Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Rapport van het inspectiebezoek aan Stichting Het Spectrum, De Sterrenlanden **in Dordrecht op 16 februari 2023**

Utrecht, mei 2023

V2047326

Inhoud

1 Inleiding 4
1.1 Aanleiding bezoek 4
1.2 Beschrijving Het Spectrum en De Sterrenlanden 4
1.3 Actuele ontwikkelingen bij Stichting Het Spectrum, De Sterrenlanden 5

2 Conclusie en vervolgacties 6
2.1 Conclusie bezoek 6
2.2 Vervolgacties 6
2.2.1 De vervolgactie die de inspectie van Het Spectrum verwacht 6
2.2.2 Vervolgactie van de inspectie 7

3 Resultaten De Sterrenlanden 8
3.1 Persoonsgerichte zorg 8
3.2 Deskundige zorgverlener 10
3.3 Sturen op kwaliteit en veiligheid 12
3.4 Medicatieveiligheid 14

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten 16

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 16 februari 2023 een bezoek aan Stichting Het Spectrum, De Sterrenlanden in Dordrecht. Het bezoek was aangekondigd.

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Het toetsingskader is slechts een selectie hieruit. Als de inspecteurs het tijdens het bezoek nodig vinden ook andere thema's te onderzoeken dan doen zij dit. De inspecteurs benoemen de onderzochte thema's dan apart in dit rapport.

De in dit rapport gebruikte begrippen liggen vast in een verklarende woordenlijst.

Het inspectiebezoek bestaat uit een gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht. Dit gesprek gaat over de besturing van de organisatie. Daarna bezoeken de inspecteurs één locatie. De inspecteurs verzamelen op deze locatie informatie door middel van observaties, een rondleiding, het voeren van gesprekken en het inzien van documenten. Op basis van deze informatie toetsen ze de thema's persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener, sturen op kwaliteit en veiligheid en medicatieveiligheid. Waar de inspecteurs naar kijken, ligt vast in een toetsingskader. Als de inspecteurs het tijdens het bezoek nodig vinden ook andere thema's te onderzoeken dan doen zij dit. De inspecteurs benoemen de onderzochte thema's dan apart in dit rapport.

Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een toetsingskader.

1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezoekt De Sterrenlanden om zich een beeld te vormen of de geboden zorg voldoet aan wet- en regelgeving. Ook zijn er een aantal meldingen vanuit Stichting Het Spectrum geweest. Deze meldingen onderzoekt de inspectie apart van dit bezoek, en zijn daarnaast mede aanleiding voor het bezoek.

1.2 Beschrijving Het Spectrum en De Sterrenlanden

Het Spectrum biedt verpleeghuiszorg, verzorging, thuiszorg, revalidatie en dagactiviteiten. Het Spectrum heeft negen locaties in de regio Dordrecht, waarvan twee intramurale locaties en zeven locaties waar thuiszorg wordt geleverd. Het management bestaat uit een éénhoofdige raad van bestuur. Het Spectrum heeft een raad van toezicht bestaande uit vier leden.

De Sterrenlanden is een locatie met afdelingen voor psychogeriatrie (PG), somatiek, eerstelijnsverblijf, palliatieve zorg, crisiszorg en revalidatie. Ten tijde van het bezoek ontvangen 188 cliënten zorg. De cliënten hebben zorgprofielen (VV) die variëren van VV4 tot en met VV10. Ook zijn er cliënten met een ELV-indicatie.
De inspectie bezocht een afdeling PG en een afdeling somatiek. De Sterrenlanden heeft zowel eenpersoons- als tweepersoonskamers. Cliënten hebben geen eigen badkamer, maar delen deze met meerdere cliënten.

De zorg wordt verleend door 287 (174,24 fte) zorgverleners, waarvan 33 (22,23 fte) verpleegkundigen deskundigheidsniveau 4, 112 (78,27 fte) verzorgenden-IG deskundigheidsniveau 3, 77 (45,79 fte) helpenden (plus) deskundigheidsniveau 2 en 65 (27,95 fte) gastvrouwen.

De domeinmanager Verpleeghuiszorg en Revalidatie stuurt de locatie aan. Op De Sterrenlanden zijn verschillende disciplines betrokken, waaronder specialisten ouderengeneeskunde (SO), psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist en een diëtist. De SO is eindverantwoordelijk voor de medische zorg.

