



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 op de  
psychogeriatrische- en de somatische afdelingen  
**op 29 januari 2021**

Utrecht, april 2021

V2024724

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 3</b>
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving De Bieslandhof 4
<b>2</b>	<b>Conclusie 6</b>
2.1	Wat gaat goed 6
2.2	Wat kan beter 6
2.3	Conclusie bezoek 6
<b>3</b>	<b>Wat zijn de vervolgacties 8</b>
3.1	De vervolgactie die de inspectie van Pieter van Foreest verwacht 8
3.2	Vervolgacties van de inspectie 8
<b>4</b>	<b>Resultaten 9</b>
4.1	Resultaten 9
<b>Bijlage 1</b>	<b>Methode 14</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Beoordeelde documenten 15</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 29 januari 2021 een aangekondigd 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

Het 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 bracht eerder bezoeken met het thema medicatieveiligheid aan De Bieslandhof, namelijk op 28 november 2018 en 20 februari 2020.

Uit de beoordeling van de medicatieveiligheid op 28 november 2018 bleek dat bij De Bieslandhof de uitvoering van het medicatiebeleid op de werkvloer onvoldoende geborgd was. De Bieslandhof voldeed (grotendeels) niet aan vijf van de acht getoetste normen. De randvoorwaarden voor een goede uitvoering van het medicatieproces waren weliswaar aanwezig, maar in de uitvoering kon en moest het beter.

De inspectie gaf Pieter van Foreest een verbetertermijn van drie maanden om te voldoen aan alle normen. Daarnaast vroeg de inspectie een kwaliteitsfoto op over onder andere De Bieslandhof. Deze ontving de inspectie volgens afspraak op 10 september 2019. Mede op basis van de kwaliteitsfoto besloot de inspectie om de Bieslandhof begin 2020 opnieuw te bezoeken.

Tijdens dit bezoek op 20 februari 2020 toetste de inspectie de medicatieveiligheid opnieuw. Tijdens het bezoek bleek dat de uitvoering van het medicatiebeleid op de werkvloer, net als in 2018, nog onvoldoende geborgd was. Aan drie normen van de zes getoetste normen voldeed de Bieslandhof grotendeels niet. De Bieslandhof voldeed grotendeels wel aan de andere drie getoetste normen. Er was een verbeteringslag gemaakt ten aanzien van een aantal randvoorwaarden om het medicatieproces goed te laten verlopen. Maar de inspectie zag onvoldoende vooruitgang op de implementatie, sturing en borging van de verbetermaatregelen.

De inspectie bracht in januari 2020 ook een bezoek met het thema medicatieveiligheid aan een andere locatie, namelijk de Lindenhof. Vervolgens sprak de inspectie op 29 juni 2020 met de raad van bestuur en de raad van toezicht. Dit gesprek heeft door de Covid-19 crisis niet eerder plaats kunnen vinden. In dit gesprek hoorde de inspectie dat

de raad van bestuur en de raad van toezicht de tekortkomingen bij De Bieslandhof en Lindenhof erkennen en herkennen. De gesprekspartners geven aan dat de focus in het afgelopen jaar vooral lag in het verder vorm geven van het beleid en het zorgen voor voldoende borging daarvoor.

De inspectie had op basis van dit gesprek voldoende vertrouwen dat de raad van bestuur zorgde voor voldoende borging en sturing in de praktijk. Omdat de focus in de eerste maanden van 2020 op de Covid-19 crisis had gelegen, gaf de inspectie de organisatie nog vier en een halve maand de tijd om de medicatieveiligheid ook in de praktijk voldoende te borgen en voldoende sturing daarop te geven binnen alle locaties van Pieter van Foreest.

Vanwege de omstandigheden van de Covid-19 crisis in de 2<sup>e</sup> helft van 2020 kon dit vervolgsbezoek aan De Bieslandhof niet eerder plaatsvinden. Net als tijdens de twee eerdere bezoeken, richt ook dit bezoek zich op de psychogeriatrische (PG) en somatische afdelingen.

Dit rapport is niet los te zien van het rapport van het inspectiebezoek op 28 november 2018 en 20 februari 2020. Deze zijn in te zien via [www.igj.nl](http://www.igj.nl).

