



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

Rapport van het follow-up inspectiebezoek
aan Let's Go Zorg BV te Hasselt op
29 januari 2010

Zwolle,
april, 2010

Inhoud

1	Inleiding	3
2	Bevindingen inspectiebezoek	4
2.1	Bevindingen ten aanzien van deskundigheid medewerkers.	4
2.2	Bevindingen ten aanzien van medicatiebeleid	5
2.3	Bevindingen ten aanzien van verpleegkundige richtlijnen, procedures en protocollen	6
2.4	Bevindingen ten aanzien van zorgdossiers	7
3	Conclusie.	9
4	Vervolg.	10

Bijlagen

- 1 Overzicht gebruikte documenten
- 2 Overzicht van wetgeving, veldnormen en rapporten
- 3 Overzicht normen per thema
- 4 Toelichting op het inspectieoordeel

1 Inleiding

Op 29 januari 2010 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: IGZ) een follow-up inspectiebezoek gebracht aan thuiszorgorganisatie Let's Go Zorg te Hasselt.

Tijdens dit bezoek heeft de inspectie gesprekken gevoerd met de directeur, de kwaliteitsmanager, de kwaliteitsmedewerker, de zorgmanager ad interim, 2 uitvoerende verpleegkundigen en 1 ziekenverzorgende en de zorgcoördinator. Diverse documenten zijn ingezien, waarvan enkelen zijn besproken. Tevens zijn er vier zorgdossiers ingezien.

Doel van dit tweede follow-up inspectiebezoek was om te beoordelen of de randvoorwaarden, praktijken of processen die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg bij Let's Go Zorg zijn verbeterd naar aanleiding van het bezoek van 22 september 2009 en de voortgangsrapportage van 6 juli 2009 waarbij gevoegd een aanvulling op het plan van aanpak van 26 maart 2009.

2 Bevindingen inspectiebezoek

2.1 Bevindingen ten aanzien van deskundigheid medewerkers

Bij het bezoek is gebleken dat er op het gebied van de deskundigheid nog steeds risico's bestaan. Een beleidsplan/jaarplan zorg ontbreekt nog steeds. Recent zijn een aantal medewerkers vertrokken. Zo is sinds januari 2009 de taak van zorgmanager achtereenvolgens door drie personen uitgevoerd waarvan de derde zorgmanager met ingang van 25 januari 2010 als interim zorgmanager aangesteld is.

De aanwezige zorgcoördinator (ziekenverzorgende) was eerst werkzaam binnen de locatie Let's Go Zorg te Drenthe. De aanwezige zorgcoördinator (ziekenverzorgende) was eerst werkzaam binnen de locatie Let's Go Zorg Drenthe. Zij is medio zomer 2009 aangesteld na het vertrek van de vorige zorgcoördinator.

Voor inhoudelijke vragen, afstemming deskundigheid medewerkers, zorgzwaarte (grenzen aan de zorg) en deskundigheidsbevordering is geen schriftelijk beleid. De zorgcoördinator maakt de keus op basis van haar eigen deskundigheid en in overleg met twee verpleegkundige medewerkers om cliënten wel of niet in zorg te nemen. Niet altijd is de deskundigheid binnen de organisatie toereikend om een verantwoorde keus te maken. Meestal kent de zorgcoördinator wel iemand in de privé-sfeer waaraan zij haar vragen kan voorleggen.

Wanneer thuiszorgorganisatie Let's Go Zorg onvoldoende personeelscapaciteit heeft voor de zorg, wordt dit opgevangen door medewerkers van Thuiszorg Service Nederland (TSN). Volgens de directeur is deze overeenkomst schriftelijk vastgelegd. Het is niet bekend op welke wijze de deskundigheid van de medewerkers van TSN wordt afgestemd op de cliëntenpopulatie.

Naast een kwaliteitsmedewerker (was eerst zorgcoördinator) is tijdelijk een kwaliteitsmanager aangesteld voor de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid.

Alle medewerkers zijn op de hoogte gebracht van het beleid, procedures en protocollen. Een eerste aanzet tot borging is gestart. Diverse documenten zijn ontwikkeld of herzien (gedateerd januari 2010) naast de aanwezigheid van de KICK-protocollen. Een procedure POP voor medewerkers kreeg veel aandacht, maar moet nog worden geïmplementeerd en er is een start gemaakt met het houden van functioneringsgesprekken.

