



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan J.E.K.- Je Eigen Keus te Vianen
op 2 oktober 2014

Utrecht
November 2014

Inleiding

Op 2 10 2014 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een bezoek gebracht aan J.E.K.- Je eigen Keus (hierna JEK) te Vianen. Dit bezoek maakt deel uit van het toezicht van de inspectie op zorgaanbieders die vallen onder de Kwaliteitswet zorginstellingen en die blijkens gegevens van de Kamer van Koophandel nieuw zijn op de zorgmarkt.

Het doel van het inspectiebezoek is geweest om nader kennis te maken met JEK te Vianen en na te gaan of voldaan wordt aan randvoorwaarden voor verantwoorde zorg. Deze randvoorwaarden zijn afgeleid uit wet- en regelgeving alsmede veldnormen (zie: Bijlage 2).

Korte beschrijving van de organisatie

JEK is een V.O.F. ingeschreven in de KvK onder nummer 61363685. JEK is in haar huidige vorm gestart met daadwerkelijke zorgverlening op 1-9-2014, daarvoor was zij reeds geruime tijd actief als eenmanszaak.. De zorgaanbieder heeft een regionaal werkgebied en levert persoonlijke verzorging en begeleiding aan cliënten met een meervoudige handicap, veelal een combinatie van een psychiatrische en verstandelijke beperking. Op het moment van het bezoek levert de organisatie zorg aan 25 cliënten met verschillende zorgzwaartes en indicaties , variërend van 1 uur in de 5 weken tot 5 uur per week.

De PGB zorg , soms particuliere zorg wanneer het speltherapie betreft, wordt geboden bij de client thuis in de vorm van ambulante begeleiding, met uitzondering van de speltherapie.

JEK heeft geen contract met een zorgkantoor, evenzo nog niet met een gemeente/gemeenten inzake de WMO, maar doorloopt momenteel een aanbestedingstraject.

JEK is geen lid van een brancheorganisatie, maar is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Speltherapeuten. De formatie direct zorggebonden medewerkers in dienst bestaat uit 2 medewerkers , beiden bestuurders(2 FTE) en kent de volgende deskundigheden; 1 medewerkers zonder diploma in de zorg en 1 medewerker met een post-HBO opleiding.

De bestuurders (tevens eigenaren) hebben vanuit hun ondernemerschap niet eerder met de inspectie contact gehad.

Bevindingen

De inspectie heeft gesproken met het management en er zijn documenten en zorgdossiers ingezien. De inspectie beoordeelde JEK te Vianen op 15 onderwerpen.

In onderstaand schema staat per onderwerp aangegeven of gedurende het bezoek documenten konden worden geraadpleegd en of de inhoud daarvan actueel en relevant was. Onder de rubriek 'overige opmerkingen' staan zaken vermeld die gedurende het inspectiebezoek eveneens als een risico voor de kwaliteit van zorg binnen uw organisatie zijn aangemerkt.

	Document ¹	Aanwezig ja/deels/nee/nvt	Toelichting
1	Zorgplan	Ja	Zorgplannen zien er verzorgd en volledig uit.
2	Klachtenregeling/klachtencommissie	Ja	
3	Afspraken tussen hoofdaannemer en onderaannemer	Nvt	
4	Samenwerkingsafspraken met ketenpartners	Nee	Geen contactuele afspraken.

¹ Zie bijlage 1

5	Personeelsopbouw: beschikbaarheid deskundigheid in relatie tot de doelgroep	Ja	
6	Gedragcode	Ja	
7	Opleidingsplan	Ja	
8	Kwaliteitssysteem	Nee	Er is geen sprake van een PDCA-cyclus.
9	Uitsluitingscriteria cliënten	Deels	Geen schriftelijk beleid. JEK werkt vraaggericht. Een wederzijds 'klikcontact' is een vereiste. Er vindt doorverwijzing plaats indien nodig.
10	Meldingen incidenten cliënten/patiënten (MIC/MIP)	Ja	Een structurele analyse wordt nog niet uitgevoerd, daarvoor is het systeem nog te kort operationeel
11	Uitvoeringsprotocollen van voorbehouden en risicovolle handelingen	Nvt	
12	Toets bekwaamheid van medewerkers en/of zelfstandigen van voorbehouden en risicovolle handelingen	Nvt	
13	Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen	Ja	
14	Medicatiebeleid	Ja	Cliënten hebben medicatie in eigen beheer.
15	Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	Ja	

Overige opmerkingen

Geen

Conclusies

Op basis van bovenstaande bevindingen trekt de inspectie de volgende conclusie:

- uw organisatie voldoet aan genoemde randvoorwaarden voor verantwoorde zorg.

Te nemen maatregelen

Toekomstig toezicht

De inspectie wijst u er op dat JEK onder het toezicht van de inspectie valt en mogelijk in de toekomst opnieuw wordt bezocht. Alle 15 onderwerpen die tijdens het bezoek zijn getoetst, moeten dan op orde zijn. Indien dit niet het geval is dan kan dit leiden tot maatregelen.

