



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Zorginstellingen Pieter van
Foreest, locatie Lindenhof in Delft op
25 februari 2020

Utrecht, juli 2020

V2018977

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving Pieter van Foreest en Lindenhof 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
5	Bijlage 2 Beoordeelde documenten 15

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 25 februari 2020 een onaangekondigd bezoek aan Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest (Pieter van Foreest), locatie Lindenhof (Lindenhof) 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 Lindenhof mede naar aanleiding van een melding over incidenten met medicatie binnen de locatie in 2019. Lindenhof heeft naar aanleiding van deze melding verbetermaatregelen genomen. Met dit bezoek toetst de inspectie of de geboden medicatie zorg op locatie Lindenhof voldoet aan wet- en regelgeving.

Op 20 februari 2020 bezocht de inspectie een andere locatie van Pieter van Foreest, namelijk De Bieslandhof in Delft. Dit was een vervolfbezoek naar aanleiding van een eerder medicatieveiligheid bezoek in november 2018. Toen bleek uit de bevindingen dat De Bieslandhof niet voldoende voldeed aan de wet- en regelgeving. Doel van de bezoeken aan zowel De Bieslandhof als Lindenhof is eveneens om te toetsen of de zorgaanbieder de verbetermaatregelen binnen de gehele organisatie heeft geïmplementeerd.

Op basis van de bevindingen van beide inspectiebezoeken, bepaalt de inspectie of er vervolgtoezicht nodig is en in welke vorm.

1.2 Beschrijving Pieter van Foreest en Lindenhof

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

Lindenhof is een woonzorgcentrum in Delft. Het biedt plaats aan 66 cliënten met een psychogeriatrische (PG) en/of somatische problematiek. Daarvan beschikken 64 cliënten over een 1- kamerappartement en er zijn twee 2-kamperappartementen. De cliënten hebben zorgprofielen (VV) die variëren van VV3 tot en met VV6 allen zonder

behandeling. Ten tijde van het bezoek heeft het merendeel van de cliënten een zorgprofiel VV4. Lindenhof heeft vier afdelingen voor langdurige zorg. Per afdeling is er plaats voor 16 of 17 cliënten.

De dagelijkse leiding bij Lindenhof ligt in handen van een locatiemanager. Deze is daarnaast ook locatiemanager van een andere locatie van Pieter van Foreest. De locatiemanager wordt ondersteund door een teammanager wonen, zorg en welzijn. Daarnaast is per eind februari 2020 een extra teammanager ad interim aangesteld. Zijn opdracht is om te komen tot plannen om de zorg en het gebouw van Lindenhof aan te passen aan de complexer wordende doelgroep.

Het team van zorgverleners bestaat uit een hbo-verpleegkundige, mbo-verpleegkundigen, verzorgenden (IG; deskundigheidsniveau 3) en helpenden. Daarnaast werken bij Lindenhof gastvrouwen, vrijwilligers en medewerkers welzijn. De hbo-verpleegkundige houdt naast andere taken overzicht op het totale proces van medicatieveiligheid. De mbo-verpleegkundigen controleren, coachen en begeleiden de zorgverleners op de afdelingen. Dit doen zij voor vijftig procent van hun tijd. De overige vijftig procent werken zij mee in de zorg.

Alle cliënten van Lindenhof ontvangen zorg zonder behandeling. De huisarts is de behandelaar van deze cliënten. Er zijn in totaal 35 verschillende huisartsen behandelaar van de cliënten binnen Lindenhof. Voor het medicatiebeheer werkt Lindenhof samen met een apotheek in Delft.

