



Zorginhoudelijke veiligheid jaarverslag 2015

Analyse & Risico's

Maart 2016
Linda Myszka, MA
Nelleke van Sluisveld, MSc

Inhoud

Inleiding.....	3
1. De organisatie van zorginhoudelijke veiligheid.....	4
1.1 Het kwaliteitstraamwerk.....	4
1.2 Audits	4
1.3 Veilig incidenten melden.....	4
2. Resultaten	5
2.1 Inspectierapport Rumah Kita	5
2.2 kwaliteitzelfportret	6
2.3 Externe audit	7
2.4 Interne audits	7
2.5 MIC's en Prisma's	9
3. Conclusie	13
4. Toekomst.....	14

Inleiding

De politieke en maatschappelijke aandacht voor kwaliteit en veiligheid in de zorg is fors toegenomen. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) kwam in juni 2015 met een plan van aanpak voor de kwaliteit van verpleeghuiszorg, genaamd 'Met waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze Ouderen.'. Daarnaast is per 1 januari 2016 de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) ingegaan, waarin vastgelegd is wat er moet gebeuren als mensen een klacht hebben over de zorg en hoe calamiteiten gemeld en onderzocht moeten worden. De positie van de cliënt en zijn familie wordt door deze wet versterkt. Hoewel Zinzia altijd aandacht heeft gehad voor zorginhoudelijke veiligheid is de focus erop toegenomen door de ambitie om excellente zorg te bieden. De nadruk is komen te liggen op eigenaarschap, leiderschap en sturen op gedrag.

Hoe Zinzia zorginhoudelijke veiligheid georganiseerd heeft is uitgebreid beschreven in het vernieuwde document 'zorginhoudelijke veiligheid', dat in het handboek zorg te vinden is. In het eerste hoofdstuk van dit jaarverslag wordt een samenvatting van de organisatie van zorginhoudelijke veiligheid geschetst. In het tweede hoofdstuk wordt de stand van zaken van Zinzia wat betreft zorginhoudelijke veiligheid beschreven. De resultaten uit verschillende onderdelen behandeld, bijvoorbeeld de MIC's en de externe audit. De resultaten wijzen ons op de belangrijkste risico's en vormen een opdracht voor Zinzia voor de komende tijd. In het derde hoofdstuk werpen we een blik op de toekomst.

1. De organisatie van zorginhoudelijke veiligheid

De visie en werkwijzen van het kwaliteitssysteem zijn uitgebreid beschreven in het vernieuwde document 'zorginhoudelijke veiligheid', dat te vinden is het Handboek Zorg. In dit hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven.

1.1 Het kwaliteitsraamwerk

De zorginhoudelijke veiligheid is binnen Zinzia georganiseerd rondom het kwaliteitsraamwerk (de acht zorginhoudelijke veiligheidsthema's). Om de stand van zaken rondom zorginhoudelijke veiligheid vast te stellen en om de zorginhoudelijke veiligheid verder te verbeteren gebruikt Zinzia methoden, zoals veilig incident melden (VIM) en audits.

Op elk van de acht zorginhoudelijke veiligheidsthema's is een expertiseteam actief. Elk team wordt voorgezeten door een SVO. Verder bestaat het team ten minste uit een afdelingshoofd en behandelaar. Het aantal leden kan naar behoefte worden uitgebreid. Het expertiseteam is inhoudsverantwoordelijk en op inhoud beslissingsbevoegd. Zij stelt voor het betreffende thema het zorginhoudelijke beleid vast. Jaarplannen, begrotings- en scholingsvoorstellen worden voorgelegd aan de gekoppelde regiomanager/manager EBC. Deze kijkt naar de organisatorische consequenties en financiën.

1.2 Audits

Een audit is een prospectieve methode om de zorginhoudelijke veiligheid van een afdeling of een organisatie in kaart te brengen. Er zijn verschillende soorten audits, zoals interne, collegiale en externe audits. Het verschil tussen deze drie soorten audits is de mate van onafhankelijkheid van de auditors en dus de objectiviteit van de resultaten. Dit is met name belangrijk voor externe verantwoording.

1.3 Veilig incidenten melden

Waar mensen werken kan er iets mis gaan. Natuurlijk proberen we incidenten zo veel mogelijk te voorkomen door risico's in kaart te brengen door bijvoorbeeld audits en de risicosignalering, maar het aantal tot nul terugbrengen is onmogelijk. Het melden van incidenten is een belangrijke methode om de zorginhoudelijke veiligheid te monitoren. Door incidenten te melden, te onderzoeken en oorzaken te achterhalen kunnen we incidenten in de toekomst voorkomen en de kwaliteit en veiligheid in de zorg vergroten.

