2	Vervolgacties van de inspectie 7
4	Resultaten 8
4.1	Resultaten 8
Bijlage 1	Methode 14
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 15

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 28 november 2018 een onaangekondigd bezoek aan Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest (hierna: Pieter van Foreest), locatie De Bieslandhof in Delft. Tijdens dit bezoek richtte de inspectie zich op het thema medicatieveiligheid.

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg binnen het thema medicatieveiligheid biedt zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Het toetsingskader is slechts een selectie hieruit. Als de inspecteurs het tijdens het bezoek nodig vinden ook andere thema's te onderzoeken dan doen zij dit. De inspecteurs benoemen de onderzochte thema's dan apart in dit rapport.

De in dit rapport gebruikte begrippen liggen vast in een [verklarende woordenlijst](#).

De inspecteurs verzamelen informatie door middel van observaties, een rondleiding, het inzien van documenten en gesprekken.

Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een [toetsingskader](#).

1.1 Aanleiding bezoek

Doel van het bezoek is te beoordelen of de medicatieveiligheid geborgd is en voldoet aan wet en regelgeving, (beroeps)normen richtlijnen en standaarden. Dit om risico's voor cliënten te beperken. De inspectie bezoekt De Bieslandhof vanwege een aantal meldingen over incidenten met medicatie. Met dit bezoek toetst de inspectie de medicatieveiligheid in zijn algemeenheid en of de zorgaanbieder de verbetermaatregelen naar aanleiding van de meldingen, in de praktijk heeft geborgd. Dit bezoek richt zich op de psychogeriatrische (PG) en somatische afdelingen.

1.2 Beschrijving De Bieslandhof

Pieter van Foreest biedt een breed pakket aan services en diensten voor ouderen op het gebied van wonen, zorg, behandeling en welzijn in de regio Delft, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp en Westland. De organisatie telt ongeveer 25 locaties waar cliënten met een psychogeriatrische of somatische problematiek verblijven. Daarnaast levert de organisatie thuiszorg in de wijk, hulp bij het huishouden en diverse services en diensten. Pieter van Foreest heeft een eenhoofdige raad van bestuur en een raad van toezicht bestaande uit vijf leden.

De Bieslandhof in Delft biedt plaats aan ongeveer 260 cliënten met een psychogeriatrische (PG) en/of somatische problematiek. Daarnaast heeft De Bieslandhof plaatsen beschikbaar voor de geriatrische revalidatie zorg (GRZ). De Bieslandhof heeft negen afdelingen voor langdurige zorg. Per afdeling is er plaats voor 31 of 32 cliënten. Naast plaatsen voor PG en somatische problematiek heeft De Bieslandhof een afdeling voor GRZ, zeven plaatsen voor palliatieve zorg, veertien screeningsplaatsen, twee crisisplaatsen, vijftien 'wacht' plaatsen en acht plaatsen voor jong dementerenden.

De dagelijkse leiding bij De Bieslandhof ligt in handen van een locatiemanager. Deze wordt ondersteunt door vijf teammanagers wonen, zorg en welzijn. In de avond, de nacht en het weekend zijn er verpleegkundigen van dienst. Ten tijde van het bezoek waren er twee vacatures voor de functie teammanager wonen, zorg en welzijn. Daarnaast zijn er drie kwaliteitsverpleegkundigen die verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg op de afdeling.

Het team van zorgverleners bestaat uit mbo-verpleegkundigen, verzorgenden (IG; deskundigheidsniveau 3) en helpenden. De mbo-verpleegkundigen controleren, coachen en begeleiden de andere zorgverleners voor vijftig procent van hun tijd en werken voor vijftig procent mee in de zorg. Daarnaast werkt De Bieslandhof met gastvrouwen, vrijwilligers en medewerkers welzijn.

De behandeldienst van De Bieslandhof bestaat uit specialisten ouderengeneeskunde (SO) en diverse paramedici (zoals psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist etc.). De eerste specialist ouderengeneeskunde geeft leiding aan de SO's. En is verantwoordelijk voor het medicatiebeleid.

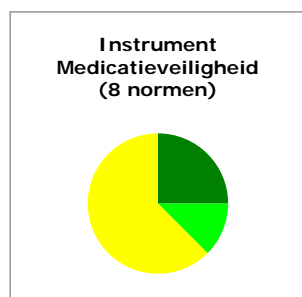
De Bieslandhof heeft een samenwerkingsovereenkomst met een apotheker voor de medicatie.

