



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport van het hertoetsbezoek
op 1 juli 2014
aan verpleeghuis Mariahoeve
te Den Haag

Den Haag,
augustus 2014

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Aanleiding en belang	3
1.2	Doelstelling	3
1.3	Methode	3
1.4	Toetsingskader	4
2	Conclusies	5
2.1	Overzicht van de resultaten	5
2.2	Resultaten eerdere bezoek onvoldoende	6
2.3	Resultaten hertoetsbezoek	6
2.4	Conclusie	6
3	Handhaving	7
3.1	Door de zorgaanbieder te treffen maatregelen	7
4	Resultaten inspectiebezoek	8
4.1	Sturen op kwaliteit en veiligheid	8
4.2	Cliëntdossier	9
4.3	Deskundigheid en inzet personeel	10
4.4	Medicatieveiligheid	11
4.5	Vrijheidsbeperking	13
4.6	Mondzorg	14
4.7	Overige bevindingen	15
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten	16
Bijlage 2	Overzicht wetten, veldnormen, circulaire en rapporten	17

1 Inleiding

Op 26 september 2013 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (verder: de inspectie) een onaangekondigd bezoek aan verpleeghuis Mariahoeve (verder: Mariahoeve) te Den Haag en constateerde dat een aantal normen niet nageleefd werden. Op 1 juli 2014 heeft de inspectie deze normen opnieuw beoordeeld. De normen waaraan Mariahoeve wel voldeed tijdens het eerste bezoek, zijn niet opnieuw beoordeeld. De rapportage van het eerdere bezoek kan niet los worden gezien van de rapportage van het aangekondigde hertoetsbezoek. In dit rapport wordt eerst het kader uiteengezet waarin de inspectie het bezoek bracht. Vervolgens worden in de volgende hoofdstukken achtereenvolgens beschreven de conclusie, de handhaving (met daarin de te nemen maatregelen) en de resultaten.

1.1 Aanleiding en belang

De inspectie heeft als doel de risico's op gezondheidsschade bij cliënten te beperken door naleving te bevorderen van wet- en regelgeving, (beroeps) normen, richtlijnen en standaarden bij ondertoezichtstaanden. De inspectie kiest daarbij prioriteiten op basis van mogelijke risico's op gezondheidsschade voor de cliënt. Hierbij gaat extra aandacht uit naar kwetsbare groepen. In dit kader verricht de inspectie binnen de langdurige zorg een groot aantal aangekondigde en onaangekondigde bezoeken.

De inspectie heeft op 30 december 2013 en op 18 maart 2014 resultaatsverslagen ontvangen waarin per norm was aangegeven:

- Of binnen de gestelde termijn is voldaan aan de norm.
- De aanpak en verbeteracties waarmee is bereikt dat aan de norm is voldaan.
- De wijze waarop is gemeten dat aan de norm is voldaan.

1.2 Doelstelling

Doel van het inspectiebezoek aan Mariahoeve was te beoordelen in hoeverre Mariahoeve na de verbeteracties voldoet aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's op gezondheidsschade voor de cliënt beperken.

1.3 Methode

De inspectie gebruikte een bezoekinstrument waarin de te toetsen onderwerpen en de normen zijn vastgelegd. De volgende onderwerpen zijn opnieuw getoetst:

- Cliëntdossier.
- Medicatieveiligheid.
- Vrijheidsbeperking.
- Mondzorg.

De normen zijn gebaseerd op relevante wet en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden (zie volgende paragraaf).

Om tot een oordeel te komen heeft de inspectie:

- Gesprekken gevoerd met uitvoerend medewerkers (para)medici en het management(team).
- Cliëntdossiers ingezien.
- Documenten ingezien, genoemd in bijlage 1.
- Een rondgang gemaakt door de locatie.