2. Resultaten

In dit hoofdstuk volgt een weergave van de verschillende metingen die er bij Zinzia zijn gedaan. In 2014 heeft de IGZ de locatie Rumah Kita onder de loep genomen, wat in 2015 doorliep. Begin 2016 is het eindverslag van de IGZ ontvangen en is het IGZ-onderzoek positief afgerond. Daarnaast heeft Zinzia een externe audit gehad door het bureau Certificatie in de Zorg. Verder komen de analyses van de MIC's en PRISMA's en de resultaten van de interne audits zorgdossiers, medicatie en hygiëne aan bod. Samen geven deze metingen een goed beeld van de stand van zaken van de zorginhoudelijke veiligheid binnen Zinzia.

2.1 Inspectierapport Rumah Kita

Tijdens het tweede hertoetsbezoek van de IGZ aan Rumah Kita is gebleken dat de ingezette verbetermaatregelen bij de meeste thema's effectief zijn geweest. Voor het thema cliëntdossiers geldt dat verbeteringen achterblijven. De systematiek van de zorgleefplannen was nog niet op orde met als belangrijkste oorzaak de papieren dossiers, met o.a. als gevolg dat aan de normen bij het thema vrijheidsbeperking nog niet worden voldaan. Zinzia had dit al onderkend en de invoering van het ECD versneld.

De conclusie van het IGZ-rapport is het volgende: "De zorg die Rumah Kita biedt voldoet aan bijna aan alle normen die de IGZ hanteert. Voor de normen waaraan de zorgaanbieder niet voldoet, leidt dit tot risico's op gezondheidsschade voor cliënten. [...] De inspectie vertrouwt erop dat de zorgaanbieder deze normen binnenkort zal naleven en sluit daarom met dit rapport het inspectiebezoek af. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder controleert of ook de overige locaties of teams alle normen naleven en dat hij zo nodig passende maatregelen treft."

Normen waaraan Rumah Kita volgens het IGZ-rapport niet voldoet:

- × De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar berokken bij het opstellen van en heeft aantoonbaar ingestemd met het zorg-/ondersteuningsplan.
 - De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger was niet duidelijk of onvoldoende aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgleefplan. In de door de inspectie geziene zorgdossiers bleek dat cliënt-/vertegenwoordigers niet altijd hadden ingestemd bij de afzonderlijke doelen volgens het systeem van Zinzia of niet bij een bijgesteld zorgleefplan.
- × De in het zorg-/ondersteuningsplan beschreven zorg-/ondersteuningsproblemen, de doelen, acties, rapportage en evaluaties zijn congruent met elkaar.
 - De zorg-/ondersteuningsdoelen, acties, en rapportage hingen niet of onvoldoende logisch met elkaar samen. Er werd niet altijd op zorgdoelen of acties gerapporteerd. Acties en afspraken werden niet consequent nagekomen of niet duidelijk geregistreerd. IN een verslag van een overleg met cliëntvertegenwoordiger stond dat cliënt vermagerde en afgesproken werd dat het gewicht gemeten zou worden. Er was geen zorgdoel waarin stond dat het gewicht structureel gemeten moest worden. Ook bij de metingen stonden geen structurele registraties van gewicht. Er was geen sprake van methodisch werken volgens een duidelijk systematiek van het zorgdossier en van het zorgleefplan. Er was een behandelplan, er waren behandelafspraken, een zorgleefplan en een zorgkaart. Deze vier corresponderden veelal niet met elkaar en gaven geen totaalbeeld van de zorg/behandeling en acties die bij de cliënt moesten of werden uitgevoerd. Als een zorgverlener de cliënt niet kende wist hij/zij niet