Risico's voor ondermaatse zorg zijn aanwezig omdat implementatie, toetsing/evaluatie nog niet heeft plaatsgevonden en omdat een kader voor verantwoorde zorg, Normen voor verantwoorde zorg thuis, ontbreekt. Er is wel bekendheid met het normenkader, maar er wordt niet naar verwezen in de documenten noch is gebleken dat dit kwaliteitskader uitgangspunt vormt voor beleid en ontwikkeling daarvan.

Een eerste aanzet tot een scholingsbeleid is schriftelijk vastgesteld, maar waarop dit beleid is gebaseerd (onderbouwing en visie) ontbreekt. Er is een voornemen om in 2010 klinische lessen te starten waarvan de onderwerpen worden bepaald door het team. Het overleg met ROC Deltion College, dat loopt sinds januari 2009, heeft nog niet geleid tot afspraken. Bij aannamen van medewerkers wordt bevoegdheid en

bekwaamheid geïnventariseerd en schriftelijk vastgelegd maar door de instelling niet (praktisch) getoetst.

Conclusie deskundigheid medewerkers 20 januari 2009

Ten aanzien van de deskundigheid van de medewerkers bestaat een **hoog risico**. Te veel zaken zijn nog niet onderbouwd met beleid en met concrete activiteiten. Daarnaast wordt de verantwoording te eenzijdig bij de medewerker neergelegd. De thuiszorgorganisatie moet zelf haar verantwoordelijkheid nemen in het aantoonbaar maken van bekwaamheid van medewerkers. Temeer daar het streven van de organisatie is het zorgaanbod uit te breiden waardoor de verwachting is dat medewerkers meer risicovolle en voorbehouden handelingen gaan uitvoeren.

Conclusie deskundigheid medewerkers 22 september 2009

Ten aanzien van deskundigheid van de medewerkers bestaat nog steeds een **hoog risico**.

Hoewel er nu een document aanwezig is met concrete informatie en er toetsingsvoorstellen zijn geformuleerd, is het nog gebaseerd op een wankel basis. Te veel zaken zijn nog niet onderbouwd met beleid en met concrete activiteiten en het plan is alleen gericht op toetsing en scholing van voorbehouden en risicovolle handelingen.

Bovendien is van borging nog geen sprake omdat besluiten nog moeten worden genomen, derhalve borging niet kan plaatsvinden, diverse documenten over hetzelfde onderwerp aanwezig zijn waardoor verwarring kan ontstaan, de registratie niet voldoende duidelijk is/ontbreekt, afspraken met medewerkers nog moeten worden gemaakt en overzichten van bekwaamheden en individuele scholingsafspraken met medewerkers ontbreken.

Inspectieoordeel deskundigheid medewerkers 29 januari 2010

Er bestaat nog steeds een **hoog risico**.

2.2 Bevindingen ten aanzien van medicatiebeleid

Het medicatiebeleid is nog niet sluitend. De werkwijze in het medicatieprotocol past niet bij de doelgroep in de thuiszorg. Medewerkers in de uitvoering signaleren de zelfstandigheid van de cliënt en zijn kritisch ten aanzien van gebruik van protocollen. Desondanks is het protocol niet geëvalueerd en bijgesteld.

Er worden nog handgeschreven medicijnlijsten aangetroffen in de zorgdossiers en er is geen systeem voor controle van medicatie ten aanzien van degenen die heeft uitgezet en heeft aangereikt. Naast het Baxter systeem worden medicijnen ook uitgezet in cassettes.

In één zorgmap trof de inspectie een medicatielijst aan die volgens medewerkers niet meer actueel is. Aftekenen vindt plaats bij het aanreiken van de medicijnen, één paraaf voor 1 of meer medicijnen is nu beleid. Als de cliënt het medicijn niet heeft ingenomen wordt dit genoteerd in de rapportage.

(Bijna) fouten over medicatie zijn sinds het eerste inspectiebezoek niet gemeld. Medewerkers bepalen zelf of ze bekwaam dan wel bevoegd zijn voor uitzetten/aanreiken en eventueel malen van medicatie, waarvoor geen procedure aanwezig is.