2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting van de resultaten weergegeven in taartdiagrammen. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over De Bieslandhof. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen zij de scores op de normen geeft.

2.1 Overzicht van de resultaten

Onderstaand diagram laat u zien hoe de inspectie De Bieslandhof beoordeelt. Een toelichting op de kleuren in de diagrammen staat in hoofdstuk 4.



Legenda

	voldoet
	voldoet grotendeels
	voldoet grotendeels niet
	voldoet niet
	niet getoetst

2.2 Wat gaat goed

De randvoorwaarden voor een goede uitvoering van het medicatieproces zijn binnen De Bieslandhof aanwezig. Bij het management van de locatie en bij zorgverleners van de afdeling waar een incident heeft plaatsgevonden met medicatie, is een alertheid gekomen op het goed uitvoeren van het medicatieproces.

2.3 Wat kan beter

Het formuleren van cliëntgerichte doelen en het systematisch rapporteren hierop ten aanzien van de reden, werking en het effect van medicatie op de (gezondheid)toestand van de cliënt, kan beter.

2.4 Wat moet beter

Een systematische controle, verbetering en borging op het medicatieproces binnen De Bieslandhof moet verbeteren. Daarnaast dient De Bieslandhof de tekortkomingen die uit de analyses van incidentmeldingen komen, ook te onderzoeken op andere afdelingen dan waar het incident zich voordeed. Relevante verbetermaatregelen dient De Bieslandhof locatie breed in te zetten. Sturing, coaching en ondersteuning van zorgverleners is hierbij noodzakelijk.

2.5 **Conclusie bezoek**

Uit de beoordeling van de medicatieveiligheid bij De Bieslandhof blijkt, dat de uitvoering van het medicatiebeleid op de werkvloer, onvoldoende geborgd is. De Bieslandhof voldoet (grotendeels) niet aan vijf van de acht getoetste normen.

Uit onderzoek naar incidenten komen verbetermaatregelen voort, maar deze worden met name ingezet bij de afdeling waar het incident plaatsvond. Ontwikkelingen om de medicatieveiligheid binnen De Bieslandhof te verbeteren, zijn wel gaande. Dit blijkt onder andere uit het laten uitvoeren van externe audits en het evalueren van het functioneren van bijvoorbeeld de MIC-commissie en de geneesmiddelencommissie. Maar de implementatie, sturing en borging van de verbetermaatregelen moet beter. Het is van belang dat het management en de zorgaanbieder dit verbeterproces slagvaardig oppakt en hierop stuurt. Daarbij dienen zorgverleners betrokken en ondersteunt te worden in de uitvoering van hun taak.

De inspectie heeft op 12 maart 2019 een gesprek gehad met de raad van bestuur en de raad van toezicht. Aanleiding voor dit gesprek is dat de inspectie onvoldoende in beeld had wat de kwaliteit en veiligheid van de geboden zorg is binnen Pieter van Foreest. Om die reden heeft de inspectie meerdere bezoeken afgelegd, waarvan het bezoek aan de Bieslandhof er een van is.

De inspectie hoort dat de raad van bestuur de verbetermaatregelen in beeld heeft. De raad van bestuur erkent dat de implementatie, sturing en borging op verbetermaatregelen beter kan. De inspectie heeft vertrouwen dat de raad van bestuur dit oppakt maar blijft dit wel volgen. Om te kijken of de implementatie, sturing en borging daadwerkelijk verbeterd.

3 Wat zijn de vervolgacties

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

3.1 **De vervolgactie die de inspectie van Pieter van Foreest verwacht**

Een zorgaanbieder moet voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen.

De inspectie gaat ervan uit dat u verbetermaatregelen neemt op de normen die nog niet voldoen. En dat u 3 maanden na vaststelling van dit rapport voldoet aan alle getoetste normen en aan de geldende wet en regelgeving.

De inspectie verwacht dat Pieter van Foreest ook op andere locaties voldoet aan de geldende wet en regelgeving en de veldnormen en ook daar zo nodig verbetermaatregelen neemt.

Tijdens het gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht op 12 maart 2019 heeft de inspectie gevraagd om een kwaliteitsfoto van alle locaties van Pieter van Foreest. Daarmee wil de inspectie zicht krijgen hoe de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg binnen alle locaties van Pieter van Foreest is. Zij verwacht deze kwaliteitsfoto voor 15 september 2019.

