

Grote zorgen over 'nieuwe' toetreders op de thuiszorgmarkt

Kwaliteit van zorg onderzocht bij niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties

Den Haag, juni 2009

Aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

De laatste jaren is door voortschrijdende marktwerking en wijziging in wet- en regelgeving een enorme groei ontstaan van het aantal nieuwe zorgaanbieders dat zorg aan huis levert. Dit blijkt uit openbare bronnen, zoals de Kamer van Koophandel en internet. Deze groep nieuwe zorgaanbieders kenmerkt zich door verschillende organisatietyperingen. Naast organisaties die zorg thuis leveren op basis van een WTZi-toelating en een contract met het zorgkantoor, zijn er ook organisaties die met persoonsgebonden budgetten, particuliere gelden of als onderaannemer van reguliere thuiszorgorganisaties zorg aanbieden. Veel van deze nieuwe aanbieders leggen geen openbare verantwoording over de geleverde zorg af: ze zijn niet-jaardocumentplichtig. In veel gevallen is echter de Kwaliteitswet zorginstellingen wel op deze organisaties van toepassing. Twee criteria zijn hiervoor belangrijk: er moet sprake zijn van een georganiseerd verband en geleverde zorg zoals omschreven in de AWBZ en de Zorgverzekeringswet. Het feit dat de zorg op basis van persoonsgebonden budget (pgb) en/of particulier wordt gefinancierd, maakt voor het bepalen of de organisatie onder de Kwaliteitswet zorginstellingen valt niet uit.

Omdat er geen registratieplicht bestaat voor alle organisaties die zich op de zorgmarkt begeven, zijn zij niet bekend bij de inspectie. Proactief toezicht, door deze organisaties mee te nemen in het gefaseerd toezicht, is daarom onmogelijk. De stijging van het aantal nieuwe toetreders, de gebrekkige transparantie en mogelijke risico's voor cliënten waren voor de inspectie de aanleiding voor dit onderzoek.

Om de risico's voor de cliënten die gebruikmaken van deze organisaties in beeld te krijgen, zijn tussen september 2008 en mei 2009 dertig van deze organisaties bezocht. Tijdens de bezoeken zijn drie thema's getoetst: deskundigheid van medewerkers of ZZP'ers (zelfstandigen zonder personeel), medicatieveiligheid en naleving van verpleegkundige richtlijnen. Bij elke organisatie toetsten de inspecteurs een aantal zorgdossiers. Voor de bezoeken is een beoordelingskader ontwikkeld, gebaseerd op vier risicoscores.

De onderzoeksresultaten laten een grote diversiteit aan organisatietyperingen en variatie in omvang zien. Het zorgaanbod was hetzelfde als dat van de 'reguliere' thuiszorgorganisaties en de voornaamste doelgroep was de kwetsbare cliënt (hoge leeftijd, veelal alleenstaand en chronisch ziek).

De zorg werd voornamelijk gefinancierd uit pgb-gelden. Eenderde van de organisaties leverde ook zorg in natura voor één of meerdere AWBZ-functies. Hiervoor waren deze organisaties onderaannemer van een thuiszorgorganisatie met een WTZi-toelating. Op alle drie de thema's waarop de inspectie toetste, scoorden de bezochte organisaties (op één organisatie na) voor één of meerdere thema's een 'hoog' of 'zeer hoog' risico.

De inspectie is op basis van de conclusies uit dit onderzoek ernstig verontrust over de kwaliteit van zorg geleverd door deze niet-jaardocumentplichtige thuiszorg-

aanbieders. Zij maakt zich zorgen over het feit dat een zorgorganisatie zich op het terrein van de thuiszorg begeeft zonder voldoende kennis van zaken over de zorg zelf, over de kwaliteitseisen die het veld zelf stelt en de daarbij behorende verantwoordelijkheden.

Gezien de onderzoeksresultaten adviseert de inspectie u een aantal maatregelen te treffen. Ten eerste is het onvermijdelijk dat eisen gesteld worden aan startende organisaties op de zorgmarkt. Ten tweede gaat het basisprincipe van het pgb, namelijk dat degene die hiermee de eigen zorg inkoopt ook verantwoordelijk is voor de kwaliteit die ZZP'ers leveren, volgens de inspectie niet op voor de groep kwetsbare cliënten. De inspectie vraagt zich af of de huidige pgb-constructie wel geschikt is voor genoemde doelgroep. Immers de kwaliteit van zorg geleverd door de onderzochte organisaties is gezien het onderzoek ver beneden de maat, de organisatievorm is voor deze doelgroep niet eenduidig en van deze doelgroep mag niet verwacht worden dat zij zelf over de kwaliteit van de geleverde zorg waakt. Ten derde is de inspectie van mening dat transparantie over de kwaliteit van de zorgverlening ook moet ook gaan gelden voor organisaties die geen WTZi-toelating hebben maar wel onder de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen. Een openbare jaarlijkse verantwoording over de geleverde kwaliteit zou voor deze organisaties in de rede liggen.

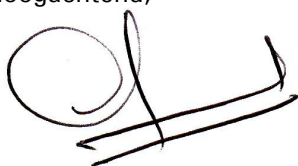
Alle bezochte organisaties hebben een plan van aanpak moeten inleveren. De tien reeds aangeleverde plannen zijn inmiddels door de inspectie beoordeeld en de voortgang wordt nauwlettend in de gaten gehouden. Bij de publicatie van dit rapport komt een lijst van de bezochte organisaties met hun scores op www.igz.nl. Hierop zal de voortgang van verbetering worden bijgehouden.