1.3 Actuele ontwikkelingen bij Stichting Het Spectrum, De Sterrenlanden

De Sterrenlanden wil de locatie verbouwen of een nieuwe locatie bouwen. De business case die hiervoor opgesteld werd, is niet haalbaar gebleken. Hierdoor blijft De Sterrenlanden langer op de huidige locatie zitten.

De raad van bestuur vertelt dat de behandeldienst van de organisatie uitgebreid wordt. Er is inmiddels één nieuwe SO' aangesteld. Een tweede nieuwe SO zal starten in juli 2023.Hiermee komt het totale aantal SO's binnen Stichting Het Spectrum op vier.

Wet zorg en dwang
De Sterrenlanden staat als accommodatie opgenomen in het openbare locatieregister van de Wet zorg en dwang (Wzd).

2 Conclusie en vervolgacties

2.1 Conclusie bezoek

De inspectie constateert dat de geboden zorg op De Sterrenlanden (grotendeels) voldoet aan de getoetste normen. Negen van de twaalf getoetste normen voldoen (grotendeels). Drie van de twaalf getoetste normen voldoen grotendeels niet.

De cliënten van De Sterrenlanden kunnen erop rekenen dat de zorgverleners hun wensen en behoeftes kennen en hiernaar handelen. Ook benaderen de zorgverleners de cliënten op een respectvolle manier. De Sterrenlanden biedt zorgverleners ruimte om met elkaar te reflecteren op de geboden zorg. Daarnaast is inspraak voor cliënten via de cliëntenraad geborgd en heeft ook de RvT een duidelijke rol.
Verbetering is nodig ten aanzien van de vastlegging rondom delen van de Wzd. De Sterrenlanden moet het aftekenen van medicatie op de toedienlijst verbeteren. Ook moet het methodisch werken worden verbeterd. Hieraan wordt binnen De Sterrenlanden op dit moment actief gewerkt.
De inspectie ziet tijdens het bezoek dat de gesprekspartners zich toetsbaar, transparant en lerend opstellen. De inspectie wil de voortgang op de verbetermaatregelen ten aanzien van de Wzd en medicatieveiligheid volgen.

2.2 Vervolgacties

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

2.2.1 De vervolgactie die de inspectie van Het Spectrum verwacht

De zorgaanbieder moet voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen. De inspectie verwacht dat u de goede zorg continueert en verdere verbeteringen doorvoert op de normen die nog niet volledig voldoen. Wel wil de inspectie de voortgang op de verbetermaatregelen die u op De Sterrenlanden treft op de drie normen die grotendeels niet voldoen volgen. Hierbij verwacht de inspectie dat u bij norm 2.1 specifiek aandacht besteed aan het per cliënt individuele afwegingen maken rondom het niet (zelfstandig) verlaten van de afdeling/locatie.

De inspectie vraagt u over de normen 2.1, 2.2. en 5.2 een resultaatverslag op te stellen en dit aan haar toe te sturen.
De inspectie verwacht dit resultaatverslag uiterlijk zes maanden na het vaststellen van het definitief rapport.

In dit resultaatverslag neemt u de volgende informatie op:

- welke aanpak en acties u heeft ingezet;
- hoe u heeft gecontroleerd dat u aan de norm voldoet;
- als u per de datum van het resultaatverslag nog niet volledig aan deze norm voldoet per welke datum dit wel het geval zal zijn.

De inspectie verwacht dat Het Spectrum de verbetermaatregelen zo nodig ook op andere locaties treft.

2.2.2 Vervolgactie van de inspectie

Op basis van het resultaatverslag zal de inspectie beoordelen hoe het vervolgtoezicht aan Het Spectrum eruit gaat zien. U wordt daar te zijner tijd over geïnformeerd.

3 Resultaten De Sterrenlanden

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 Sterrenlanden aan deze norm.

Tijdens gesprekken, observaties en dossierinzage hoort en leest de inspectie dat zorgverleners de behoeften van de cliënt kennen. Zij stemmen de zorg daarop af. De inspectie leest in cliëntdossiers levensverhalen van cliënten. Echter, deze is niet voor alle cliënten ingevuld, leest de inspectie. De inspectie hoort van zorgverleners dat zij wel kennis hebben van de levensgeschiedenis van de cliënt.