In vergelijking tot dit eerste inspectiebezoek is een toekomstige toetsing diepgaander van aard en levert deze mogelijk andere uitkomsten op.

Openbaar

De inspectie attendeert u erop dat zij vastgestelde rapporten van het inspectietoezicht op nieuwe zorgaanbieders actief openbaar maakt.

De verdere operationalisering en de borging van de kwaliteitsverbetering beschouwt de inspectie als de verantwoordelijkheid van de directie/Raad van Bestuur. De inspectie sluit met dit rapport dit toezichtbezoek af en wenst u succes met de verdere implementatie en borging van kwaliteitsverbetering.

Bijlage 1

Toelichting

1. Het zorgplan (Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg; maart 2009)

Het zorgplan (ook wel behandelplan, leefplan, 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:

- a. welke doelen worden met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode gesteld, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt;
- b. op welke concrete wijze zullen de zorgaanbieder en de cliënt de gestelde doelen trachten te bereiken;
- c. 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;
- d. met welke frequentie en onder welke omstandigheden gaat de zorgaanbieder de zorgverlening in samenspraak met de cliënt evalueren en actualiseren.

Het zorgdossier bevat voorts alle informatie die voor de zorg aan en de begeleiding en eventuele behandeling van de cliënt relevant is:

- persoonsgegevens cliënt;
- zorgovereenkomst;
- diagnose(s);
- toestemming voor uitvoering zorgplan;
- naam en toestemming cliëntvertegenwoordiger voor uitvoering zorgplan (indien van toepassing);
- verslag evaluatiegesprekken;
(het zorgplan wordt minimaal een keer per jaar met alle relevante betrokkenen geëvalueerd en zo nodig bijgesteld)
- rapportage;
(verslaglegging ten behoeve van de continuïteit van de dagelijkse zorg en uitvoering van het zorgplan)
- naam behandelend (huis)arts en eventueel andere behandelaars;
- eventuele vrijheidsbeperkingen;
- actueel medicatieoverzicht, indien zorgaanbieder (een deel van) het medicatieproces overneemt;
(een, door de apotheker geleverd, actueel medicatieoverzicht met soort medicatie, dosering en tijdstippen van medicatieverstrekking, naam voorschrijvend arts en leverend apotheker)

Voor 'Bopz-aangemerkte' instellingen moet het zorgplan tevens voldoen aan de eisen van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuis (Wet Bopz).

Wanneer de instelling ook kraamzorg levert dient tevens in het dossier aanwezig te zijn:

- temperatuurlijst moeder;
- temperatuurlijst kind;

- LIP-formulier;
- overdracht naar de jeugdgezondheidszorg;
- vochtbalans kind;
- voedingsgerelateerde gegevens;
- informatie over overleg met de verloskundige(n).

2. Klachtenregeling/ klachtencommissie (Wet Klachtrecht cliënten zorgsector)

Elke cliënt heeft de mogelijkheid om over de geboden zorg een klacht in te dienen bij de klachtencommissie van de instelling. 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".

Tijdens het bezoek worden de volgende criteria gehanteerd:

- er is een klachtenregeling conform bovengenoemde wetgeving en deze is onder de aandacht van cliënten gebracht;
- de zorgaanbieder heeft een klachtencommissie conform bovengenoemde wetgeving. Deze bestaat uit ten minste drie leden waaronder een voorzitter die niet werkzaam is voor of bij de zorgaanbieder;
- adres en/of telefoonnummer van de klachtencommissie staat vermeld in de klachtregeling;
- zowel de cliënt als iemand die hem vertegenwoordigt, kan rechtstreeks bij de klachtencommissie een klacht indienen tegen de zorgaanbieder of diens personeel.

3. Deskundigheid personeel in relatie tot de doelgroep

Deskundig personeel is in staat om de noodzakelijke en gevraagde zorgverlening en ondersteuning aan cliënten te bieden. Het personeel voldoet aan de eisen die aan de functie(s) worden gesteld en is waar nodig bekwaam en bevoegd om specifieke functie(s) uit te oefenen.

Tijdens het bezoek wordt o.a. gelet op de volgende zaken:

- kwalitatief en kwantitatief voldoende aandacht voor aanstellingseisen en (bij)scholing van medewerkers gericht op de ondersteuningsvragen van de cliëntgroepen;
- de aanwezigheid van gedragscode;
- uitsluitingscriteria cliënten; zijn de grenzen aan zorg duidelijk beschreven;
- bekwaamheid en bevoegdheid van medewerkers om voorbehouden en risicovolle handelingen uit te voeren.