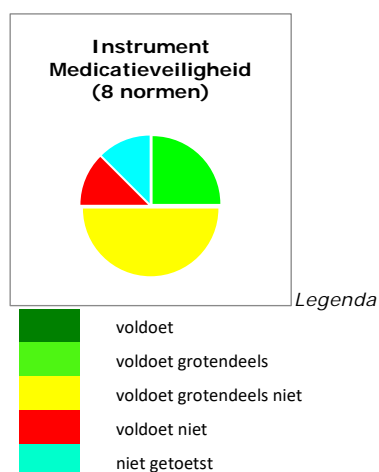
Tot recent nam een specialist ouderengeneeskunde (SO) van de behandeldienst van Pieter van Foreest deel aan alle multidisciplinaire overleggen (MDO). Op dit moment is er een vacature voor een SO die deze rol moet gaan overnemen en neemt tot die tijd geen SO deel aan de MDO's.

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 Lindenhof. 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 Lindenhof beoordeelt. Een toelichting op de kleuren in de diagrammen staat in hoofdstuk 4.



2.2 Wat gaat goed

Zorgverleners betrekken de cliënten bij de afspraken over het beheer en de toediening van medicatie. Hierbij bespreken zij ook de eigen rol van de cliënt bij het zelf in beheer hebben van medicatie. Zorgverleners leven de afspraken over controle van levering, opslag en het beheer van medicatie aantoonbaar na.

2.3 Wat kan beter

De zorgverleners kunnen bewuster stil staan bij de overwegingen om het beheer van medicatie over te nemen. Daarnaast is het van belang deze overwegingen niet alleen op de BEM-formulieren vast te leggen, maar ook in de cliëntdossiers. Verder kunnen de zorgverleners elkaar nog beter aanspreken. Ook het doen van melding van incidenten kan beter. Dit geldt ook voor het systematisch rapporteren op doelen ten aanzien van de reden, werking en het effect van medicatie op de (gezondheid)toestand van de cliënt.

2.4 Wat moet beter

De zorgaanbieder moet het medicatieproces structureel methodisch inrichten en zorgverleners moeten steeds de pdca-cyclus volgen om veilig het medicatiebeleid te kunnen uitvoeren. Daarnaast moet de zorgaanbieder ervoor zorgen dat de zorgverleners voldoende bevoegd en bekwaam zijn. Daarnaast is het van belang dat de zorgverleners bekend zijn met het binnen Lindenhof geldende medicatiebeleid en hier structureel naar handelen.

Verder moet het medicatiebeleid passen bij de relevante wet- en regelgeving en van toepassing zijn op een locatie zonder behandeling. Ook de verantwoordelijkheden

van de huisarts en apotheek moeten hierin beschreven staan. Daarnaast is het van belang dat alle betrokkenen handelen conform dit beleid.

2.5 Conclusie bezoek

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

De inspectie ziet dat er binnen de organisatie aandacht is voor het leren en verbeteren van de medicatieveiligheid. Maar op dit moment is de PDCA nog onvoldoende geborgd. Zo ontbreekt er binnen Lindenhof een samenhang tussen kennis over het medicatiebeleid, het methodisch werken en continue leren en verbeteren. Hierdoor zijn er binnen Lindenhof nog niet voldoende randvoorwaarden aanwezig voor een veilige werkwijze op het gebied van medicatieveiligheid.

De geconstateerde bevindingen geven daarom aanleiding tot aanvullende verbetermaatregelen. Het is van belang dat het management en de zorgaanbieder dit verbeterproces slagvaardig oppakt en hierop daadkrachtig stuurt. Daarbij dienen zorgverleners betrokken en ondersteunt te worden in de uitvoering van hun taak.

De inspectie bezocht op 20 februari 2020 ook een andere locatie van Pieter van Foreest, De Bieslandhof. Gezien de bevindingen daar en bij de Lindenhof, 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 hoort de inspectie dat de raad van bestuur en de raad van toezicht de tekortkomingen erkennen en herkennen. Het afgelopen jaar heeft de focus vooral gelegen in het verder vorm geven van het beleid en het zorgen voor voldoende borging daarvoor. De COVID 19 crisis heeft gezorgd dat de team coördinatoren meer in de praktijk aanwezig zijn en daar sturing geven. Dit wil de raad van bestuur ook op het thema medicatieveiligheid verder doorzetten.