1.4

Toetsingskader

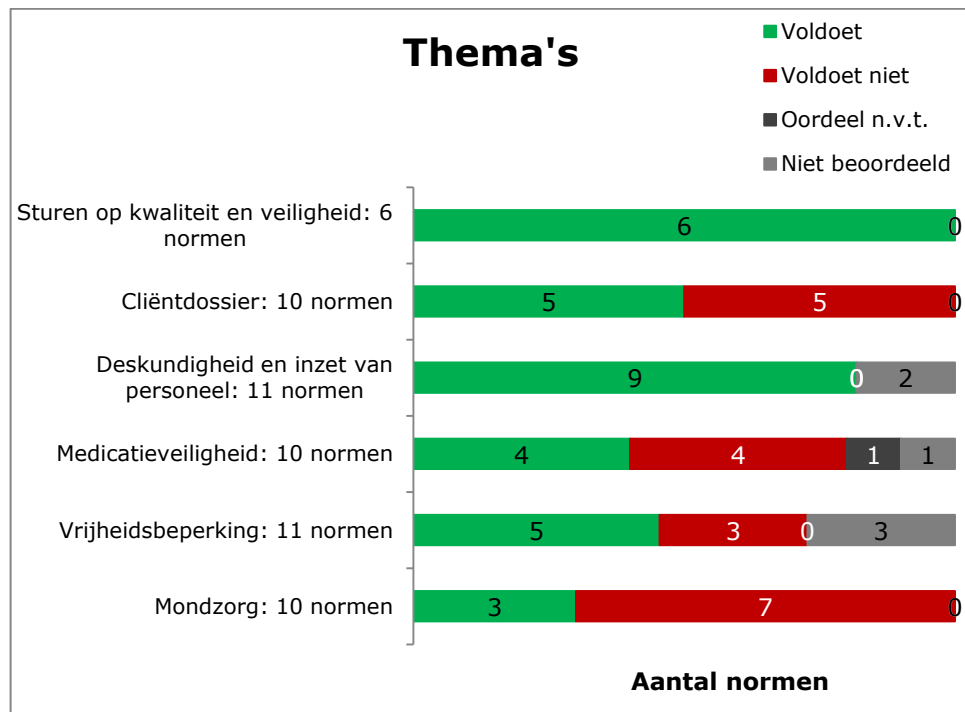
De normen die de inspectie toetste zijn gebaseerd op de wet- en regelgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisatie en brancheverenigingen en aan zorgvuldigheidsnormen van de inspectie zelf (zie bijlage 2).

2 Conclusies

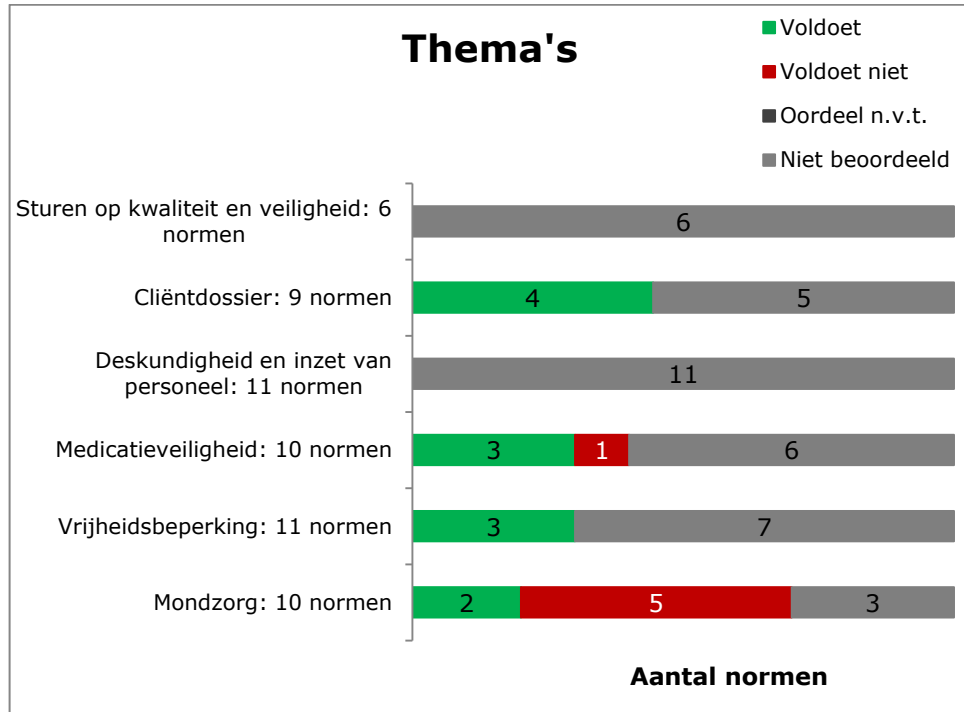
Dit hoofdstuk start met een schematisch overzicht van de bevindingen van het eerdere bezoek. Daarna volgt een paragraaf met een terugblik op het eerdere bezoek en een paragraaf over het huidige bezoek. In de afsluitende paragraaf geeft de inspectie haar conclusie.

2.1 Overzicht van de resultaten

Figuur 1. bezoek op 26 september 2013



Figuur 2. hertoetsbezoek op 1 juli 2014



2.2

Resultaten eerdere bezoek onvoldoende

Tijdens het inspectiebezoek van 26 september 2013 werd bij vier onderwerpen (cliëntdossiers, medicatieveiligheid, vrijheidsbeperking en mondzorg) niet aan een aantal normen voldaan.

