



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

Rapport van het inspectiebezoek  
aan Heemzorg v.o.f. in Zelhem en  
woonzorgcomplex De Heemhoeve in Zelhem  
op 15 augustus 2019

Utrecht, oktober 2019

V2014636

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 3</b>
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Doel en werkwijze 3
1.3	Beschrijving Heemzorg en de Heemhoeve 3
<b>2</b>	<b>Conclusie en vervolgacties 5</b>
2.1	Conclusie bezoek 5
2.2	Vervolgacties 5
2.2.1	De vervolgactie die de inspectie van De Heemhoeve verwacht 5
2.2.2	Vervolgactie van de inspectie 5
<b>3</b>	<b>Resultaten De Heemhoeve 6</b>
3.1	Persoonsgerichte zorg 6
3.2	Deskundige zorgverlener 8
3.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 10
3.4	Medicatieveiligheid 12
<b>Bijlage 1</b>	<b>Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 14</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Beoordeelde documenten 15</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd sprak op 15 augustus 2019 met twee van de drie vennoten van Heemzorg v.o.f. (hierna: Heemzorg) in Zelhem. Aansluitend bracht de inspectie een onaangekondigd bezoek aan woonzorgcomplex De Heemhoeve (hierna: De Heemhoeve) in Zelhem.

### 1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezoekt alle zorgaanbieders die intramurale ouderenzorg leveren op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw).

### 1.2 Doel en werkwijze

Het inspectiebezoek bestaat uit een gesprek met het bestuur van Heemzorg. Dit gesprek gaat over de besturing van de organisatie. Daarna bezoekt de inspectie één of meerdere locatie(s). Waar de inspectie naar kijkt, ligt vast in een toetsingskader. Bij de gesprekken, de rondleiding, de observaties en de eventuele documenten die zij inzien, letten de inspecteurs op een aantal normen uit de thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener, sturen op kwaliteit en veiligheid en medicatieveiligheid.

De inspectie toetst of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Zij beoordeelt daarnaast de samenhang tussen de informatie uit het gesprek met het bestuur en de bevindingen uit het locatiebezoek.

Op basis van de bevindingen tijdens dit inspectiebezoek, bepaalt de inspectie of er vervolgtoezicht nodig is en in welke vorm.

### 1.3 Beschrijving Heemzorg en de Heemhoeve

Heemzorg is een kleinschalige christelijke zorgorganisatie die zorg en begeleiding 'op maat' biedt. De organisatie is in de vorm van een stichting in 2008 opgestart en in 2010 omgezet in een vof. Twee van de drie huidige vennoten hebben toen de activiteiten van de stichting overgenomen. De huidige vennoten hebben een familiair verband. Op het moment van het bezoek verleent Heemzorg in een kleinschalig woon/zorginitiatief en een zorgboerderij zorg, begeleiding en dagbesteding. Dit zijn zorgboerderij de Twisselt, waar cliënten komen voor dagbesteding die via de WMO gefinancierd is en de Heemhoeve met een hoofdgebouw en acht zorgwoningen. In het hoofdgebouw van de Heemhoeve zijn tien appartementen op de begane grond en de eerste verdieping. De Heemhoeve heeft een grote centrale woonkamer, de Zuidkamer, bedoeld voor dagopvang en dagactiviteitenbesteding. Naast het hoofdgebouw zijn acht woningen, die geschikt zijn voor echtparen. De cliënten van de Heemhoeve, huren op basis van het gescheiden wonen en zorg principe. De zorg die Heemzorg levert aan de cliënten is op basis van PGB-financiering. De inspectie bezocht de woningen en appartementen van De Heemhoeve. De organisatie heeft geen aanmerking in het kader van de Wet Bopz (Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen). Heemzorg v.o.f. heeft een WTZi-toelating (Wet toelating zorginstellingen) voor de functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding.