De inspectie heeft op basis van dit gesprek op dit moment voldoende vertrouwen dat de raad van bestuur zorgt voor voldoende borging en sturing in de praktijk. Omdat de focus de afgelopen maanden heeft gelegen op de COVID 19 crisis geeft 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.

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van Lindenhof 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 vier en een halve maand 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.

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

De inspectie zal in december 2020 bezoeken brengen aan Pieter van Foreest. Als de organisatie onvoldoende vooruitgang laat zien zal de inspectie (bestuursrechtelijke) maatregelen overwegen.

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 zijn¹ 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 Lindenhof grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken en documenten blijkt dat de zorgverleners afspraken maken met de cliënt (of vertegenwoordiger) over het beheer en toedienen van medicatie. Tijdens een huisbezoek voorafgaand aan het verhuizen naar Lindenhof spreken de zorgverleners met de cliënt (of vertegenwoordiger) over de eigen rol en verantwoordelijkheid in het medicatieproces. Daarnaast bespreken de zorgverleners tijdens een halfjaarlijks overleg de wensen en behoeften van de cliënt. De cliënt nodigen zij voor dit overleg uit. Deze afspraken verwerken de zorgverleners op een formulier 'beoordeling eigen beheer medicatie' (BEM). De BEM-code geeft aan welke zorg de cliënt zelf heeft voor de medicatie en welke zorg de zorgverleners overnemen.

De inspectie ziet dat de zorgverleners de afspraken met cliënten op maat maken. De inspectie spreekt ook met een cliënt die de medicatie geheel in zijn eigen beheer heeft. Wel blijkt dat de zorgverleners voor alle cliënten in Lindenhof het beheer en

¹ Voor de leesbaarheid wordt hier de mannelijke vorm gebruikt; waar 'hij' staat bedoelt de inspectie ook 'zij'.

het aanrijken van een laxeermiddel geheel overnemen. Dus ook voor de cliënten die verder alle medicatie in eigen beheer hebben.

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 Lindenhof grotendeels niet** aan de norm.

Uit gesprekken met de 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 zorgverleners geven in gesprekken aan te weten dat de organisatie een medicatiebeleid heeft. Maar zij kennen de inhoud daarvan niet volledig. Zo is voor een zorgverlener onbekend hoe de procedure rondom het retourneren van opiaten is. Ook vertellen gesprekspartner de Veilige Principes in de medicatieketen niet te kennen.

De inspectie hoort en ziet dat de zorgverleners met de BEM-score afwegen of en welke rol een cliënt kan spelen in het medicatieproces. Deze afweging gebeurt (zie norm 1.1) tijdens de intakeprocedure of als de situatie van de cliënt verandert. Ook bespreken de zorgverleners tijdens ieder halfjaarlijks overleg de BEM-score. De verpleegkundigen verwerken deze vervolgens in een apart formulier in de medicatiemap. Maar deze afweging maken zij niet in overleg met de behandelend huisarts. Daarnaast ziet de inspectie op een afdeling in de cliëntdossiers wisselend een vermelding van de BEM-code. De zorgverleners rapporteren hier niet over. In het handboek van Pieter van Foreest staat dat de code in het zorgplan vermeld moet staan.

Daarnaast blijkt ook uit gesprekken en de cliëntdossiers, dat Lindenhof ook bij cliënten die de overige medicatie wel in eigen beheer hebben, het beheer en het aanrijken van een laxeermiddel geheel overneemt (zie norm 1.1). Zorgverleners kunnen niet benoemen wat hier de reden voor is.

