



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Per e-mail: deadia@vkdv-arnhem.nl
VKDV Dea Dia
T.a.v. de bestuurder
Simon Vestdijkstraat 10
6921 TT DUIVEN

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igj.nl

Datum 24 april 2018
Onderwerp vastgesteld rapport inspectiebezoek

Ons kenmerk
2018-
2118351/V2001439/SR/fl

Geachte directie,

Op 6 april jl. heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, in oprichting (hierna: de inspectie) u het rapport van het bezoek op 13 maart jl. toegezonden.

Omdat de reactietermijn inmiddels is verstreken, en wij van u geen reactie op feitelijke onjuistheden hebben ontvangen, meld ik u bij deze dat het rapport is vastgesteld. U ontvangt hierbij het vastgestelde rapport.

De inspectie attendeert u erop dat zij alle vastgestelde rapporten van het inspectietoezicht actief openbaar maakt.¹ Dit omvat ook de openbaarmaking van het vastgestelde rapport van dit inspectiebezoek.

Hoogachtend,

mevrouw S. Roest
inspecteur

¹ Actieve openbaarmaking betekent dat de inspectie het vastgestelde rapport onder meer op haar website www.igj.nl plaatst. Bij actieve openbaarmaking worden de wettelijke normen, zoals gesteld in de Wet openbaarheid van bestuur en de Wet bescherming persoonsgegevens, in acht genomen. Dit houdt over het algemeen in dat geen (bijzondere) persoonsgegevens opgenomen worden op een wijze die tot een privépersoon herleidbaar zijn. Dit zijn bijvoorbeeld medische gegevens van patiënten of cliënten van uw instelling. De functionarissen van de instelling zullen zo nodig met hun functie aanduiding wel in het vastgestelde rapport worden genoemd.



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

Rapport van het inspectiebezoek aan VKDV
Dea Dia in Arnhem op 13 maart 2018

Utrecht,
april 2018

1 Inleiding

Op 13 maart 2018 heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie) een bezoek gebracht aan VKDV Dea Dia in Arnhem. Dit bezoek maakt deel uit van het toezicht op zorgaanbieders die moeten voldoen aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en die volgens de gegevens van de Kamer van Koophandel nieuw zijn op de zorgmarkt.

Het inspectiebezoek heeft als doel om de randvoorwaarden voor veilige en goede zorg¹ te toetsen en om nader kennis te maken met VKDV Dea Dia.

Beschrijving van de organisatie

VKDV Dea Dia is een vennootschap onder firma ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 68693834. VKDV Dea Dia is gestart met de daadwerkelijke zorg op 4 september 2017.

VKDV Dea Dia is een verpleegkundig dagverblijf voor intensieve kindzorg. Diensten als logeeropvang en ambulante zorg zijn in ontwikkeling. VKDV Dea Dia heeft een regionaal werkgebied.

VKDV Dea Dia werkt niet als hoofd- en/of onderaannemer.

Zorgaanbod

De zorgaanbieder levert verpleging aan 1 cliënt met somatische problematiek.

De cliënt ontvangt 2 dagen 10,5 uur zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Financiering

De organisatie heeft een WTZi-toelating voor de functie verpleging. De zorg wordt gefinancierd door Zorg in Natura (ZiN). VKDV Dea Dia heeft een contract met een zorgkantoor voor Zorg in Natura met zorgverzekeraar VGZ.

Personeel

De formatie direct zorggebonden medewerkers bestaat uit de twee bestuurders, een verpleegkundige en kinderverpleegkundige, beiden niveau 5.

¹ Deze randvoorwaarden zijn afgeleid uit wet- en regelgeving en veldnormen (zie: bijlage 2)

2 Resultaten inspectiebezoek

Methode

De inspectie toetst VKDV Dea Dia op 15 randvoorwaarden voor veilige en goede zorg. Om tot een onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek informatiebronnen. Tijdens het bezoek spreekt de inspectie met de bestuurders en ziet documenten en zorgdossiers in. Ook maakt de inspectie een rondgang door de instelling. In onderstaand schema worden de resultaten weergegeven. Wanneer er (deels) niet aan een randvoorwaarde wordt voldaan, volgt een toelichting onder het schema.