Bij aanvang van de uitvoering van een voorbehouden handeling bij een cliënt is vaak geen opdracht van de arts aanwezig. Deze volgt een paar dagen later. Zo nodig neemt de zorgcoördinator of de verpleegkundige contact op met de huisarts of de apotheek. Structureel overleg met huisartsen en apothekers is tijdens het inspectiebezoek nog niet gerealiseerd; beleid en visie op het belang van multidisciplinair samenwerken met deze beroepsgroepen is niet ontwikkeld noch gestructureerd.

Scholing, toetsing en borging van deskundigheid op het terrein van medicijnen en risico's voor cliënten vindt niet plaats.

Conclusie medicatiebeleid 20 januari 2009

Voor wat betreft het onderwerp medicatie is er sprake van **hoog risico**.

Er is (mondeling) afgesproken wie wel en wie niet medicatie mag uitzetten en toedienen. Er zijn geen uitvoeringsverzoeken en protocollen, het is niet voldoende schriftelijk vastgelegd wat bij welke patiënt overgenomen wordt en wat niet, er wordt wisselend afgetekend voor toediening. Er wordt niet afgetekend voor het uitzetten van medicatie. Het beleid staat niet op papier.

Conclusie medicatiebeleid 22 september 2009

Voor wat betreft het onderwerp medicatie is er sprake van **gering risico**.

De apotheek geeft in het geval van medicatie uitzetten een medicatielijst mee met de cliënt. In de zorgmappen wordt in voorkomende situaties een aftekenlijst gebruikt. Procedure en protocolbeleid is opgepakt, hoewel een procedure malen van geneesmiddelen nog ontbreekt. Een scholingsplan medicatie is niet aanwezig en registratie bekwaamheden worden niet voldoende bijgehouden.

De inspectie is van mening dat een lijst van de apotheek en het contact hierover met de apotheek juist eventuele fouten op tijd aan het licht brengen.

Inspectieoordeel medicatiebeleid 29 januari 2010

Er is opnieuw sprake van **hoog risico**.

2.3

Bevindingen ten aanzien van verpleegkundige richtlijnen, procedures en protocollen

De instelling maakt nu gebruik van KICK-protocollen (Vilans). Een kader en werkwijze voor het werken met verpleegkundige richtlijnen, procedures en protocollen ontbreekt nog steeds. Wel is aan alle medewerkers een mapje overhandigd waarin de meest gebruikte protocollen zijn samengevoegd. De kwaliteitsmedewerker voert het beleid met betrekking tot protocollen. In één van de zorgdossiers werd een protocol steunkousen aangetroffen, maar daar wordt in uitvoering van de dagelijkse zorg niet van uit gegaan. Eigen ervaring is bepalend voor het aantrekken van steunkousen. Decubitus wordt behandeld op basis van persoonlijke ervaring. Er is nu een protocol opgesteld. Het is niet duidelijk of dit protocol volgens de CBO-richtlijn is opgesteld. Het protocol was nog niet bekend/had men geen ervaring mee.

Conclusie verpleegkundige richtlijnen 20 januari 2009

Op grond van bovenstaande is er sprake van een **zeer hoog risico**.

Protocollen zijn niet standaard aanwezig. De medewerker past zo nodig een eigen protocol toe of maakt gebruik van een procedure/protocol van een grote thuiszorgorganisatie (Carinova, De Nieuwe Zorg Thuis of Icare). Het risico is aanwezig dat medewerkers divers omgaan met de uitvoering van een medische/technische of verpleegkundige handeling. Eenduidigheid van werken is

een vereiste om risico's voor de cliënt zoveel mogelijk te beperken. De organisatie besteedt te weinig aandacht aan deskundigheid, ontwikkeling, afstemming, inventarisatie en de implementatie van het werken volgens de protocollen.

Conclusie verpleegkundige richtlijnen 22 september 2009

Op grond van bovenstaande is er sprake van een **hoog risico**.

Thuiszorgorganisatie Let's Go Zorg is in de beginfase voor wat betreft het gebruik van (noodzakelijke en gewenste) protocollen en richtlijnen van het datasysteem van Vilans. In de zorgdossiers die de inspectie heeft ingezien zijn nog niet alle relevante protocollen opgenomen. Een protocol 'persoonlijke hygiëne' en 'hygiëne in de thuissituatie' is niet bekend noch ontwikkeld.

Scholing en deskundigheidsbevordering is nog in een fase van de weg zoeken en nog te nemen besluiten over de methodiek en frequentie ervan. Het scholingsplan is nog in een voorbereidende/conceptfase en is alleen gericht op voorbehouden en risicovolle handelingen. Zo ontbreekt een 'procedure introductie zorg- en verpleegtechnische protocollen'.