De zorgverleners vertellen uitgebreid over de voorkeuren van de cliënten. Zij weten hoe cliënten willen worden aangesproken, wat cliënten graag eten en wat zij graag doen. Zo vertelt een zorgverlener dat een cliënt tijdens de maaltijd graag rustig zijn maaltijd wil kunnen opeten. Daarom zit deze cliënt aan een aparte tafel. De inspectie leest dit ook terug in het cliëntdossier. De inspectie leest in een cliëntdossier dat een cliënt gek is op het konijn dat op de afdeling verblijft. De inspectie hoort van de cliënt dat zij iedere dag het konijn op schoot neemt. De cliënt vertelt dat zij hiervan geniet. Ook leest de inspectie in verschillende cliëntdossiers hoe laat cliënten graag opstaan en naar bed gaan. Daarnaast leest de inspectie wensen van cliënten over hoe zij aangesproken willen worden.

Norm 1.3
Cliënten voeren, binnen hun mogelijkheden, zelf regie over leven en welbevinden.

Volgens de inspectie voldoet De Sterrenlanden grotendeels aan deze norm.

De inspectie hoort van zorgverleners en ziet tijdens observaties dat zorgverleners de eigen regie van de cliënt stimuleren. Een zorgverlener vertelt

bijvoorbeeld over een cliënt die in de ochtend niet wakker gemaakt wil worden. Deze cliënt wil graag zelf wakker worden, ongeacht het tijdstip. Zorgverleners vertellen dat dit mogelijk is.
De inspectie hoort dat cliënten wekelijks kunnen kiezen welke warme maaltijd zij willen eten. Zij kunnen hierbij kiezen uit een menu met meerdere opties. Op de somatische afdeling ziet de inspectie dat bijna alle cliënten de voorkeur hebben om op hun kamer te eten. Een zorgverlener vertelt over een cliënt die de maaltijd gebruikt op een andere afdeling. De zorgverlener vertelt dat de cliënt dit graag wil. De reden hiervoor is dat de cliënt daar meer aanspraak heeft met andere cliënten, vertelt de zorgverlener.
Op de PG-afdeling ziet de inspectie tijdens de broodmaaltijd dat zorgverleners aan de cliënten vragen wat zij willen eten. Vervolgens maken zorgverleners dit voor de cliënten klaar in het keukendeel van de huiskamer. Een cliënt die zelf een boterham kan smeren, krijgt brood, boter en beleg. Zorgverleners houden in de gaten of de cliënt hulp nodig heeft. Daarbij bieden zij hulp op een passend moment aan, ziet de inspectie.

De inspectie leest in het zorgdossier van een cliënt dat het voor haar belangrijk is om zelf de regie te hebben over haar dag invulling. Ook leest de inspectie dat de cliënt een vast weekprogramma heeft met activiteiten die zij leuk vindt. De inspectie leest in de rapportage dat een cliënt vanwege een afspraak eerder op de ochtend geholpen wil worden met de persoonlijke verzorging. De inspectie leest vervolgens dat de zorgverleners de cliënt op het gewenste tijdstip verzorgen.

Wel ziet de inspectie op een somatische afdeling dat zorgverleners de warme maaltijd op de gang opscheppen. Vervolgens brengen zij de maaltijd naar de cliënt op de kamer. Zorgverleners vertellen dat zij weten hoeveel de cliënten eten. Zij vragen niet na bij de cliënt hoeveel de cliënt vandaag wil eten.

Op de PG-afdeling kunnen cliënten zich vrij over de afdeling bewegen, ziet de inspectie. Cliënten kunnen echter niet zelfstandig de afdeling verlaten, vertellen zorgverleners (zie norm 2.1). De lift en de deuren naar de trappen zijn voorzien van een codeslot.

Norm 1.4
Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.

Volgens de inspectie voldoet de Sterrenlanden aan deze norm.

Uit observaties blijkt dat zorgverleners de cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven. De zorgverleners hebben aandacht voor de cliënten. Zo praten de zorgverleners rustig en op ooghoogte met de cliënten. Tijdens dit contact raken zorgverleners hen hierbij af en toe aan. De cliënt lijkt dit prettig te vinden, ziet de inspectie. Zorgverleners vragen toestemming voordat zij een cliënt helpen bij de maaltijd of tijdens aanbieden van drinken. Zorgverleners praten met de cliënten en betrekken andere cliënten bij het gesprek.