## 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 psychogeriatrische en/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 tweehoofdige raad van bestuur en een raad van toezicht bestaande uit vijf leden.

De Bieslandhof in Delft biedt plaats aan ongeveer 235 cliënten met een PG en/of somatische problematiek. Daarnaast heeft De Bieslandhof plaatsen beschikbaar voor de geriatrische revalidatie zorg (GRZ) en palliatieve zorg. De specialist ouderengeneeskunde (SO) is hoofdbehandelaar van alle cliënten. De Bieslandhof heeft negen afdelingen voor langdurige zorg. Per afdeling is er plaats voor 31 of 32 cliënten. Naast afdelingen 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. Vijf teammanagers wonen, zorg en welzijn sturen de afdelingen aan. In de avond, de nacht en het weekend zijn er verpleegkundigen van dienst. Daarnaast werken er hbo-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 en werken mee in de zorg. Daarnaast werkt De Bieslandhof met gastvrouwen, vrijwilligers en medewerkers welzijn.

De behandel dienst van De Bieslandhof bestaat uit SO en diverse paramedici (zoals psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist etc.). De eerste specialist ouderengeneeskunde geeft functioneel leiding aan de SO's. De eerste SO is ook verantwoordelijk voor het medicatiebeleid. De Bieslandhof heeft een samenwerkingsovereenkomst met een apotheker voor de medicatie.

### *Ontwikkelingen ten tijde van de Covid-19 crisis*

De locatiemanager licht toe dat Pieter van Foreest een centrale en een decentrale crisisstructuur kent. Een Deskundige Infectie Preventie uit een lokaal ziekenhuis is betrokken bij de centrale crisisstructuur. De SO van De Bieslandhof hebben zitting in de decentrale crisisstructuur.

De Bieslandhof heeft tijdens de eerste golf geen besmettingen gekend onder cliënten. Er moesten regelmatig zorgverleners preventief thuisblijven, wat een impact heeft gehad op de zorgverleners op de afdelingen.

De Bieslandhof heeft daarnaast tijdens de eerste golf tijdelijk een Covid-afdeling gehad, voor cliënten van buiten de organisatie, maar deze kon na korte tijd weer sluiten, wegens gebrek aan instroom.

In de loop van september 2020 zijn er op meerdere afdelingen besmettingen onder cliënten geweest, vermoedelijk ontstaan door bezoekers. Vervolgens moesten er opnieuw veel zorgverleners preventief thuisblijven en getest worden. Met behulp van extra inzet van vaste medewerkers en de inzet van flexibele medewerkers, heeft de zorg zoals gepland doorgang kunnen vinden. Het aantal besmettingen op de afdelingen nam snel weer af.

Tijdens de eerste golf constateerde het management dat in de weekenden minder management aanwezig was, waardoor er op de locaties minder regie gevoerd kon worden op het juist uitvoeren van alle maatregelen. Daarna heeft het management de bezetting in de weekenden aangepast, waardoor er nu teammanagers of HBO-V verpleegkundigen ook in de weekenden aanwezig zijn op de locatie.

Op de dag van het inspectiebezoek zijn er op één afdeling van De Bieslandhof twee positief geteste cliënten. Deze worden geïsoleerd verpleegd en zijn al bijna hersteld. Op de overige afdelingen zijn geen besmette cliënten.

Ten tijde van het inspectiebezoek houdt de bezoekerregeling in dat cliënten in overleg met de teammanager van de afdeling bezoek kunnen ontvangen, maar wel op afspraak en met een maximumaantal verschillende bezoekers per week.

## 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 Wat gaat goed

De inspectie ziet dat er binnen De Bieslandhof op alle niveaus bewustzijn is over het belang van medicatieveiligheid. Vanuit een plan op locatieniveau en per afdeling is verbetering ingezet. Zo is de kennis op het thema verbeterd door intensieve scholing op maat. Door middel van audits, een zelfreflectiekaart en meldingen incidenten cliënt (MIC) volgt het management de verbeteringen en stelt bij. Een grote rol hierin spelen de afdelings- en hbo-verpleegkundigen.

