



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

Vastgesteld rapport  
van het onaangekondigd inspectiebezoek  
op 4 februari 2014  
aan verpleeghuis de Notenhoff  
te Andel

's-Hertogenbosch  
februari 2014



## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>4</b>
1.1	Aanleiding en belang.....	4
1.2	Doelstelling .....	4
1.3	Methode.....	4
1.4	Toetsingskader .....	4
1.5	Beschrijving locatie.....	5
<b>2</b>	<b>Conclusies .....</b>	<b>6</b>
2.1	Overzicht van de resultaten.....	6
2.2	Conclusie .....	6
<b>3</b>	<b>Handhaving .....</b>	<b>8</b>
3.1	Door de zorgaanbieder te treffen maatregelen .....	8
3.2	Resultaatsverslag .....	9
3.3	Beoordeling van overige locaties.....	9
3.4	Vervolgacties inspectie.....	9
<b>4</b>	<b>Resultaten inspectiebezoek.....</b>	<b>10</b>
4.1	Sturen op kwaliteit en veiligheid .....	10
4.2	Cliëntdossier .....	11
4.3	Deskundigheid en inzet personeel .....	13
4.4	Medicatieveiligheid.....	15
4.5	Vrijheidsbeperking .....	17
	<b>Bijlage 1 Geraadpleegde documenten .....</b>	<b>19</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 4 februari 2014 een onaangekondigd bezoek gebracht aan verpleeghuis De Notenhoff te Andel (hierna: De Notenhoff).

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.

### 1.2 Doelstelling

Doel van het inspectiebezoek aan De Notenhoff was te beoordelen in hoeverre De Notenhoff 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 kwamen aan bod:

- Sturen op kwaliteit en veiligheid.
- Cliëntdossier.
- Deskundigheid en inzet personeel.
- Medicatieveiligheid.
- Vrijheidsbeperking.

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 cliënten.
- Gesprekken gevoerd met uitvoerend medewerkers, de Specialist Ouderengeneeskunde en het management(team).
- Cliëntdossiers ingezien.
- Een rondgang gemaakt door de locatie.

### 1.4 Toetsingskader

De normen zijn gebaseerd op de volgende wet- en regelgeving en veldnormen:

*Wetgeving:*

- Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg (2009).
- Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ; 1996).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz; 1992).
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz; 1995).
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz; 1996).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG; 1993).

- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek (WGBO; 1994).

*Veldnormen:*

- Handreiking ondersteuningsplannen; 2013.
- Hingstman TL; Langelaan M, Wagner C: *De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg*. Utrecht: NIVEL; 2012.
- Kwaliteitsdocument Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis; 2012.
- Veilige principes in de medicatieketen; 2012.

*Inspectierapporten:*

- Extra maatregelen noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperkende maatregelen in de langdurige zorg. Utrecht: IGZ; 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis. Utrecht: IGZ; 2011.

## **1.5 Beschrijving locatie**

Deze locatie is in april 2013 verhuisd van oudbouw naar nieuwbouw. De Notenhoff is een van de twee locaties van de zorgorganisatie Zorgplein Maaswaarden. Op de Notenhoff verblijven 19 bewoners met een psychogeriatrische indicatie en 17 bewoners met een somatische indicatie in appartementen. Ook is er een dagopvang voor oudere mensen die nog thuis wonen.

De inspectie heeft geïnspecteerd op de gesloten afdeling met psychogeriatrische cliënten. De bewoners hebben een zorgindicatie van ZZP5 of 7.

Hier verblijven de bewoners verdeeld over twee groepen volgens de uitgangspunten van kleinschalig wonen.

De bewoners hebben een eigen slaapkamer en badkamer. De aangrenzende tuin biedt mogelijkheden voor buiten zijn. De zorglocatie ligt midden in Andel.

De inspectie heeft op 22 mei 2013 deze locatie bezocht, voor het afgeven van de Bopz-aanmerking. Ook heeft zij de andere locatie van Zorgplein Maaswaarden, te weten Wijkstein in Wijk en Aalburg, in 2013 geïnspecteerd. Deze inspecties gaven de inspectie reden tot bezorgdheid en zijn ook zo besproken met de bestuurder in oktober 2013.