Alle organisaties die op een of meerdere thema's een hoog en/of zeer hoog risico scoren, krijgen opnieuw een bezoek. Als uit het vervolfbezoek blijkt dat nog steeds sprake is van hoog tot zeer hoog risico, volgt verscherpt toezicht of worden andere handhavingsmaatregelen getroffen. Gezien de diversiteit aan typeringen van de bezochte organisaties en de grote variatie in omvang zal een individuele aanpak voorop staan.

Voor zover organisaties lid zijn van een brancheorganisatie, wordt die door de inspectie aangesproken op het samen met de lidorganisatie bereiken van de noodzakelijke verbeteringen.

Het mag duidelijk zijn dat de inspectie bezorgd is over de uitkomsten van dit onderzoek. Het is nodig dat de juiste maatregelen getroffen worden om verantwoorde zorg te garanderen voor met name de kwetsbare groep oudere cliënten, die zorg thuis nodig heeft.

Hoogachtend,



Prof. dr. G. van der Wal

Den Haag, juni 2009

Samenvatting

Mede door de groeiende vraag de benodigde zorg thuis te willen en kunnen ontvangen, is het aantal zorgaanbieders voor de zorg thuis aanzienlijk gestegen en bestaat er een grote diversiteit aan thuiszorgaanbieders. Voorheen werd thuiszorg alleen geleverd door thuiszorgorganisaties die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en een contract met het zorgkantoor zorg in natura (ZIN) leverden. Nu zijn er ook thuiszorgorganisaties die op grond van een persoonsgebonden budget (pgb) of particuliere gelden zorg leveren, die als onderaannemer AWBZ-zorg (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) leveren en verschillende bemiddelingsbureaus die zorg thuis leveren. Uit cijfers van onder andere de Kamer van Koophandel blijkt dat het aantal startende ondernemers in deze sector de afgelopen jaren flink is toegenomen.

Alleen de WTZi-toegelaten organisaties die een contract hebben met het zorgkantoor, presenteren via het *Jaardocument maatschappelijke verantwoording* jaarlijks kwaliteitsgegevens aan de inspectie. Veel nieuwe toetreders zijn niet-jaardocumentplichtig; de inspectie heeft daardoor onvoldoende zicht op mogelijke risico's op onverantwoorde zorg die verschillende toetreders leveren.

De niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties vallen volgens het huidige beleid van de inspectie onder de Kwaliteitswet zorginstellingen en dus onder het toezicht van de inspectie. Omdat er geen registratieplicht bestaat, zijn deze organisaties moeilijk te traceren en kan de inspectie geen proactief toezicht houden. Dit is een onwenselijke situatie, te meer omdat er veel kwetsbare oudere cliënten zijn die gebruikmaken van de diensten van deze thuiszorgorganisaties.

De inspectie wil haar toezicht op deze organisaties kunnen implementeren en door het toezicht de kwaliteit van de geleverde zorg verbeteren. Daarvoor wil zij een beeld krijgen van het thuiszorgveld, maar ook inzicht krijgen in mogelijke risico's op onverantwoorde zorg bij deze categorie thuiszorgorganisaties. Bij dit inspectieonderzoek lag de nadruk op drie thema's: deskundigheid van medewerkers of zelfstandigen, medicatieveiligheid en naleving van verpleegkundige richtlijnen. Ook zijn zorgdossiers beoordeeld.

De inspectie heeft na een selectieproces 30^[1] niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties opgenomen in het project, in een van de volgende vijf typeringen of combinaties daarvan:

- Met een WTZi-toelating maar zonder contract met het zorgkantoor.
- Geen WTZi-toelating.
- Die als onderaannemer zorg overnemen van toegelaten thuiszorgorganisaties.
- Die particuliere zorg en/of zorg op basis van het pgb bieden, met medewerkers in loondienst.
- Die particuliere zorg en/of zorg op basis van pgb leveren door het inzetten van Zelfstandigen Zonder Personeel^[2] (ZZP'ers).

Al deze organisaties noemden zich thuiszorgorganisatie of bemiddelingsbureau.

[1] Eén organisatie bleek ten tijde van het bezoek te beschikken over een contract met het zorgkantoor en viel daardoor buiten het project.

[2] Een ZZP'er wordt ook Zelfstandige ondernemer in de zorg (ZOZ) genoemd.

De inspectiebezoeken zijn uitgevoerd vanaf september 2008 tot en met mei 2009. 26 van deze bezoeken zijn verwerkt in dit rapport.

De kwaliteit van zorg van niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties is verontrustend. Per thema uitgesplitst luiden de conclusies als volgt.