Er zijn te weinig procedures en protocollen voorhanden die door de medewerkers kunnen worden gebruikt, hiermee wordt divers omgegaan. Eenduidigheid van werken is een vereiste om risico's voor de cliënt zoveel mogelijk te beperken. De organisatie besteedt te weinig aandacht aan de implementatie van het werken volgens de protocollen.

Inspectieoordeel verpleegkundige richtlijnen 29 januari 2010

Er is nog steeds sprake van **hoog risico**.

2.4

Bevindingen ten aanzien van de zorgdossiers

Tijdens het inspectiebezoek zijn vier zorgdossiers ingezien. Ten aanzien van de zorgdossiers is een inhaalslag gemaakt hoewel er nog niet voldoende inzichtelijk beleid is ten aanzien van het omgaan met zorgdossiers. De zorgdossiers zijn overzichtelijker en worden meer gebruikt, een intakeformulier is aanwezig maar dient als check om vast te leggen dat afgevinkte punten met de cliënt zijn besproken. Een zorgovereenkomst maakt deel uit van het beleid. Een (zorg) anamnese formulier wordt per cliënt ingevuld; alleen de datum ontbreekt. De zorg wordt regelmatig geëvalueerd en vastgesteld. Aan prioritering van zorgdoelen, deskundigheid van medewerkers en verantwoordelijkheidstoedeling wordt nog niet voldoende aandacht geschonken.

Rapportage vindt niet plaats volgens een gekozen methodiek hoewel men wel het voornemen uitsprak met ingang van februari 2010 het SAMPC-model te willen hanteren. Rapportage vindt nog niet plaats vanuit de zorgdoelen. Beleid gebaseerd op zorgzwaarte van cliënten, grenzen aan de zorg, evalueren en toetsen van de zorgdossiers/zorgplannen is niet schriftelijk vastgelegd.

Conclusie zorgdossiers 20 januari 2009

Adequate zorgplannen en duidelijk schriftelijk beleid hiervoor vormen het fundament voor verantwoorde zorgverlening. Bij Let's Go Zorg zijn de zorgdossiers ingedeeld volgens een overzichtelijke methode, maar zijn summier en in algemene termen opgesteld. Evaluatie en toetsing van het gebruik van het zorgplan, toetsing van kennis en vaardigheden van medewerkers die zorgplannen invullen, opnemen in het zorgplan van noodzakelijke procedures en protocollen, vindt niet plaats. Schriftelijk

beleid vormt nog onvoldoende de leidraad voor het verantwoord omgaan met individuele zorg-, behandel- en leefplannen. De beoordeling van de inspectie is ten aanzien van het geïnspecteerde onderdeel 'Zorgdossiers' **hoog risico**.

Conclusie zorgdossiers op 22 september 2009

Er is sprake van een **hoog risico**. Meer helderheid in de plannen voorkomt fouten in de zorg.

Adequate zorgplannen dienen als het fundament voor verantwoorde zorgverlening.

Inspectieoordeel zorgdossiers 29 januari 2010

Er is sprake van **gering risico**.

3 Conclusie

De voornemens in het plan van aanpak en de reactie van de inspectie daarop, hebben niet geleid tot noodzakelijke verandering. Met name vormt de nog steeds wankelende basis binnen thuiszorgorganisatie Let's Go Zorg een risico voor onverantwoorde zorg. Opnieuw recente wisselingen van medewerkers, onvoldoende deskundigheid op managementniveau en in de coördinatie om voldoende verantwoordelijkheid te kunnen dragen en sturing te kunnen geven, hebben geleid tot deze conclusie. Er is onvoldoende inzicht in beleid ten aanzien van afstemming, implementatie, toetsing en evaluatie van procedures, protocollen en richtlijnen, en het ontbreken van beleid voor het omgaan met risicobeheersing betekent dat de bevindingen en conclusies op deze aspecten nog dezelfde zijn als bij het bezoek van 22 september 2009.

Het gebrek aan onderbouwing van beleid, geen kwaliteitsverantwoording in de vorm van een kwaliteitskader, een kwaliteitsjaarverslag, inzicht in de noodzaak van toetsing van deskundigheid van medewerkers, het ontbreken van de te behalen doelen en het ontbreken van een link met de geldende protocollen, betekent dat de zorgdossiers onvoldoende voor ondersteuning van het eenduidig handelen zorgen. Cliënten kunnen hierdoor het risico lopen voor niet verantwoorde zorg.