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

De inspectie heeft met dit bezoek een beeld gekregen van de medicatieveiligheid bij de Bieslandhof. Zij gaat ervan uit dat de bevindingen uit hoofdstuk 4 voldoende handvatten geven om aan de normen te (blijven) voldoen. Dit geldt ook voor de medicatieveiligheid op andere locaties.

Op basis van de toegestuurde kwaliteitsfoto zal de inspectie haar vervolgtoezicht bepalen aan Pieter van Foreest. Een vervolgbezoek aan de Bieslandhof kan tot de mogelijkheden behoren

4 Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de normen, het oordeel en de bevindingen.

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

Donker groen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten.

Licht groen: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten.

Geel: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels niet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.

Rood: De locatie/afdeling **voldoet niet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.

Blauw: De norm is **niet** getoetst.

4.1 Resultaten

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft een passend en adequaat medicatieveiligheidsbeleid. Dit beleid beschrijft de rol, verantwoordelijkheid en de samenwerking tussen de cliënt en alle betrokken zorgverleners binnen de keten. De zorgaanbieder zorgt ervoor dat die samenwerking (binnen en buiten de organisatie) zodanig is dat zorgverleners hun werk kunnen doen. Deze samenwerking komt de medicatieveiligheid ten goede. Alle zorgverleners handelen volgens de gemaakte afspraken. Voor een veilig medicatieproces is het van belang dat de activiteiten en verantwoordelijkheden op elkaar aansluiten.

Norm 1.1

De cliënt(vertegenwoordiger) kan zijn wensen en behoeften kenbaar maken. En kan binnen zijn mogelijkheden een eigen rol en verantwoordelijkheid nemen in het medicatieproces. Ook is bij de cliënt(vertegenwoordiger) bekend welke verantwoordelijkheid hij daarin heeft. De cliënt(vertegenwoordiger) weet wie de voorschrijver is. Gemaakte afspraken zijn bekend. Ook weet hij waar de gemaakte afspraken zijn vastgelegd.

Volgens de inspectie **voldoet De Bieslandhof grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken en het medisch dossier blijkt, dat zorgverleners afspraken met de cliënt(vertegenwoordiger) maken over beheer en toedienen van medicatie.

Medicatiwijzigingen bespreekt de behandelaar standaard met de cliënt(vertegenwoordiger).

Hierbij houdt de behandelaar zo veel mogelijk rekening met de wensen van de cliënt(vertegenwoordiger). De behandelaar rapporteert hierover in het elektronisch cliëntdossier (ECD). De cliënt(vertegenwoordiger) heeft toegang tot het ECD en weet daardoor wat de afspraken zijn.

Daarentegen blijkt ook uit gesprekken en de cliëntdossiers, dat de cliënt nog onvoldoende de regie kan krijgen binnen zijn mogelijkheden en behoeften.

De Bieslandhof neemt bij alle PG cliënten het beheer en toedienen van medicatie geheel over. Bij de cliënten met chronische, somatische problematiek doet zij dit geheel of grotendeels.

De SO categoriseert de cliënten in de hierbij passende categorie 'vier' (of 'drie'). Gesprekken met cliënten over wat hij/zij wel zelf kan, vinden niet plaats. Ook vinden met cliëntvertegenwoordigers geen gesprekken plaats, over of zij een rol willen/kunnen spelen in het medicatieproces. De SO brengt de cliënt(vertegenwoordiger) op de hoogte van de wijzigingen die voortkomen uit de medicatiebeoordeling. Maar bespreekt niet hoe de cliënt(vertegenwoordiger) hier in betrokken wil worden.

Norm 1.2

De zorgverleners zijn bevoegd en bekwaam. Zij handelen binnen het geldende medicatiebeleid van de zorgaanbieder en binnen de geldende veldnormen en wet- en regelgeving.

Volgens de inspectie **voldoet De Bieslandhof grotendeels niet** aan de norm.