Het effect van de verbeteringen ziet de inspectie terug in de bevindingen. Zo ziet de inspectie dat de zorgverleners voor het merendeel handelen conform het medicatiehandboek van Pieter van Foreest. Ook tonen zij zich meer bewust van het belang van het melden van incidenten en het aanspreken van collega's op hun handelen.

### 2.2 Wat kan beter

In de praktijk blijkt dat hoge werkdruk en de mindere beschikbaarheid van zorgverleners een effect heeft op het handelen conform het beleid. Zo lukt het daardoor de zorgverleners niet altijd om dubbel te paraferen bij de registratie van opiaten. Het management kent dit knelpunt en werkt aan een oplossing.

### 2.3 Conclusie bezoek

Ondanks de omstandigheden van de Covid-19 crisis, is het De Bieslandhof gelukt om de normen te verbeteren. Van de drie getoetste normen voldoet De Bieslandhof grotendeels aan twee normen, één norm voldoet in het geheel. Het is van belang dat de Bieslandhof deze resultaten vasthoudt zodat er in de toekomst niet opnieuw risico's ontstaan op dit thema.

Uit de beoordeling van dit bezoek blijkt dat de uitvoering van het medicatiehandboek voor het merendeel geborgd is. De inspectie ziet dat er door Pieter van Foreest opnieuw geïnvesteerd is in verbeteringen op het thema medicatieveiligheid. Uit de bevindingen blijkt dat er nu ook sprake is van implementatie, sturing en borging van de verbetermaatregelen. Er is een grote verbeteringslag gemaakt naar alle niveaus met als effect dat iedereen zich verantwoordelijk voelt om zich aan de afspraken te houden en te verbeteren.

Op basis van de bevindingen heeft de inspectie vertrouwen dat de raad van bestuur en het management zorgdraagt voor blijvende medicatieveiligheid binnen De Bieslandhof. De bevindingen geven de inspectie vertrouwen in het urgentiebesef en de verbeterkracht van de raad van bestuur en het management van de locatie.

De inspectie verwacht dat De Bieslandhof de stijgende lijn vasthoudt. Daarnaast verwacht de inspectie dat medicatieveiligheid vast onderdeel blijft van het leren, verbeteren en sturen op de locatie. De inspectie blijft Pieter van Foreest wel volgen. Op 26 januari 2021 bezocht de inspectie locatie Lindenhof. De inspectie ziet op die locatie een beperkte voortgang op de normen, waardoor daar risico's blijven bestaan. De inspectie geeft Lindenhof een verlengde verbetertermijn en verwacht dat Lindenhof vóór

1 augustus 2021 voldoet aan de beoordeelde normen. Vervolgens zal de inspectie daar een hertoetsbezoek brengen.

### 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 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.

#### **3.2 Vervolgacties van de inspectie**

De inspectie heeft met dit bezoek opnieuw 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 locatie(s). Met dit rapport sluit de inspectie het bezoek af.



## 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 **voldeed De Bieslandhof** tijdens het vorige bezoek **grotendeels** aan deze norm.

Tijdens het vervolgbezoek is deze norm **niet getoetst**.

#### 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 **voldeed De Bieslandhof grotendeels niet** aan de norm.

Volgens de inspectie **voldeed De Bieslandhof** tijdens het vervolgbezoek **grotendeels** aan deze norm.

Tijdens het vorige bezoek bleek uit de bevindingen dat de zorgverleners niet altijd handelden volgens het medicatiebeleid.

Ook handelden de zorgverleners niet binnen de geldende veldnormen en wet- en regelgeving. Daarnaast waren zij niet bekend met de Veilige Principes in de medicatieketen.

Uit gesprekken tijdens het huidige bezoek blijkt dat de zorgverleners bekend zijn met het handboek medicatievoorziening van Pieter van Foreest en hiernaar handelen. Daarnaast geven gesprekspartners aan dat zij de Veilige Principes in de medicatieketen kennen. De inspectie ziet tijdens de rondgang dat de zorgverleners voor het merendeel werken binnen de geldende veldnormen en wet- en regelgeving.

De inspectie ziet bijvoorbeeld op ingeziene toedienlijsten dat de zorgverleners hierop per medicijn en per toedientijdstip paraferen. De inspectie ziet geen handgeschreven wijzigingen op de toedienlijsten. Ook ziet de inspectie op toedienlijsten bij risicovolle medicatie parafen van twee verschillende zorgverleners. De inspectie ziet in vier medicatiekarren dat de zorgverleners tubes en crèmes hebben voorzien van een datum van openen.

