



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 20 februari 2020

Utrecht, juli 2020

VGR 2018895

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving De Bieslandhof 4
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 20 februari 2020 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

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 op 28 november 2018 ook een bezoek aan De Bieslandhof met het thema medicatieveiligheid.

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. 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, kon beter. Ook een systematische controle, verbetering en borging op het medicatieproces binnen De Bieslandhof moest verbeteren. Daarnaast diende De Bieslandhof de tekortkomingen die uit de analyses van incidentmeldingen kwamen, ook te onderzoeken op andere afdelingen dan waar het incident zich voordeed. Relevante verbetermaatregelen diende De Bieslandhof locatie breed in te zetten. Sturing, coaching en ondersteuning van zorgverleners was hierbij noodzakelijk.

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 op 10 september 2019. Mede op basis van de kwaliteitsfoto besloot de inspectie om de Bieslandhof begin 2020 opnieuw te bezoeken.

Met dit bezoek op 20 februari 2020 toetst de inspectie de medicatieveiligheid in zijn algemeenheid. Ook toetst zij of de zorgaanbieder de verbetermaatregelen naar aanleiding van de meldingen en het bezoek in november 2018, in de praktijk heeft geborgd. Net als in november 2018, 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. Deze is in te zien via 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 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 psychogeriatrische (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 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. Vijf teammanagers wonen, zorg en welzijn, waarvan 1 junior teammanager, sturen de afdelingen aan. In de avond, de nacht en het weekend zijn er verpleegkundigen van dienst. Daarnaast werken er vier 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 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.

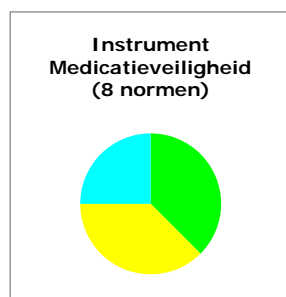
De behandel dienst van De Bieslandhof bestaat uit specialisten ouderengeneeskunde en diverse paramedici (zoals psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist etc.). De eerste specialist ouderengeneeskunde geeft functioneel leiding aan de SO's. En is verantwoordelijk voor het medicatiebeleid. De Bieslandhof 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 Bieslandhof heeft ten opzichte van het vorige bezoek een slag gemaakt in het updaten van het medicatiebeleid en het aanscherpen van de randvoorwaarden. Zo is er bijvoorbeeld meer aandacht voor scholing over medicatieveiligheid. Door de toegenomen continuïteit in de aansturing is er meer aandacht voor medicatieveiligheid. Het staat als onderwerp prominenter op de agenda en wordt structureel besproken in het managementteam overleg. Daarnaast is de samenwerking met de behandelaren op het gebied van medicatieveiligheid verbeterd. En zijn de zorgverleners die een rol hebben in het medicatieproces bevoegd en bekwaam.

2.3 Wat kan beter

Er vindt weliswaar structureel overleg plaats met ketenpartners maar de gesignaleerde knelpunten vanuit deze overleggen zijn nog onvoldoende opgelost. De zorgverleners ervaren de werkdruk als hoog wat o.a. zorgt dat gemaakte afspraken niet nagekomen kunnen worden. Zoals bijvoorbeeld het melden van (bijna) calamiteiten en meldingen. Maar ook dat het werken volgens gemaakte afspraken en richtlijnen niet altijd haalbaar is. Daarnaast kan de regie van de cliënt in het medicatieproces verbeteren.

2.4 Wat moet beter

Ondanks dat de randvoorwaarden verbeterd zijn om het medicatieproces goed uit te voeren, ontbreekt het nog steeds aan een systematische controle, verbetering en

borging op het medicatieproces. Ook analyseert de Bieslandhof onvoldoende de incidenten naar de juiste basisoorzaken in het meldingen proces. Dit moet verbeteren om goed zicht te krijgen op de relevante verbetermaatregelen en de uitvoering in de praktijk.

Net als tijdens het bezoek in 2018 moet de sturing, coaching en ondersteuning van de zorgverleners verbeteren. Dit zijn belangrijke randvoorwaarden om goed zicht te houden op de uitvoering in de praktijk en de bijsturing daarvan.