De inspectie heeft in dit gesprek van oktober 2013 aangekondigd locatie de Notenhoff in 2014 onaangekondigd te bezoeken.

Het doel van het bezoek is om een oordeel te vormen over de feitelijke sturing en de kwaliteit van die zorgonderdelen te toetsen die de inspectie eerder als mogelijk risicovol beoordeeld had. Hierdoor zijn sommige onderdelen niet getoetst.

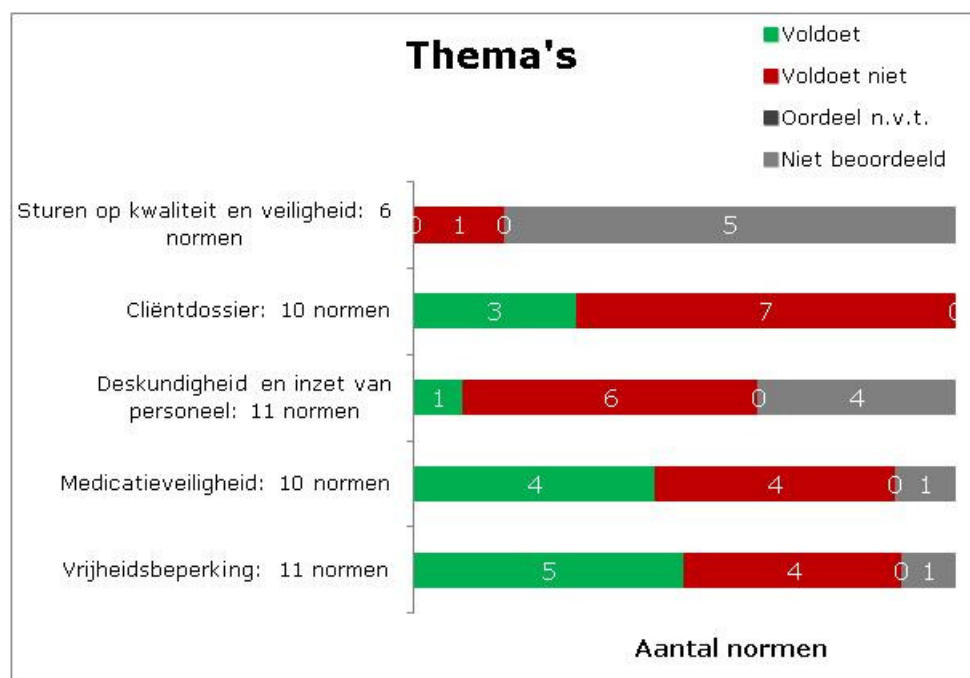
## 2 Conclusies

Dit hoofdstuk start met een totaaloverzicht van de bevindingen. Daarna volgt een paragraaf met een beschouwend karakter. In de afsluitende paragraaf geeft de inspectie haar conclusie.

In hoofdstuk 4 zijn de bevindingen toegelicht.

### 2.1 Overzicht van de resultaten

Tabel 1 biedt een overzicht van de beoordeelde normen per thema.



### 2.2 Conclusie

De Notenhoff voldoet niet aan alle normen.

Dit geeft een risico op onverantwoorde zorg en gezondheidsschade voor de cliënt. Om de risico's te beperken wordt van u verwacht dat u maatregelen neemt. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen en vervolgacties.

#### **Kwaliteitssysteem blijkt niet voldoende te werken: zorg niet verantwoord**

De inspectie constateert dat de randvoorwaarden voor het verlenen van veilige en verantwoorde zorg voor de kwetsbare bewoners niet voldoende aanwezig zijn. Er vindt, ondanks dat er een kwaliteitssysteem is, geen systematische sturing en evaluatie plaats op de daadwerkelijk gegeven en te geven zorg, het gebruik en toepassen van beleid en richtlijnen.