Gesprekspartners vertellen dat er op elke afdeling sinds een week nieuwe medicatiekarren in gebruik zijn. Zorgverleners vertellen dat de kar alleen toegankelijk is voor bevoegde zorgverleners. Alleen zij hebben een pasje waarmee zij de kar kunnen openen. De inspectie ziet hoe zij de kar kunnen openen. Gesprekspartners vertellen dat zij enthousiast zijn over het gebruik van de kar en het gevoel van veiligheid dat het hen geeft. De inspectie ziet dat de karren afgesloten zijn en vanzelf op slot gaan.

De inspectie constateert dat de voorraad opiaten in de steekproef van vier opiaten kluizen overeenkomt met de voorraadregistratie. Tijdens de rondgang vertellen zorgverleners hoe zij handelen wanneer er opiaten retour moeten naar de apotheek. Zij doen deze opiaten pas in een afgesloten box doen wanneer de apotheek ze komt ophalen. Het registratieformulier van de opiaten zit dan bijgesloten, vertellen gesprekspartners. De inspectie leest in het handboek dat de zorgverleners handelen conform het handboek.

Van verschillende zorgverleners hoort de inspectie hoe zij handelen bij wijzigingen in de baxterrol. De zorgverleners maken gebruik van een rode klem op het baxterzakje waarmee zij de gestopte medicatie separeren. Dit laten zij controleren door een collega, hoort de inspectie. Deze werkwijze leest de inspectie terug in het handboek. Bij wijzigingen hebben de zorgverleners meteen beschikking over een nieuwe toedienlijst. De zorgverleners laten zien aan de inspectie waar en in welk systeem zij een nieuwe toedienlijst kunnen vinden en printen. Vanuit dit systeem kunnen zij ook het medicatie overzicht inzien en printen. De inspectie ziet dat medicatiewijzigingen in de cliëntdossiers staan. De inspectie leest in de dossiers dat de arts bij iedere wijziging de reden en ingangsdatum van de wijziging noteert.

Gesprekspartners vertellen dat wanneer er sprake is van zelfzorgmedicatie, het betreffende medicijn opgenomen op de toedienlijst. De inspectie ziet hiervan voorbeelden op ingeziene toedienlijsten. In het handboek staat dat de afspraak is dat de cliënt het zelfzorgmedicijn zelf mag leveren, mits de verpakking herleidbaar is en overeenkomt met de vermelding op de toedienlijst. De zorgverleners handelen hierbij conform het handboek.

Een medicatiereview van het gebruik van de medicatie, per cliënt, vindt volgens gesprekspartners in ieder geval eenmaal per jaar plaats. De arts en apotheker voeren deze uit. De andere zorgverleners kunnen aandachtspunten aandragen. Daarnaast is er zes keer per jaar een farmacotherapeutisch overleg waarin de voorschrijvend artsen en de apotheker het formularium evalueren.

Tijdens de rondgang ziet de inspectie ook enkele bevindingen die niet conform het handboek medicatievoorziening van Pieter van Foreest en de geldende wet- en regelgeving zijn. Zoals het ontbreken van een dubbele paraaf bij de registratie van de voorraad van opiaten. Op de lijst ziet de inspectie dat dit in 2020 meermaals is voorgekomen. De inspectie hoort van de zorgverleners dat het niet altijd mogelijk is om dit dubbel te controleren omdat er bijvoorbeeld tijdens de nachtdienst niet direct een collega beschikbaar is. Ook kan het komen door hogere werkdruk door bijvoorbeeld ziekte van collega's. Gesprekspartners geven aan dat dit probleem bekend is bij het management en dat zij kijken naar een oplossing, zoals ook helpenden scholen om dubbel te controleren. Daarnaast blijkt dit probleem onderwerp van gesprek te zijn met en bij de (afdelings-)verpleegkundigen.

Daarnaast treft de inspectie op één afdeling potjes aan met hierin losse medicatie. Hiervan is niet herleidbaar of de inhoud overeenkomt met het etiket en het recept. Daarnaast ziet de inspectie ook op alle afdelingen een afgesloten bak voor retourmedicatie.