- *Deskundigheid van de medewerker en/of ZZP'er.* In het algemeen hadden bezochte organisaties geen beleid opgesteld omtrent voorwaarden aan deskundigheid en bekwaamheid van de medewerkers of ZZP'ers. Werkoverleg en cliëntbesprekingen vonden slechts bij de helft van de bezochte organisaties plaats en functioneringsgesprekken bijna helemaal niet. Bij geen van deze organisaties is een visie aangetroffen over wanneer zij een medewerker nog bekwaam vinden om een voorbehouden of risicovolle handeling uit te voeren; hierop vond ook geen toets plaats. Verder leek het geregeld voor te komen dat medewerkers of ZZP'ers worden ingezet voor handelingen waarvoor ze niet zijn geschoold. Uitsluitcriteria ofwel grenzen aan de zorg waren niet vastgelegd. Veel directeuren hadden voor bepaalde handelingen of zorgsoorten in hun hoofd wie wat mag en kan. Hierop werd gepland en besloten of een cliënt met een bepaalde zorgvraag wel of niet in zorg wordt genomen. Kwaliteitsbevordering in de vorm van scholing was nauwelijks gebruikelijk.
- *Medicatieveiligheid.* Medicatieveiligheid vormde een hoog risico. Er was weinig geregeld om te zorgen voor een veilig medicatiebeleid.
- *Naleving verpleegkundige richtlijnen.* Verpleegkundige protocollen werden in de bezochte organisaties weinig tot niet in de praktijk toegepast. Daardoor werd te veel naar eigen inzicht van de individuele zorgverlener (met of zonder scholing) gehandeld.
- *Zorgdossiers.* Bij de meeste niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties trof de inspectie een vorm van een zorgdossier aan, maar de systematiek in aanleg en gebruik liet te wensen over.

Het Kwaliteitskader verantwoorde zorg bleek vaak niet bekend en nieuwe zorgaanbieders weten weinig van vrijwillige melding bij inspectie. Ook blijkt dat er geen eisen worden gesteld aan startende organisaties. De inspectie vraagt zich af of de huidige pgb-constructie wel geschikt is voor genoemde doelgroep. Immers de kwaliteit van zorg geleverd door de onderzochte organisaties is gezien het onderzoek ver beneden de maat, de organisatievorm is voor deze doelgroep niet eenduidig en van deze doelgroep mag niet verwacht worden dat zij zelf over de kwaliteit van de geleverde zorg waakt. De hoofdaannemer toetst de kwaliteit die de onderaannemer biedt, niet. Verder schept het begrip 'bemiddelingsbureau' onduidelijkheid bij inspectie en cliënt.

De cliënt mag van de thuiszorgorganisatie verwachten dat de zorgverlener die thuiszorg levert over het juiste deskundigheidsniveau en over voldoende kennis en ervaring beschikt. Ook moet de cliënt ervan kunnen uitgaan dat de zorgverlener bekwaam is.

De cliënt is hier vaak een kwetsbare oudere, met een hoge leeftijd, veelal alleenstaand en vaak een chronisch zieke. Daar waar de thuiszorgorganisatie een bemiddelingsbureau met ZZP'ers is, is het de vraag of deze cliënt hiervan op de hoogte is. De bezochte bemiddelingsbureaus vallen volgens de inspectie onder de Kwaliteitswet. De cliënt kan de niet-jaardocumentplichtige organisatie aanspreken op de geboden zorg. In de praktijk blijkt echter dat de cliënt te maken krijgt met een aantal zelfstandigen die los van elkaar opereren en waarbij van de cliënt verwacht

wordt dat die zelf de geleverde kwaliteit en deskundigheid van deze zelfstandige controleert.

Ook het gegeven dat een zorgorganisatie in de zorg thuis kan starten, zonder kennis van zaken over de zorg zelf, de kwaliteitseisen die het veld zelf stelt en de daarbij geldende verantwoordelijkheden, baart de inspectie grote zorg.

De inspectie adviseert het ministerie van VWS:

- Eisen te stellen aan startende organisaties op de zorgmarkt.
- Het basisprincipe van het pgb, namelijk dat degene die hiermee de eigen zorg inkoop ook verantwoordelijk is voor de kwaliteit die ZZP'ers leveren te heroverwegen. Dit principe, gaat volgens de inspectie niet op voor de groep kwetsbare ouderen. Het is de vraag of voor deze groep de pgb-constructie het meest geschikt is en verantwoorde zorg waarborgt.
- Transparantie over de kwaliteit van de zorgverlening moet ook gaan gelden voor organisaties die geen WTZi-toelating hebben maar wel onder de Kwaliteitswet vallen. De inspectie adviseert het departement jaarlijks openbare verantwoording over de verleende kwaliteit te eisen van deze nieuwe thuiszorgorganisaties in een vorm die voldoet aan de eisen van het jaardocument zorg.

Alle bezochte organisaties hebben een plan van aanpak moeten inleveren. Dit plan van aanpak is of wordt beoordeeld en de voortgang ervan wordt bewaakt. De inspectie legt bij 20 van de 26 bezochte organisaties een follow-upbezoek af om de voortgang en uitvoering van verbeterpunten van het plan van aanpak te toetsen (één organisatie is inmiddels gestopt, één organisatie scoorde alleen gering risico en vier organisaties scoorden gering en eenmaal hoog risico). Als de verbeteringen onvoldoende blijken wordt verscherpt toezicht ingesteld of worden maatregelen getroffen zoals het vragen van een bevel of aanwijzing aan de minister van VWS.