#### **De inspectie kan de rol van de geneesheer-directeur niet waarnemen**

De inspectie constateert dat de taken van de Bopz-arts niet deskundig genoeg worden uitgevoerd in de dagelijkse praktijk. Niet zichtbaar of bekend is bij de gesprokenen of er een visie of beleidsstuk voor deze afdeling is op dit gebied.

De taken van de geneesheer-directeur zijn niet zichtbaar in de beoordeling, de evaluatie en het zo mogelijk terugdringen van de vrijheidsbeperkende maatregelen.

#### **Medische zorg niet geborgd**

Niet zichtbaar wordt het regelmatig toetsen dan wel toezichthouden op het medisch handelen van de plaatsvervangende gemandateerde specialist ouderen geneeskunde en zijn waarnemers. De inspectie treft verschillende dossiers aan, waarin medische opdrachten niet uitgevoerd dan wel geïmplementeerd blijken. Het toepassen van inclusie- en exclusiecriteria wordt niet actief gehanteerd: Nadere bestudering van een zorgdossier van een cliënt waarbij sprake is van langer durende ernstige gedragsproblematiek (maanden) laat zien dat de voorgestelde adviezen door derden niet feitelijk zijn geïmplementeerd. Het overwegen, of deze cliënt wel passende zorg ontvangt op deze afdeling, heeft plaatsgevonden. Ook een second opinion had nog niet plaatsgevonden. Dit is niet conform de veldnormen.

#### **Medicatieveiligheid niet geborgd**

Risicovolle medicatie als insuline wordt niet systematisch door twee medewerkers afgetekend. Verder blijkt het interne toezicht op risicovolle medicatie als ampullen met Morfine en Haldol druppels niet geborgd. Tijdens het inspectiebezoek bleek de hoeveelheid aanwezige risicovolle medicatie niet te kloppen met de medicatie-aftekenlijsten. Kennis en inzichten op het gebied van medicatieveiligheid blijken tijdens de inspectie niet up to date.

## 3 Handhaving

In dit hoofdstuk staat een overzicht van de normen die als onvoldoende zijn beoordeeld. Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat er maatregelen genomen worden in de Notenhoff binnen een daarvoor vastgestelde termijn.

De inspectie maakt hierbij onderscheid tussen termijnen van vier weken of zes maanden. De inspectie gaat ervan uit dat hoofdstuk 4 voldoende informatie bevat om de benodigde verbeteringen uit te voeren om te voldoen aan de hieronder genoemde normen.

### 3.1 Door de zorgaanbieder te treffen maatregelen

#### **Normen waaraan binnen maximaal 4 weken na de bezoekdatum voldaan moet zijn:**

- 4.9 De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie op de door de apotheek verstrekte toedienlijst.
- 4.11 Er is geborgd beleid rondom de omvang, identiteit en opslag van de voorraad geneesmiddelen.

#### **Normen waaraan binnen maximaal zes maanden na de bezoekdatum voldaan moet zijn:**

- 1.5 De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.
- 2.3 De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.
- 2.4 Risico's voor de cliënt zijn geïnventariseerd door de zorgverleners en de zorg en ondersteuning zijn hierop gebaseerd.
- 2.5 De in het zorg-/ondersteuningsplan beschreven zorg-/ondersteuningsproblemen, de doelen, acties, rapportage en evaluaties zijn congruent met elkaar.
- 2.6 In het cliëntdossier is informatie van betrokken disciplines op een vaste plaats terug te vinden.
- 2.8 In het cliëntdossier zijn samenvattingen opgenomen van zorghistorie.
- 2.9 In het zorg-/ondersteuningsplan is vastgelegd welke disciplines met welke verantwoordelijkheden zijn betrokken bij de verschillende onderdelen van de zorgverlening.
- 2.10 De cliënt of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan.
- 3.1 Medewerkers werken cliëntgericht.
- 3.2 Medewerkers kennen de impact van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.
- 3.3 Medewerkers hebben voldoende kennis van en vaardigheden voor de doelgroep van cliënten.
- 3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.
- 3.8 De zorgaanbieder regelt dat vakinhoudelijke specialisten in voldoende mate beschikbaar zijn.
- 3.10 Medewerkers en management kennen de grenzen van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden en schakelen tijdig vakinhoudelijke specialisten in.
- 4.1 De arts en de apotheker verrichten jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.