2.5 Conclusie bezoek

Uit de beoordeling van de medicatieveiligheid bij De Bieslandhof blijkt, dat de uitvoering van het medicatiebeleid op de werkvloer, net als in 2018, nog onvoldoende geborgd is. De Bieslandhof voldoet grotendeels aan drie van de zes getoetste normen. Aan de overige drie normen voldoet de Bieslandhof grotendeels niet.

Er is een verbeteringslag gemaakt ten aanzien van een aantal randvoorwaarden om het medicatieproces goed te laten verlopen. Echter, de inspectie ziet onvoldoende vooruitgang op de implementatie, sturing en borging van de verbetermaatregelen. Ondanks dat de inspectie ziet dat het onderwerp medicatieveiligheid prominent op de agenda staat van het managementteam in de locatie, lukt het de locatie niet om de juiste sturing en borging op het verbeterproces te geven. Dit geeft nog steeds risico's in het (medicatie)zorgproces voor de cliënten. De raad van bestuur en de directeuren zijn verantwoordelijk voor het slagvaardig sturen en doorvoeren van de verbetermaatregelen. Daarbij is het van belang dat de zorgverleners bij dit proces zijn betrokken. De zorgverleners moeten kunnen rekenen op ondersteuning en betrokkenheid van hun management, directeuren en raad van bestuur bij het uitvoeren van hun taak in onder andere het medicatieproces.

De inspectie ziet onvoldoende vooruitgang in het omzetten van het medicatiebeleid naar de praktijk in De Bieslandhof en onvoldoende sturing daarop. Om die reden bracht de inspectie ook een bezoek aan een andere locatie, namelijk de Lindenhof. En 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 geven 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 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 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 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 inzage in het dossier en de toedienlijsten, blijkt dat de zorgverleners afspraken met de cliënt(vertegenwoordiger) maken over beheer en toedienen van medicatie. Dit gebeurt in het Multidisciplinair overleg (MDO), zo leest de inspectie. Gesprekspartners vertellen dat de SO in overleg met de cliënt bepaalt in hoeverre de cliënt medicatie in eigen beheer kan hebben en/of zelf kan innemen, of dat de zorgverleners dit geheel overnemen. De SO categoriseert de cliënten in de hierbij passende categorie 'twee' (bij somatische cliënten), 'drie of vier' waarbij de zorg het beheer en de toediening geheel tot gedeeltelijk overneemt. De inspectie hoort dat dit soms in overleg gaat met de cliënt(vertegenwoordiger) tijdens de evaluatie van het zorgleefplan.

Maar de inspectie ziet net als tijdens het vorige bezoek dat de cliënt beperkt de regie krijgt op andere aspecten in het medicatieproces. Zo brengt de SO de cliënt(vertegenwoordiger) op de hoogte van de wijzigingen die voortkomen uit de medicatiebeoordeling. Maar is de cliënt(vertegenwoordiger) hier niet bij aanwezig.

Met de cliëntvertegenwoordigers vinden ook geen gesprekken plaats, over of zij een rol willen/kunnen spelen in het medicatieproces.

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 de bevindingen tijdens het bezoek blijkt dat de zorgverleners niet altijd handelen volgens dit medicatiebeleid en binnen de geldende veldnormen en wet- en regelgeving. Ook blijkt dat ze hier wisselend van op de hoogte zijn. Daarnaast zijn zij niet bekend met de Veilige Principes in de medicatieketen.

Zo ziet en hoort de inspectie dat de zorgverleners niet altijd dubbel controleren en paraferen bij risicovolle medicatie. De inspectie ziet bijvoorbeeld op een afdeling op de toedienlijst dat meerdere opiaten buiten de baxterzakjes, 1 niet dubbel zijn geparafeerd. Het zou in de avonduren moeilijker zijn om een dubbele controle te organiseren, zo vertellen de zorgverleners. Ook treft de inspectie op verschillende afdelingen flesjes medicatie aan die geen sticker hebben met de datum van openen. Desgevraagd weten de zorgverleners wel dat dit niet conform het medicatiebeleid is.