Op het moment van het bezoek aan De Heemhoeve ontvangen zeventien cliënten zorg. Van deze cliënten ontvangen dertien cliënten zorg gefinancierd uit de Wlz (Wet langdurige zorg), één cliënt via de Zvw (Zorgverzekeringswet) en drie cliënten via de WMO (Wet maatschappelijke ondersteuning). De Wlz cliënten hebben

zorgprofielen (VV) die variëren van VV4 tot en met VV6. Er zijn drie cliënten met een zorgprofiel VG3, VG6 en een LG.

De zorg op De Heemhoeve wordt verleend door 12 fte zorgverleners, waarvan vier verpleegkundigen niveau 4 en 5, elf verzorgenden niveau 3, vier helpenden niveau 2 en zes huishoudelijke medewerkers. Daarnaast is er voor drie dagdelen per week een activiteitenbegeleider aanwezig.

De drie vennoten sturen de locaties aan. De Heemhoeve heeft daarnaast twee leidinggevenden voor het zorgteam. De leidinggevenden werken mee in het zorgteam en hebben daarnaast een onderlinge taakverdeling. De ene teamleider richt zich op de zorginhoud en de andere teamleider op processen eromheen. Daarnaast stuurt een leidinggevende de dagopvang en de begeleiding aan. De cliënten die op de Heemhoeve komen wonen behouden de eigen huisarts. De Heemhoeve werkt nu samen met zes huisartsen. De huisarts is eindverantwoordelijk voor de medische zorg. Een specialist ouderengeneeskunde (SO) of psycholoog, betreft De Heemhoeve vanuit een organisatie in de omgeving. De paramedische disciplines, zoals een ergo- of fysiotherapeut, worden vanuit praktijken in de omgeving betrokken.

## 2 Conclusie en vervolgacties

### 2.1 Conclusie bezoek

De inspectie constateert dat de geboden zorg op De Heemhoeve nog onvoldoende voldoet aan de getoetste normen. Zes van de tien getoetste normen voldoen grotendeels niet. Vier van de tien getoetste normen voldoen grotendeels aan de norm. De inspectie heeft op dit moment nog onvoldoende vertrouwen in de wijze waarop De Heemhoeve stuurt op de kwaliteit en veiligheid van zorg. De inspectie concludeert dat vervolgtoezicht nodig is.

### 2.2 Vervolgacties

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

#### 2.2.1 *De vervolgactie die de inspectie van De Heemhoeve verwacht*

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

De inspectie verwacht van Heemzorg dat zij de noodzakelijke verbeteringen doorvoert op De Heemhoeve. De inspectie vraagt een resultaatverslag voor De Heemhoeve binnen zes maanden op de normen die grotendeels niet voldoen.

#### 2.2.2 *Vervolgactie van de inspectie*

Op basis van het resultaatverslag beoordeelt de inspectie of zij opnieuw een bezoek aan De Heemhove zal brengen.

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder voldoet aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen. Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een toetsingskader. Het kan zijn dat de inspectie tijdens een volgend bezoek andere normen toetst.

### 3 Resultaten De Heemhoeve

Hieronder staan de oordelen per norm en een toelichting daarop. Het oordeel geeft aan in welke mate de betreffende norm is gerealiseerd.

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

- Donkergroen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm.**  
De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten
- Lichtgroen: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels aan de norm.**  
De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten.  
De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.
- 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**

#### 3.1 Persoonsgerichte zorg

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt zijn wensen en behoeften.

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

Uit gesprekken en dossierinzage blijkt dat de zorgverleners de cliënten kennen. In het cliëntdossier hebben zorgverleners een korte levensgeschiedenis opgenomen. Hierin leest de inspectie onder andere terug waar een cliënt geboren is, welk werk een cliënt heeft gedaan en hoeveel kinderen een cliënt gekregen heeft. De gesprekspartners vertellen dat zij bij opname een persoonlijk gesprek plannen. In dit gesprek komen wensen en behoeften naar voren. De cliënten die meer begeleiding of zorg nodig hebben kunnen gebruik maken van de dagbesteding op De Heemhoeve. Op de dagbesteding krijgen de cliënten volgens een vaste dagstructuur activiteiten aangeboden. De activiteiten variëren van een spelletje rummikub tot een wandeling buiten.