Uit gesprekken met zorgverleners blijkt, dat zij niet altijd handelen volgens het geldende medicatiebeleid en binnen de geldende veldnormen en wet- en regelgeving. Ook blijkt dat ze hier niet van op de hoogte zijn. De eigen regie van de cliënt weegt de zorgverlener niet mee in het medicatieproces. Zorgverleners geven in gesprekken aan te weten dat de organisatie een medicatiebeleid heeft maar de inhoud daarvan niet kennen. Ook kennen zij de Veilige Principes in de medicatieketen niet. Zo vertelt een zorgverlener dat zij weet dat de dubbele controle van medicatie door een verzorgende of verpleegkundige moet worden gedaan. Als dit op het moment van delen echter niet mogelijk is, dan geeft zij de medicatie, tekent zelf af en laat dan een verzorgende of verpleegkundig later (na de medicatieronde of in de koffiepauze) dubbel aftekenen.

Ook de procedure van retourmedicatie is niet bij alle zorgverleners bekend ('op elke afdeling is een afgesloten retourmedicatiebox aanwezig'). Zo vertelt een zorgverlener dat de retourmedicatie in de naaldencontainer gaat tot deze vol is. Hierna brengen zij de retourmedicatie 'naar beneden' waar een retourbox zou zijn. De lege baxterzakjes gaan in een afvalzakje. Waar deze heen moet was niet duidelijk. Op een andere afdeling ziet de inspectie een retourbox, maar deze is niet 'afgesloten' zoals in de procedure staat. Welke afspraken gemaakt zijn over het afvoeren van opiaten is niet bekend bij zorgverleners.

De controle van het medicatieproces op de afdeling, en wie dit doet, wordt verschillend uitgevoerd. Op de ene afdeling is dit de kwaliteitsverpleegkundige (HBO-V'er), op de andere afdeling een speciaal hiervoor aangewezen zorgverlener en op weer een andere afdeling is dit de nachtdienst. In het medicatiebeleid zijn hier echter duidelijke afspraken over vastgelegd.

Daarnaast ziet de inspectie op een van de afdelingen een medicatiekar die niet afgesloten kan worden. Het slot is kapot en een stuk duct tape zorgt ervoor dat de kar dicht zit. Zorgverleners geven aan dat de medicatiekar recent kapot is gegaan en hopen dat er snel een nieuwe kar komt. Welke maatregelen hierop zijn genomen is onduidelijk.

Ook ziet de inspectie in de cliëntdossiers dat zorgverleners niet altijd consequent rapporteren op medicatie. Bijvoorbeeld rapporteren zorgverleners bij medicatiewijzigingen, niet op het effect en de doelmatigheid hiervan. Dit gebeurt overigens wel als de behandelaar hier expliciet opdracht voor geeft. Verder ziet de inspectie dat er wel risicoanalyses voor medicatie in het cliëntdossier zijn opgenomen, maar dat hier niet altijd een, op de cliënt gericht, doel uit voortkomt. Zo ziet de inspectie bij een cliënt dat deze Haldol in de thee krijgt vanwege onrust.

Er staat echter geen duidelijk doel in het cliëntdossier. Er is bij het onderdeel vrijheidsbeperking alleen genoteerd 'om gevaar voor zichzelf en anderen af te wenden'. Op dit doel ziet de inspectie ook geen rapportages. Daartegenover staat dat de zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn om het zorgproces uit te voeren. Vanaf niveau 3 hebben zorgverleners een rol in het medicatieproces. In elke medicatiemap is een lijst opgenomen met zorgverleners die het medicatieproces kunnen uitvoeren. Ook ziet de inspectie dat andere zaken wel volgens de procedure uitgevoerd worden. Bijvoorbeeld ziet de inspectie op de pg-afdelingen foto's van cliënten opgenomen in de medicatiemap, passen zorgverleners zelf geen wijzigingen in medicatie toe en weten hoe zij wijzigingen moeten verwerken en is de gegeven medicatie afgetekend op de deellijst.

Norm 1.3

De zorgaanbieder en de voorschrijvers¹ voldoen aan de voorwaarden voor veilig voorschrijven en de KNMG richtlijn EVS.

Volgens de inspectie **voldoet** De Bieslandhof aan deze norm.

Uit gesprekken met behandelaar, inzage in het EVS en het cliëntdossier blijkt dat geneesmiddelen via het EVS worden voorgeschreven. De inspectie ziet in het systeem dat contra-indicaties, eventuele allergieën en bijwerkingen hierin zijn opgenomen. Ook het actuele medicatieoverzicht (AMO) ziet de inspectie in dit systeem. In het cliëntdossier is de medicatie vermeld en de behandelaar rapporteert over de besluitvorming ten aanzien van het voorschrijven of wijzigen van medicatie. Ook legt de voorschrijver de reden van medicatie wijzigingen vast in het behandelplan en stelt zorgverleners op de hoogte. Dit ziet de inspectie in het medisch dossier, zorgplan en rapportage terug.