In het medicatiebeleid van De Bieslandhof staat dat een verantwoordelijk zorgmedewerker de controle van de medicatievoorraad moet doen. Per afdeling blijkt deze verantwoordelijkheid wisselend belegd en/of is onduidelijk wie dit doet. Op de ene afdeling zou volgens gesprekspartners de nachtdienst dit doen, op de andere afdeling degene die ook besteld, of juist de mbo-verpleegkundige. Uit inzage in de medicatiekar blijken er meerdere aandachtspunten te zijn wat betreft de voorraad, zoals medicatie dat over datum is. Ook ziet de inspectie verschillende potjes in de medicatiekar met daarin losse medicatie. Het is niet te traceren of de medicatie in het potje overeenkomt met informatie vermeld op de sticker van het potje.

In het medicatiebeleid staat dat de zorgverleners retourmedicatie in een afgesloten box moeten doen. In de praktijk sluiten de zorgverleners de bak met retourmedicatie af met twee clipjes. Wanneer er vervolgens weer medicatie retour komt, maken zij de box open en sluiten deze weer af met nieuwe clipjes. De box is hierdoor niet blijvend afgesloten. De clipjes staan in een bekertje in dezelfde kast als de retourbox. Op één afdeling hoort de inspectie dat de zorgverleners de box pas afsluiten als er opiaten in retour gaan en niet bij andere retourmedicatie.

Voor alle afdelingen zijn nieuwe medicatiekarren besteld en aanwezig. Deze gaan open door middel van een code of een sleutel. In november 2018 trof de inspectie een medicatiekar aan die niet meer afgesloten kon worden. Conform beleid hebben de zorgverleners vanaf niveau drie toegang tot de medicatiekar. Wel hoort de inspectie dat ook andere collega's, met een lager deskundigheidsniveau, de code ook weten of de sleutel even krijgen. Om bijvoorbeeld voor de VIG'er of mbo-verpleegkundige even iets uit de kar te pakken.

Bij inzage in de dossiers ziet de inspectie dat de zorgverleners beperkt rapporteren over het effect van medicatie. Bijvoorbeeld bij het gebruik van psychofarmaca of pijnmedicatie. Ook staat niet in alle cliëntdossiers vermeld in hoeverre de cliënt zelf regie heeft in het medicatieproces.

Wel blijkt uit gesprekken met de zorgverleners dat zij weten dat het medicatiebeleid recent geüpdatet is. Zij vertellen dat de wijzigingen vooral gaan over de medicatievoorraad, - zowel op naam als niet op naam van de cliënt, en het gebruik van eigen gele hesjes tijdens het medicatie delen. De inspectie ziet op verschillende afdelingen posters hangen waarmee het nieuwe handboek onder de aandacht is gebracht. Ook hoort de inspectie dat in de team overleggen is besproken dat er een nieuw handboek is.

Ook ziet de inspectie dat de zorgverleners zich houden aan de procedure "paraferen op toedienlijst". Zij draaien namelijk een nieuwe toedienlijst uit bij wijzigingen in de medicatie en schrijven niet op de toedienlijst. Ook passen zij zelf geen wijzigingen in de medicatie toe en kennen zij het beleid van de Bieslandhof met betrekking tot zelfzorgmedicatie en handelen daarnaar. Het beleid zegt dat de zorgverleners alleen zelfzorgmedicatie mogen toedienen als het door de arts is goedgekeurd. En dat de cliënt zelf de medicatie mag meenemen als het in de oorspronkelijke verpakking herkenbaar is aangeleverd. Dit komt echter niet overeen met de veilige principes in de medicatieketen.

Ook zijn de zorgverleners die medicatiehandelingen verrichten bevoegd en bekwaam 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.

Op de Bieslandhof werken vaste medewerkers van de Pieter van Foreest flexpool. Daarnaast werkt de Bieslandhof ook samen met meerdere externe uitzendbureaus. In de overeenkomsten die de inspectie inziet, is te lezen dat het betreffende uitzendbureau de verantwoordelijkheid heeft dat de uitzendkracht bevoegd- en bekwaam is.

Norm 1.3

De zorgaanbieder en de voorschrijvers¹ 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.

De norm is **niet getoetst**.

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** aan deze norm.

Beleid

Het medicatiebeleid voor alle locaties van Pieter van Foreest is recent geüpdatet en voldoet grotendeels (zie bevindingen overige normen) aan de geldende veldnormen en wet- en regelgeving. Het beleid is in samenspraak met de apotheker opgesteld. In de praktijk ziet de inspectie de implementatie van het beleid deels terug. Zoals een centrale medicatievoorraad voor de gehele locatie, de nieuwe medicatiekarren

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

en de werkwijze bij zelfzorgmedicatie. De inspectie hoort van meerdere gesprekspartners dat zij betrokken zijn bij het veranderen en borgen van het nieuwe beleid.