- duidelijk wat bij de cliënt moest gebeuren. Daarbij bleek dat medewerkers/verpleegkundigen niet wisten hij ze bij –voor hun- relevante informatie van de arts konden komen.
- × De cliënt of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan.
 - De cliënt of cliëntvertegenwoordiger was niet in alle geziene dossiers aantoonbaar betrokken geweest bij de periodieke evaluatie. De geplande evaluaties van de afzonderlijke zorgdoelen en activiteiten waren niet altijd terug te vinden in de aantekeningen van de MDO's. De verslagen van de MDO's waren niet overal in het zorgdossier opgenomen. Uit het zorgdossier was niet op te maken of de afzonderlijke zorgdoelen en acties die geëvalueerd zouden moeten zijn ook daadwerkelijk besproken waren met de cliënt of cliëntvertegenwoordiger. Er vonden niet altijd periodieke evaluaties plaats.
 - × Voorafgaand aan de vrijheidsbeperkende maatregel(en) is een (probleem)analyse verricht van het gedrag van de cliënt.
 - De analyse was niet terug te vinden in alle cliëntdossiers. In een ingezien zorgdossier ontbrak de analyse voor een cliënt waarbij zowel een bewegingsmelder, een BOPZ-bed en een dwaaldetector werden ingezet. In de geziene (probleem)analyses kwam onvoldoende naar voren welk gedrag de cliënt vertoonde voordat de vrijheidsbeperkende maatregel(en) werd/werden toegepast. Daarnaast werd niet duidelijk wat het gevaar was als de vrijheidsbeperkende maatregel(en) niet werd/werden toegepast.
 - × In dialoog met cliënt vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).
 - Bij de eerdergenoemde cliënt was in het cliëntdossier geen middelen en maatregelenformulier aanwezig en geen zichtbare toestemming van cliënt of diens vertegenwoordiger. Er was ook geen evaluatie over de ingezette middelen en maatregelen. Zowel niet in het cliëntdossier van de zorg als in cliëntdossier van de medische zorg. Zo zou de arts een middelen en maatregelenformulier hebben waar de reden van de inzet van middelen en maatregelen op stond. De reden werd niet duidelijk in het zorgleefplan benoemd. Het kostte een behoorlijke inspanning om van alle informatie over de cliënt een goed overzicht te krijgen en daarna bleek dat de informatie niet volledig was.
 - × Beleid zorg- en leefplannen.
 - De uitvoering van het beleid met betrekking tot de verantwoordelijkheid voor de volledigheid en actualiteit van de huidige zorgdossiers was nog onvoldoende geborgd. De SVO's hadden hier een belangrijke rol in maar waren sinds het begin van het jaar gestopt hierop structureel toe te zien, zoals dat wel mede medicatieveiligheid werd gedaan.

2.2 kwaliteitselfportret

Begin 2015 heeft Zinzia zicht opgegeven voor een Actiz-project om een kwaliteitselfportret te gaan maken. Samen met Actiz heeft Zinzia het project vormgegeven. Na aanleiding van het Inspectiebezoek aan Rumah Kita in 2014 is in januari 2015 een gesprek geweest met de IGZ. Zinzia heeft hierin aangeboden om haar eigen kijk op de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken door middel van het kwaliteitselfportret. Het kwaliteitselfportret zou een gezamenlijke, zowel voor Zinzia als voor de IGZ, als landelijke leercasus zijn. Er werd afgesproken dat het kwaliteitselfportret uiterlijk 15 augustus 2015 naar de IGZ gestuurd zou worden.

Een platform kwaliteitselfportret, waarin cliëntvertegenwoordigers en professionals uit alle huizen en allerlei functies zaten, is in 2015 meerdere keren bij elkaar gekomen om het kwaliteitselfportret van Zinzia

vorm en inhoud te geven. Het platform heeft vier doelgroepen vastgesteld voor het kwaliteit zelfportret: de (aankomende) cliënt en zijn/haar familie en/of vertegenwoordigers, de medewerker (interne verbetering), de toezichthouder (o.a. IGZ) en het zorgkantoor. Het kwaliteitselfportret gebruikt zowel kwantitatieve (cijfers) als kwalitatieve (verhalen en beelden) vormen om kwaliteit weer te geven. Deze meervoudige manier van het weergeven van kwaliteit, waardoor een rijk en multidimensionaal beeld ontstaat, past bij onze visie op kwaliteit.

In augustus 2015 heeft Zinzia, als eerste in de sector, de eerste versie van het kwaliteitselfportret opgeleverd, openbaar gemaakt en aan de IGZ aangeboden. In de maanden daarna is door het platform kwaliteitselfportret nagedacht over de tweede versie van het kwaliteitselfportret en welke (digitale) vorm de volgende versies zouden moeten krijgen. In een ontmoetingsbijeenkomst zijn die ideeën over deze zoektocht van de cliëntenraden en de raad van toezicht opgehaald.

2.3 Externe audit

De externe auditors schrijven in het rapport (Certificatie in de Zorg, Rapport Zinzia 2015) dat Zinzia een helder beeld heeft van wie ze zijn, wie ze willen zijn, hoe ze daar moeten komen en wat daarvoor nodig is. Het lukt Zinzia om steeds dicht bij de cliënt te komen en daarvan uit zorg en welzijn te organiseren gericht op kwaliteit van leven. Als gevolg daarvan lukt het steeds beter om te 'pakken' wat er voor de cliënt echt toe doet.

- × Daarnaast hebben ze ook een tweetal bevindingen. De eerste is het formuleren van 'klantbeloften' als een concrete vertaling van 'excellente zorg', wat helpt om breed te reflecteren op de mate waarin het lukt om die klantbeloften waar te maken. Kwaliteit is een resultaatverplichting: goed leven, eigen regie, zorgonafhankelijkheid, waardigheid. Er is nog weinig zicht op het resultaat: waar zijn we gegroeid, waar moeten we aanscherpen.
- × De tweede bevinding raakt aan 'de basis op orde': incidenten leiden nog te weinig tot oorzaakonderzoek in de teams. Oplossingen worden vaak op organisatorisch vlak gezocht, waar reflectie op eigen handelen kennelijk nog te dichtbij komt. Er is nog niet overal terugkoppeling op meldingen. Het leren en verbeteren op teamniveau is nog te weinig zichtbaar.

