



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

Rapport van het inspectiebezoek aan
Senas-Zorg B.V. te Emmen op 23 mei 2016

Utrecht,
juni 2016

Inleiding

Op 23 mei 2016 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een bezoek gebracht aan Senas-Zorg B.V. te Emmen. Dit bezoek maakt deel uit van het toezicht van de inspectie op zorgaanbieders die vallen onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) 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 Senas-Zorg B.V. en na te gaan of voldaan wordt aan randvoorwaarden voor veilige en goede zorg. Deze randvoorwaarden zijn afgeleid uit wet- en regelgeving alsmede veldnormen (zie: bijlage 2).

Korte beschrijving van de organisatie

Senas-Zorg B.V. (hierna: Senas-Zorg) is een besloten vennootschap ingeschreven bij de KvK onder nummer 65020669. Senas-Zorg is gestart met daadwerkelijke zorgverlening in april 2016.

Senas-Zorg is een thuiszorgorganisatie en heeft een regionaal werkgebied. De zorgaanbieder biedt persoonlijke verzorging, verpleging, individuele begeleiding en huishoudelijke hulp. Op het moment van inspectiebezoek levert Senas-Zorg persoonlijke verzorging aan 1 cliënt met somatische problematiek. De cliënt ontvangt zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en is geïndiceerd voor de functies persoonlijke verzorging klasse 4.

De formatie direct zorggebonden medewerkers in loondienst bestaat op het moment van inspectiebezoek uit 1 medewerker met de functie helpende niveau 2.

Senas-Zorg werkt niet als hoofd- en/of onderaannemer. De organisatie heeft een WTZi-toelating voor de functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. De zorg wordt gefinancierd via het persoonsgebonden budget (PGB). Senas-Zorg heeft geen contract met een zorgkantoor inzake ZIN of met de gemeente inzake de Wmo.

De bestuurders hebben vanuit het ondernemerschap niet eerder met de inspectie contact gehad.

Bevindingen

De inspectie heeft gesproken met het bestuur en er zijn documenten en zorgdossiers ingezien. De inspectie beoordeelde Senas-Zorg op 15 onderwerpen. Informatie over de 15 onderwerpen is opgenomen in bijlage 1.

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 meer toelichting behoeven of die gedurende het inspectiebezoek eveneens als een risico voor de kwaliteit van zorg binnen de organisatie zijn aangemerkt.

	Onderwerp	Aanwezig: Ja/deels/nee/n.v.t.	Toelichting
1	Zorgplan ¹	Ja	
2	Klachtenregeling	Ja	
3	Medezeggenschap	Ja	
4	Afspraken tussen hoofdaannemer en onderaannemer	N.v.t.	
5	Personeelsopbouw: beschikbaarheid en deskundigheid in relatie tot de doelgroep	Ja	

¹ Voor deze norm geldt een afwijkend handhavingbeleid voor cliënten die zorg ontvangen vanuit een persoonsgebonden budget (PGB). Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten. Het toezicht op de zorg aan deze cliënten blijft, voor wat het onderwerp zorgplan, beperkt tot toetsen en zo nodig het geven van het advies om bepaalde zaken te verbeteren. Verdere handhavingmaatregelen zullen achterwege blijven. Dit neemt niet weg dat ook de zorg aan deze groep cliënten aantoonbaar van goed niveau, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn, afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

6	Vergewisplicht en verklaring omtrent gedrag (VOG)	Ja	
7	Opleidingsplan	Ja	
8	Kwaliteitssysteem	Ja	
9	Uitsluitingscriteria cliënten	Ja	
10	Veilig incident melden (VIM)	Ja	
11	Uitvoeringsprotocollen van voorbehouden en risicovolle handelingen	N.v.t.	
12	Toets bekwaamheid van medewerkers en/of zelfstandigen van voorbehouden en risicovolle handelingen	N.v.t.	
13	Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen	Ja	
14	Medicatiebeleid	Ja	
15	Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	Ja	

Overige opmerkingen

Geen.

Conclusies

Op basis van bovenstaande bevindingen trekt de inspectie de volgende conclusie: de organisatie heeft de genoemde randvoorwaarden voor veilige en goede zorg beschreven en geïmplementeerd.

De inspectie sluit met dit rapport het toezichtbezoek aan Senas-Zorg af. De inspectie wijst u er op dat Senas-Zorg onder het toezicht van de inspectie valt en mogelijk in de toekomst opnieuw wordt bezocht. Alle 15 onderwerpen die tijdens dit bezoek zijn getoetst, moeten blijvend 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 mogelijk andere uitkomsten op.

Bijlage 1

Toelichting

1. Zorgplan

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.

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);
- 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 algemeen 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.

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

2. 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 heeft 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.