Inhoudsopgave

Samenvatting 5

| | |
|----------|--|
| 1 | Inleiding 11 |
| 2 | Conclusies 18 |
| 2.1 | Kwaliteit van zorg van niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties is verontrustend 18 |
| 2.2 | Grote diversiteit aan niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties 18 |
| 2.2.1 | Er zijn veel typeringen van niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties 18 |
| 2.2.2 | Omvang van organisatievorm loopt sterk uiteen 18 |
| 2.2.3 | Zorgaanbod is hetzelfde als van de 'reguliere' thuiszorg 19 |
| 2.2.4 | De zorg wordt voornamelijk gefinancierd door persoonsgebonden budget 19 |
| 2.3 | Kwaliteit van inhoudelijke thema's onder de maat 19 |
| 2.3.1 | Deskundigheid van medewerker en/of ZZP'er onvoldoende en onbekend bij organisatie en cliënt 19 |
| 2.3.2 | Medicatieveiligheid vormt hoog risico 22 |
| 2.3.3 | Verpleegkundige richtlijnen zijn onbekend en worden niet gebruikt 23 |
| 2.3.4 | Zorgdossier: systematiek ontbreekt 23 |
| 2.4 | Overige conclusies 23 |
| 3 | Handhaving: maatregelen, aanbevelingen en acties inspectie 26 |
| 3.1 | Maatregelen voor de niet-jaardocumentplichtige thuiszorg organisaties die wel onder de Kwaliteitswet vallen 26 |
| 3.2 | Maatregelen voor de medewerkers of ZZP'ers 27 |
| 3.3 | Aanbevelingen voor brancheorganisaties 28 |
| 3.4 | Aanbeveling voor de Stuurgroep Verantwoorde zorg 28 |
| 3.5 | Aanbevelingen voor het ministerie van VWS 28 |
| 3.6 | Acties inspectie 29 |
| 4 | Resultaten 30 |
| 4.1 | Grote diversiteit aan niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties 30 |
| 4.1.1 | Vijf verschillende typeringen van niet-jaardocumentplichtige organisaties 30 |
| 4.1.2 | Omvang van organisaties verschillend 30 |
| 4.1.3 | Het zorgaanbod is hetzelfde als van de 'reguliere' thuiszorg 30 |
| 4.1.4 | De zorg wordt voornamelijk gefinancierd door persoonsgebonden budget 31 |
| 4.2 | Kwaliteit van zorg; score op risico hoog 31 |
| 4.3 | Deskundigheid van de medewerkers of zelfstandigen 32 |
| 4.3.1 | Geen aannamebeleid aanwezig 32 |
| 4.3.2 | Helpt organisaties hield geregeld werkoverleg en cliëntbespreking 32 |
| 4.3.3 | Functioneringsgesprekken niet standaard 33 |
| 4.3.4 | Medewerkers of ZZP'ers noemden zich verpleegkundige/verzorgende zonder het te zijn 33 |
| 4.3.5 | Geen beleid voor voorbehouden en risicovolle handelingen 33 |
| 4.3.6 | Soms te laag deskundigheidsniveau ingezet 34 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.3.7 | Voorbehouden handelingen vaak zonder uitvoeringsverzoek | 34 |
| 4.3.8 | Ontbrekende bekwaamheid risicovol | 34 |
| 4.3.9 | Scholing en scholingsplan ontbraken vaak | 35 |
| 4.4 | Medicatieveiligheid | 36 |
| 4.4.1 | Schriftelijk beleid voor medicatieveiligheid ontbrak | 36 |
| 4.4.2 | Beleid over malen geneesmiddelen onvoldoende | 37 |
| 4.4.3 | Afspraken over deskundigheidsniveau niet op schrift | 37 |
| 4.5 | Naleving van verpleegkundige richtlijnen | 37 |
| 4.5.1 | Wel protocollen maar geen beheersysteem | 38 |
| 4.5.2 | Implementatie protocollen gebrekkig | 38 |
| 4.6 | Zorgdossiers | 39 |
| 4.6.1 | Meeste bezochte organisaties beschikten over een zorgdossier | 40 |
| 4.6.2 | Systematiek in aanleg en gebruik zorgdossier liet te wensen over | 40 |
| 4.6.3 | Samenvatting score zorgdossiers | 41 |
| 4.7 | Overige resultaten | 41 |
| 4.7.1 | Kwaliteitskader verantwoorde zorg vaak niet bekend | 41 |
| 4.7.2 | Nieuwe zorgaanbieders onbekend met vrijwillige melding bij inspectie | 41 |
| 4.7.3 | Hoofdaannemer toetste de kwaliteit die de onderaannemer bood niet | 42 |
| 4.7.4 | Bemiddelingsbureau onduidelijk begrip | 42 |
| 5 | Vraagtekens bij beleid voor startende thuiszorgorganisaties en huidige constructie persoonsgebonden budget | 43 |

Literatuur en gebruikte richtlijnen 45

Bijlagen

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Lijst van afkortingen | 46 |
| 2 | Beslisboom voor selectie in project | 47 |
| 3 | Informatie over de bezochte organisaties en het bezoekinstrument | 48 |
| 4 | Schematisch overzicht handhavingskader | 50 |
| 5 | Toelichting op het inspectieoordeel | 51 |
| 6 | Gegevens thuiszorgorganisaties | 52 |

1 Inleiding

Aanleiding

De aanleiding voor dit project en daarmee dit rapport is drieledig. Om te beginnen is het aantal zorgaanbieders voor de zorg thuis aanzienlijk gestegen. Dit is het gevolg van een groeiende vraag de benodigde zorg thuis te willen en kunnen ontvangen, veranderingen in wet- en regelgeving en de voortschrijdende marktwerking. Uit cijfers van de Kamer van Koophandel^[3] blijkt dat het aantal startende ondernemers de afgelopen jaren flink is toegenomen. Groei was vooral te zien in de dienstensector, met name in de paramedische beroepen, thuiszorg en kinderopvang. Ook neemt het aantal ZZP'ers flink toe. Er bestaat inmiddels een grote diversiteit aan thuiszorgaanbieders.