2.3

Resultaten hertoetsbezoek

Bij het hertoetsbezoek bleek de situatie in belangrijke mate verbeterd te zijn. Ten aanzien van medicatieveiligheid wordt aan één norm nog niet voldaan, en ten aanzien van mondzorg wordt aan vijf normen nog niet voldaan. Maar de verwachting bestaat dat dit zeer binnenkort wel het geval zal zijn.

2.4

Conclusie

Mariahoeve voldoet niet alle normen. De inspectie heeft - op basis van de resultaatsverslagen en het hertoetsbezoek - echter vertrouwen dat deze normen binnenkort wel zullen worden nageleefd.

3 Handhaving

In dit hoofdstuk staat een overzicht van de normen die nog steeds niet worden nageleefd. Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat er maatregelen genomen worden in Mariahoeve binnen een daarvoor vastgestelde termijn.

3.1 Door de zorgaanbieder te treffen maatregelen

De volgende normen worden nog niet nageleefd. De zorgaanbieder dient deze voor **1 oktober 2014** na te leven. De inspectie verwacht voor 1 oktober 2014 een nieuw resultaatsverslag, met (voor zover van toepassing) afschriften van relevante documenten.

- 4.11 Er is geborgd beleid rondom de omvang, identiteit en opslag van de voorraad geneesmiddelen.
- 6.1 De zorgaanbieder heeft mondzorg geborgd in het kwaliteitssysteem.
- 6.2 De zorgaanbieder voorziet dat er een tandarts beschikbaar is voor de cliënten.
- 6.4 Binnen 6 weken na opname is de mondgezondheid geïnventariseerd en in het cliëntdossier vastgelegd.
- 6.5 Het cliëntdossier biedt basis voor de dagelijkse mondzorg.
- 6.6 In het cliëntdossier is relevante informatie over mondzorg van betrokken disciplines vastgelegd en deze informatie is inzichtelijk voor de betrokken disciplines.

4 Resultaten inspectiebezoek

Dit hoofdstuk start met een overzicht per thema van de scores op de normen. De inspectie geeft in dit hoofdstuk in principe alleen een toelichting als niet aan de norm is voldaan. Niet van toepassing wordt gescoord als de situatie waarop de norm van toepassing is, in deze locatie of binnen het team nooit voorkomt. Niet beoordeeld betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is, op de locatie wel voorkomt, maar niet aan de orde is geweest tijdens het bezoek. De nummering van de normen is niet altijd opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen en niet alle normen uit dit bestand worden getoetst.

De inspectie beoordeelde tijdens dit bezoek alleen de normen die tijdens het eerste bezoek 'voldoet niet' scoorden.

4.1 Sturen op kwaliteit en veiligheid

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
1.1	De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering.				X
1.2	(bijna) Fouten worden systematisch en structureel gemeld, verzameld, geanalyseerd en gebruikt voor verbeteracties.				X
1.3	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de wet en maakt deze bekend bij de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger.				X
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.				X
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.				X
1.8	De zorgaanbieder zorgt er voor dat zinvolle dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.				X

4.2 Cliëntdossier

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	Iedere cliënt heeft een zorg-/ondersteuningsplan.				X
2.2	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van en heeft aantoonbaar ingestemd met het zorg-/ondersteuningsplan.				X
2.3	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.				X
2.4	Risico's voor de cliënt zijn geïnventariseerd door de zorgverleners en de zorg en ondersteuning zijn hierop gebaseerd.	X			
2.5	De in het zorg-/ondersteuningsplan beschreven zorg-/ondersteuningsproblemen, de doelen, acties, rapportage en evaluaties zijn congruent met elkaar.	X			
2.6	In het cliëntdossier is informatie van betrokken disciplines op een afgesproken plaats terug te vinden.	X			
2.7	In het cliëntdossier is de dagelijkse rapportage opgenomen.	X			
2.9	In het zorg-/ondersteuningsplan is vastgelegd welke disciplines met welke verantwoordelijkheden zijn betrokken bij de verschillende onderdelen van de zorgverlening.				X
2.10	De cliënt of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan.				X