De inspectie hoort en leest dat in 2019 de kwaliteitsverpleegkundigen klinische lessen verzorgd hebben over medicatie. In deze lessen is aandacht geweest voor de veilige principes en het hernieuwde handboek. Deze lessen waren voor de zorgverleners vanaf niveau drie en waren verplicht gesteld door De Bieslandhof. Desondanks hoort de inspectie van gesprekspartners dat niet alle zorgverleners de les als verplicht hebben ervaren. Een aantal van hen heeft de lessen niet gevolgd. Volgens gesprekspartners is het de verantwoordelijkheid van de teammanagers om hierop te sturen. Daarnaast volgen de zorgverleners driejaarlijks de verplichte BIG-scholingen. Het management heeft via het Leerplein inzicht in de status van de scholingen.

Personeel

Het management vertelt dat de formatie verpleegkundigen op orde is. Hierdoor is er voor elke afdeling een mbo-verpleegkundige beschikbaar. Wel is er nog een tekort van vijf fte op het deskundigheidsniveau van zorgverlener niveau drie IG. Om dit deels op te vangen heeft het management gekozen voor meer taakdifferentiatie en het aannemen van zorgverleners op een lager deskundigheidsniveau. De inspectie hoort van gesprekspartners dat het regelmatig voorkomt dat een zorgverlener niveau drie de enige gediplomeerde is op een afdeling van 32 cliënten. En dat deze zorgverlener de enige is die de medicatie mag delen. Gesprekspartners vertellen dat het onder andere door deze bezetting komt dat deze zorgverlener gestoord wordt tijdens het medicatiedelen. De zorgverleners vertellen dat werkdruk tot medicatiefouten leiden.

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.

Scholing

De inspectie hoort van gesprekspartners dat het gedrag van de zorgverleners nog een aandachtspunt is. Het management probeert dit te verbeteren door samen met de kwaliteitsverpleegkundigen een aanspreekcultuur te stimuleren. Het management voert ook steekproefsgewijs controles uit. De inspectie hoort ook dat sinds september 2019 de formatie van de teammanagers op orde is en er vanaf dat moment meer aandacht besteed kan worden aan de aanspreekcultuur binnen de teams.

De inspectie hoort en leest dat er aandacht is voor het thema medicatieveiligheid in de kwaliteitsverbetercyclus. Er is een Pieter van Foreest breed actieplan. Dit is vertaald naar verbeterplannen op locatieniveau. Daarnaast vult elk team twee keer per jaar een zelfreflectie in om de stand van zaken te meten op dit thema, binnen De Bieslandhof doen de zorgverleners dit elke maand. De kwaliteitsverpleegkundigen ondersteunen het team hierin. De verbeteracties neemt de teammanager op in het verbeterplan. Hier staat per actie met een kleur aangegeven wat de status is. Dit bespreken de teammanagers in het management teamoverleg van De Bieslandhof. De inspectie ontvangt een verbeterplan met datum juli 2019. Veel acties zijn nog lopend op dat moment.

In de verbeterplannen ziet de inspectie dat er aandacht is voor de voorwaarden waaraan voldaan moet worden. De inspectie ziet niet welke acties genomen zijn naar aanleiding van de tekortkomingen en wanneer evaluaties plaats vinden. In de

evaluatie van het jaarplan 2019 ziet de inspectie terug dat de uitkomsten naar aanleiding van de audits en de casuïstiek 2018 in de verbeterplannen vertaald en geïmplementeerd zijn.

In het jaarplan 2020 van de locatie staat opgenomen dat het vastgestelde beleid is geborgd en geïmplementeerd in Q2 2020. In de gesprekken die de inspectie heeft met het management geven zij aan dat alle verbeterpunten klaar en geborgd zijn. In de beoordeling van eerdere normen is terug te zien dat borging en sturing niet in alle gevallen heeft plaatsgevonden. Zoals de borging van het nieuwe medicatiebeleid. Een aanvullend voorbeeld is het gebruik van de hesjes wanneer een zorgverlener medicatie aan het delen is. De inspectie hoort dat de zorgverleners die medicatie delen, ondanks dat zij hun hesje aan hebben, nog steeds regelmatig gestoord worden (zie norm 1.5). Dat kan door incidenten zijn of familie, maar ook door hun eigen collega's die verwachten dat zij iemand telefonisch te woord staan.