Een cliënt vertelt zeer tevreden te zijn over de vaste zorgverleners. De cliënt vertelt dat zij haar goed kennen en op een prettige manier met haar omgaan. Zij vertelt daarbij dat zij meestal zorg krijgt van vaste zorgverleners.

De inspectie ziet een zorgverlener met een cliënt naar de huiskamer gaan om te eten. De zorgverlener en de cliënt lachen, maken grapjes en hebben zichtbaar plezier met elkaar.

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 Sterrenlanden grotendeels niet aan deze norm.

Gesprekspartners vertellen dat De Sterrenlanden PG afdelingen heeft waar de cliënten niet zelfstandig de afdeling kunnen verlaten (zie norm 1.3). De inspectie ziet dit ook tijdens het bezoek. In de huisregels leest de inspectie: *"In het zorgleefplan worden met u en uw vertegenwoordiger afspraken gemaakt, indien het zelfstandig verlaten van de afdelingen nog mogelijk is (mogelijk met GPS voorziening). Gezien bouwtechnische beperkingen maken dat de afdeling voor overige bewoners gesloten is"*. Een zorgverlener vertelt over een cliënt die de afdeling niet zelfstandig mag verlaten. In het zorgdossier van deze cliënt leest de inspectie geen beschrijving van zorgverleners met individuele afwegingen op basis waarvan zorgverleners dit besluit namen. Ook ziet de inspectie dat zorgverleners in het zorgdossier de gesloten deur niet als maatregel in het kader van de Wet zorg en dwang (Wzd) beschrijven. Een zorgverlener vertelt dat zorgverleners afspraken dat de gesloten afdelingsdeur niet in het zorgdossier als maatregel in het kader van de Wzd beschreven hoeft te worden.

De inspectie ziet dat De Sterrenlanden het stappenplan Wzd wisselend toepast. De inspectie ziet tijdens de observatie dat een cliënt een buikriem heeft in de rolstoel. Een zorgverlener vertelt dat hiervoor het stappenplan Wzd van toepassing is. De inspectie ziet dit stappenplan niet terug in het zorgdossier. Wel leest de inspectie in een zorgdossier over een cliënt waarbij de SO psychofarmaca buiten de richtlijn voorschreef. De inspectie ziet in het zorgdossier dat de behandelaar hiervoor het stappenplan Wzd volgt. In andere zorgdossiers leest de inspectie dat zorgverleners minimaal eens per drie maanden de onvrijwillige zorg evalueren. Zij doen dit in een overleg met de SO, de afdelingsmanager en een zorgverlener.

Zorgverleners vertellen dat zij aandacht hebben voor risico's voor de cliënt. Zo vertelt een zorgverlener dat zij een risico op decubitus signaleerde bij een cliënt. De zorgverlener schakelde vervolgens een ergotherapeut in voor advies over de zit- en lighouding van de cliënt. Dit leest de inspectie ook terug in het zorgdossier.

Norm 2.2
Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie voldoet De Sterrenlanden grotendeels niet aan deze norm.

Tijdens het inzien van de zorgdossiers ziet de inspectie dat niet alle zorgdoelen actueel zijn. Zo ziet de inspectie bij een cliënt zorgdoelen met de evaluatiedatum 18 januari 2023. Een zorgverlener vertelt dat zij niet weet waarom de zorgdoelen bij deze cliënt niet tijdig geëvalueerd werden. De inspectie leest niet terug in het zorgdossier waarom de evaluatie niet plaats vond. In een ander zorgdossier leest de inspectie dat het zorgplan geldig was tot 3 januari 2023. In

het zorgdossiers is niet navolgbaar of dit zorgplan daarna geëvalueerd is. Een zorgverlener vertelt dat deze cliënt waarschijnlijk op een multidisciplinair overleg (MDO) eind januari is besproken. Maar in het zorgdossier is hier geen verslag van te vinden, vertelt zij en ziet de inspectie.

De inspectie leest in een zorgdossier dat een cliënt ondergewicht heeft. Hierover leest de inspectie een doel in het zorgplan. Als actie bij dit doel staat vermeld dat de diëtist een voedingsadvies opstelde voor de cliënt. De inspectie ziet dit voedingsadvies niet terug in het zorgdossier. Zorgverleners rapporteerden ook niet over de het eten, drinken en het gewicht van de cliënt, ziet de inspectie.