2.4 Interne audits

In 2015 zijn twee interne audits uitgevoerd: de interne audit zorgdossiers en de interne audit medicatie, zorgdossier en hygiëne.

Interne audit cliëntdossiers

De interne audit zorgdossiers is uitgevoerd door de afdeling planning & control, waarover zij een rapport hebben gemaakt (Verslag bevindingen controle zorgdossiers 2015, 8 april, André Dijkshoorn). Zij hebben door middel van een steekproef gekeken of de gegevens die vereist werden door de IGZ daadwerkelijk in het zorgdossier terug te vinden was. Indien dit niet het geval was moest duidelijk worden wat de reden was dat het niet in het zorgdossier stond. In totaal zijn er 76 zorgdossiers gecontroleerd: 21 van Oranje Nassau's Oord, 22 van De Lingehof, 6 van de Rijnhof, en 27 van Rumah Kita.

De bevindingen en aanbevelingen van planning & control zijn in onderstaande tabel uit het rapport weergegeven:

Checklist onderdeel	Bevindingen	Oorzaak	Aanbeveling
Multidisciplinaire probleem lijst.	In veel gevallen niet ondertekend door cliënt of vertegenwoordiger	Verschillende formulieren in omloop, waaronder een formulier waarop niet duidelijk staat dat handtekening vereist is.	Eén formulier met duidelijke tekst dat ondertekening moet plaatsvinden
Verslag multidisciplinair overleg	Bij de Rijnhof meer dan gemiddeld ouder dan een half jaar.		Vaker controle of verslag actueel is.
Verslag overleg met cliënt of vertegenwoordiger	Dit document is vaak niet aanwezig, indien aanwezig niet ondertekend en/of actueel	Soms is er alleen telefonisch contact, dan is handtekening niet mogelijk. Dit document wordt niet overal gebruikt.	Bij telefonisch contact moet duidelijk worden aangegeven dat dit de reden is dat er geen handtekening is. Dit document overal invoeren.
Beheer eigen medicatie	Bij afdelingen Lotus Rumah Kita is dit formulier niet aanwezig, bij Oranje Nassau Oord vaak niet actueel	Dit document wordt niet overal gebruikt	Dit document overal invoeren.
Behandelafspraken	Bij afdelingen Rumah Kita is dit formulier meer dan gemiddeld niet aanwezig.		Vaker controle of dit formulier aanwezig is
Zorgkaart	Bij Rumah Kita en de Rijnhof is deze zorgkaart vaker dan gemiddeld niet actueel		Vaker controle of de zorgkaart actueel is
Zorgleefplan/WPML	Bij Rumah Kita is dit formulier net ingevoerd en bij één cliënt aanwezig	Er is onlangs besloten dit document te gebruiken, wordt in de loop van het jaar geleidelijk ingevoerd	In de loop van het jaar controleren of aandeel aanwezig toeneemt.
Indicatie in personalia	In slechts één geval niet juist.		

Interne audit medicatie, zorgdossiers en hygiëne

De interne audit medicatie, zorgdossiers en hygiëne is uitgevoerd door de SVO's, waarover Bianca Gerritsen een rapport heeft gemaakt (Bianca Gerritsen, auditverslag 2015 medicatie, zorgdossier en hygiëne). De audit is uitgevoerd op alle locaties van Zinzia, m.u.v. Lingestraat 1-2-3-4-9-11 i.v.m. cohort door Noro-virus.

De volgende conclusies worden getrokken en aanbevelingen gedaan:

Medicatie: Het afsluiten van de medicijnkar gebeurt onvoldoende, vaak staat de kar in een gesloten ruimte maar liggen de sleutels op de medicijnkar. Temperatuur registratie medicatie koelkasten onvoldoende

Dubbele paraaf bij risico volle medicatie (morfine, insuline, bloedverdunners) wordt niet consequent uitgevoerd. Het voorzien van openingsdatum op zalven e.d. wordt niet consequent uitgevoerd.

Dossier: Dialoog tussen cliënt/vertegenwoordiger en zorgverlening is niet te herleiden uit zorgdossier. BEM richtlijnen worden onvoldoende nageleefd. Rapportage wordt niet gedaan aan de hand van/ met verwijzing naar zorg(leef)plan en behandelafspraken. Zorgplan: probleem - doel - actie worden onvoldoende correct uitgevoerd en zijn vaak niet SMART geformuleerd. Binnen Rumah Kita afwijkende BEM, welke niet zijn opgenomen in handleiding medicatie.

Handhygiëne: Er is onvoldoende bekendheid over het aanwezig zijn van protocol handhygiëne en persoonlijke hygiëne binnen Zinzia en daarbij ook onvoldoende kennis over inhoud protocol. Met als gevolg dat deze onvoldoende wordt nageleefd.