Voorheen werd thuiszorg alleen geleverd door thuiszorgorganisaties die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) Zorg In Natura (ZIN) leveren. Nu zijn er ook thuiszorgorganisaties die op grond van persoonsgebonden budget (pgb) of particuliere gelden zorg leveren, organisaties die als onderaannemer AWBZ-zorg (Algemene Wet Bijzondere Ziekte kosten) leveren en verschillende bemiddelingsbureaus die zorg thuis leveren.

Binnen de inspectie is het gefaseerd toezicht gericht op de thuiszorgorganisaties met een WTZi-toelating. Via het *Jaardocument maatschappelijke verantwoording* presenteren deze organisaties jaarlijks kwaliteitsgegevens aan de inspectie. Dit is de eerste fase van het gefaseerd toezicht. Op basis van deze gegevens besluit de inspectie vervolgens of zij een inspectiebezoek brengt aan deze thuiszorgorganisatie (de tweede fase).

De tweede aanleiding is het gebrek aan transparantie. Tot nog toe vallen de andere aanbieders van thuiszorg namelijk buiten het gefaseerd toezicht. Omdat zij niet-jaardocumentplichtig zijn, was de zorg die zij leverden onvoldoende in beeld bij de inspectie (zie hieronder bij wettelijk kader en informatie over de bezochte organisaties). Doordat een landelijke registratie van nieuwe thuiszorgaanbieders ontbreekt, heeft de inspectie onvoldoende zicht op mogelijke risico's op onverantwoorde zorg geleverd door verschillende nieuwe toetreders.

De derde aanleiding is dat niet alleen de inspectie, maar vooral de cliënten die zorg ontvangen van deze organisaties moeten kunnen vertrouwen op verantwoorde zorg. Zo mag de cliënt van een thuiszorgorganisatie verwachten dat de zorgverlener die bij hem of haar thuis komt over het juiste deskundigheidsniveau en over voldoende kennis en ervaring beschikt. Ook moet de cliënt ervan kunnen uitgaan dat de zorgverlener bekwaam is. Dit klemt te meer daar de cliënt hier vaak een kwetsbare oudere cliënt is (veelal alleenstaand en vaak een chronische zieke). Echter, als sprake is van een bemiddelingsbureau met Zelfstandigen Zonder Personeel (verder te noemen ZZP'ers), is het de vraag of deze cliënt hiervan op de hoogte is. De cliënt krijgt vaak te maken met meerdere zelfstandigen die los van elkaar opereren en moet dan zelf de kwaliteit en deskundigheid van deze zelfstandige controleren, meestal zonder dat zelf te weten.

[3] Bron: Kamer van Koophandel Nederland: Rapport Startersprofiel 2007; ruim 700 starters / nieuwe inschrijvingen in thuiszorg en thuiszorgbemiddeling. Rapport Startersprofiel 2008: ruim 1700 starters / nieuwe inschrijvingen in thuiszorg en thuiszorgbemiddeling.

In de explosieve stijging van het aantal toetreders, de gebrekkige transparantie en de mogelijke risico's voor cliënten zag de inspectie meer dan voldoende reden voor het project niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties.

Belang en doelstelling

Omdat er geen registratieplicht bestaat, zijn de niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties moeilijk te traceren. Op organisaties die zich niet hoeven te registreren, kan de inspectie geen proactief toezicht houden. Een grote groep organisaties die wel onder de Kwaliteitswet zorginstellingen (verder Kwaliteitswet) valt en dus onder het toezicht van de inspectie, is nu buiten beeld. Dit is een onwenselijke situatie, te meer omdat vooral kwetsbare ouderen^[4] gebruikmaken van de diensten van deze niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties.

Met dit project en deze geaggregeerde rapportage over niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties wil de inspectie daarom om te beginnen haar toezicht op deze organisaties kunnen implementeren.

Voorts wil de inspectie dat door toezicht de kwaliteit van de geleverde zorg gaat verbeteren. Ze geeft aan welke maatregelen de niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties, medewerkers of ZZP'ers dienen te treffen en adviseert brancheorganisaties over te nemen maatregelen. Verder adviseert ze de stuurgroep verantwoorde zorg over het bereik van het Kwaliteitskader verantwoorde zorg. Ze verschaft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) inzicht in hoe het beleid in de praktijk vorm krijgt en adviseert het ministerie over de mogelijke beleidsveranderingen aangaande het pgb.

In dit project zijn drie van de vier prioritaire doelen uit het Meerjarenbeleidsplan 2008-2011 aan de orde: kwaliteit van zorg (met name patiëntveiligheid) bevorderen, transparantie van geleverde kwaliteit van zorg vergroten en meer en gericht aandacht besteden aan kwetsbare groepen.

Centrale vraagstelling

De vraagstelling van het project niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties is tweeledig. In de eerste plaats wilde de inspectie een beeld krijgen van dit deel van het thuiszorgveld; daarbij richtte zij zich nadrukkelijk op de diversiteit van de niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties: vorm, omvang, zorgaanbod en betalingswijze van zorg. In de tweede plaats wilde zij inzicht krijgen in mogelijke risico's op onverantwoorde zorg bij deze categorie thuiszorgorganisaties. Hierbij lag de nadruk op drie thema's: deskundigheid van medewerkers of zelfstandigen, medicatieveiligheid en naleving van verpleegkundige richtlijnen. Ook heeft de inspectie zorgdossiers van cliënten die gebruikmaken van deze organisaties, onderzocht.

Tijdens de bezoeken signaleerde de inspectie nog een aantal opvallende zaken; deze komen aan de orde onder 'overige conclusies' respectievelijk 'overige resultaten'. Deze hebben voornamelijk betrekking op de overige elementen die reden vormen tot ongerustheid.