- 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.
- 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.
- 5.2 Voorafgaand aan de vrijheidsbeperkende maatregel(en) is een (probleem)analyse verricht van het gedrag van de cliënt.
- 5.3 Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.
- 5.4 In dialoog met cliënt vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).
- 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 wordt toegepast.
- 5.10 De zorgaanbieder heeft werkinstructies (protocollen) over het toepassen van alle vrijheidsbeperkende maatregelen.

### **3.2 Resultaatsverslag**

De inspectie verwacht een resultaatsverslag waarin per norm staat:

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

De inspectie verwacht het resultaatsverslag voor de normen waar u binnen vier weken na de bezoekdatum aan moet voldoen uiterlijk 7 maart 2014.

De inspectie verwacht het resultaatsverslag voor de normen waar u binnen zes maanden na de bezoekdatum aan moet voldoen uiterlijk 7 juli 2014.

### **3.3 Beoordeling van overige locaties**

De inspectie verwacht dat het verantwoordelijk management ook in andere locaties of in andere teams beoordeelt of aan de normen wordt voldaan en zo nodig passende maatregelen neemt.

### **3.4 Vervolgacties inspectie**

Gezien de ernst van de bevindingen spreekt de inspectie op korte termijn met met de Raad van bestuur en de Raad van toezicht.

## 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.

### 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		
1.6	De zorgaanbieder heeft geborgd beleid over een gesloten deur bij geplande zorgvraag.				x
1.7	De zorgaanbieder heeft geborgd beleid over intimiteit, vriendschap, seksualiteit en over seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten.				x
1.8	De zorgaanbieder zorgt er voor dat zinvolle dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.				x

#### Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

U leest eerst de norm, daarna volgt een toelichting.

- 1.5 De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.  
De inspectie beoordeelt dat dit niet plaatsvindt: tijdens de inspectie worden verschillende zorgleefplannen beoordeeld. Ondermeer het zorgleefplan van een cliënt met ernstige gedragsproblematiek. Er is al maanden sprake van toenemende agressie naar verzorgenden en medebewoners. Er is niet beoordeeld of deze cliënt op deze afdeling nog de juiste hulp krijgt.

Een risicotaxatie, een second opinion en/of een beoordeling op grond van exclusiecriteria heeft niet plaatsgevonden.

#### 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 vaste plaats terug te vinden.		x		
2.7	In het cliëntdossier is de dagelijkse rapportage opgenomen.	x			
2.8	In het cliëntdossier zijn samenvattingen opgenomen van zorghistorie.		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			
2.11	Voor elke voorbehouden handeling is opdracht in het cliëntdossier aanwezig.				x

#### Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

U leest eerst de norm, daarna volgt een toelichting.

- 2.3 De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.  
De inspectie beoordeelt dat dit niet plaatsvindt: observaties en acties door verzorgenden die behoren bij het zorgleefplan zijn niet terug te vinden in