Resultaten

Randvoorwaarden		voldoet			
		ja	nee	deels	n.v.t.
1	Beschikbaar en deskundig personeel	√			
2	Vergewisplicht en Verklaring Omtrent Gedrag (VOG)	√			
3	Afspraken tussen hoofd- en onderaannemer				√
4	Opleidingsplan	√			
5	Kwaliteitssysteem	√			
6	Uitsluitingscriteria cliënten	√			
7	Veilig incident melden	√			
8	Uitvoeringsprotocollen van voorbehouden en risicovolle handelingen	√			
9	Toets van bekwaamheid	√			
10	Vrijheidsbeperkende maatregelen	√			
11	Medicatiebeleid	√			
12	Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	√			
13	Klachtenregeling	√			
14	Medezeggenschap	√			
15	Zorgdossier en zorgplan	√			

3 Conclusie en vervolg

Conclusie

Op basis van bovenstaande bevindingen concludeert de inspectie dat de organisatie de genoemde randvoorwaarden voor veilige en goede zorg voldoende heeft beschreven.

Afronding toezicht

De inspectie sluit met dit rapport het toezichtbezoek aan VKDV Dea Dia af.

De getoetste randvoorwaarden moeten op orde blijven. VKDV Dea Dia valt onder het toezicht van de inspectie. De inspectie kan VKDV Dea Dia daarom opnieuw bezoeken. Een toekomstige toetsing is diepgaander van aard en levert mogelijk andere uitkomsten op.

Bijlage 1 Toelichting randvoorwaarden

1. Beschikbaar en deskundig personeel

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, organiseert de uitvoering van de geboden zorg zo dat hij tijdig, doelmatig en deskundig in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënt voorziet.

De volgende criteria worden gehanteerd:

- de zorgaanbieder zet zorgmedewerkers in met voldoende kennis en vaardigheden om ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.
- de beschikbare personeelsformatie staat in verhouding tot de cliëntpopulatie en zorgbehoeften.
- vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar wanneer nodig bij cliënten met (zeer) intensieve verzorging en/of gedragsregulering.

Bronnen: Wkkgz art. 3; kwaliteitstkader Gehandicaptenzorg 2017; Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg 2017; Kwaliteitsstatuut GGZ 2017

2. Vergewisplicht en verklaring omtrent gedrag (VOG)

De zorgaanbieder moet sinds 1 januari 2016 het functioneren van iedere nieuwe zorgverlener nagaan, voordat hij of zij wordt aangenomen. Nieuwe medewerkers in de langdurige zorg en de intramurale geestelijke gezondheidszorg moeten daarnaast een Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG) tonen.

Bronnen: Wkkgz art. 3, 4 en 11 en Uitvoeringsbesluit Wkkgz art. 3.1, 8.1 en 8.4

3. Afspraken tussen hoofd- en onderaannemer

Wanneer er sprake is van hoofd-, onderaannemer of zpp'ers dienen er tussen de partijen afspraken te worden vastgelegd over:

- de te leveren kwaliteit van zorg;
- het te gebruiken zorgdossier;
- toetsing van de kwaliteit van zorg.

Bron: Wkkgz art. 4.1.b

4. Opleidingsplan

Een zorgaanbieder dient een scholingsplan uit te voeren dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de zorgmedewerkers. Daarnaast dient de zorgaanbieder de kennis en het gebruik van de procedure veilig incident melden (VIM) en de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling te kunnen aantonen.

Bronnen: Wkkgz art. 3, art. 8 en art. 9

5. Kwaliteitsstelsel

Elke zorgaanbieder dient een kwaliteitssysteem te hebben. De inspectie verstaat onder een kwaliteitssysteem 'het vastleggen van beleid, procedures en protocollen, als ook gegevens waarop, met een zekere frequentie, analyses en evaluaties uitgevoerd worden die nodig zijn voor de uitvoering van het kwaliteitsbeleid en het bereiken van de vastgestelde kwaliteitsdoelstellingen' (Plan, Do, Check, Act-cyclus).

De voorwaarden zijn:

- beleidsdocumenten bevatten kenmerken om te komen tot documentbeheer (zoals: titel, datum, verantwoordelijke, status en evaluatiedatum);
- beleidsdocumenten worden gebundeld (zoals: een handboek of documentmanagementsysteem);
- er vindt een cyclische evaluatie van beleidsdocumenten plaats;

Bron: Wkkgz art. 7

6. Uitsluitingscriteria cliënten

De problematiek van bepaalde groepen cliënten stelt eisen aan de deskundigheid van de zorgverleners, de accommodatie van de zorginstelling en meer. Denk aan agressie, mate van zelfredzaamheid, verslavingsproblematiek, etc.