Op de toedienlijsten staat middels een code vermeld in hoeverre de cliënt eigen regie heeft over de medicijn inname, de zogenaamde 'Beoordeling Eigen Beheer' (BEM). Op een afdeling vertelt de verpleegkundige dat tijdens de halfjaarlijkse risicosignalering de BEM geëvalueerd wordt. Tijdens het MDO wordt vervolgens met de cliënt/vertegenwoordiger en de SO zo nodig de BEM bijgesteld, conform het beleid in het handboek. Op een andere afdeling vertellen gesprekspartners echter dat de verzorgende en de SO deze beoordeling niet structureel evalueren en in het MDO bespreken, maar minimaal één keer bespreken en evalueren in het MDO. Dit is niet conform het handboek waarin staat dat dit minimaal bij elk MDO en elke zorgevaluatie wordt geëvalueerd.

#### Norm 1.3

De zorgaanbieder en de voorschrijvers<sup>1</sup> voldoen aan de voorwaarden voor veilig voorschrijven en de KNMG richtlijn EVS.

Deze norm is tijdens het vorige en het vervolgbezoek **niet getoetst**.

#### Norm 1.4

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

Deze norm is tijdens het vorige en het vervolgbezoek **niet getoetst**.

#### Norm 1.5

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

Volgens de inspectie **voldeed De Bieslandhof** tijdens het vorige bezoek **grotendeels** aan deze norm.

Tijdens het vervolgbezoek is deze norm **niet getoetst**.

---

<sup>1</sup> De voorschrijvers die werken onder de voorwaarden van de zorgaanbieder en met de systemen van de zorgaanbieder.

#### Norm 1.6

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

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

Volgens de inspectie **voldoet De Bieslandhof** tijdens het vervolfbezoek aan deze norm.

Uit gesprekken en inzage in documenten hoort de inspectie dat er op de locatie door alle betrokkenen aandacht is voor het leren en verbeteren op het gebied van medicatieveiligheid. Vanuit het plan 'Sturen op kwaliteit' op het niveau van de gehele stichting is er op locatie een plan ontwikkeld voor het verbeteren van dit thema. Ook is er een verbeterplan voor elke afdeling. Met behulp van onder andere audits, het invullen van zelfreflectiekaarten en meldingen incidenten cliënt (MIC) meet het management het effect en voortgang op de plannen en stelt zo nodig bij. Daarnaast houden zowel de afdelingsverpleegkundigen als de hbo-verpleegkundigen zicht op de aandachts- en verbeterpunten binnen het thema medicatieveiligheid. Zij vertellen dat MIC hier input voor zijn maar ook de eigen observaties op de afdelingen. Per afdeling vindt er tussen teammanager, afdelingsverpleegkundige en hbo-verpleegkundige met regelmaat een driehoeksoverleg plaats over wat zij signaleren. Gesprekspartners vertellen dat dit overleg een laagdrempelige manier is om de kwaliteit van de medicatieveiligheid te bespreken en vervolgens bij te sturen.

Onderdeel van het verbeterplan op locatie is dat de verpleegkundigen opnieuw scholing gegeven hebben aan de zorgverleners niveau drie en hoger. Deze scholing vond plaats afgestemd op de gesignaleerde behoefte van elke zorgverlener. Ook volgden zij een e-learning. In de toekomst zullen ook de zorgverleners die als helpende werken een scholing volgen. Daarnaast is er een werkgroep medicatieveiligheid die bestaat uit zorgverleners van verschillend deskundigheidsniveaus van verschillende afdelingen. Deze werkgroep heeft met onder andere nieuwsbrieven, prijsvragen en een vragenspel haar collega's betrokken bij de verbeteringen. Zowel de werkgroep vergaderingen als de teamvergaderingen zijn enige tijd niet door gegaan vanwege Covid-19 besmettingen op de locatie. Op korte termijn gaan deze vergaderingen weer van start.

Van alle gesprekspartners hoort de inspectie terug dat voorgaande heeft geleid tot een gezamenlijk bewustzijn en verantwoordelijkheid op het thema medicatieveiligheid. Ook hoort de inspectie dat de aanspreekcultuur is verbeterd. Gesprekspartners vertellen dat zij het makkelijker vinden collega's aan te spreken.