Norm 1.4

Medicatiebeoordelingen vinden volgens de veldnormen en de bij de zorgaanbieder geldende procedure plaats. De uitkomsten van de medicatiebeoordeling zijn vastgelegd.

Volgens de inspectie **voldoet** De Bieslandhof aan deze norm.

Uit gesprekken, documenten en het cliëntdossier blijkt dat behandelaar en apotheker twee keer per jaar een medicatiebeoordeling uitvoert. De uitkomsten hiervan bespreekt de behandelaar met de cliënt(vertegenwoordiger). Dit ziet de inspectie in het cliëntdossier terug. Ook ziet de inspectie dat dit volgens de procedure van de zorgaanbieder plaatsvindt.

Norm 1.5

De zorgaanbieder zorgt dat voldoende voorwaarden aanwezig zijn om verantwoord het medicatieproces uit te voeren.

Volgens de inspectie **voldoet De Bieslandhof grotendeels niet** aan deze norm.

Beleid

Uit gesprekken en documenten blijkt dat de voorwaarden voor het verantwoord uitvoeren van het medicatieproces aanwezig zijn. Daarentegen voldoet het beleid niet geheel aan de geldende veldnormen en wet- en regelgeving. In het beleid staat bijvoorbeeld beschreven 'de orale geneesmiddelen mogen na overleg met de arts gemalen worden'.

¹ De voorschrijvers die werken onder de voorwaarden van de zorgaanbieder en met de systemen van de zorgaanbieder.

Dit voldoet niet aan de veldnorm waarbij de besluitvorming hiervoor bij de apotheker ligt. Ook is in het beleid niet duidelijk hoe de zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn. En is geen beleid geformuleerd over omgang met zelfzorgmedicatie.

De inspectie zag bijvoorbeeld op een afdeling in de medicatiekast een grote voorraad zelfzorgmedicatie voor een cliënt. De zelfzorgmedicatie is niet geleverd door de eigen apotheker en wordt wel toegediend door de zorgverlener. Wel heeft de apotheker het opgenomen in de toedienlijst.

Ook is het beleid onvoldoende geïmplementeerd en geborgd ziet de inspectie in de praktijk (zie norm 1.2). Daarnaast ziet de inspectie dat verbetermaatregelen vanuit de melding die in het voorjaar heeft plaatsgevonden, in oktober zijn besproken binnen een teamoverleg. Dit blijkt uit documenten en gesprekken. De actiepunten die daaruit zijn voortgekomen zijn opgepakt binnen de afdeling waar het incident plaatsvond. En niet binnen de andere afdelingen. Er heeft geen gesprek plaatsgevonden met het team, of de verbetermaatregelen haalbaar zijn en waar zij de mogelijke knelpunten zien.

Wel is het beleid in samenspraak met de apotheker opgesteld en afspraken over de uitvoering hiervan vastgelegd. Daarnaast is er een geneesmiddelencommissie die zich onder andere bezighoudt met evalueren en actualiseren van het beleid.

Scholing

Uit gesprekken en documenten blijkt dat medicatieveiligheid een onderdeel van de scholing vormt. Elke zorgverlener die zich bezighoudt met medicatie dient een keer per twee jaar scholing te volgen. Daarnaast worden er klinische lessen gegeven op gebied van medicatie. Geen van de gesproken zorgverleners op de afdelingen had deze scholing nog gevolgd. Uit het scholingsoverzicht blijkt daarentegen, dat het merendeel van de zorgverleners de scholing wel gevolgd hebben.

Personeel

Zorgverleners geven aan dat de werkdruk en de inzet van flexwerkers en uitzendkrachten nog steeds hoog is. De afspraak is gemaakt dat flexwerkers en uitzendkrachten niets meer mogen betekenen in het medicatieproces. Echter in de praktijk gebeurt dit nog wel. Dit zijn dan flexwerkers en uitzendkrachten, met minimaal niveau drie, die al een aantal dagen werkzaam zijn binnen de locatie. In hoeverre zij volgens protocol werken weten de zorgverleners niet. Zorgverleners zelf hanteren de Vilans protocollen bij het medicatieproces.