Aanbevelingen:

1. Herhaling audit over 3 tot 6 maanden
2. Hygiëne: de uitkomsten betreffende hygiëne en daaruit vloeiende verbeterplannen over dragen aan de expertise commissie hygiëne en veiligheid.
3. Meer visuele instructies betreffende hygiëne op de afdelingen.
4. Afdelingshoofden en SVO gaan samen met team verbeterplannen maken naar aanleiding van uitkomst audit. Deze verbeterplannen dienen over drie maanden getoetst te worden.

2.5 MIC's en Prisma's

Ieder kwartaal wordt een overzicht en analyse gemaakt van de MIC-meldingen. In dit jaarverslag worden de cijfers van heel 2015 gepresenteerd, ten opzichte van de cijfers van 2014. In totaal zijn er in 2015 1.625 MIC's gedaan, die in CuraWeb zijn opgenomen. In 2014 waren dit er 2.722 en in 2013 3.568; wie zien dus een daling in het aantal MIC's over een periode van drie jaar (zie de tabel hieronder).

MIC's	DLH	ONO	DRH	RK	TOTAAL
2013	671	972	92	933	3.568
2014	649	879	63	561	2.722
2015	601	430	114	480	1.625
2015 (1)	104	171	38	110	423
2015 (2)	109	65	31	151	356
2015 (3)	140	80	21	117	358
2015 (4)	248	114	24	102	488

Medicatiemeldingen

In totaal zijn er in 2015 449 (28%) medicatiemeldingen gedaan; 307 van de 449 (68%) medicatiemeldingen zijn direct gerelateerd aan de medewerker/organisatie. De 449 medicatiemeldingen zijn 28% van het totaal aantal MIC's. In 2014 zijn er in totaal 747 (27%) medicatiemeldingen gedaan.

medicatiemeldingen	DLH	ONO	DRH	RK	TOTAAL
totaal aantal meldingen	130	127	85	107	449
aantal meldingen door medewerker/	95 (73%)	84 (66%)	52 (61%)	76 (71%)	307 (68%)

organisatie (%)					
------------------------	--	--	--	--	--

Valmeldingen

In totaal zijn er in 2015 943 (58%) valmeldingen gedaan, waarvan er 239 (25%) gebeurt zijn terwijl de cliënt in bed zat of lag en 511 (54%) gebeurt zijn toen de cliënt liep of stond. De 943 valmeldingen zijn 58% van het totaal aantal MIC's. In 2014 zijn er in totaal 1019 (37%) valmeldingen gedaan. We zien dus een afname van het aantal valmeldingen, maar een stijging van het percentage valmeldingen t.o.v. het totaal aantal meldingen.

medicatiemeldingen	DLH	ONO	DRH	RK	TOTAAL
totaal aantal valmeldingen	360	217	27	339	943
cliënt zat/lag in bed (%)	100 (28%)	80 (37%)	4 (15%)	55 (16%)	239 (25%)
cliënt liep of stond (%)	133 (37%)	155 (71%)	19 (70%)	204 (60%)	511 (54%)

Prisma's en klachten

In het vorige jaarverslag viel het op dat het aantal Prisma's was teruggenomen van 36 in 2013, naar 19 in 2014. Afgelopen jaar is het aantal Prisma's weer toegenomen naar 26.

In het formulier dat gebruikt wordt als leidraad voor de Prisma-analyse wordt gevraagd om de oorzaken van het incident te categoriseren in intrinsieke (cliëntgerelateerde) of extrinsieke oorzaken. Deze extrinsieke oorzaken worden weer onderverdeeld in technische, organisatorische of menselijke oorzaken. Van de 26 Prisma's zijn in negen Prisma's de extrinsieke oorzaken gecategoriseerd (zie de tabel hieronder). Aangezien een incident meestal meerdere oorzaken heeft is het totaal van het aantal oorzaken groter dan negen. Van de overige Prisma's hebben 12 Prisma's de extrinsieke oorzaken niet gecategoriseerd of niet ingevuld. Vier Prisma's hadden geen extrinsieke oorzaken en één had er alleen externe (buiten Zinzia) oorzaken. In 2016 worden de afdelingsmanager en SVO's opnieuw getraind in het doen van een Prisma-analyse. Ook de afdeling kwaliteit & innovatie zal stimuleren dat de extrinsieke oorzaken worden gecategoriseerd.

Basisoorzaak	aantal keer genoemd
Technisch	5
Organisatorisch	7
Menselijk	7

Het aantal PRISMA's per locatie verschilt nogal. Dit verschil lijkt te groot om louter toevallig te zijn, maar de aantallen zijn te klein om er harde conclusies aan te verbinden.

Vorig jaar leek er een omgekeerd evenredig verband te bestaan tussen het aantal Prisma's en het aantal klachten (meer klachten, minder Prisma's en omgekeerd). Dit jaar is er een evenredig verband tussen het aantal Prisma's en het aantal klachten waar te nemen (meer Prisma's, meer klachten).