Niet iedere zorginstelling zal daarom elke vorm van problematiek aankunnen. De inspectie verwacht daarom dat een zorginstelling beleid heeft waaruit blijkt aan welke cliënten geen zorg kan worden verleend.

7. Veilig incidenten melden

Zorgaanbieders moeten een interne werkwijze hebben die regelt dat medewerkers veilig onzorgvuldigheden, incidenten en calamiteiten in de zorgverlening kunnen melden. Doel is dat collega's bevindingen met elkaar bespreken, ervan leren en zo samen de zorg verbeteren. De zorgaanbieder heeft vastgelegd dat het volgende onverwijld bij de IGJ wordt gemeld:

- iedere calamiteit die bij de zorgverlening heeft plaatsgevonden;
- geweld in de zorgrelatie;
- ontslag wegens disfunctioneren zorgverlener.

Bronnen: Wkkgz art. 9; Uitvoeringsbesluit Wkkgz hoofdstuk 6; Handreiking 'leren van incidenten' voor kleine zorgaanbieders

8. Uitvoeringsprotocollen van voorbehouden en risicovolle handelingen

Alle handelingen die beroepsbeoefenaren in hun werk uitvoeren moeten op zorgvuldige wijze worden verricht, zo eist de Wet BIG. Dat geldt zeker bij risicovolle handelingen, die bij de uitvoering van de handeling risico's meebrengen voor de cliënt. Voorbehouden handelingen vormen een specifieke groep binnen de risicovolle handelingen. In de Wet BIG worden 14 risicovolle handelingen aangemerkt als voorbehouden handelingen. Voor de uitvoering van de voorbehouden handelingen zijn in de wet voorwaarden opgenomen. De volgende criteria worden gehanteerd:

- de handelingen worden uitgevoerd volgens landelijk geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen;
- uitvoeringsverzoek tot voorbehouden handelingen kan worden aangetoond.

Bronnen: Wet BIG art. 35, 38 en 100; Handleiding voorbehouden handelingen bij Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (2012)

9. Toets van bekwaamheid

In de Wet BIG is een beperkt aantal beroepsbeoefenaren genoemd die zelfstandig bevoegd zijn om voorbehouden handelingen te verrichten. Wie niet zelfstandig bevoegd is, mag alleen in opdracht en onder voorwaarden een voorbehouden handeling uitvoeren. Eén van de voorwaarden waaraan altijd moet zijn voldaan, is de bekwaamheid van de uitvoerder. Onbekwaam maakt onbevoegd.

De volgende criteria worden gehanteerd:

- De zorgaanbieder beschikt over een overzicht van de bekwaamheid van de zorgmedewerkers;
- Er is beleid over de geldigheidsduur van de bekwaamheid en de toetsing.

Bronnen: Wet BIG art. 35, 38 en 100; Handleiding voorbehouden handelingen bij Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (2012)

10. Vrijheidsbeperkende maatregelen

Onder het begrip 'vrijheidsbeperking' verstaat de inspectie 'alle maatregelen die de vrijheid van cliënten beperken'. Dit begrip heeft voor de inspectie al jaren een grotere reikwijdte dan de vrijheidsbeperkende maatregelen die de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) beschrijft. Zorgaanbieders die niet over een Bopz-aanmerking beschikken mogen in dit kader geen vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen.

Vrijheidsbeperkende maatregelen in niet Bopz-aangemerkte zorginstellingen of in de thuissituatie mogen enkel worden toegepast als hiervoor instemming is verkregen van de cliënt of van de wettelijk vertegenwoordiger (wanneer er sprake is van wilsonbekwaamheid van de cliënt) en wanneer een cliënt zich hiertegen niet verzet. Bij verzet vervalt de eerder verkregen instemming.

Alleen een arts of een gedragswetenschapper mag besluiten een vrijheidsbeperkende maatregel in te zetten.

Indien er *géén* vrijheidsbeperkingen worden toegepast:

De zorgaanbieder dient zijn visie op en het niet toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in een beleidsdocument vast te leggen.

Indien er *wél* vrijheidsbeperkingen worden toegepast:

De zorgaanbieder dient zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen te beschrijven.