Uit gesprekken, observatie en documentinzage blijkt dat de Heemhoeve aandacht heeft voor specifieke levensvragen. De Heemhoeve verleent zorg vanuit de gedachte van de Bijbel. De inspectie ziet dat de zorgverleners hier aandacht voor hebben tijdens het eetmoment. Ook leest de inspectie op een bord bij de dagbesteding en in de documenten dat zorgverleners de dag starten met een dagopening. Van een cliënt hoort de inspectie dat een vrijwilliger tijdens een vast koffiemoment (speciaal voor de cliënten die niet naar de dagbesteding gaan) een verhaal uit de Bijbel voorleest. De cliënt geeft aan dit fijn te vinden.

Daarentegen ziet de inspectie dat de levensgeschiedenis in het cliëntdossier nog weinig informatie geeft over de wensen en behoeften van een cliënt. Ook bevatten de geraadpleegde dossiers soms verouderde informatie.

Norm 1.3

Cliënten voeren, binnen hun mogelijkheden, zelf regie over leven en welbevinden.

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

Uit de gesprekken en de dossierinzage blijkt dat de zorgverleners de eigen regie van de cliënt versterken, maar ook een cliënt beperken in de vrijheid.

De inspectie hoort tijdens de gesprekken met de cliënten dat de zorgverleners de eigen regie versterken. Een cliënt vertelt altijd vroeg wakker te zijn en daarom ook de wens heeft om als eerste hulp van de zorgverleners te krijgen. Dit doen de zorgverleners ook, zodat de cliënt met de dag kan beginnen. Een andere cliënt vertelt dat de zorgverleners vijf dagen in de week voor de cliënten koken. De cliënten kunnen kiezen uit twee soorten maaltijden en dit van tevoren aangeven. De bewoners stellen hun maaltijd aan de hand van een menulijst samen; er is een componentkeuze. In het weekend koken de zorgverleners niet omdat de familieleden van de cliënten dan een maaltijd bereiden. De cliënt vertelt dat zij dit fijn vindt.

Tijdens de observatie in de zuid-kamer ziet de inspectie dat de cliënten die nog zelfstandig kunnen eten dit ook doen. Bij het bord van elke cliënt staat een menukaartje. De cliënten die hulp nodig hebben, krijgen dit van de zorgverleners. De cliënten kunnen zelf aangeven of zij voldoende hebben gegeten of nog wat meer willen. De inspectie ziet niet dat de cliënten meehelpen met de bereiding van de maaltijd of dat zij zelf uit schalen kunnen opscheppen. De zorgverleners geven bij navraag aan dat dit soms wel wordt gedaan.

De inspectie ziet dat de inhoud van de cliëntdossiers inzicht geeft wat cliënten nog zelfstandig kunnen uitvoeren. Dit is vastgelegd in het weekoverzicht van de cliënt. Hierin leest de inspectie bijvoorbeeld dat een cliënt hulp nodig heeft bij het snijden van de boterham. Ook leest de inspectie hierin dat de zorgverleners met een cliënt overleggen over de wens of zij naar de dagopvang wil of liever op haar kamer blijft. De dagopvang heeft een apart dossier met daarin een week- en dagprogramma. De inspectie hoort dat de Heemhoeve zorgt voor een dagopvang voor cliënten die extra zorg en toezicht nodig hebben. De activiteitenbegeleider en een zorgverlener verzorgen dit programma. De cliënten kunnen aangeven welke activiteiten zij willen doen. Dit zijn voornamelijk groepsactiviteiten. De Heemhoeve houdt onder de cliënten af en toe een enquête om de behoefte te inventariseren.