Locatie	Prisma	klacht
DLH	11	4
ONO	13	8

DRH	0	0
RK	2	1

Er zijn twee Prisma's, welke inhoudelijk op zijn gevallen, en die hieronder samengevat worden weergegeven:

Verbranding door knoeien hete thee

Een bewoner van een PG-afdeling heeft tweedegraads brandwonden opgelopen nadat zij een kopje thee in haar schoot had gekregen. Een woonzorgbegeleider had de bewoner een kopje thee gegeven wat voor 1/5 deel aangelengd was met koud water. Nadat de woonzorgbegeleider zich had omgedraaid beland de kop thee in de schoot van de bewoner. De woonzorgbegeleider roept op de gang om hulp en is gaan koelen met een natte theedoek. Een verzorgende heeft de brandplek bekeken en zag dat het linkerbeen van de bewoner enkel een beetje rood was. De bewoner gaf op dat moment geen pijn aan. De woonzorgbegeleider vertelt dat de thee met 1/5 deel water is aangelengd. Er wordt besloten om het even aan te kijken.

10 minuten later geeft de bewoner toch pijn aan en de brandplek wordt opnieuw bekeken. De roodheid was toegenomen en er waren inmiddels blaren ontstaan. De verzorgende belde de SVO voor een spoedconsult. De SVO heeft vervolgens de arts in consult geroepen, welke aangeeft dat er niet genoeg is gekoeld. De arts spreekt een wondprotocol af en later is er ook medicatie voor de pijn voorgeschreven.

Intrinsieke (cliëntgerelateerde) oorzaken:

- Door lichamelijke achteruitgang bij dementie had de bewoner een minder stabiele grip in de handen, waardoor moeite met vasthouden beker;
- Door cognitieve achteruitgang bij dementie was de bewoner niet goed in staat om pijn aan te geven.

Extrinsieke oorzaken:

- Menselijk: de woonzorgbegeleider lengde de thee aan met 1/5 deel koud water; dit bleek onvoldoende te zijn om verbranding te voorkomen;
- Menselijk: de verzorgende en SVO waren onvoldoende op de hoogte van het gevaar en hoe te handelen bij verbranding met een hete vloeistof. Hierdoor is niet voldoende gekoeld en is de ernst van de verbranding verergerd.

Conclusie: De medewerkers hebben onvoldoende kennis van brandwonden en hoe daarbij te handelen (EHBO), bijvoorbeeld dat koelen tot 6 minuten na het incident nog zinvol is en het heel belangrijk is om incontinentiemateriaal te verwijderen (dit neemt namelijk de hete vloeistof op, de verbranding blijft doorgaan zolang het materiaal niet verwijderd is).

Mede doordat veel cliënten die binnen Zinzia wonen een andere pijnbeleving hebben of niet goed kunnen aangeven dat zij pijn ervaren, is het risico op een verkeerde inschatting van de ernst van een verbranding groot.

Voorgenomen maatregelen:

- De afdelingsmanager heeft het incident met het team besproken; er zijn afspraken gemaakt over het aanlengen van hete thee met koud water;
- De afdelingsmanager heeft met het team afgesproken dat het wenselijk is om bij incidenten van deze orde met betrokkenen tijdens de dienst een evaluatie te doen om te kijken waar beïnvloedbare factoren liggen, en om gevoelens over het incident te ventileren;
- De SVO bespreekt het incident met de voorzitter van het expertiseteam decubitus & wondzorg om mogelijk een richtlijn brandwonden te ontwikkelen;

- De afdelingsmanager bespreekt het incident met de voorzitter van het expertiseteam vocht & voeding en bespreekt het beleid rondom het gevaar van hete vloeistoffen voor cliënten en eventueel Zinzia-breed beleid.

Helpende deelt medicatie

Een helpende plus kwam medicatie brengen bij een bewoner terwijl een helpende zorg aan het verlenen was. De helpende zei tegen de helpende plus: “Geef de medicatie maar, die geef ik wel.”. De helpende plus gaf de medicatie, waaronder een cupje eusol voor wondverzorging, aan de helpende en dacht dat de helpende het cupje op het kastje klaar zou zetten voor de verzorging. De helpende had in het dossier van de bewoner gelezen dat de bewoner gestart was met een antibioticum en nam aan dat dat in het cupje zat. De helpende heeft het cupje eusol bij de bewoner ingegeven.