Een ander voorbeeld is dat in het beleid staat dat bij een nieuwe opname binnen 24 uur een nieuwe baxterrol aanwezig is. En dat tot die tijd de zorgverleners gebruik maken van de eigen medicatie van de cliënt. De inspectie hoort echter van verschillende gesprekspartners dat het soms een week duurt voordat de nieuwe rol geleverd is.

Ook ziet de inspectie tweemaal dat in een baxterrol de gestopte medicatie met een clip gesepareerd is in het zakje. Dit gebeurt door een VIG'er en gecontroleerd door een collega VIG'er (dit is conform het beleid). In het beleid staat dat binnen 24 uur een nieuwe rol aanwezig dient te zijn. In de praktijk duurt het vaak totdat de levering is van de nieuwe baxterrollen, hoort de inspectie. De inspectie hoort van gesprekspartners dat de termijn twee weken kan zijn. In het handboek staan hierover andere afspraken beschreven.

Ook hoort de inspectie dat er een evaluatie heeft plaats gevonden op het werken met het elektronisch voorschrijf systeem (EVS). Echter de tekortkoming in het systeem waardoor in 2018 een calamiteit kon plaats vinden is nog niet opgelost. Het is aan de voorschrijvers hoe alert zij zijn op deze tekortkoming. Een dergelijk incident kan zich nog steeds voordoen volgens gesprekspartners. Een rapport waarin benoemd staat welke verbeter acties in het EVS genomen moeten worden is recent binnen Pieter van Foreest goed gekeurd.

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.

Sinds begin 2019 maakt De Bieslandhof gebruik van een nieuw systeem voor de registratie van MIC-meldingen. Door dit systeem heeft de teammanager meer zicht op de meldingen. Het managementteam bespreekt een keer per drie maanden de meldingen in het algemeen en specifieker op casuïstiek. De teammanagers vertellen vanuit de zorgverleners meer bewustzijn te ervaren wanneer zij moeten melden. Ook zien en horen de teammanagers bij de zorgverleners meer openheid en transparantie over incidenten. De managers geven aan dat zij aandacht besteden aan de MIC-meldingen in de teamoverleggen. De inspectie hoort dit echter niet van andere gesprekspartners terug.

De analyse van de meldingen vindt sinds kort plaats in de decentrale VIM-commissie waar een SO en kwaliteitsverpleegkundige deel van uit maken.

De inspectie ziet het eerste verslag in van de meldingen in kwartaal vier van 2019. In dit verslag staan aantallen genoemd per onderwerp, zoals medicatie incidenten. De inspectie ziet geen zorgvuldige analyse terug naar de basisoorzaken. De genoemde algemene oorzaken van de meldingen zijn: onderbezetting/drukke, onoplettendheid en medicatie gevonden op de kamer van de bewoner omdat deze ze niet inneemt. De voorgestelde adviezen en verbeteracties sluiten niet geheel aan bij deze oorzaken, leest de inspectie. Daarnaast treft de inspectie meerdere voorbeelden van medicatiefouten aan tijdens de rondgang, zoals het niet dubbel paraferen van risicovolle medicatie. Gesprekspartners vertellen van deze fouten geen melding te hebben gedaan.

Norm 1.8

De zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden voor veilige medicatieoverdracht.

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

Gesprekspartners vertellen dat er structureel overleg is met de ketenpartners, zoals apothekers en ziekenhuizen. In dit overleg komt veilige medicatieoverdracht ook aan de orde en bespreken zij knelpunten. Hierbij kijken ze naar mogelijke oplossingen. Uit bevindingen bij norm 1.6 blijkt dat er nog knelpunten voorkomen in de overdracht.

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/medicatieoverzichtlijsten 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 en 4^e kwartaal 2019
- Verbeterplan Delfts Rood, ongedateerd
- Jaarplan 2018 De Bieslandhof Q2
- Jaarplan 2019 De Bieslandhof
- Verbeterplan de Bieslandhof 2019