- het dossier. De uitvoering van opdrachten van (para)medici is niet geborgd. De medische zorg wordt niet in het multidisciplinair overleg besproken en maakt geen onderdeel uit van het zorgleefplan.
- 2.4 Risico's voor de cliënt zijn geïnventariseerd door de zorgverleners en de zorg en ondersteuning zijn hierop gebaseerd.  
De inspectie beoordeelt dat dit niet plaatsvindt: de gevonden risicotaxaties blijken niet actueel en zijn niet aangepast aan actuele ontwikkelingen bij de cliënten.
- 2.5 De in het zorg-/ondersteuningsplan beschreven zorg-/ondersteuningsproblemen, de doelen, acties, rapportage en evaluaties zijn congruent met elkaar.  
De inspectie beoordeelt dat dit niet plaatsvindt: het zorgleefplan geeft niet weer welke zorgproblemen nu worden aangepakt en welke acties dat van wie behoeft. Oude en nieuwe informatie over een onderwerp, bijvoorbeeld lang bestaande plasproblemen van een cliënt, maken dat de verzorgenden kunnen kiezen uit wel vijf wijzen van benadering en oplossingen.
- 2.6 In het cliëntdossier is informatie van betrokken disciplines op een vaste plaats terug te vinden.  
De inspectie beoordeelt dat dit niet plaatsvindt: informatie van betrokken disciplines is wel te vinden maar vaak staat er geen datum bij of is niet helder of iets nu nog loopt of gestopt is en waarom.
- 2.8 In het cliëntdossier zijn samenvattingen opgenomen van zorghistorie.  
De inspectie beoordeelt dat dit niet plaatsvindt: er zijn samenvattingen te vinden maar deze staan niet in verband met de rest van het zorgleefplan.
- 2.9 In het zorg-/ondersteuningsplan is vastgelegd welke disciplines met welke verantwoordelijkheden zijn betrokken bij de verschillende onderdelen van de zorgverlening.  
De inspectie beoordeelt dat dit niet plaatsvindt: het betrekken van andere disciplines en het toetsen van het daadwerkelijk implementeren en uitvoeren van de adviezen en opdrachten vindt niet systematisch plaats. De feitelijke opvolging van adviezen van betrokken artsen en psycholoog kan in verschillende zorgleefplannen niet worden vastgesteld.

### 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
3.12	Management toont aan dat de zorg- en dienstverlening aan cliënten wordt uitgevoerd door zo weinig mogelijk verschillende medewerkers.				x

#### Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

U leest eerst de norm, daarna volgt een toelichting.

- 3.1 Medewerkers werken cliëntgericht.  
De inspectie beoordeelt dat dit niet plaatsvindt: de inspectie leest in de

- geraadpleegde zorgplannen geen actuele wensen van cliënten of actuele wensen die door wettelijk vertegenwoordigers zijn verwoord.
- 3.2 Medewerkers kennen de impact van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.  
De inspectie constateert dat dit niet plaatsvindt: de inspectie constateert dat een uniforme systematische benadering van cliënten met complex gedrag niet gerealiseerd wordt, mede omdat heldere instructies, toezicht op feitelijk gedrag en meetmomenten ontbreken.
- 3.3 Medewerkers hebben voldoende kennis van en vaardigheden voor de doelgroep van cliënten.  
De inspectie beoordeelt dat dit niet op orde is: de inspectie treft een zorgplan van een cliënt met een doodswens. In dit plan wordt niet zichtbaar: sinds wanneer, hoe dat zichtbaar is, welke risicotaxaties wanneer worden gemaakt, wie meedenkt, waarop wordt gerapporteerd en wanneer aanvullende hulp of deskundigheid wordt ingezet. Als doel wordt bijvoorbeeld geformuleerd dat cliënt geen doodswens meer heeft: de weg ernaar toe, wat daarvoor mogelijk is, en wanneer, bij welke signalen of welk gedrag het risico vermindert dan wel toeneemt, wordt niet concreet uitgewerkt.
- 3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.  
Met betrekking tot cliënten met complex gedrag constateert de inspectie dat ondersteuning en deskundigheidsbevordering van personeel door bijvoorbeeld betrokken psycholoog en de specialist ouderengeneeskunde ; gefragmenteerd, onhelder, niet concreet met voorbeelden en niet transparant is vastgelegd.
- 3.8 De zorgaanbieder regelt dat vakinhoudelijke specialisten in voldoende mate beschikbaar zijn.  
De inspectie constateert dat een cliënt met gedragsproblematiek vanaf november 2013 niet conform actuele richtlijnen en veldnormen op het gebied van 'Onbegrepen gedrag' is behandeld en benaderd. Een multidisciplinaire gezamenlijke analyse, aanpak en benadering ontbreekt.
- 3.10 Medewerkers en management kennen de grenzen van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden en schakelen tijdig vakinhoudelijke specialisten in.  
De inspectie constateert in verschillende zorgleefplannen dat niemand van de gesproken zorgverleners, management of medische staf, het gehele proces van complexe zorg aan een cliënt overziet en daarop zo nodig zichtbaar en herleidbaar stuurt.