4.3 Deskundigheid en inzet personeel

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht.				X
3.2	Medewerkers kennen de impact van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.				X
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis van en vaardigheden voor de doelgroep van cliënten.				X
3.4	Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.				X
3.5	Alleen bevoegde en bekwame medewerkers voeren voorbehouden en risicovolle handelingen uit.				X
3.6	Medewerkers krijgen de benodigde scholing om verantwoord te kunnen werken met de doelgroep en de zorgproblematiek van de cliënten.				X
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende deskundige medewerkers in ter uitvoering van de dagelijkse zorg.				X
3.8	De zorgaanbieder regelt dat vakinhoudelijk specialisten in voldoende mate beschikbaar zijn.				X
3.9	De zorgaanbieder verzamelt, analyseert en onderneemt zo nodig acties met betrekking tot belangrijke contextuele factoren van inzet van personeel.				X
3.10	Medewerkers en management kennen de grenzen van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden en schakelen tijdig vakinhoudelijke specialisten in.				X
3.11	Medewerkers werken volgens relevante gedragscodes. (gedrags-, meld)codes.				X

4.4 Medicatieveiligheid

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
4.1	De arts en de apotheker verrichten jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.				X
4.2	De medicatie wordt alleen gemalen met schriftelijke instemming per geneesmiddel van de arts of apotheker.	X			
4.3	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven en legt de gemaakte afspraken daarover vast in het zorg-/ondersteuningsplan.				X
4.4	De procedure rondom uitzetten, toedienen en registreren is beschreven in een procedure farmaceutische zorg.				X
4.5	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en toedienlijst van de apotheker.				X
4.6	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van het toegediende geneesmiddel.				X
4.7	Niet GDS medicatie wordt door een tweede bekwaam persoon gecontroleerd, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.	X			
4.8	De medewerker past door de apotheek uitgezette medicatie alleen aan op aantoonbaar voorschrift van de arts.	X			
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie op (door de apotheek verstrekte) toedienlijst.				X
4.11	Er is geborgd beleid rondom de omvang, identiteit en opslag van de voorraad geneesmiddelen.		X		

Toelichting per norm waar niet aan wordt voldaan:

- 4.11 De in de instelling aanwezige geneesmiddelen waren over de vervaldatum. D.w.z.: in de medicijnkamer werd een medisch hulpmiddel aangetroffen waarvan de vervaldatum was verlopen.
- 4.11 Er waren geen afspraken over de wijze van afvoeren retourmedicatie. D.w.z.: in de medicijnkamer waren opbergbussen aan de muur bevestigd voor de retourmedicatie. Deze opbergplaatsen waren zo opgezet dat er wel medicatie in kan worden gedeponeerd maar er geen medicatie kan worden uitgehaald.

In de praktijk bleek er toch wel medicatie uit te kunnen worden gehaald door een combinatie van drie factoren: de bussen zaten nogal vol, en de grootte van de opening/gleuf was zodanig dat iemand met een niet al te dikke pols/arm bij de bovenste medicatie kan. Een eenvoudige oplossing voor dit probleem is, de retourmedicatie vaker naar de apotheek af te voeren.

- 4.11 De koelkast werd niet op temperatuur gecontroleerd en stond op meer dan zeven graden. D.w.z.: bij de twee koelkasten die werden gecontroleerd, werden verscheidene onvolkomenheden aangetroffen: a) de temperatuur wordt niet iedere dag bijgehouden c.q. vastgelegd; b) de temperatuurwaarden waarbinnen de temperatuur zich moet bevinden, verschilden per koelkast, waarbij de waarden van één van de koelkasten niet in overeenstemming was met de normatieve waarden; c) in één van de koelkasten was de temperatuur duidelijk te hoog (bijna 10°); d) in de instructies over wat te doen als de temperatuur niet juist is (geweest), stond niet vermeld dat contact met de apotheker moet worden opgenomen teneinde navraag te doen over de deugdelijkheid van de betreffende medicatie.

4.5 Vrijheidsbeperking

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
5.1	De zorgaanbieder beschrijft visie en beleid over preventie, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.				X
5.2	Voorafgaand aan de vrijheidsbeperkende maatregel(en) is een (probleem)analyse verricht van het gedrag van de cliënt.	X			
5.3	Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.				X
5.4	In dialoog met cliënt vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).	X			
5.5	Een arts of een gedragskundige is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).	X			
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				X
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgenomen in het cliëntdossier.				X
5.8	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregel(en) zorgvuldig toe.				X
5.9	De zorgaanbieder zorgt voor toetsing van besluitvorming en uitvoering, door een niet bij de behandeling betrokken deskundige, als fixatie met onrustband, afzonderen in een daarvoor bestemde ruimte of separatie worden toegepast.				X
5.10	De zorgaanbieder heeft werkinstructies (protocollen) over het toepassen van alle vrijheidsbeperkende maatregelen.				X
5.11	De zorgaanbieder heeft een registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau.				X