Bij inzage van de toedienlijsten valt op dat er bij meerdere cliënten, bij meerdere toedienmomenten, parafen ontbreken. Bij navraag en inzage in de cliëntdossiers hoort de inspectie dat de zorgverleners hier beperkt- tot geen actie op hebben ondernomen. Er is geen rapportage over in het cliëntdossier. Zie ook norm 1.7. Bij een andere cliënt blijkt dat de apotheker niet tijdig de medicatie heeft geleverd. Een zorgverlener vertelt dat de cliënt hierdoor vier dagen later is gestart met de medicatie. Uit het cliëntdossier blijkt in dit geval welke actie de zorgverleners hebben ondernomen, namelijk de huisarts bellen. Maar deze bleek niet bereikbaar. De zorgverleners hebben geen aantoonbare andere acties ondernomen. Ook is in geen van bovenstaande gevallen een MIC-melding gedaan door de zorgverleners.

De inspectie ziet in de cliëntdossiers dat zorgverleners niet altijd consequent op doelen rapporteren bij medicatie. Bijvoorbeeld bij een cliënt met diabetes rapporteren de zorgverleners de bloedsuikerwaarden op wisselende plekken in het zorgdossier. De zorgverleners geven de gemeten waarden wel door aan de huisarts, zo vertellen zij. De huisarts past daarop zo nodig de voorgeschreven hoeveelheid insuline aan. Ook ontbreekt rapportage over het effect van psychofarmaca.

Daartegenover staat dat de zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn om het zorgproces uit te voeren. In oktober 2019 heeft er een scholing voor contactverzorgenden over medicatieveiligheid plaatsgevonden, vertellen gesprekspartners. Een zorgverlener vertelt dat zij eerder scholing rondom medicatieveiligheid heeft gevolgd. In de digitale leeromgeving van de organisatie ziet de inspectie deze scholing terug. Gesprekspartners vertellen dat de teammanager de zorgverleners aanspreekt op het tijdig volgen van scholingen. Zij vertellen dat zij scholing kunnen aanvragen indien zij leervragen hebben over medicatieveiligheid of over hun bekwaamheid.

Zorgverleners vanaf niveau 3 hebben een rol in het medicatieproces, zo hoort en leest de inspectie. In elke medicatiemap is een lijst opgenomen met zorgverleners die het medicatieproces kunnen uitvoeren. Ook is een overzicht van parafen opgenomen ten behoeve van de navolgbaarheid daarvan. De controle van het medicatieproces op de afdeling, en wie dit doet, is op elke afdeling geregeld en vastgelegd in werkafspraken. Deze werkafspraken over opslag, beheer en controles van voorraden op juistheid en houdbaarheid zijn bekend bij alle gesprekspartners. De inspectie hoort en ziet dat de zorgverleners dit strikt naleven. Er vinden gestructureerd en navolgbaar controles plaats, waaronder van de opiaten.

Norm 1.3

De zorgaanbieder en de voorschrijvers² voldoen aan de voorwaarden voor veilig voorschrijven en de KNMG richtlijn EVS.

De norm is **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.

Volgens de inspectie **voldoet Lindenhof niet** aan de norm.

De inspectie hoort van gesprekspartners niet terug dat een arts en apotheker jaarlijks voor iedere cliënt een medicatiebeoordeling uitvoeren. De inspectie ziet hierover ook geen informatie terug in de cliëntdossiers en gesprekspartners zijn hier niet mee bekend. Daarnaast blijkt dat de zorgverleners hier niet in betrokken worden. In het handboek medicatie-voorziening van Pieter van Foreest staat niet beschreven hoe de medicatiebeoordeling geregeld is voor cliënten waarvoor de huisarts verantwoordelijk is.

Norm 1.5

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

Volgens de inspectie **voldoet Lindenhof grotendeels niet** aan de norm.

Pieter van Foreest heeft een handboek medicatie-voorziening. In dit handboek heeft de organisatie het overkoepelende beleid beschreven gebaseerd op wet- en regelgeving. Het beschrijft vanuit een zorginstelling met behandeling onder andere verantwoordelijkheden en stappen in het medicatieproces. Het handboek is nog niet structureel aangepast aan locaties zonder behandeling, zoals Lindenhof. Zo wordt bij verantwoordelijkheden beschreven dat voor locaties zonder behandeling een andere

² De voorschrijvers die werken onder de voorwaarden van de zorgaanbieder en met de systemen van de zorgaanbieder.

rol van de apotheek van toepassing is. Maar hoe deze rol is, is niet in het handboek uitgewerkt. Verder heeft de organisatie de rol van de huisarts niet beschreven in het handboek. Ook is de procedure voor het bestellen van medicatie niet passend voor een locatie waar de huisarts hoofdbehandelaar is.