Norm 1.6

De zorgaanbieder zorgt dat geleerd en verbeterd wordt binnen het medicatieproces. Er wordt binnen het medicatieproces methodisch gewerkt.

Volgens de inspectie **voldoet De Bieslandhof grotendeels niet** aan de norm.

Uit gesprekken, documenten en het cliëntdossier blijkt dat de zorgaanbieder wel randvoorwaarden heeft voor leren en verbeteren. Maar onvoldoende zorgt voor de implementatie, sturing en borging. Ook evalueert de zorgaanbieder het werken met het EVS niet systematisch.

Zoals eerder genoemd blijkt uit gesprekken dat controle, sturing en bijsturing op het medicatieproces op elke afdeling anders wordt uitgevoerd. De inspectie ziet en hoort dat niet alle afdelingen op een eenduidige manier werken binnen het medicatieproces. Zorgverleners kennen de afspraken niet (zie norm 1.2). Daarnaast zijn tekortkomingen in het medicatieproces niet goed in beeld.

De zorgaanbieder heeft geen systeem waarbinnen zij nieuw beleid en verbeteringen, methodisch volgt en bijstelt.

Daarentegen heeft binnen De Bieslandhof, op initiatief van de eerste SO, recent een externe audit plaatsgevonden op het medicatieproces, om de tekortkomingen over de hele locatie in beeld te krijgen. Resultaten hiervan waren ten tijde van het bezoek nog niet bekend.

Norm 1.7

De zorgaanbieder gebruikt (bijna)incidenten en (bijna)fouten voor de verbetering van het medicatieproces.

Volgens de inspectie **voldoet De Bieslandhof grotendeels niet** aan de norm.

Hoewel de zorgaanbieder incidenten systematisch onderzoekt en zo nodig verbetermaatregelen neemt, ziet de inspectie dat verbetermaatregelen in de praktijk voornamelijk worden ingevoerd op de afdeling waar het incident plaatsvond. Bovendien ziet de inspectie dat er tussen de tijd dat het incident plaatsvond (voorjaar 2018), de analyse, het invoeren van verbetermaatregelen en de terugkoppeling hiervan (oktober 2018) geruime tijd zit. Daarnaast ziet de inspectie in het verslag van het overleg hierover, dat alleen de maatregelen onder de aandacht zijn gebracht bij het betreffende team. Onduidelijk is of tijdens het overleg is gesproken over de oorzaken van het incident.

Het management vertelt hierover dat het terugkoppelen van meldingen een vast onderdeel van het teamoverleg is. Uit gesprekken met zorgverleners en de ingeziene notulen is dit echter niet duidelijk geworden. Op andere afdelingen dan waar het incident plaatsvond, kennen zorgverleners het incident wel, maar niet of en welke maatregelen genomen zijn.

De rol van de MIC-commissie en de artsen, in het navolgen van haar adviezen en verbetermaatregelen, is uit gesprekken en documenten niet duidelijk geworden.

Uit gesprekken met zorgverleners en behandelaars komt ook naar voren dat de zorgaanbieder geen afspraken heeft over het melden van (bijna)fouten en incidenten door externe partijen. Bijvoorbeeld onvolledige overdracht vanuit het ziekenhuis of onjuiste medicatielevering van de apotheek. Behandelaars en zorgverleners lossen dit zelf op, maar maken geen melding hiervan.

Een ander voorbeeld is dat bij de analyse van een incident in het voorjaar een fout in het EVS is geconstateerd. Hierover is door de zorgaanbieder contact opgenomen met de fabrikant, maar er heeft nog geen aanpassing plaatsgevonden. Wel zijn de voorschrijvers geïnformeerd dat ze extra moeten opletten. Volgens gesprekspartners kan een dergelijk incident zich nog steeds voordoen. Gesprekspartners vertellen dat deze ervaringen met het EVS reden kan zijn om het gebruik van het huidige EVS te heroverwegen.

Daartegenover staat dat de MIC-commissie recent is gestart met het systematischer analyseren van incidenten. Zij gebruikt hierbij de PRISMA-methode. Hieruit komt een analyse naar basisoorzaken. Ook uit het kwartaal overzicht van de MIC-commissie blijkt dat zij zowel analyseren naar cliëntgebonden als naar organisatorische oorzaken van incidenten.

Binnen het artsenoverleg worden incidenten besproken.