Zorgverleners vertellen dat zij gebruik maken van een 'zorgring'. Dit is een metalen ring waaraan kaartjes hangen met praktische informatie over de persoonlijke verzorging van de cliënt. De inspectie ziet dat de informatie die op deze kaartjes staat, niet overeen komt met het zorgdossier. Zo leest de inspectie op de 'zorgring' dat de cliënt katheterzorg nodig heeft. De inspectie ziet in het zorgdossier dat de cliënt geen katheter meer heeft. Een zorgverlener vertelt dat dit al enige tijd zo is, maar dat zij de 'zorgring' nog niet hebben aangepast.

Ook hoort de inspectie over een cliënt met een wond. In het zorgdossier ziet de inspectie een doel over wondzorg. Daarnaast ziet de inspectie een doel over voeding. Hierbij stelde de diëtist een voedingsadvies op. De inspectie leest in het zorgdossier ook een wondbehandelplan. Voor het opstellen van het wondbehandelplan gebruiken de zorgverleners de TIME-methodiek. In de rapportages leest de inspectie over de voortgang van de wond. Ook ziet de inspectie dat zorgverleners hierbij foto's van de wond in het dossier plaatsen. Zorgverleners hebben hierdoor zicht op de voortgang van de wond.

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 Sterrenlanden grotendeels aan deze norm.

De inspectie hoort van zorgverleners en leest in documenten dat in de dagdiensten en avonddiensten altijd minstens een zorgverlener met deskundigheidsniveau 4 bij De Sterrenlanden aanwezig is. De aanwezige zorgverlener met deskundigheidsniveau 4 is bereikbaar voor alle afdelingen. In de nachten is steeds minstens één zorgverlener met deskundigheidsniveau 4 aanwezig.

De bestuurder en zorgverleners vertellen dat er aandacht is voor de rol van de verpleegkundigen deskundigheidsniveau 4 en de verzorgenden IG deskundigheidsniveau 3 (VIG). Zo stelde De Sterrenlanden een plan op om de rol van de VIG'ers opnieuw te bekijken. De Sterrenlanden heeft hiervoor een visie opgesteld. De inspectie leest in deze visie dat de coördinatie van zorg, aandachtsvelder zijn van een specifiek zorgonderwerp en deelname aan project- en werkgroepen onderdeel zijn van de rol van een VIG. Met de individuele VIG'ers wordt gesproken over hun ontwikkeling hierin. Daarbij komt aan bod wat zij nodig hebben om te groeien in hun rol. Coaches van Waardigheid en Trots ondersteunen De Sterrenlanden hierbij. Zorgverleners vertellen dat verpleegkundigen ook een coachende rol hebben. Zo vertellen zorgverleners over een afdeling die ondersteuning nodig had om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Op deze afdeling zette De Sterrelanden tijdelijk dagelijks een

verpleegkundige in om zorgverleners te coachen. De verpleegkundige werkte naast de normale bezetting, hoort de inspectie.

Zorgverleners vertellen dat zij regelmatig scholingen volgen op het gebied van voorbehouden en risicovolle handelingen. Zij volgen een scholingsprogramma, waarbij zij in een cyclus van drie jaar, vier scholingsblokken volgen. Na de scholing volgt een toets moment. De bekwaamheden worden bijgehouden op een registratiekaart. Bij onvoldoende bekwaamheid volgt de zorgverlener extra scholing. Van zorgverleners hoort de inspectie terug dat zij scholing over voorbehouden en risicovolle handelingen volgden.
Zorgverleners van de PG-afdelingen vertellen dat zij scholing hebben gevolgd over de Wzd. Ook vertellen de zorgverleners dat zij klinische lessen volgden over kleinschalige zorg en over palliatieve basiszorg. Een zorgverlener vertelt dat zij een congres bijwoonde over palliatieve zorg. Zorgverleners vertellen dat zij tijdens gedragsoverleggen met de SO en de psycholoog leren over ziektebeelden van cliënten.

De Sterrenlanden leidt veel leerlingen en stagiaires op. De Sterrenlanden heeft een somatische leerafdeling. Een praktijkopleider begeleidt de zorgverleners in opleiding in hun leerproces, vertellen de domeinmanager en zorgverleners. Op de leerafdeling zijn de zorgverleners in opleiding verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg. Gediplomeerde zorgverleners begeleiden hen hierin. De zorgverleners in opleiding werken dagelijks aan een persoonlijk leerdoel. Dit leerdoel delen zij met de gediplomeerde zorgverleners die hun begeleiden. Op de leerafdeling is inzichtelijk welke zorgverlener in opleiding welke bevoegdheden heeft, ziet de inspectie.