Van één van de voortschrijvend SO hoort de inspectie dat het elektronisch voorschrijf systeem (EVS) is aangepast. Hierdoor zou een eerder gesignaleerde tekortkoming niet meer voor moeten kunnen komen.

#### Norm 1.7

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

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

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

De analyse van de meldingen vindt plaats in de decentrale VIM-commissie waar een SO en kwaliteitsverpleegkundige deel van uit maken. De inspectie hoort van diverse gesprekspartners dat zij aandacht hebben voor hoe zij kunnen leren van incidenten. De decentrale VIM-commissie analyseert elk kwartaal de meldingen en stelt verbeteracties op.

In een analyse van de meldingen is te lezen dat het invullen van de melding door de zorgverlener nog om verbetering vraagt. Het type melding 'overig' komt nog veelvuldig voor. De VIM-commissie formuleert de actie dat de teammanager de aangeleverde melding controleert en de melder feedback geeft op het correct invullen. Daarnaast is te lezen dat het management van elke afdeling, die verantwoordelijk is voor de afhandeling en analyse van de melding, ondersteuning en kennis nodig heeft om dit goed uit te voeren. Er is dan ook extern advies ingewonnen en het management van De Bieslandhof krijgt nu ondersteuning in incidentenanalyse.

Tijdens gesprekken hoort de inspectie vergeleken met het inspectiebezoek in 2020 een groter bewustzijn bij de zorgverleners over het belang van melden. Zij vertellen elkaar ook aan te spreken op het doen van meldingen. Zij vertellen vaker iets terug te horen nadat zij een melding doen en zelf meer na te denken over mogelijke oorzaken. In de team overleggen zijn de MIC onderdeel van de agenda, hoewel het overleg even niet plaatsvindt vanwege de Covid-19 omstandigheden.

De inspectie hoort dat management heeft gesignaleerd het storen van de zorgverleners tijdens het medicatiedelen tot incidenten leidt. Dit is ook terug te zien in het aantal meldingen en de decentrale VIM-commissie vraagt hier dan ook aandacht voor. De inspectie hoort tijdens het bezoek dat Bieslandhof nu onderzoekt hoe zij dit proces verder kunnen verbeteren. Daarnaast blijkt de controle van opiaten op een afdeling nog een aandachtspunt (zie norm 1.2).

#### Norm 1.8

De zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden voor veilige medicatieoverdracht.

Volgens de inspectie **voldeed De Bieslandhof** tijdens het vorige bezoek **grotendeels** aan deze norm.

Tijdens het vervolgbezoek is deze norm **niet getoetst**.

## 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;
- Gesprek met verpleegkundigen;
- Gesprekken met een behandelaar;
- Gesprekken met het management(team);
- Inzage van 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/medicatieoverzicht lijsten in.

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

## Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Verbeterplan de Bieslandhof 2020
- PDVA Medicatieveiligheid, 22 januari 2021
- Handboek Medicatievoorziening Pieter van Foreest 2020
- Nieuwsbrieven For Your Information
- Presentaties bijeenkomsten medicatieveiligheid november en december 2020
- Notulen werkgroep medicatieveiligheid, 10 september 2020
- Uitwerking programma deelnemers Medicatie werkgroep Bieslandhof
- Plan van aanpak werkgroep medicatieveiligheid
- Training incidentanalyse
- Rapportages interne audits
- Memo voor Raad van Toezicht van Stuurgroep Sturen op Kwaliteit, 30 augustus 2020
- Voortgangsrapportage Ik ga voor Kwaliteit!, 6 januari 2020
- Plan van aanpak deelproject 2
- Deelproject 1, implementatie medicatieveiligheid op locaties
- Overzicht VIM-meldingen oktober, november, december 2020
- Rapportage Decentrale VIM Commissie, Q3 en Q4 2020
- Procesbeschrijving Retourmedicatie niet opiaten ter vernietiging, 18 juli 2019
- Procesbeschrijving Retourmedicatie opiaten ter vernietiging, 18 juli 2019
- Overzicht scholing voorbehouden handelingen en medicatieveiligheid, 2 februari 2020