De inspectie ziet in het medicatiebeleid van Pieter van Foreest dat drogisterij- en zelfzorggeneesmiddelen altijd door de arts op de toedienlijst vermeld moeten worden met de opmerking "middel van buiten (apotheek levert niet)". Op de toedienlijsten ziet de inspectie drogisterij- en zelfzorggeneesmiddelen altijd vermeldt. De opmerking "middel van buiten (apotheek levert niet)" ziet zij niet op de toedienlijsten. Wel hoort zij van de zorgverleners dat het voorkomt dat familie het zelfzorggeneesmiddel aanschafft. Het beleid waarbij de cliënt zelf de medicatie mag meenemen komt echter niet overeen met de veilige principes in de medicatieketen.

Lindenhof ontvangt van de apotheek wekelijks nieuwe baxterrollen met medicijnen en zo nodig losse medicatie, zo vertellen gesprekspartners. Allen zijn op naam van de cliënten gesteld, hoort en ziet de inspectie. Daarbij ontvangt Lindenhof per cliënt geprinte toedienlijsten en actuele medicatie overzichten. Deze 'basisset medicatiegegevens' zijn echter niet op alle afdelingen beschikbaar. Bij tussentijdse wijzigingen levert de apotheek tot 2 keer per dag nieuwe medicatie en toedienlijsten.

De zorgverleners tekenen de medicatie op papier af. In de medicatiemappen ziet de inspectie op de toedieningslijsten dat de zorgverleners per medicijn aftekenen. Op de actuele toedienlijsten zetten zorgverleners herleidbare parafen bij de momenten van aanreiken/toedienen. Zorgverleners paraferen risicovolle medicatie zoals insuline en opiaten dubbel af. Maar in sommige gevallen ontbreken de parafen (zie de bevindingen bij norm 1.2). Wel ziet de inspectie dat de zorgverleners geen medicatie of andere bijzonderheden op de toedienlijsten schrijven.

Indien er medicatiewijzigingen zijn tijdens het verblijf in Lindenhof, levert de apotheek dezelfde dag de nieuwe medicatie en een toedienlijst aan. Zorgverleners van alle afdelingen geven aan dat dit proces goed gaat. Indien er een medicatie in een medicatierol stopt of wijzigt, halen zij zelf geen medicatie uit de baxterrol, maar wachten op een nieuwe rol van de apotheek. In het weekend kijken zorgverleners van deze werkwijze af, omdat de vaste apotheek dan niet geopend is. De werkwijze die ze in het weekend moeten volgen, staat in het handboek beschreven. Het handboek is echter niet van toepassing op locaties met zorg zonder behandeling.

De werkwijzen rondom controle van levering, opslag en het beheer van medicatie heeft Lindenhof afgesproken. Zorgverleners leven de afspraken strikt na. Er vinden door de nachtdienst gestructureerd en navolgbaar controles op onder andere hoeveelheid en houdbaarheid van medicijnen plaats. Verder zijn er tellijsten aanwezig voor opiaten. Zorgverleners tellen op de afgesproken momenten en tekenen dit af. Dit ziet de inspectie terug in documenten op alle afdelingen.

Zorgverleners doen medicijnen die retour moeten naar de apotheek in een brievenbus in de medicatieruimte. Deze brievenbus hangt aan de muur. Alleen de apotheekmedewerker die de retourmedicijnen ophaalt heeft de sleutel van deze brievenbus. Voor het retour geven van opiaten is in Lindenhof één aparte brievenbus aanwezig in een specifieke medicijnruimte. Bij het retourneren van opiaten wordt ook het registratieformulier dat zij hebben gebruikt om de voorraad van het betreffende opiaat op bij te houden in de betreffende brievenbus gedaan.