De domeinmanager en zorgverleners vertellen dat De Sterrelanden werkt met aandachtsvelders. Deze aandachtsvelders houden de kennis over specifieke onderwerpen zoals hygiëne, ouderenmishandeling of de Wzd bij. Vervolgens delen zij deze kennis tijdens teamoverleggen, hoort de inspectie.

In de scholingsplannen van 2022 en 2023 leest de inspectie over scholing rondom ‘continu verbeteren’. Ook leest de inspectie over zorgverleners die beroepsopleidingen volgen. Daarnaast leest de inspectie over implementatie van een ‘Leer Management Systeem’. De inspectie leest in het scholingsplan niet terug welke doelgroepspecifieke scholing de zorgverleners moeten volgen. In reactie op het conceptrapport laat de bestuurder weten dat overzichten van doelgroepspecifieke scholing in het kwaliteitssysteem staan.

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 Sterrenlanden grotendeels aan deze norm.

De Sterrenlanden voert interne en externe audits uit, hoort de inspectie van gesprekspartners. In documenten leest de inspectie dat er in 2023 audits zijn gepland over onder andere medicatieveiligheid en hygiëne en infectiepreventie. In een analyse van de interne audits van augustus 2022 leest de inspectie dat er bij De Sterrenlanden verbeterpunten waren op het gebied van methodisch werken en HACCP. De inspectie leest in de documenten niet terug welke acties er naar aanleiding van deze analyse zijn uitgezet. In de reactie op het conceptrapport laat de bestuurder weten de voortgang te monitoren door middel

van interne audits. Daarbij bespreekt de regiegroep kwaliteit de voortgang op dit onderwerp.

In notulen leest de inspectie dat het managementteam verschillende onderwerpen bespreekt rond de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Zo leest de inspectie dat aandacht nodig was voor methodisch werken. Hierbij leest de inspectie niet op welke manier De Sterrenlanden werkt aan methodisch werken. In de reactie van de bestuurder op het conceptrapport leest de inspectie dat De Sterrenlanden projectmatig werkt aan methodisch werken. In de meegestuurde documenten leest de inspectie hoe De Sterrenlanden werkt aan het verbeteren van methodisch werken. De inspectie leest welke acties De Sterrenlanden inzet en wat de voortgang van het project is.

De inspectie hoort van de raad van toezicht en van de raad van bestuur dat er in de raad van toezicht aandacht is voor de kwaliteit van zorg. Dit onderwerp is belegd in een deelcommissie van de raad van toezicht. In notulen van overleggen van de raad van toezicht leest de inspectie dat er gesproken is over leren en verbeteren naar aanleiding van incidenten.

De raad van bestuur en de domeinmanager vertellen dat zij kwaliteitsinformatie verzamelen. Zo verzamelt de raad van bestuur op organisatieniveau en op locatieniveau kwaliteitsinformatie over onder andere klanttevredenheid, aantal klachten en meldingen, voert men audits uit en doet men mee aan de Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit. De uitkomsten daarvan beschrijft de raad van bestuur in een viermaandelijkse managementrapportage, hoort de inspectie van gesprekspartners en leest de inspectie in documenten.

Zorgverleners vertellen de inspectie dat zij incidenten melden volgens de ‘Melding Incidenten Cliënten’ (MIC)-procedure. Zij vertellen dat zij weten hoe zij incidenten moeten melden en dat zij zich vrij voelen om dat te doen. De inspectie ziet in verschillende zorgdossier MIC-meldingen terug. De inspectie hoort dat de afdelingsmanager de meldingen op cliëntniveau analyseert en interventies bespreekt met het betreffende team. Dat leest de inspectie ook in de MIC-procedure terug.

Gesprekspartners vertellen dat de MIC-commissie de meldingen eens per vier maanden analyseert. In verslagen van de viermaandelijkse MIC-analyses leest de inspectie een overzicht van het aantal incidenten, uitgesplitst naar aard van het incident en van welke afdelingen de meldingen kwamen. De inspectie leest echter geen analyse van trends of van basisoorzaken.
De inspectie ziet ook het document ‘voortang verbeterpunten calamiteiten’ in. Hierin leest de inspectie verbeteracties naar aanleiding van calamiteiten. Daarnaast houdt de Sterrenlanden de voortgang van deze verbeteracties bij.