[4] Dit zijn veelal ouderen met een hoge leeftijd, alleenstaand en chronisch ziek.

Wettelijk kader

Hoewel het logisch lijkt dat de inspectie toezicht heeft op alle organisaties die zorg leveren, is dat niet altijd eenvoudig en eenduidig geregeld. Die organisaties die een WTZi-toelating hebben en verantwoording afleggen via het *Jaardocument maatschappelijke verantwoording*, vallen onder het toezicht van de inspectie. Dit geldt ook voor bemiddelingsbureaus met een WTZi-toelating en een eventueel contract met het zorgkantoor.

Daarnaast vormt de Kwaliteitswet voor de inspectie de basis om toezicht op zorginstellingen uit te oefenen. Maar valt elke nieuwe organisatie in de vorm zoals deze is bedacht, onder deze wet? Die vraag is niet zo gemakkelijk te beantwoorden, getuige een aantal voorbeelden van typering van organisaties die de laatste jaren zijn ontstaan:

- Zonder WTZi-toelating.
- Met een WTZi-toelating maar zonder contract met het zorgkantoor.
- Die als onderaannemer zorg in natura overnemen van toegelaten thuiszorgorganisaties.
- Die particuliere zorg en/of zorg op basis van het pgb bieden, met medewerkers in loondienst.
- Die particuliere zorg en/of zorg op basis van pgb leveren door het inzetten van ZZP'ers; deze organisaties noemen zich thuiszorg organisatie of bemiddelingsbureau.
- Die alleen bemiddelen en zich ook bemiddelingsbureau noemen.
- Meerdere combinaties van deze bovenstaande typering.

De Kwaliteitswet richt zich tot zorgaanbieders. In de zin van deze wet moet beoordeeld worden of de organisatie een zorgaanbieder is. Onder een zorgaanbieder wordt verstaan (artikel 1, sub c):

- Natuurlijk persoon of rechtspersoon die een instelling in stand houdt.
- Natuurlijke personen of rechtspersonen die gezamenlijk een instelling in stand houden.

Als de thuiszorgorganisatie inderdaad een natuurlijk persoon of rechtspersoon is, is de volgende vraag of een dergelijke organisatie een instelling in stand houdt. Onder instelling (artikel 1, eerste lid, onder b) wordt verstaan een organisatorisch verband dat strekt tot verlening van zorg. Het begrip zorg wordt nader omschreven als 'zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten' (artikel 1, eerste lid, onder a).

Het begrip 'organisatorisch verband' is voor dit project nader uitgewerkt. Een knelpunt voor het toezicht van de inspectie is het toezicht op het pgb. De inspectie heeft in principe geen toezicht op de kwaliteit van zorg die geleverd wordt via een pgb: degene die met behulp van pgb zorg inkoop, is immers zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van die inkoop. De inspectie heeft alleen toezicht op de geleverde kwaliteit van zorg als de zorg van degene die wordt ingekocht door de pgb-houder, een BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar is. De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) vormt dan het uitgangspunt voor het toezicht. Zodra er echter sprake is van pgb-zorg geleverd in en door een georganiseerd verband en zorg zoals omschreven in de AWBZ en de Zorgverzekeringswet, vallen de organisaties op basis van de Kwaliteitswet wel onder het toezicht van de

inspectie. Het feit dat de zorg op basis van pgb en particulier wordt gefinancierd, maakt dan niet uit.

Met name de organisaties die zorg leveren op basis van pgb, werden tot nu toe niet actief door de inspectie betrokken bij het gefaseerd toezicht. Dit gebeurde alleen op basis van calamiteiten; het incidententoezicht. Gezien de hierboven geschetste afweging van het wettelijk kader, werd in het vooronderzoek (zie verder onder paragraaf vooronderzoek) een deel van de bemiddelingsbureaus onder de Kwaliteitswet geschaard.

Onderzoeksmethode

Vooronderzoek en selectie

De selectie van de te bezoeken instellingen kende twee fasen:

- 1 Een papieren selectie.
- 2 De daadwerkelijke selectie.

Papieren selectie

Om de verschillende typering van organisaties die thuiszorg aanbieden in kaart te brengen, is een beslisboom ontwikkeld (bijlage 2). Met deze beslisboom wordt duidelijk of, en zo ja, op basis van welke wettelijke legitimering de inspectie vervolgens toezicht heeft op deze organisatie. Deze beslisboom is juridisch getoetst. Onderdeel van deze beslisboom zijn de diverse bemiddelingsbureaus. Deze zijn ingedeeld in drie categorieën:

- 1 Het bemiddelingsbureau dat zich naast bemiddeling nadrukkelijk bemoeit met de coördinatie en inhoud van de zorg. Dit bemiddelingsbureau is volgens de inspectie een georganiseerd verband dat strekt tot verlening van zorg zoals omschreven in de AWBZ of Zorgverzekeringswet en valt daarmee onder het toezicht van de inspectie omdat de Kwaliteitswet van toepassing is.
- 2 Het bemiddelingsbureau dat voorwaardenscheppende zaken aan de ZZP'er aanbiedt tegen een vergoeding (scholing, zorgdossier). Dit bureau bemoeit zich niet met de inhoud van de zorg, maar geeft wel aan de ZZP'er aan dat ze minder bemiddelbaar zijn als ze geen gebruikmaken van het aanbod. Omdat de inspectie inzicht wil krijgen in de verschillende typering van dit soort organisaties, heeft zij deze instellingen onderzocht op grond haar onderzoekstaak (artikel 36, eerste lid, onder a, van de Gezondheidswet).
- 3 Het bemiddelingsbureau dat alleen een kaartenbakfunctie vervult. Dit zijn de organisaties die alleen hulpverlener en hulpvrager met elkaar in contact brengen. Deze bureaus vallen niet onder het toezicht van de inspectie en zijn niet meegenomen in dit project.