Extrinsieke oorzaken:

- menselijk: de helpende plus heeft medicatie klaargezet die hij/zij niet zelf zou geven/gebruiken voor de wondverzorging;
- menselijk: de helpende plus heeft de medicatie afgegeven aan een niet bevoegde collega, omdat hij aannam dat zijn/haar collega het klaar zou zetten voor de verzorging;
- menselijk: de helpende heeft de medicatie van een collega aangenomen, terwijl hij/zij niet bevoegd is deze te geven;
- organisatorisch: de helpende heeft medicatie gegeven, omdat hij/zij dacht de werkdruk van de helpende plus te verminderen;
- organisatorisch: de helpende is in het verleden een aantal keer door collega’s gevraagd om medicatie aan cliënten te geven, terwijl hij/zij niet bevoegd is.

Conclusie:

Beide medewerkers hebben de regels rondom het klaarmaken en toedienen van medicatie niet gevolgd. Er lijkt een overtuiging van het team/op de afdeling te heersen dat dit mag.

Voorgenomen maatregelen:

- De SVO heeft een coachend gesprek gehad met de helpende. De helpende liet daarin zien dat hij/zij een goede reflectie had op zijn/haar handelen;
- De afdelingsmanager heeft een coachend gesprek met de helpende plus, waarbij nadruk gelegd wordt op de regels rondom het klaarmaken en toedienen van medicatie. Wanneer een medewerker de medicatie klaarmaakt en aftekent, moet hij/zij dit zelf toedienen;
- De afdelingsmanager reflecteert samen met het team op het eerst volgende afdelingsoverleg op het incident en de Prisma. Hierbij ligt de nadruk op de regel ‘het wel of niet bevoegd zijn om medicatie te delen en te geven’ en waarom deze regel er is/belangrijk is. Ook wordt er aan het team gevraagd waarom deze regel soms overtreden wordt (bijv. werkdruk) en wat ze nodig hebben om de regel wat te kunnen volgen. Hieruit volgen verbeteracties.

3. Conclusie

Wat opvalt in de analyse van de MIC's is dat het aantal MIC's over de afgelopen drie jaar sterk afneemt, van 3.568 MIC's in 2013, naar 2.722 MIC's in 2014 en 1.625 MIC's in 2015. Het is onwaarschijnlijk dat het aantal incidenten waarop geMICt zou moeten worden zo veel is afgenomen. Dit betekent dat er incidenten zijn die niet worden gemeld. Ook valt het op dat het aantal valmeldingen in 2015 iets is afgenomen ten opzichte van 2014 (van 1019 naar 943), maar het percentage valmeldingen ten opzichte van het totaal aantal MIC's is echter sterk toegenomen (van 37% naar 58%).

Er is in 2015 veel aandacht besteed aan het initiëren van incidentonderzoeken, o.a. door middel van een Prisma-analyse. Rumah Kita lijkt achter te blijven in het initiëren van incidentonderzoeken d.m.v. de Prisma-analyse met twee Prisma-analyses t.o.v. De Linge-hof met een vergelijkbaar aantal cliënten die 11 Prisma-analyses heeft gedaan. Mede op basis van ervaringen van medewerkers en managers is het beleid rondom het maken van incidentonderzoeken aangepast, welke is ingegaan in 2016.

De expertiseteams zijn door het jaar heen een aantal keer geëvalueerd en er is besloten dat de afdeling kwaliteit & innovatie meer ondersteuning gaat bieden aan de expertiseteams die dit nodig hebben. Ook hebben de expertiseteams eind 2015 een jaarplan voor 2016 gemaakt om structuur te brengen in de taken. Daarnaast blijkt de afbakening van verantwoordelijkheden voor de expertiseteams soms lastig. Door middel van het jaarplan kan kwaliteit & innovatie hierover adviseren en zo nodig bij sturen.

Het Inspectie-traject waar Rumah Kita de afgelopen jaren in zat is in 2015 (met het officiële eindrapport beging 2016) positief afgesloten. De IGZ concludeert dat Rumah Kita aan bijna alle normen voldoet en dat zij vertrouwen hebben in dat Rumah Kita, d.m.v. de verbeteracties, binnenkort aan alle normen zal voldoen. Door middel van het kwaliteitselfportret hebben wij onze kijk op de kwaliteit van zorg binnen Zinzia aan de inspectie kunnen laten zien.

Ook de externe auditors schrijven in hun rapport een positief beeld te hebben van Zinzia. Ondanks dat zij op twee punten verbetermogelijkheden zien, hebben zij beoordeeld dat Zinzia aan de ISO-9001 normen voldoet is het certificaat uitgegeven. Hoewel Zinzia nu dus ISO-9001 gecertificeerd is, weten we dat kwaliteit niet in systemen te vangen is en zijn we ons er van bewust dat je ook betonnen zwembandjes kunt certificeren. Daarom worden de resultaten van de externe audit als spiegel gebruikt, zodat we kunnen leren van hoe buitenstaanders naar onze organisatie kijken.