#### 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 actuele medicatieoverzichtlijst en medicatietoedienlijst 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 de door de apotheek verstrekte toedienlijst.	x			
4.10	Bij activiteiten buiten de woonvoorziening zoals dagbehandeling krijgt de cliënt de juiste medicatie op het juiste tijdstip.				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:

U leest eerst de norm, daarna volgt een toelichting.

- 4.1 De arts en de apotheker verrichten jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.  
De inspectie constateert dat dit niet gebeurt: de inspectie ziet dit niet terug in de geraadpleegde zorgleefplannen.

- 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.  
De inspectie constateert dat dit niet consequent gebeurt: ziet bij bestudering van de medicatiemap waarin de toedienlijst zit dat risicovolle medicatie niet regelmatig en traceerbaar (wie wat wanneer) wordt gecontroleerd.
- 4.11 Er is geborgd beleid rondom de omvang, identiteit en opslag van de voorraad geneesmiddelen.  
De inspectie constateert dat dit niet voldoet: de inspectie treft een lijst aan die aangeeft dat er 24 ampullen Morfine 10 mgr. in voorraad moeten zijn. Er blijken er echter 5 in voorraad. Voor deze 5 is echter een andere medicatieoverzichtslijst. Er ontbreken op het moment van inspectie 24 ampullen. Niemand kon uitleggen wat hier is misgegaan of wie daarop toeziet. De inspectie trof meer Haldoldruppels aan (2 flesjes) dan is vastgelegd in de werkvoorraadlijst. Verder was een flesje Haldol over de houdbaarheidsdatum. De inspectie trof risicovolle retourmedicatie voor apotheek (volle insulinepen, zonder sticker van aanbreken) aan in een open bak.  
Dit voldoet niet aan de Veilige Principes in de medicatieketen. De medewerkers met wie de inspectie sprak, bleken niet op de hoogte van deze normen en verwezen naar de leverende apotheker.



#### 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			
5.12	De afzonderingsruimten en de separeerruimten voldoen aan de eisen.			x	

#### Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 5.2 Voorafgaand aan de vrijheidsbeperkende maatregel(en) is een (probleem)analyse verricht van het gedrag van de cliënt. De inspectie constateert dat dit niet voldoet: dit is niet te vinden in de door de inspectie beoordeelde zorgleefplannen.

- 5.3 Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.  
De inspectie constateert dat dit niet voldoet: dit is niet te vinden in de zorgleefplannen.
- 5.4 In dialoog met cliënt vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).  
De inspectie constateert dat dit niet voldoet: deze informatie is niet terug te vinden in de zorgleefplannen.
- 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 wordt toegepast.  
Dit is niet terug te vinden.
- 5.10 De zorgaanbieder heeft werkinstructies (protocollen) over het toepassen van alle vrijheidsbeperkende maatregelen.  
De inspectie constateert dat dit niet voldoet: de werkinstructies, bijvoorbeeld het observeren en evalueren van de toepassing, worden in het zorgleefplan niet of minimaal, niet systematisch en slecht onderbouwd toegepast.

## Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

De inspectie heeft op 21 februari 2014 ontvangen de beleidsstukken, uitslagen van interne audits (2013-2014) en het overzicht van MIC-meldingen in 2013. Dit met betrekking tot de vijf onderwerpen die tijdens de inspectie zijn beoordeeld.

Deze documenten zijn niet gebruikt bij de beoordeling van het inspectiebezoek aan de Notenhoff op 4 februari 2014.

Deze stukken worden toegevoegd aan het inspectiedossier van Zorgplein Maaswaarden.