Daadwerkelijke selectie

De te onderzoeken niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties die zich begeven op de markt van thuiszorg en geen toelating hebben in het kader van de WTZi, zijn niet verplicht zich te registreren bij de inspectie of bij enige andere instantie. Dit betekent dat de inspectie niet zomaar een steekproef kon trekken uit een bestand met namen en adressen. Daarom heeft zij in haar huidige bestand gezocht naar namen en adressen van niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties die bij haar bekend waren. Daarnaast is actief, via openbare bronnen (Internet, Kamer van Koophandel, de Gouden Gids), gezocht naar voor de inspectie onbekende thuiszorgorganisaties. Van gevonden adressen is telefonisch met behulp

van een vragenlijst en de beslisboom nagegaan of de organisatie paste in één van de bovengenoemde typeringen. In een aantal gevallen is nog gevraagd om schriftelijke documenten over de organisatie. Uiteindelijk zijn 57 organisaties telefonisch benaderd om te komen tot de 30 organisaties die zijn bezocht. De 27 overige organisaties die zijn gebeld, vielen buiten het project. Tijdens het telefoongesprek is de beslisboom gebruikt om na te gaan of de organisatie een niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisatie was die in het project paste.

Al met al zijn er vijf verschillende typeringen van niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties (en diverse combinaties van deze typeringen) geselecteerd voor de bezoeken:

- Geen WTZi-toelating.
- Met een WTZi-toelating maar zonder contract met het zorgkantoor.
- Die als onderaannemer zorg overnemen van WTZi toegelaten thuiszorgorganisaties.
- Die particuliere zorg en/of zorg op basis van het pgb bieden, met medewerkers in loondienst.
- Die particuliere zorg en/of zorg op basis van pgb leveren door het inzetten van ZZP'ers en zich thuiszorgorganisatie of bemiddelingsbureau noemen.

Onderzochte thema's

Tijdens het bezoek lag de focus op drie thema's:

- 1 Deskundigheid van medewerkers of zelfstandigen (ZZP'ers).
- 2 Medicatieveiligheid.
- 3 Naleving van verpleegkundige richtlijnen.

Bovendien bekeek de inspectie de inhoud van de zorgdossiers op gegevens van de drie thema's. Informatie over de bezochte organisaties en het bezoekinstrument staan in bijlage 3.

Publicatie en verwerking resultaten

Op het moment van het afronden van deze rapportage waren de gegevens van 26 van de 30 bezoeken voorhanden. Van één organisatie bleek tijdens het bezoek dat ze niet meer in het project opgenomen konden worden; ze hadden net een contract met het zorgkantoor gekregen. In het project zijn in totaal dus 30 bezoeken gebracht, waarvan er 26 in dit rapport zijn opgenomen. *Vanwege het beperkte aantal organisaties in de steekproef moeten de resultaten met enige voorzichtigheid worden vertaald naar alle niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties. Uit cijfers van de Kamer van Koophandel blijkt dat het aantal startende ondernemers in de dienstensector, waaronder thuiszorg en thuiszorgbemiddeling, de afgelopen jaren flink is toegenomen. Ook neemt het aantal ZZP'ers^[5] flink toe. De inspectie realiseert zich dan ook dat met deze bezoeken slechts een beperkt gedeelte van alle organisaties in beeld is.*

Met het uitbrengen van dit rapport worden de individuele rapportages van de niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties actief openbaar gemaakt op www.igz.nl. Tevens wordt een lijst met namen en scores van de bezochte organisaties op www.igz.nl gepubliceerd waarop de voortgang wordt bijgehouden.

[5] Uitgaande van een brede definitie waarbij alle startende ondernemers die één of minder werkzame personen kennen als ZZP'er worden aangemerkt. (bron: Kamer van Koophandel)

Normenkader

Wetgeving:

- Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Wet toelating zorginstellingen.
- Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- Zorgverzekeringswet.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.
- Geneesmiddelenwet.

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.
- Diverse Landelijke multidisciplinair vastgestelde verpleegkundige richtlijnen van LEVV; CBO, WIP e.a.
- DGV Risicoanalyse medicatieveiligheid voor instellingen in de thuiszorg. 2006.

Kaders inspectie:

- De beslisboom (bijlage 2).
- Handhavingplan gedurende het project (bijlage 4)
- Notitie toepasselijkheid Kwaliteitswet/WMCZ/WKCZ op bemiddelingsbureaus.