Bij de interne audits zien we dat sommige afspraken rondom cliëntdossier, medicatie en handhygiëne niet altijd opgevolgd (kunnen) worden. Met betrekking tot handhygiëne wordt geconcludeerd dat er weinig kennis is over dit onderwerp. Echter, de gevonden problemen met betrekking tot medicatie zijn veelal gedragsmatig, bijvoorbeeld het afsluiten van de medicijnkar en het dubbel paraferen van risicovolle medicatie.

Wat duidelijk wordt is dat de rode draad bij zorgveilig werken wordt gevormd door attitude en gedrag van medewerkers. Randvoorwaarden, faciliteiten en de organisatie van zorginhoudelijke veiligheid zijn over het algemeen gesproken in orde. Fouten ontstaan veelal door het gedrag van medewerkers. Zolang een medewerker zich onvoldoende eigenaar voelt van zijn dagelijks werk en de problemen die hij tegenkomt, zal hij ook niet gaan zoeken naar een oplossing. Deze houding en gedrag van medewerkers heeft een ook

grote invloed op de ervaring van cliënten. Leiderschap is belangrijk bij het begeleiden en aanspreken van de medewerkers op eigenaarschap en het uitdragen van de visie op weg naar excellente zorg.

4. Toekomst

In lijn met het plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen van VWS, wordt er binnen Zinzia met succes gewerkt aan het op orde krijgen en houden van de basis. De structuur van zorginhoudelijke veiligheid staat en de werkwijze met expertiseteams wordt verder verfijnd. Voor Menzis is er een ontwikkelplan 'de basis versterken: veilige en vertrouwde zorg' opgesteld, waaraan in 2016 gewerkt wordt.

In 2015 is de eerste ervaring opgedaan met een onafhankelijke externe audit en de jaarlijkse cyclus zal in 2016 worden voortgezet. Hierbij worden afdelingen uitgenodigd om zichzelf (op een of meerdere onderwerpen) te laten auditten. De verbeterpunten aangedragen door de externe auditoren worden in 2015 aangepakt. Zo wordt er in 2016 een pilot gedaan om een mandje van meetinstrumenten om cliëntervaringen op te halen te testen; en is het MIC- en incidentonderzoekbeleid aangepast, worden afdelingsmanagers en SVO's (opnieuw) onderwezen in het uitvoeren van Prisma's, en komt er een nieuw MIC-systeem.

Het IGZ-rapport van de bezoeken aan Rumah Kita wijst ons op enkele normen waaraan nog niet wordt voldaan, met name op het gebied van het zorgdossier en de MDO-cyclus. Door de Zinzia-brede invoering van het ECD en de training van EVV tot cliëntondersteuners is de verwachting dat Zinzia binnen afzienbare tijd aan alle normen zal voldoen.

Door de invoering van het ECD wordt in 2016 o.a. de interne audit cliëntdossiers aangepast en gedigitaliseerd. Daarnaast zullen ook de overige interne audits tegen het licht gehouden worden en waar mogelijk worden gedigitaliseerd in Mijn Verbetermeter. Door het gebruik van Ipads voor het ECD, maakt het gebruiken van digitale interne audits makkelijker voor de interne auditoren. Ook kost de verwerking van de bevindingen minder tijd, omdat alles gelijk in een Excel-bestand wordt verzameld. Door middel van de interne audits wordt o.a. getoetst of Zinzia voldoet aan de door de IGZ gestelde normen.

De expertiseteams ontvangen in 2016 extra ondersteuning van de afdeling kwaliteit & innovatie. Het expertiseteam bewegen wordt tegen het licht gehouden en gaat ondersteund worden door werkgroepen en de afdeling kwaliteit & innovatie. De jaarplannen die eind 2015 zijn opgesteld worden ieder kwartaal besproken en eventueel bijgesteld.

Het grootste risico blijft liggen op het gebied van attitude en gedrag van medewerkers. Hierop wordt al flink gestuurd op basis van ondermeer Lean en Presentie. Maar het is natuurlijk niet iets wat even snel op te lossen is, of zoals staatssecretaris van Rijn het noemt in zijn plan: "een quick-fix bestaat niet".

Kortom de verandering is in gang gezet, maar om volgend jaar (2017) te spreken van excellente zorg moet er ook op het vlak van zorginhoudelijke veiligheid nog stappen worden gezet. Inmiddels staat er een gedegen structuur en werkwijze. De regiegroep zorginhoudelijke veiligheid houdt overzicht over wat er Zinzia breed speelt. Uit de analyse van de resultaten van het afgelopen jaar blijkt dat sturen op de



kernwaarden van Zinzia, met name eigenaarschap, en leiderschap zeer belangrijk is. De combinatie van het sturen op gedrag en een goede onderliggende structuur gaan ervoor zorgen dat Zinzia de ambitie, excellente zorg, zal halen. Zinzia is op de goede weg, maar we moeten beter gebruik maken van de verbetermogelijkheden die door het IGZ-traject, externe audit, interne audits en MIC's en incidentanalyses zichtbaar worden.