Cliënten verblijven vrijwillig op de Heemhoeve. De Heemhoeve heeft geen Bopz aanmerking. Desondanks blijkt uit de gesprekken met de zorgverleners en de geraadpleegde cliëntdossiers dat de Heemhoeve een cliënt beperkt in de vrijheid. De inspectie ziet een verslag van een overleg van 17 december 2018 waarin het gebruik van signalering met een bewegingsmelder in combinatie met het sluiten van de kamerdeur is besproken. Bij navraag geven de gesprekspartners aan dat dit besluit nog steeds actueel is. De inspectie ziet in het geraadpleegde cliëntdossier terug dat twee kinderen akkoord zijn met de ingezette maatregel. Over de wilsbekwaamheid ter zake van deze cliënt staat niets beschreven. Het is niet duidelijk waarom de kinderen van deze wilsbekwame cliënt hierover beslissen. Of en hoe een arts hierbij betrokken is ziet de inspectie niet duidelijk terug in het dossier. De huisarts is niet bij het overleg geweest. De manager geeft bij het bezoek aan dat de maatregelen voor deze cliënt niet meer nodig zijn en niet meer toegepast zullen worden.

#### Norm 1.4

Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.

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

Uit gesprekken, dossierinzage en observaties blijkt dat de zorgverleners de cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven. De inspectie ziet dat de zorgverleners op de dagopvang de cliënten met de voornaam aanspreken wanneer zij dit willen. Andere cliënten spreken zij met de achternaam aan. Dit ziet de inspectie ook in het dossier terug. Bij een cliënt die zich niet verbaal kan uitdrukken letten de zorgverleners op mimiek om de cliënt te begrijpen. Bij het aanbieden van de maaltijd hebben zij een rustig tempo en wachten zij tot de cliënt het eten heeft doorgeslikt. Af en toe maakt de zorgverlener weer even contact door de cliënt aan te raken op de wang of de arm. Bij andere cliënten vragen de zorgverleners eerst of hulp gewenst is, en wachten zij het antwoord af, voordat zij daadwerkelijk hulp bieden.

De Heemhoeve zorgt voor respectvolle benadering rond de laatste levensfase. In de week voor het bezoek is er een cliënt overleden. De inspectie hoort dat zorgverleners de tijd en ruimte krijgen om naar de uitvaartdienst toe te gaan. De inspectie hoort dat de familieleden van de cliënt dit zeer waarderen.

Daarentegen hoort de inspectie van de cliënten dat de zorgverleners steeds veel te doen hebben. Dit heeft soms invloed op de tijd die de zorgverleners hebben bij de cliënten. Ook hoort de inspectie dat het in de nacht niet altijd lukt om de cliënten op het gewenste moment te helpen.

### 3.2 Deskundige zorgverlener

#### Norm 2.1

Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

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

Uit gesprekken en dossierinzage blijkt dat zorgverleners de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt onvoldoende betrekken bij het maken van professionele afwegingen. De gesprekspartners vertellen geen zorgplan aan te maken voor de cliënten, tenzij er een probleem is dat om een zorgplan vraagt. In de vier getoetste cliëntdossiers ziet de inspectie dat terug bij één cliënt voor één zorgvraag. In de gesprekken krijgt de inspectie niet helder wanneer een zorgverlener kiest voor het aanmaken van een zorgplan. De zorgverleners maken geen gebruik van een gestandaardiseerde risico-signalering om de risico's in te schatten.

De inspectie ziet bij de observatie dat een zorgverlener rustig de tijd neemt om een cliënt te begeleiden bij de maaltijd. In de dagrapportage in het dossier van de cliënt leest de inspectie dat cliënt zich op enkele dagen verslikte. Zorgverleners vertellen de inspectie dat de cliënt slikproblemen heeft. Het dossier bevat echter geen gerichte aanpak voor de slikproblemen. Ook staan in het dossier geen afwegingen of het nodig is om het voedsel aan te passen voor de cliënt.

Bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) vindt geen navolgbare afweging plaats. Voor de inspectie blijft het onduidelijk of en hoe de zorgverleners alternatieven afwegen voor de inzet van VBM en wie zij hierin betrekken. De zorgverleners passen enkele VBM's toe zoals vloersensoren en kamerdeur op slot, zonder hierbij altijd een arts te raadplegen (zie ook norm 1.3).