NB. Voor bestaande organisaties met een klachtregeling conform de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) geldt een overgangsjaar (tot 01-01-2017).

Bronnen: Wkkgz hoofdstuk 3; Uitvoeringsbesluit Wkkgz hoofdstuk 7

3. 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 en 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)

4. Afspraken tussen hoofd- onderaannemer

Wanneer er sprake is van een 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.

5. Personeelsopbouw: beschikbaarheid en 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.

Gelet wordt op de volgende zaken:

- kwalitatief voldoende zorgmedewerkers (er is aandacht voor aanstellingseisen en (bij)scholing van medewerkers gericht op de ondersteuningsvragen van de cliëntgroepen);
- kwantitatief voldoende zorgmedewerkers.

Bron: Wkkgz art. 3

6. Vergewisplicht en verklaring omtrent gedrag (VOG)

Per 1 januari 2016 moet de zorgaanbieder 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

7. 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

8. Kwaliteitsysteem

Elke zorgaanbieder dient een kwaliteitssysteem te hebben opgesteld. De IGZ 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).

Bron: Wkkgz art. 7

9. Uitsluitingscriteria cliënten

De problematiek - denk aan agressie, mate van zelfredzaamheid, verslavingsproblematiek, etc. - van bepaalde groepen cliënten stelt o.a. eisen aan de deskundigheid van de zorgverleners, de accommodatie van de zorginstelling en meer. Niet iedere zorginstelling zal daarom elke vorm van problematiek aankunnen. De IGZ verwacht daarom dat een zorginstelling beleid heeft waaruit blijkt aan welke cliënten geen zorg kan worden verleend.

10. Veilig incidenten melden

Zorgaanbieders moeten uiterlijk per 1 juli 2016 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. Per 1 januari 2016 dient de zorgaanbieder een ontslag wegens ernstig disfunctioneren van een zorgverlener te melden bij de IGZ.

Bron: Wkkgz art. 9; Uitvoeringsbesluit Wkkgz hoofdstuk 6

11. Uitvoeringsprotocollen van voorbehouden en risicovolle handelingen

Risicovolle handelingen zijn handelingen die bij de uitvoering van de handeling risico's meebrengen voor de patiënt. Voorbehouden handelingen vormen een specifieke groep binnen de risicovolle handelingen. Het betreft handelingen die door de individuele professionals beroepsmatig worden

verricht. In de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) worden 14 risicovolle handelingen aangemerkt als voorbehouden handelingen.

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

12. Toets bekwaamheid van medewerkers en/of zelfstandigen van voorbehouden en risicovolle handelingen

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. Is aan deze voorwaarden voldaan, dan is ook degene die in opdracht een voorbehouden handeling uitvoert, bevoegd. Een van de voorwaarden waaraan altijd moet zijn voldaan, is de bekwaamheid van de uitvoerder. Onbekwaam maakt onbevoegd. De zorgaanbieder moet de bekwaamheid van medewerkers kunnen aantonen, daarnaast moet de scholing in kader van de wet BIG zijn geborgd.

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

13. 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.

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.

14. 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" (zie bijlage 2) en minimaal bestaan uit:

Medicatieoverdracht

- Bij het starten van de zorg rond medicatie moet er binnen 24 uur een actueel en volledig algemeen 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 algemeen 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 geparafeerd 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.

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)

15. 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:

1. In kaart brengen van signalen.
2. Overleggen met een collega. En eventueel raadplegen van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), het Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG) of een deskundige op het gebied van letselduiding.
3. Gesprek met de betrokkene(n).
4. Wegen van het huiselijk geweld of de kindermishandeling. En bij twijfel altijd het SHG of AMK raadplegen.
5. Beslissen over zelf hulp organiseren of melden.

Bronnen: Wkkgz art. 8; Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (2013)

Bijlage 2

Wetten en normen:

Zie ook <http://alturl.com/mxo3s>

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)

Fundamentele veldnormen

- Veilige principes in de medicatieketen (2012)
- Handleiding voorbehouden handelingen bij verpleging, verzorging en thuiszorg (2012)
- Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (2013)

Overige veldnormen

- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg thuis
- Handreiking ondersteuningsplannen (2013)
- Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg (2011)
- Extra inspanningen noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking en langdurige zorg
- Dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg (2012)
- Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten (2008)
- Van incident naar fundament
- Convenant preventie seksueel misbruik
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik
- Sturen op aanpak van seksueel misbruik
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt
- Veldnorm voor afzonderings- en separeervoorzieningen in de Gehandicaptenzorg
- Hygiënerichtlijnen voor de zorg van mensen met een lichamelijke en verstandelijke handicap
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis
- 'Het mag niet, het mag nooit' seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg
- Leidraad bekwaamheid medicatie langdurige zorg