Op grond van bovenstaande is er sprake van een **hoog risico**.

4 Vervolg

De inspectie heeft in het afrondend gesprek op 29 januari 2010 met u besproken dat de resultaten van dit bezoek aanleiding kunnen zijn tot het instellen van een maatregel zoals verscherpt toezicht.

Gezien de bevindingen van het inspectiebezoek van 20 januari 2009, 22 september 2009 en 29 januari 2010 is er voor de inspectie aanleiding om Thuiszorg Let's Go Zorg voor te dragen voor verscherpt toezicht. Over het verloop van deze te nemen maatregel door de inspectie wordt thuiszorgorganisatie Let's Go Zorg op korte termijn schriftelijk geïnformeerd.

Bijlage 1

Overzicht gebruikte documenten

De onderstaande documenten van uw instelling zijn door de inspecteur gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport. De inspectie heeft de documenten niet in totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

- *Folder Let's Go*; niet gedateerd
- *Interne kwaliteitsmeting/audit*; 26 januari 2010
- *Procedure aannamebeleid*; niet gedateerd

Bijlage 2

Overzicht van wetgeving, veldnormen en rapporten

- Het instrument is gebaseerd op wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen, waarvan de belangrijkste hieronder worden genoemd.

Wetgeving:

- Kwaliteitswet zorginstellingen;
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek;
- Geneesmiddelenwet;
- Wet toelating zorginstellingen.

Veldnormen en rapporten:

- Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2005;
- Normen voor Verantwoorde zorg Thuis, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2006;
- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2007;
- Landelijke multidisciplinair vastgestelde verpleegkundige richtlijnen;
- DGV Risicoanalyse voor instellingen in de thuiszorg.

Bijlage 3

Overzicht normen per thema

1. Deskundigheid personeel

Norm

De zorgorganisatie voorziet in voldoende personeel en een passende verantwoordelijkheidstoedeling, passend bij het cliëntenbestand.

Medewerkers zijn bevoegd voor en bekwaam in het uitvoeren van bij hun functie behorende taken. Specifieke aandacht is er voor het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen. Medewerkers dienen voldoende mogelijkheden voor scholing en deskundigheidsbevordering te krijgen.

De zorgorganisatie zorgt tevens voor de benodigde (interne) scholing en deskundigheidsbevordering. Daarbij wordt aansluiting gezocht bij opleidingsbehoeften van medewerkers en het vraaggericht werken, de zorgzwaarte, de zorgvraag en problematiek van bewoners, en de visie van de zorgorganisatie. Er kan gebruik worden gemaakt van instrumenten die door de beroepsorganisaties zijn ontwikkeld.

Medewerkers passen richtlijnen/protocollen toe die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professionele, algemeen aanvaarde standaarden.

2. Medicatiebeleid

Norm

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering.

Dit houdt in dat er sprake is van:

1. tijdige herkenning van gezondheidsrisico's;
2. een zorgvuldig gekozen evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger bij de toepassing van tenminste verantwoord medicijngebruik.

3. Verpleegkundige richtlijnen

Norm

Medewerkers passen richtlijnen/protocollen toe die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professionele, algemeen aanvaarde standaarden.

De dagelijkse zorg wordt verleend op basis van in de organisatie geïmplementeerde zorginhoudelijke richtlijnen.

Relevante (door beroepsorganisatie goedgekeurde) richtlijnen voor het ondersteunen van het professioneel handelen zijn vastgesteld.

De zorgaanbieder vergewist zich ervan dat deze richtlijnen door het personeel worden nageleefd.

Op welke wijze wordt gecontroleerd of richtlijnen daadwerkelijk worden nageleefd.

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering.

Dit houdt in dat er sprake is van:

- tijdige herkenning van gezondheidsrisico's;
- een zorgvuldig gekozen evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger bij de toepassing van tenminste: decubituspreventie en -behandeling, therapeutische elastische steunkousen, hygiëne.