De inspectie ziet dat een VBM sinds 17 december 2018 is ingezet. De inspectie ziet geen evaluatie. Ook is niet duidelijk of zorgverleners hierbij van cliënten de wilsbekwaamheid ter zake correct hanteren. Een zorgverlener kan in het dossier niet laten zien dat de betrokken cliënt een bijzondere juridische status heeft. In de



cliëntdossiers staat wisselend beschreven of cliënten een bijzondere juridische status hebben. In twee getoetste dossiers ziet de inspectie vermeld dat cliënten een mentor hebben.

Daarentegen ziet de inspectie dat de cliëntdossiers een vaste opbouw hebben. Achter de diverse tabbladen staan onder meer de persoonlijke gegevens, het weekoverzicht zorg, de rapportage, de medicijnafspraken en het communicatieblad met de huisarts. Ook leest de inspectie in de cliëntdossiers dat de zorgverleners de samenwerking zoeken met andere disciplines van buiten de organisatie. Zo leest de inspectie dat een zorgverlener heeft gesignaleerd dat een cliënt last van haar rug heeft. Dit leidt tot het inschakelen van een ergotherapeut om de rolstoel te beoordelen. Ook leest de inspectie dat een psycholoog betrokken is bij een cliënt met onrust.

#### Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

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

De inspectie hoort van de gesprekspartners dat de zorgverleners van de Heemhoeve met een papieren zorgdossier werken. Uit de gesprekken en de dossierinzage blijkt niet dat de zorgverleners van de Heemhoeve methodisch werken. Zo hoort de inspectie dat de zorgverleners voor de cliënten niet standaard een zorgplan opstellen (zie norm 2.1). De inspectie ziet tijdens de dossierinzage dat de zorgverleners gebruik maken van een weekoverzicht voor de zorgverlening. Een weekoverzicht dat de inspectie ziet is van februari 2019. Op het weekoverzicht zijn geen doelen opgenomen, maar een overzicht van afspraken die de zorgverleners met de cliënt hebben gemaakt. De zorgverleners rapporteren dan ook niet op doel. Rapportages voor de punten uit het weekoverzicht gebeuren wisselend.

In de getoetste zorgdossiers ziet de inspectie dat er gegevens ontbreken die van belang zijn om goede zorgverlening te bieden. Zo is de levensgeschiedenis niet volledig, mist soms de juridische status van cliënten, zijn niet bij elke cliënt de indicatiegegevens opgenomen en zijn er geen risico-inventarisaties. In het zorgdossier zit veel informatie die al verouderd is of waar de data ontbreken. Zo zijn de rapportages van de huisarts in meerdere dossiers al sinds 2017 niet meer bijgewerkt. Op formulieren zijn geen evaluatiedata opgenomen. Het is hierdoor niet duidelijk wanneer de zorgverleners evalueren en of een formulier actueel is.

De cliëntdossiers bevatten veel bladzijden met handgeschreven rapportages die soms ver teruggaan in de tijd. In de rapportage leest de inspectie dat een zorgverlener bij een cliënt een medicatietablet heeft gevonden. De rapportage geeft aan dat de cliënt dacht dat de tablet van die ochtend was. De rapportage geeft geen informatie over de vervolgstap van de zorgverlener. De inspectie leest niet of de zorgverlener een MIC (Melding Incident Cliënt) heeft ingevuld en of de medicatie wel of niet is gegeven aan de cliënt. In een andere rapportage leest de inspectie dat een cliënt tijdelijk paracetamol krijgt voor pijnklachten. De rapportage geeft aan dat de zorgverleners moeten kijken of dit effect heeft. De inspectie ziet dat er vier dagen daarna niets bij de cliënt is gerapporteerd. Ook de rapportages in de dagen daarna hebben geen betrekking op het effect van de paracetamol.

De inspectie ziet wel dat de zorgverleners afspraken over metingen grotendeels volgen en vastleggen in het zorgdossier. Ook zijn afspraken van de dagbesteding

opgenomen in het zorgdossier van de cliënt met een andere kleur, volgens de afspraak.

#### Norm 2.5

De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.