Indien er geen sprake is van een Bopz-aangemerkte instelling, is in dit beleid beschreven dat:

- er altijd toestemming van de cliënt (bij wilsonbekwaamheid van de vertegenwoordiger) moet zijn voor het uitvoeren van vrijheidsbeperkende maatregelen;
- vrijheidsbeperking nooit mag worden uitgevoerd wanneer een cliënt zich hiertegen verzet.

11. Medicatiebeleid

Het medicatiebeleid van de organisatie bevat tenminste een beschrijving van de taken, verantwoordelijkheden en afspraken omtrent het gehele medicatieproces.

Het beleid moet in lijn zijn met de richtlijn: "Veilige principes in de medicatieketen, 2012" en minimaal bestaan uit:

- Medicatieoverdracht: Bij het starten van de zorg rond medicatie moet er binnen 24 uur een volledig actueel medicatieoverzicht en een toedienlijst van de apotheek aanwezig zijn. Bij het starten van een voorbehouden handeling moet er een uitvoeringsverzoek aanwezig zijn van de voorschrijvend arts;
- Medicatieoverzicht: Bij elke nieuwe cliënt wordt bij intake bepaald of het verantwoord is indien hij het medicatiebeheer of een deel zelf regelt en zo ja, op welke wijze dit bepaald wordt. Het actueel medicatieoverzicht van de apotheek in het zorgdossier opgenomen;
- Uitzetten en toedienen: Het uitzetten en toedienen van risicovolle medicatie wordt door twee verschillende personen uitgevoerd. Bij het uitzetten en toedienen wordt voor elk geneesmiddel geïnspecteerd op een door de apotheek geleverde toedienlijst;
- Opslag/beheer: Medicatie wordt veilig bewaard conform het bewaaradvies van de apotheek. Daarbij worden ook de algemene hygiënerichtlijnen in acht genomen. Er zijn afspraken over de werkwijze m.b.t. retourmedicatie en de taakverdeling hierbij;
- Scholing: Er vindt gerichte scholing plaats op medicatieverstrekking en medicatieveiligheid.
- Incidenten: Medicatie-incidenten worden gemeld en geregistreerd;
- Eigen beheer: Indien er uitsluitend sprake is van 'medicatie in eigen beheer' bij de cliënten dient de zorgaanbieder vast te leggen hoe er wordt omgegaan met cliënten die medicatie niet zelf kunnen beheren.

Bronnen: Veilige principes in de medicatieketen (2012); Handleiding voorbehouden handelingen bij Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (2012)

12. Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Zorgaanbieders zijn verplicht een meldcode vast te stellen waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling wordt

omgegaan. De meldcode moet eraan bijdragen dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden. Verder wordt er van zorgaanbieders verwacht dat zij de kennis en het gebruik van de meldcode bevorderen. Deze meldcode moet in ieder geval deze 5 stappen bevatten:

- in kaart brengen van signalen;
- overleggen met een collega. En eventueel raadplegen van Veilig Thuis of een deskundige op het gebied van letselduiding;
- gesprek met de betrokkene(n);
- wegen van het huiselijk geweld of de kindermishandeling. En bij twijfel altijd Veilig Thuis raadplegen;
- beslissen over zelf hulp organiseren of melden.

Bronnen: Wkkgz art. 8

13. Klachtenregeling

Elke cliënt moet de mogelijkheid hebben om over de geboden zorg een klacht in te dienen. Een klacht kan door de cliënt zelf of zijn vertegenwoordiger worden ingediend en heeft betrekking op 'een gedraging van de zorgaanbieder of van voor hem werkzame personen jegens de cliënt'.

De volgende criteria worden gehanteerd:

- er is een klachtenregeling conform hoofdstuk 3 van de Wkkgz en deze is onder de aandacht van cliënten gebracht;
- de zorgaanbieder beschikt over een onafhankelijke klachtenfunctionaris conform bovengenoemde wetgeving;
- een klacht wordt binnen zes weken behandeld;
- adres en/of telefoonnummer van de klachtenfunctionaris staat vermeld in de klachtregeling;
- de zorgaanbieder is aangesloten bij een door de minister van VWS erkende geschilleninstantie.

Bronnen: Wkkgz hoofdstuk 3; Uitvoeringsbesluit Wkkgz hoofdstuk 7

14. Medezeggenschap

Een zorgaanbieder heeft de wettelijke verplichting om medezeggenschap te organiseren, waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.