De zorgaanbieder is ten tijde van het bezoek aan het onderzoeken of de manier waarop de MIC-commissie werkt moet veranderen.

In ieder geval worden twee leden aan de commissie toegevoegd (een teamleider en een verpleegkundige van de thuiszorg) om organisatie brede vertegenwoordiging te borgen.

Daarnaast is een nieuw systeem voor het (beter) melden van fouten en incidenten in ontwikkeling. Binnenkort start een pilot hiervoor bij een andere locatie van Pieter van Foreest.

Norm 1.8

De zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden voor veilige medicatieoverdracht.

Volgens de inspectie **voldoet De Bieslandhof grotendeels niet** aan de norm.

De zorgaanbieder heeft, volgens gesprekspartners, geen afspraken over overdracht met andere zorgorganisaties (zoals ziekenhuizen, huisartsen). Ook heeft de zorgaanbieder geen structureel overleg met andere zorgorganisaties om de tekortkomingen te bespreken.

Daarnaast vertellen behandelaars dat overdrachten vanuit andere zorginstellingen niet altijd goed verlopen. Bij het merendeel hiervan, gaat de behandelaar zelf achter de juiste gegevens aan, maar dit is niet altijd direct te regelen en kost vaak veel tijd. Een actueel medicatieoverzicht is niet altijd beschikbaar.

Daarentegen zijn binnen de eigen organisatie afspraken over overdracht opgenomen in het beleid, maar in de praktijk zijn deze afspraken niet altijd bekend.

Behandelaars geven aan dat een AMO beschikbaar is in het EVS. Bij overdrachten naar andere zorginstellingen zorgt de behandelaar ervoor dat het AMO voor de zorgverlener beschikbaar is en deze print hem dan uit. Tijdens het inspectiebezoek ziet de inspectie dat een zorgverlener een overdracht naar het ziekenhuis aan het voorbereiden is. De zorgverlener is er niet van op de hoogte dat er een AMO meegezonden moet worden.

Bijlage 1 Methode

De inspecteur toetst of de zorgaanbieder de zorg binnen het thema medicatieveiligheid wordt gegeven zoals is voorgeschreven in wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders.

Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. De inspectie vergelijkt en weegt de informatie uit deze bronnen. Vervolgens beoordeelt de inspectie of de geboden zorg door De Bieslandhof voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zijn gebruikt om tot dit oordeel te komen en welke methode zij daarvoor gebruikt heeft.

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- Gesprekken met uitvoerende medewerkers van diverse afdelingen;
- Gesprekken met een behandelaar;
- Gesprekken met het management(team);
- Cliëntdossiers;
- Documenten, genoemd in bijlage 2;
- Een rondgang door de locatie.

Inspecteurs beoordelen op de werkvloer of de zorgaanbieder goede zorg verleent binnen het thema medicatieveiligheid. De inspecteurs passen zich zo veel mogelijk aan het ritme van de dag op de locatie aan. Om een beeld te krijgen van deze locatie starten de inspecteurs zo mogelijk met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van die dag of de leidinggevende. Daarnaast vindt een rondleiding door de locatie plaats zodat de inspecteurs zich een beeld kunnen vormen van de leefsituatie van de cliënten en de werksituatie van de zorgverleners.

De inspecteurs voeren door de dag heen, waar mogelijk, gesprekken met managers, zorgverleners, cliënten, cliëntvertegenwoordigers en cliëntenraadsleden. Zij zien ook cliëntdossiers, documenten en toedien/medicatieoverzichtslijsten in.

De inspecteurs kunnen overlegvormen bijwonen. Een voorbeeld daarvan is een medicatiebeoordelingsoverleg. Ook kan de inspectie meelopen tijdens een medicatieronde.

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

De inspectie heeft de met *gemarkeerde documenten opgenomen in haar archief. De overige documenten vernietigt de inspectie na vaststelling van het rapport.

- Rapportage en Plan van aanpak (IGZ-VMIT-9765) d.d. 31 augustus 2018*
- Geneesmiddelenregeling verpleeghuizen en verzorgingshuizen, datum laatste aanpassing 10 september 2017 (geldigheidsduur tot 1 juli 2019)*
- Overzicht scholing in 2018 medicatieveiligheid
- Overzicht VIM-meldingen (medicatie incidenten), 3^e kwartaal 2018
- Verbeterplan Delfts Rood, ongedateerd
- Jaarplan 2018 De Bieslandhof Q2