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

Uit gesprekken en documentinzage blijkt dat de Heemhoeve onvoldoende zorgt voor een passend aanbod aan scholingen. In de gesprekken geven de zorgverleners wisselend aan of er klinische lessen zijn. De zorgverleners vertellen klinische lessen te missen. Een voorbeeld is het scholen op slikproblemen. Op het scholingsplan 2019-2022 ziet de inspectie wel dat de klinische lessen verplicht zijn. De klinische lessen die de organisatie aanbiedt zijn: agressie, dementie en het omgaan met moeilijk verstaanbaar gedrag. Het scholingsplan geeft aan dat deze in het voor- en najaar worden gegeven. In de gesprekken met de zorgverleners hoort de inspectie dat de klinische lessen niet gegeven zijn in het voorjaar. De Heemhoeve houdt de gevolgde scholingen bij op een registratielijst. Hierop ziet de inspectie dat in 2017-2018 alle personeelsleden ook een scholing agressie en dementie hebben gevolgd. Daarnaast is bijna ieder personeelslid bij de scholing BHV geweest. De inspectie ziet de voorbehouden en risicovolle handelingen niet op het scholingsplan of de registratielijst. De enige vakinhoudelijke bijscholing op het scholingsplan betreft het ondersteuningsplan in 2019 en het zorgdossier in 2020.

Uit gesprekken, observaties en documentinzage blijkt dat de Heemhoeve de deskundigheid van zorgverleners in wisselende mate afstemt op de zorgbehoefte van de aanwezige cliënten. Het management vertelt dat het steeds moeilijker is om de vacatures die er zijn op te vullen. Zo gaan op korte termijn vier zorgverleners de organisatie verlaten. De Heemhoeve zet daarom tijdens de zomerperiode ZZP'ers in. In de planning is een ZZP'er altijd aan het werk met een collega die er al langer werkt en de cliënten goed kent. Tijdens de observaties ziet de inspectie dat de zorgverleners de tijd krijgen om de cliënten te helpen. De zorgverleners kunnen zich over de cliënten verdelen. In de gesprekken met de zorgverleners hoort de inspectie dat dit niet altijd zo is. Ook geven de zorgverleners aan dat zij zich niet altijd gesteund voelen in het uitvoeren van de zorg wanneer er cliënten zijn met complexere problematiek.

Management en sommige zorgverleners vertellen dat de teamleden een cursus feedback geven hebben gehad. In de notulen van het werkoverleg leest de inspectie dat het onderwerp feedback geven terugkomt.

### **3.3 Sturen op kwaliteit en veiligheid**

#### Norm 3.2

De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

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

Uit gesprekken blijkt dat het management van Heemzorg de kwaliteit en veiligheid van de zorg nauwelijks systematisch bewaakt, beheerst en verbetert. Het management beschikt onvoldoende over informatie die van belang is voor het sturen op kwaliteit en veiligheid. Zo heeft Heemzorg een kwaliteitsplan 2018-2020, maar dit voldoet niet aan de eisen die hieraan worden gesteld vanuit het kwaliteitskader

verpleeghuiszorg. Zo bevat het kwaliteitsplan niet de thema's van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Ook publiceert de organisatie het kwaliteitsplan niet op de website. In het gesprek met het management hoort de inspectie dat de vennoten zoekende zijn in de wet- en regelgeving. Het management geeft aan dat het voor Heemzorg onduidelijk is onder welk kwaliteitskader zij vallen. De afgelopen periode hebben zij te maken gehad met verschillende inspectie- en toetsende bezoeken vanuit verschillende instanties. Daar komt bij dat het management aan het zoeken is naar een nieuwe vorm van aansturing op de lange termijn.