De voorwaarden zijn:

- er is sprake van een structureel karakter;
- er staat hiervan iets op schrift;
- voor belangenbehartigers moet duidelijk zijn waarover ze mogen meepraten;
- de zorgaanbieder stelt de belangenbehartigers in ieder geval in de gelegenheid advies uit te brengen over elk voorgenomen besluit dat de zorgaanbieder betreft, inzake de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de aan cliënten te verlenen zorg.

Bron: Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz)

15. Zorgdossier en zorgplan

Het zorgdossier bevat alle informatie die voor de zorg aan de cliënt relevant is:

- persoonsgegevens cliënt;
- zorgovereenkomst;
- diagnose(s);
- naam en toestemming cliënt(vertegenwoordiger) voor uitvoering zorgplan;
- verslag evaluatiegesprekken;
- rapportage; verslaglegging ten behoeve van de continuïteit van de dagelijkse zorg en uitvoering van het zorgplan
- naam behandelend (huis)arts en eventueel andere behandelaars;
- actueel medicatieoverzicht;

- indien zorgaanbieder (een deel van) het medicatieproces overneemt; een, door de apotheker geleverd, toedienlijst met soort medicatie, dosering en tijdstippen van medicatieverstrekking, naam voorschrijvend arts en leverend apotheker);
- indien er sprake is van voorbehouden handelingen; uitvoeringsverzoeken;
- eventuele vrijheidsbeperkingen.

Het zorgplan (ook wel behandelplan, leefplan, zorgbeschrijving, ondersteuningsplan of begeleidingsplan genoemd) is een onderdeel van het zorgdossier. Aan de inhoud worden eisen gesteld:

De zorgaanbieder is verplicht in samenspraak met de cliënt een zorgplan te maken. Binnen zes weken na aanvang van de zorgverlening moet de zorgaanbieder een zorgplan opgesteld hebben waarin in ieder geval de volgende onderwerpen aan bod komen:

- welke doelen worden met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode gesteld, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt;
- op welke concrete wijze zullen de zorgaanbieder en de cliënt de gestelde doelen trachten te bereiken;
- wie is voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk, op welke wijze vindt afstemming tussen meerdere zorgverleners plaats en wie kan de cliënt op die afstemming aanspreken;
- met welke frequentie en onder welke omstandigheden gaat de zorgaanbieder de zorgverlening in samenspraak met de cliënt evalueren en actualiseren.

Bronnen: Wkkgz art. 2, 6, 7, en 10; Wlz art. 8.1.1 en art. 3.3.3; Kwaliteitsdocument Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis, 2013; Handreiking ondersteuningsplannen VGN, 2013; Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2015; kwaliteitst kader Gehandicaptenzorg 2017; Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg 2017; Kwaliteitsstatuut GGZ 2017

Bijlage 2 Overzicht wetten, rapporten en websites

Wetten

- Wet langdurige zorg (Wlz)
- Zorgverzekeringswet (Zvw)
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz)
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz)
- Wet geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo)
- Opiumwet
- Geneesmiddelenwet
- Wet toelating zorginstellingen (WTZi)

Rapporten

- Kwaliteitsticker Gehandicaptenzorg 2017
- Kwaliteitsticker Verpleeghuiszorg 2017
- Kwaliteitsstatuut GGZ 2017
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg thuis
- Handreiking ondersteuningsplannen (2013)
- Handleiding voorbehouden handelingen bij verpleging, verzorging en thuiszorg (2012)
- Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (2013)
- Wettelijke verplichte registraties voor zorgmedewerkers in de langdurige intramurale ouderenzorg (Vilans 2016)
- Wettelijke verplichte registraties voor begeleiders in de gehandicaptenzorg binnen de Wlz (Vilans 2017)
- Veilige principes in de medicatieketen (2012)
- Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg (2011)
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen
- Leidraad bekwaamheid medicatie langdurige zorg
- Handreiking "leren van incidenten" voor kleine zorgaanbieders (2016)

Websites

- www.kwaliteitenklachtenzorg.nl
- www.igj.nl/onderwerpen/nieuwe-zorgaanbieders
- www.rijksoverheid.nl: onderwerpen / ouderenmishandeling
- www.rijksoverheid.nl: onderwerpen / personeel-in-de-zorg