Per onderwerp worden landelijke, zo mogelijk multidisciplinair vastgestelde richtlijnen gebruikt:

- 1 decubituspreventie en -behandeling
 - Decubitus, tweede herziening, CBO 2002
 - Samenwerking en logistiek rond decubitus, Solade 2003: Tripartiete multidisciplinaire richtlijn (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP)
- 2 therapeutische elastische steunkous
 - Steun de 'steunkous', convenantpartijen arbeidsomstandigheden thuiszorg 'Gezonde zorgen'
- 3 hygiëne
 - Handhygiëne, protocol voor verpleeghuis-, woon- en thuiszorg, Werkgroep Infectie Preventie (WIP), maart 2004
 - Persoonlijke hygiëne medewerkers, protocol voor verpleeghuis-, woon- en thuiszorg, Werkgroep Infectie Preventie (WIP), maart 2004
 - Lichaamsverzorging van de cliënt, protocol voor verpleeghuis-, woon- en thuiszorg, Werkgroep Infectie Preventie (WIP), maart 2004

4. Zorg(behandel)-/leefplan

Norm

Ieder cliënt heeft een zorg(behandel)-/leefplan dat:

- in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger tot stand is gekomen en zichtbaar de instemming heeft van de cliënt;
- invulling geeft aan de vier domeinen: lichamelijk welbevinden en gezondheid, woon- en leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden;
- een beeld geeft van de gezondheidssituatie, prognoses,

- gezondheidsrisico's en eventuele professionele maatregelen;
- duidelijk vermeldt welke zorg de cliënt krijgt, met welk doel en op welk tijdstip;
- zichtbaar in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger minstens twee keer per jaar (of vaker als de cliënt dat wil en/of als de zorgbehoefte wijzigt) wordt geëvalueerd en eventueel bijgesteld (ook vaker voor revalidanten);
- duidelijk elke eventuele wijziging vermeldt.

Aanwijsbaar is dat:

- bij de totstandkoming van het plan zoveel mogelijk rekening is gehouden met wensen en behoeften van de cliënt;
- bij het overleg over het zorg(behandel)-leefplan de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger op een dergelijk manier ondersteuning wordt geboden dat deze de overleggen goed kan voeren.

Bronnen

- Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2005;
- Normen voor Verantwoorde zorg Thuis, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2006;
- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2007;
- Landelijke multidisciplinair vastgestelde verpleegkundige richtlijnen;
- DGV Risicoanalyse voor instellingen in de thuiszorg.

Bijlage 4

Toelichting op het inspectieoordeel

oordeel	definitie	mogelijke consequenties	acties	noot
zeer hoog risico	(Rand-) voorwaarden, praktijken of processen die een ernstige bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Ernstige gezondheidsschade voor de cliënt is zeer reëel of heeft al plaatsgevonden.	Onmiddellijke actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is nodig. De inspectie controleert dit. Wanneer geen of onvoldoende actie, dan direct naar fase 3, repressief toezicht: aanwijzing, bevel, boete, inbeslagname.	Een patroon van (rand-) voorwaarden, praktijken of processen die ieder apart als hoog risico beoordeeld worden, kan als zeer hoog risico beoordeeld worden.
hoog risico	(Rand-) voorwaarden, praktijken of processen die een bedreiging kunnen vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Gezondheidsschade voor de cliënt is reëel of heeft al plaatsgevonden.	Actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is op korte termijn nodig. Inspectie geeft termijnen aan. Wanneer geen of onvoldoende actie volgt, stelt inspectie verscherpt toezicht in.	Een patroon van (rand-) voorwaarden, praktijken of processen die ieder apart als gering risico beoordeeld worden, kan als hoog risico beoordeeld worden.
gering risico	(Rand-) voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm, maar die niet direct een bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Geen directe gezondheidsschade voor de cliënt.	Actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is nodig. Deze geeft de verbetering aan in een plan van aanpak. Wanneer geen of onvoldoende actie wordt ondernomen, volgt na rappel mogelijk verscherpt toezicht.	Veel kleine opmerkingen die ieder apart als 'geen risico' beoordeeld worden, kunnen samen wijzen op een bedreiging van de veiligheid, effectiviteit of cliëntgerichtheid. In dat geval kan de situatie toch als gering risico beoordeeld worden.

oordeel	definitie	mogelijke consequenties	acties	noot
geen risico	De inspectie constateert geen (rand-) voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm.	Er is vrijwel geen sprake van mogelijke gezondheidsschade voor de cliënt.	Geen actie nodig.	Een opmerking in de categorie 'geen risico' kan ook positief zijn.