De apotheekmedewerker laat bij ophalen van de opiaten een daartoe bevoegd zorgverlener tekenen voor het ophalen. Na verwerking op de apotheek stuurt deze een bevestiging van de retour ontvangen opiaten aan Lindenhof.

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 Lindenhof grotendeels** aan deze norm.

Pieter van Foreest heeft een geneesmiddelencommissie die het geneesmiddelenbeleid opstelt. Ook heeft Lindenhof een Medicatie Team Lindenhof opgericht. Dit team is verantwoordelijk voor het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van het medicatieproces op de locatie. Namens elke afdeling nemen 2 verzorgenden IG deel aan dit team. In dit team hebben ook alle verpleegkundigen zitting. Aan de hand van door de afdelingen minimaal 2 keer per jaar ingevulde vragenlijsten op het gebied van medicatieveiligheid, komt het team eens per twee maanden bij elkaar. Ook bespreken zij de Meldingen Incidenten Cliënt (MIC) en onderwerpen uit de kwaliteitsverbetercyclus (KVC) ten aanzien van medicatie. In een digitaal systeem leggen zij afspraken en verbeteracties vast, zo leest de inspectie en tijdens de maandelijkse werkbijeenkomsten brengt het Medicatie Team verslag uit. In een verslag van een recent overleg leest de inspectie dat de apotheek een verkeerde dosis heeft geleverd. Er vindt analyse in het overleg plaats, waarna afgesproken wordt dat dit punt verder uitgezocht zal worden in overleg met de apotheek, de verpleegkundigen en de teammanager.

Daarnaast voert de hbo-verpleegkundige aan de hand van het KVC interne audits uit onder andere op medicatieveiligheid. De leden van het Medicatie Team en de daarin zitting hebbende zorgverleners van de afdelingen betreft zij bij deze audits. Een resultaat van deze audits is het medicatieplan voor 2019/2020 dat Lindenhof heeft opgesteld. In dit document is navolgbaar wanneer er tussenevaluaties hebben plaats gevonden en wat de resultaten waren op dat moment. In mei 2020 zal de volgende evaluatie plaats gaan vinden, zo leest de inspectie.

Verder ziet de inspectie uitkomsten van de audits in. Lindenhof voldoet hierbij aan twaalf van de achttien items over medicatieveiligheid. De aspecten die niet voldoen, zoals het niet ongestoord kunnen delen van medicatie en het niet op de hoogte zijn van de werkwijze van retour van opiaten, zullen onderwerp worden binnen het Medicatie Team, zo vertellen gesprekspartners.

Gesprekspartners geven aan dat er binnen Lindenhof een open cultuur is. Er is ruimte om elkaar aan te spreken, bijvoorbeeld als zorgverleners medicatie niet hebben afgetekend. Zorgverleners geven aan dit ook direct te doen. Bijvoorbeeld door te bellen met een collega uit een vorige dienst. Om zo helder te krijgen of er door de collega alleen vergeten is af te tekenen of dat de medicatie ook echt vergeten is te geven en wat hiervan de reden was. Maar tegelijkertijd hoort en ziet de inspectie dat dat dit niet in alle gevallen gebeurt (zie de bevindingen bij norm 1.2 en 1.7).

Norm 1.7

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

Volgens de inspectie **voldoet Lindenhof grotendeels niet** aan de norm.

Lindenhof heeft een Veilig Incidenten Melden (VIM)-commissie waarin de daarin zitting hebbende teammanager en de hbo-verpleegkundige meldingen van onder andere medicatiefouten bespreken. Zij kijken ook naar trends. Uit de bevindingen van de inspectie blijkt echter dat de zorgverleners niet altijd een MIC invullen wanneer daar aanleiding toe is (zie norm 1.2). Hierdoor ontbreekt er informatie ter verbetering van het medicatieproces.