Heemzorg werkt met een ISO gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem. De inspectie ziet op de jaarplanning dat Heemzorg interne audits uitvoert. De interne audits hebben soms zorginhoudelijke onderwerpen zoals medicatie delen en bewonersdossier. De inspectie ziet echter dat uitkomsten van de audit geen vervolg krijgen. Zo leest de inspectie in een interne auditrapportage van september 2018 over het bewonersdossier dat er veel oude informatie in het dossier zit. De actie is het opschonen van het dossier, maar het is niet duidelijk wie, wanneer en welke datum dit gereed moet zijn. De inspectie ziet tijdens de dossierinzage nog veel oude informatie in de getoetste dossiers (zie norm 2.2). Bij drie opeenvolgende audits en follow-up audits over medicatieverstrekking ziet de inspectie steeds dezelfde bevindingen terug. De planning, uitvoering en controle voert Heemzorg uit voor een aantal onderwerpen, maar het resulteert niet in het bijstellen van werkzaamheden.

Uit gesprekken, dossierinzage en documentinzage blijkt dat Heemzorg meldingen van incidenten in wisselende mate gebruikt voor de verbetering van de zorg. De inspectie hoort van de zorgverleners dat zij meldingen doen via een apart formulier. In het zorgdossier leest de inspectie in de rapportage niet wanneer de zorgverleners een melding maken (zie ook norm 2.2). De MIC-commissie bespreekt de meldingen. De terugkoppeling is volgens de gesprekspartners in het teamoverleg. In de notulen van het werkoverleg leest de inspectie geen bespreking van de MIC-meldingen terug. De inspectie leest in een directieverslag van 2016-2018 met als datum 1 september 2017 dat in het verslagjaar 86 meldingen zijn gedaan. Het is niet duidelijk over welk jaar dit gaat. De meldingen bestaan uit medicatie- en valincidenten, zorgfouten en overige incidenten. De inspectie leest hierin vooral algemene acties terug. Een voorbeeld is dat eerst een aantal afspraken zijn beoordeeld. Het is niet duidelijk om welke afspraken dit gaat. Vervolgens meldt de notitie dat enkele punten de aandacht behoeven, zoals het opnieuw beoordelen en actualiseren van het protocol medicatie verstrekking of het continueren van het punt feedback. Deze acties zijn verder niet uitgewerkt. De directiebeoordeling 2017-2018 met als datum januari 2019 komt niet terug op de voorgenomen acties. Hierin staat over de meldingen dat deze geanalyseerd zijn en dat de medicijnfouten zich kenmerken met 'vermijdbaar'. Verdere actie staat hierbij niet vermeld.

Daarentegen ziet de inspectie dat Heemzorg aandacht heeft voor klachten. Op het vennotenoverleg bespreken de vennoten de klachten. De inspectie leest dat zij de klachten gebruiken voor de verbetering van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Een voorbeeld is het scholen van vrijwilligers op dementie, na een aantal klachten over de omgang van de vrijwilligers met cliënten met dementie.

Heemzorg betreft de cliënten bij het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Elke maand hebben de cliënten en het management met elkaar een overleg in de noord-kamer. Hieruit komt ook ter sprake hoe de zorg gaat en of er dingen kunnen worden verbeterd. Daarnaast meet Heemzorg periodiek de cliënttevredenheid en onderneemt op basis daarvan acties.

### Norm 3.3

De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

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

Uit gesprekken blijkt dat de Heemhoeve (nog) niet deelneemt aan een lerend netwerk. Het management geeft aan dat er oriënterende gesprekken zijn met een organisatie in de omgeving, maar dat dit nog niet is opgestart. De inspectie hoort dat het management geen interne toezichthouder heeft. De vennoten hebben met elkaar een vennotenoverleg. Met de twee leidinggevenden heeft een vennoot maandelijks informeel een gesprek. Tijdens de gesprekken hoort de inspectie van meerdere gesprekspartners dat de lijnen binnen de organisatie niet altijd duidelijk zijn. Het is niet duidelijk wie de teamleidinggevenden zijn en waar een leidinggevende voor verantwoordelijk is.

Van het management hoort de inspectie dat er geen intervisie is voor zorgverleners. De Heemhoeve organiseert één keer in de drie maanden een werkoverleg voor de zorgverleners. De activiteitenbegeleiders hebben daarnaast één keer in de vier maanden een apart overleg. Zij krijgen de mogelijkheid om ook deel te nemen aan het werkoverleg van de zorg. In de notulen van het werkoverleg leest de inspectie dat de deelnemers cliënten bespreken en dat er ruimte is om feedback aan elkaar te geven. De inspectie hoort van het management dat de zorgverleners een cursus feedback geven hebben gevolgd. Sommige zorgverleners vertellen deze cursus te hebben gevolgd, andere niet.