De cliëntenraad vertelt dat de raad van bestuur en de domeinmanager hen actief betrekken. Zo vertelt de cliëntenraad betrokken te zijn geweest bij het opstellen van het Wzd-beleid. De cliëntenraad ontvangt onder andere informatie over klachten en meldingen van het management. De cliëntenraad bespreekt deze informatie met vaste regelmaat met het management. Zij voelen zich hierbij gehoord en serieus genomen, vertellen zij.

Norm 3.3
De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Volgens de inspectie voldoet De Sterrenlanden aan deze norm.

De inspectie hoort van verschillende gesprekspartners dat de zorgverleners de tijd en de ruimte krijgen om te reflecteren op de zorg die zij aan cliënten bieden. Zorgverleners vertellen dat er gedragsoverleggen plaats vinden. Hierin kunnen zorgverleners casuïstiek inbrengen en reflecteren op hun handelen, zo hoort de inspectie. Zorgverleners vertellen dat zij het fijn vinden om op deze manier van en met elkaar te leren. Dit hoort de inspectie ook terug van de SO.

Uit gesprekken met zorgverleners en het management blijkt dat zorgverleners voldoende ruimte ervaren om knelpunten te bespreken. Uit gesprekken blijkt dat er binnen De Sterrelanden sprake is van een aanspreekcultuur.

Het Spectrum neemt deel aan een lerend netwerk met andere zorgorganisaties. Zorgverleners nemen niet deel aan dit lerend netwerk. Naast dit lerend netwerk heeft de bestuurder regelmatig contact met een nabij gelegen ziekenhuis. De bestuurder vertelt dat zij plannen, zorgen en uitdagingen met elkaar bespreken.

Norm 3.4
De zorgaanbieder heeft (indien vereist) een Wtza-toelatingsvergunning en een interne toezichthouder.

Volgens de inspectie voldoet De Sterrenlanden aan deze norm.

Het Spectrum heeft een Wtza-vergunning. De raad van toezicht bestaat uit vier leden, van wie de wettelijke zittingstermijn in het reglement van de raad van toezicht is beschreven, leest de inspectie. De inspectie hoort van gesprekspartners en leest in documenten dat de interne toezichthouders hun taak onafhankelijk van elkaar kunnen uitvoeren.

Norm 3.5
De zorgaanbieder regelt de inspraak van cliënten zoals bedoeld in de Wmcz 2018.

Volgens de inspectie voldoet De Sterrenlanden aan deze norm.

Het Spectrum heeft een centrale cliëntenraad, vertelt de raad van bestuur. Daarnaast zijn er twee lokale cliëntenraden die betrokken zijn bij de verschillende onderdelen van Het Spectrum. Een cliëntenraad is betrokken bij domein Wijkverpleging en Welzijn, de andere cliëntenraad bij domein Verpleeghuiszorg en Revalidatie. De cliëntenraad met domein wonen is betrokken bij De Sterrenlanden. De bestuurder vertelt dat de cliëntenraad betrokken is bij de werving en selectie van leden van de raad van toezicht. De cliëntenraad bevestigt dit en vertelt dat dit de organisatie dit vastlegde in het statuut van de cliëntenraad. Dit leest de inspectie ook terug in dit document.

3.4 Medicatieveiligheid

Norm 5.1
Zorgverleners beschikken over een actuele toedienlijst van de apotheek.

Volgens de inspectie voldoet De Sterrenlanden aan deze norm.

De domeinmanager vertelt dat De Sterrenlanden een digitaal voorschrijfsysteem voor medicatie gebruikt. Dit systeem is gekoppeld aan het cliëntdossier. Zorgverleners vertellen dat zij, binnen 24 uur na de start van de zorg aan een

cliënt, over een actueel medicatieoverzicht beschikken. De inspectie hoort dat er tussentijdse wijzigingen van de medicatie plaats vinden. Zorgverleners vertellen dat zij direct nadat de SO een wijziging invoert, een nieuwe toedienlijst kunnen uitprinten.

Zorgverleners vertellen dat zij de toedienlijsten niet zelf maken of aanpassen. Zij vertellen dat als een cliënt de medicatie weigert, zorgverleners dit op de toedienlijst schrijven. Dit ziet de inspectie ook terug op de toedienlijst. Zorgverleners vertellen dat dit de afspraak is binnen De Sterrenlanden. Dit leest de inspectie ook terug in de beleidsdocumenten.