4. Vrijheidsbeperkende maatregelen

Onder de term 'vrijheidsbeperking' of 'vrijheidsbeperkende maatregelen' verstaat de inspectie, o.a.: fixatie met (onrust)band, afzondering in daarvoor bestemde ruimte, afzondering in brede zin (uit woonkamer gezet, in slaapkamer), afsluiten woning, psychofarmaca, gedwongen vocht/voeding, diepe stoel, gebruik tafelblad voor rolstoel, fysieke fixatie (holding), beddekken, slaapkamer (deur)sensor, chip in schoen/polsband, belmat/sensor, cameratoezicht, uitluistersysteem, sommige beschermende kleding/materialen, hansop, verpleegdeken, beperking omgang met anderen, beperken gebruik van telefoon/internet, (onnodig) beperken privacy of beperken bezoek.

Tijdens het bezoek wordt o.a. gelet op de volgende zaken:

Heeft de instelling beleid ten aanzien van vrijheidsbeperking zo ja:

- welke maatregelen er worden toegepast
- bij hoeveel cliënten het wordt toepast
- wie de verantwoordelijke in deze is

- wie toezicht op de uitvoering uitoefent
- dat de maatregelen onderdeel zijn van het zorgplan
- dat er aan afbouw en/of alternatieven wordt gewerkt
- dat er gerichte scholing plaats vindt
- dat er registratie wordt bijgehouden

zo nee:

- dat dit verwerkt is in de uitsluitingscriteria

Indien er cliënten verblijven met een Bopz-status, dient de instelling te voldoen aan de Wet BOPZ.

5. Medicatiebeleid

Het medicatiebeleid van de organisatie bevat tenminste een beschrijving van de taken, verantwoordelijkheden en afspraken omtrent het gehele medicatieproces, ook indien er sprake is van "medicatie in eigen beheer" bij de cliënt.

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

Medicatieoverdracht

- Dat er bij het starten van de zorg rond medicatie binnen 24 uur een actueel en volledig medicatieoverzicht inclusief doseertijden van de apotheek aanwezig is.
- Dat er bij het starten van een voorbehouden handeling met betrekking tot medicatie een uitvoeringsverzoek aanwezig van de voorschrijvend arts is.

Medicatieoverzicht

- Dat er bij elke nieuwe cliënt bij intake bepaald wordt of het verantwoord is indien hij het medicatiebeheer of een deel zelf regelt en zo ja, op welke wijze dit bepaald wordt.
- Dat het medicatieoverzicht op digitale lijsten van de apotheek in het zorgdossier opgenomen is.

Uitzetten en toedienen

- Dat het uitzetten en toedienen door twee verschillende personen uitgevoerd wordt.
- Dat bij het uitzetten en toedienen voor elke geneesmiddel geparafeerd wordt.

Bewaring

- Dat medicatie veilig wordt bewaard.

Scholing

- Dat er gerichte scholing plaatsvindt.

Fouten

- Dat fouten gemeld en geregistreerd worden.

Bijlage 2

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

Wetgeving:

- Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ; 1996)
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz; 1995)
- Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg (2009)
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz; 1992)
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG; 1993)
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek (WGBO; 1994)
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, 18 maart 2013
- Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ)
- Circulaire Care/AWBZ/13/05c, Beleidsregels en regelingen Care 2013 en 2014, NZa, 28 juni 2013
- Beleidsregel CA-300-579, Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaarte- pakketten 2014. Dit is bijlage 8 bij Circulaire Care/AWBZ/13/05c, NZa, 28 juni 2013
- Zorgzwaartepakketten Sector GZ, versie 2013. Dit is bijlage 1 bij Beleidsregel CA-300-579 NZa, 28 juni 2013
- Geneesmiddelenwet
- Opiumwet

Fundamentele veldnormen:

- Kwaliteitsdocument VVT (2012) ActiZ
- Handreiking ondersteuningsplannen (2013) VGN
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012
- Veilige principes in de medicatieketen; 2012
- Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg; 2011
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle; KNMG, 2013
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012

Overige veldnormen die van toepassing kunnen zijn:

- Visiedocument 2.0, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg; 2013
- Verantwoord richtlijngebruik in de gehandicaptenzorg. Utrecht: NIVEL; 2010
- Harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (HKZ), versie gehandicaptenzorg 2008
- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007
- Veldnorm Nationaal Epilepsiefonds voor het baden van mensen met epilepsie, ongedateerd
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, ActiZ, GGZ Nederland, VGN, 2010
- 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
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005
- 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 seksualiteit en seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011
- Sturen op aanpak van seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011
- 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
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt, VGN, 2009
- Voorlopige richtlijn wettelijk kader orthopedagogische behandelcentra, VOBC LVG januari 2011
- Veldnorm voor afzonderings- en separeervoorzieningen in de Gehandicaptenzorg, TNO, 12 november 2012
- Competentiebox; Competentieprofielen VGN, 2009
- Hygiënerichtlijnen voor de zorg van mensen met een lichamelijke en verstandelijke handicap, Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV), december 2010
- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011
- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004