## 3.4 Medicatieveiligheid

### Norm 4.3

Zorgverleners beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek

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

De inspectie ziet dat de zorgverleners soms zelf aanpassingen doen op de toedienlijsten van de apotheek. Zo is op een toedienlijst een aantal data aangepast naar een andere week en is een aantal data doorgestreept. Op een andere toedienlijst hebben zorgverleners 'zo nodig medicatie' doorgestreept bij het geneesmiddel Salbutamol. Ook hebben zij er 's morgens voor de zorg' bij geschreven. In een dossier van een cliënt ziet de inspectie tegengestelde informatie staan over het gebruik van paracetamol bij een cliënt. In het weekoverzicht zorg van juni 2018 staat handgeschreven dat dit vier maal daags zo nodig gegeven mag worden en 1000 mg per keer. Onder de inventarisatielijst ADL van 31 mei 2019 met aanvullingen van juli 2019 staat dat paracetamol 4x daags 2 tabletten moet. Op de toedienlijst van de apotheek staat 1x per dag 2 tabletten 500 mg. Weer op een andere plaats in het dossier met een lijst van de uitgezette losse medicatie van 13 augustus 2019 staat bij paracetamol '2xdaags 2', waarbij de eerste '2' is doorgehaald.

Daarentegen maakt en levert de apotheek altijd de medicatieoverzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken. De Heemhoeve heeft hiervoor afspraken gemaakt met een apotheek. De medicatieoverzichten en toedienlijsten die de inspectie ziet zijn verder actueel in alle vier de getoetste cliëntdossiers.

#### Norm 4.8

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

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

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst. De inspectie ziet in de vier getoetste dossiers dat zorgverleners dit bijna altijd hebben gedaan. In een dossier ziet de inspectie echter op de toedienlijst dat een fentanyl pleister die eens in de drie dagen gegeven moet worden, eenmaal niet op de juiste dag is gegeven. Op de toedienlijst ziet de inspectie dat de zorgverleners deze pleister een dag later alsnog hebben gegeven. In een ander dossier hebben zorgverleners een medicijn niet afgetekend. Het is niet duidelijk wat de reden hiervan is en wat hiermee verder is gebeurd. De inspectie heeft in de dossiers geen medicatie gezien waarbij de zorgverleners een tweede controle uit moeten voeren.

## Bijlage 1 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten

### Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Zorgverzekeringswet (Zvw).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

### Veldnormen:

- Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, 2017.
- Toetsingskader IGJ, 2017.
- Governancecode zorg, 2017.
- Kader Toezicht op goed bestuur, 2016.
- Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaak, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z., 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, ActiZ, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, januari 2015.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS,ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013.

### Circulaire en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.

## Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Kwaliteitsplan Heemhof v.o.f. 2018-2020;
- Directiebeoordeling 2017-2018;
- Overzicht van zorgprofielen cliënten per 01-08-2019;
- Vennotenoverleg 9 mei 2019;
- Notulen teamoverleg 5 maart 2019;
- Notulen teamoverleg 4 juni 2019;
- Kort directieverslag 2016-2018 onderdeel fouten en bijna fouten;
- Scholingsplan 2019-2022;
- Registratie gevolgde scholingen 2017-2018;
- Jaarplanning kwaliteitsplan 2019-2020;
- Informatie op de Website van De Heemhoeve, geraadpleegd 12-8-2019
- Interne auditrapportage april 2016;
- Interne auditrapportage oktober 2016 – mei 2017;
- Interne auditrapportage juni 2017;
- Interne auditrapportage september 2018;
- Interne auditrapportage oktober 2018 – maart 2019;
- Overzicht kwaliteitsmanagement. Het doorvoeren van verbeteringen;
- Samenvatting cliënttevredenheid 2017.