De inspectie leest in de zorgdossiers afspraken over het medicatiebeheer. Ook leest de inspectie afspraken in het zorgdossier over medicatietoediening. Zo leest de inspectie dat zorgverleners bij een cliënt met een BEM-score 5 de mediatie bestellen, controleren en uit zetten. De cliënt neemt de medicatie zelf in.

Norm 5.2
De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

Volgens de inspectie voldoet De Sterrenlanden grotendeels niet aan deze norm.

Zorgverleners vertellen dat zij de medicatie per medicijn en per toedientijdstip aftekenen op de toedienlijst. Tijdens inzage van de toedienlijsten echter ziet de inspectie dat zorgverleners medicatie niet altijd aftekenen op de toedienlijst. Zo ziet de inspectie dat zorgverleners een medicamenteuze zalf op meerdere dagen in de avond niet aftekenen. Ook ziet de inspectie dat zorgverleners een bloed verdunnend medicijn en een mondspray niet aftekenden. De inspectie ziet op een toedienlijst van een andere cliënt dat een bloed verdunnend medicijn wel op een doseringsvoorschrift wordt afgetekend, maar niet op de toedienlijst van de apotheek. In het beleid van de organisatie leest de inspectie dat dit niet de afspraak is binnen De Sterrenlanden.

In het medicatiebeleid leest de inspectie, dat zorgverleners een MIC melding moeten invullen als medicatie niet is afgetekend op de toedienlijst. De inspectie hoort echter van zorgverleners dat zij geen MIC melding invullen wanneer er niet is afgetekend op de toedienlijst.

Zorgverleners voeren de tweede controle (niet GDS-medicatie) niet altijd volgens de protocollen van de organisatie uit. Voor een bloed verdunnend medicijn is een tweede controle volgens protocol nodig. De inspectie ziet dat op zowel het doseringsvoorschrift als de toedienlijst van de apotheek de tweede controle ontbreekt.

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

- Overzicht van de zorgprofielen van cliënten;
- Overzicht van fte's van zorgverleners en behandelaars;
- Huisregels WZD;
- PowerPoint scholing WZD;
- Werkboek inclusief WZD beleid;
- Medicatiebeleid;
- Procedure medicatiewijziging verpleeghuiszorg;
- Overzicht werkinstructies Medicatie;
- Het Spectrum statuten;
- Medezeggenschapsregeling cliëntenraad;
- Huishoudelijk reglement;
- Managementrapportage Het Spectrum T2;
- Managementrapportage Het Spectrum T3;
- Jaarplan leren en ontwikkelen 2022;
- Realisatie leren en ontwikkelen 2022;
- Concept jaarplan leren en ontwikkelen 2023;
- A3 jaarplan Het Spectrum;
- A3 jaarplan Verpleeghuiszorg en Revalidatie (V&R);
- Plan van aanpak V&R 2023;
- Verslagen overleg Raad van Bestuur met domein Verpleeghuiszorg & Revalidatie;
- Verslagen overleg manager Verpleeghuiszorg & Revalidatie met afdelingsmanagers;
- Reglement MIC commissie, Procedure MIC;
- MIC rapportage T2 2022, MIC rapportage T3 2022;
- Zorgvisie Verpleeghuiszorg;
- Waaier zorgvisie Verpleeghuiszorg;
- Overzicht aandachtsveldhouders per afdeling;
- Ontwikkeling VIG;
- ISO rapportage 2022 DNV;
- Interne auditanalyse 2021 – 2022;
- Auditplanning 2021 – 2023;
- Auditinstrument (in Excel, meerdere tabbladen);
- Notulen regiegroep kwaliteit oktober 2022;
- Voortgang verbeterpunten (bijna) calamiteiten;
- BIG-scholing protocol;
- Instructie registratie BIG-scholingen;
- Verslagen overleg Raad van Toezicht;
- Diverse reglementen
- Procesvoorstel werving selectie lid per 1-1-2023.
- Programmaplan optimalisering EKD versie definitief
- Projectplan methodisch werken fase 2 versie definitief
- Programma voortgangsrapportage maart 2023
- Plan van aanpak methodisch werken Somatiek
- Analyse en plan van aanpak verbeterpunten iso audit 2022

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

www.igj.nl