4.6 Mondzorg

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
6.1	De zorgaanbieder heeft mondzorg geborgd in het kwaliteitssysteem.		X		
6.2	De zorgaanbieder voorziet dat er een tandarts beschikbaar is voor de cliënten.		X		
6.3	De zorgaanbieder faciliteert de tandarts wanneer behandeling in de instelling plaatsvindt.				X
6.4	Binnen 6 weken na opname is de mondgezondheid geïnventariseerd en in het cliëntdossier vastgelegd.		X		
6.5	Het cliëntdossier biedt basis voor de dagelijkse mondzorg.		X		
6.6	In het cliëntdossier is relevante informatie over mondzorg van betrokken disciplines vastgelegd en deze informatie is inzichtelijk voor de betrokken disciplines.		X		
6.7	Medewerkers werken cliëntgericht.				X
6.8	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden over mondzorg voor de doelgroep van cliënten.	X			
6.9	Betrokken zorgverleners worden gesteund door de zorgaanbieder bij de uitvoering van mondzorg en mondverzorging.				X
6.10	Mondzorg wordt in samenhang met relevante betrokken deskundigen besproken.	X			

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 6.1 Het mondzorgbeleid was niet schriftelijk vastgelegd. D.w.z.: het mondzorgbeleid is in concept vastgelegd en de verwachting is dat de documenten zeer binnenkort definitief worden vastgesteld. Er is sprake van enig uitstel vanwege de keuze het mondzorgbeleid voor de gehele stichting (verpleeg- en verzorgingshuizen) te laten gelden.
- 6.1 De multidisciplinaire richtlijn Mondzorg of een samenvatting hiervan waren niet beschikbaar voor alle medewerkers. Zie vorige recursieerde opmerking.
- 6.1 De verantwoordelijkheid voor het toezien op het nakomen van professionele mondzorginterventies was niet vastgelegd.
- 6.2 Er was geen contract met de tandarts aanwezig waarin voorzien was in waarneming van de tandarts en een regeling voor spoedgevallen. D.w.z.: ook aan deze norm zal naar verwachting zeer binnenkort worden voldaan. Ook hierbij is sprake van enig uitstel vanwege de eerder vermelde redenen.
- 6.4 Binnen 24 uur na opname was niet door een medewerker, via een gestandaardiseerde wijze, de mondsituatie in kaart gebracht.
- 6.4 De mondgezondheid was niet binnen zes weken (eerder indien nodig) na opname door een tandarts geïnventariseerd en was niet vastgelegd in het cliëntdossier.

- 6.5 De poetsfrequentie (minimaal 2 maal daags) en methode (inzet van de verschillende middelen (bijvoorbeeld: tandenborstel, fluoride etc.)) stond niet in het cliëntdossier genoteerd. D.w.z.: in de ingeziene zorgdossiers stonden wel enige instructies (bijvoorbeeld: "één keer per dag poetsen") maar dergelijke instructies zijn niet specifiek genoeg.
- 6.6 De bevindingen van de tandarts/tandprotheticus/mondhygiënist die van invloed waren op de dagelijkse mondzorg van de cliënt werden niet vastgelegd in het cliëntdossier. D.w.z.: mogelijk houdt de tandarts met wie wordt samengewerkt er een eigen dossier op na, maar hij rapporteert niet in het medische en/of het verpleegkundig dossier. Opgemerkt werd dat de tandarts in het 'papieren tijdperk' wel rapporteerde, maar geen toegang heeft tot de huidige digitale dossiers.
- 6.6 De bevindingen van de tandarts die van invloed waren op de medische zorg rondom de cliënt werden niet vastgelegd in het cliëntdossier.

4.7

Overige bevindingen

De temperatuur van het water van de wastafels op de appartementen van de psychogeriatrische cliënten was te heet. Op basis van de kwaliteitswet beschouwt de inspectie dit in relatie tot de doelgroep als onveilig en ongewenst.

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
	De temperatuur van het water van de wastafels op de appartementen van de psychogeriatrische cliënten was begrensd.		x		

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

De onderstaande documenten zijn door de inspectie gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport. De inspectie heeft de documenten niet in totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

- Resultaatsverslagen.

Bijlage 2 Overzicht wetten, veldnormen, circulaire en rapporten

Wetgeving:

- Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ).
- Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ).
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- 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.
- Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg.

Veldnormen:

- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN, 2012.
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking, CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ, 2008.
- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Nationale beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2007.
- 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.
- RIVM Hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra, 2012.
- Richtlijn Probleemgedrag, Verenso, 2006.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005.

Circulaires 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.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.
- Verantwoord richtlijngebruik in de gehandicaptensector, NIVEL, 2010.