Gesprekspartners vertellen dat de VIM-meldingen bij de teammanager binnen komen. Deze bespreekt ze zo nodig direct met de betrokken zorgverleners. Daarna vindt er in de VIM-commissie analyse plaats en worden trends onderzocht, zo hoort de inspectie. Maar in de documenten ziet de inspectie dat er bij de analyse van de incidenten geen onderzoek plaatsvindt naar oorzaken. In de VIM-rapportage van kwartaal 3 uit 2019 staan alleen het aantal meldingen per categorie vermeldt. Het ontbreekt aan genoemde oorzaken en passende maatregelen.

De zorgverleners vertellen wel dat zij MIC maken als zij betrokken zijn bij incidenten. Zij geven aan dat het melden binnen de teams wordt gezien als iets om van te leren. De teams bespreken deze meldingen in het werkoverleg.

Norm 1.8

De zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden voor veilige medicatieoverdracht. Volgens de inspectie **voldoet Lindenhof grotendeels niet** aan de norm.

Lindenhof heeft, volgens gesprekspartners, geen afspraken gemaakt en vastgelegd over medicatieoverdracht in de keten (zoals tussen apotheker, arts, zorgorganisaties en zorgverlener). Ook vertellen zij dat Lindenhof geen structureel overleg heeft met andere zorgorganisaties om de tekortkomingen te bespreken. Daarnaast heeft de zorgorganisatie geen afspraken gemaakt over het actueel houden van het medicatie-overzicht na overplaatsing uit ziekenhuis, de thuissituatie of uit een andere voorziening.

Daarnaast vertellen de zorgverleners dat overdrachten vanuit andere zorginstellingen voor wat betreft medicatie niet altijd goed verlopen. Informatie zoals de 'basisset medicatiegegevens' is dan niet altijd beschikbaar. De zorgverleners nemen dan zelf contact op met de huisarts of de apotheek. Uit een ander voorbeeld blijkt dat de levering van een juiste en actuele toedienlijst niet direct goed is gegaan. Het betreft een cliënt die is teruggekomen van een opname in een andere zorginstelling. De inspectie ziet dat op de toedienlijst van deze cliënt een deelmoment van een opiaat niet juist staat vermeld. Een zorgverlener vertelt dat zij na het constateren direct heeft gebeld met de apotheek. Deze zal gedurende dezelfde dag nog een juiste toedienlijst laten bezorgen. In de tussentijd brengt de zorgverleners haar collega's hiervan op de hoogte door middel van een notitieblaadje op de toedienlijst. Ook ziet de inspectie dat door middel van een dergelijk notitieblaadje zorgverleners elkaar op de toedienlijst wijzen dat bij een cliënt na een opname in een andere zorgorganisatie, een medicijn dat eerder niet in de baxter zat, nu wel in de baxterrol zit.

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 Lindenhof 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 cliënten;
- Gesprekken met vier uitvoerende medewerkers;
- Gesprekken met de locatiemanager en een teammanager;
- Inzage van drie cliëntdossiers van afdeling 1-2 en drie cliëntdossiers van afdeling 3-4;
- Inzage van toedienlijsten van afdeling 1-2 en 3-4;
- 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/medicatieoverzichtlijsten in.

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

5 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.

- Kwaliteitsverbeterplan van de locatie;
- Handboek Medicatie-voorziening Pieter van Foreest;
- Procesbeschrijvingen hoofdproces medicatie;
- Beschrijving Medicatie Team Lindenhof;
- Uitkomst reflectiekaarten, locatie Lindenhof;
- Medicatieplan Lindenhof;
- CareRate details Lindenhof;
- Notulen VIM-commissie 10 december 2019;
- Kwartaalrapportage VIM-meldingen 3^e kwartaal 2019;
- VIM-gegevens 4^e kwartaal 2019 en januari 2020;
- Overeenkomsten Pieter van Foreest en diverse uitzendbureaus.