Beoordelingskader

Het beoordelingskader tijdens de inspectiebezoeken was risicogericht: geen risico, gering risico, hoog risico en zeer hoog risico. Hieronder staat een overzicht van de risico's en de normering daarbij.

| <i>Mate van risico</i> | <i>Normering</i> |
|------------------------|---|
| Geen risico | De inspectie constateert geen (rand)voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm. |
| Gering risico | De inspectie constateert weliswaar (rand)voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm, maar deze vormen niet direct een bedreiging voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid. |
| Hoog risico | De inspectie constateert (rand)voorwaarden, praktijken of processen die een bedreiging kunnen vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid. |
| Zeer hoog risico | De inspectie constateert (rand)voorwaarden, praktijken of processen die een ernstige bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid. |

Per thema: deskundigheid medewerker of ZZP'er, medicatieveiligheid en naleving verpleegkundige richtlijnen en bij de beoordeling van het zorgdossier gaf de inspectie haar oordeel weer in bovenstaande vier risicoscores: geen risico, gering

risico, hoog risico en zeer hoog risico. Bij de vaststelling van dit oordeel is de omvang van de organisatie en de mate waarin welke vorm van zorg wordt aangeboden, meegenomen in de overweging. Bij ieder oordeel gaf de inspectie een toelichting.

2 Conclusies

2.1 Kwaliteit van zorg van niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties is verontrustend

Als we de gevonden scores van de 26 bezochte thuiszorgorganisaties in één tabel plaatsen, dan ontstaat het volgende beeld:

| <i>Beoordeling</i> | <i>Geen risico</i> | <i>Gering risico</i> | <i>Hoog risico</i> | <i>Zeer hoog risico</i> |
|--------------------|--------------------|----------------------|--------------------|-------------------------|
| Thema 1 | 0 | 6 | 15 | 5 |
| Thema 2 | 0 | 7 | 13 | 6 |
| Thema 3 | 0 | 7 | 10 | 9 |
| Zorgdossiers* | 0 | 11 | 11 | 3 |
| Totaal | 0 | 31 | 49 | 23 |

* Bij één thuiszorgorganisatie is niet apart gescoord.

Het feit dat van de 103 scores 49 maal 'hoog risico' en 23 maal 'zeer hoog risico' gescoord is, geeft aan dat de kwaliteit van zorg onder de maat is. De conclusie is gerechtvaardigd dat de niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties die zijn bezocht hoog scoren als het gaat om risico's voor onverantwoorde zorg.

2.2 Grote diversiteit aan niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties

2.2.1 Er zijn veel typering van niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties

Naast de toegelaten thuiszorgorganisaties bestaan diverse typering van niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties. Uiteindelijk zijn in het project vijf mogelijke typering van niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties getraceerd. Daarnaast waren er nog verschillende combinaties van deze vijf typering. Het bemiddelingsbureau dat voorwaardenscheppende zaken aan de ZZP'er aanbiedt tegen een vergoeding maar zich in principe niet met de inhoud van de zorg bemoeit, is niet aangetroffen bij de organisaties die zijn bezocht. Bekend is dat deze organisaties wel bestaan^[6]. Die organisaties die ervan uitgingen onder deze vorm te werken, zijn door de inspectie toch onder de Kwaliteitswet geschaard omdat zij deze vorm niet consequent hebben doorgevoerd in hun bedrijfsvoering (zie ook het wettelijk kader); dit soms tegen de zin van de organisatie in.

2.2.2 Omvang van organisatievorm loopt sterk uiteen

Naast de organisatievorm was ook het aantal medewerkers of ZZP'ers van de organisaties verschillend. Zo varieerde het aantal personeelsleden van één tot 125. Bij de bemiddelingsbureaus was dit van drie tot 700 ZZP'ers. De meeste

[6] Eindrapport: *Ondernemend betrokken bij zorg? Aard en kwaliteit van dienstverlening door PGB-bemiddelingsbureaus*. (Research en Beleid in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen; februari 2009)

organisaties werkten regionaal. Het aantal cliënten varieerde van drie tot 1800. In totaal boden de 26 bezochte organisaties zorg aan ongeveer 5.000 cliënten. Dit aantal is een benadering omdat niet alle organisaties aan konden geven hoeveel cliënten ze op dat moment of jaarlijks in zorg hadden. Sommige organisaties konden wel aangeven wat het aantal cliënten op het moment van het bezoek was, andere gaven een indicatie van het aantal cliënten per jaar. Negen organisaties hadden tot vijftien cliënten in zorg, tien organisaties hadden zestien tot 100 cliënten in zorg, vier organisaties hadden 100 tot 500 cliënten in zorg en drie organisaties hadden meer dan 500 cliënten in zorg.

2.2.3 Zorgaanbod is hetzelfde als van de 'reguliere' thuiszorg

Alle organisaties boden persoonlijke verzorging aan, de meeste organisaties ook verpleging, ondersteunende begeleiding en huishoudelijke hulp. De organisaties richtten zich soms op specifieke doelgroepen, zoals de zorg voor gehandicapte kinderen thuis, multiculturele thuiszorg of psychiatrische thuiszorg. Alle organisaties hadden de oudere cliënt als voornaamste doelgroep. De conclusie is dan ook gerechtvaardigd dat de niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties net als hun reguliere collega's dezelfde vormen van zorg bieden aan dezelfde doelgroep cliënten.

2.2.4 De zorg wordt voornamelijk gefinancierd door persoonsgebonden budget

De bezochte 26 niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties boden allemaal zorg aan op basis van pgb. Daarnaast boden negentien van deze organisaties ook particuliere zorg aan. Tien van de 26 organisaties leverden van één of meer AWBZ-functies ook Zorg in Natura. Voor dit zorgaanbod waren ze onderaannemer van een hoofdaannemer. De hoofdaannemer had een WTZi-toelating en een contract met het zorgkantoor.

2.3 Kwaliteit van inhoudelijke thema's onder de maat

2.3.1 Deskundigheid van medewerker en/of ZZP'er onvoldoende en onbekend bij organisatie en cliënt

In het algemeen bleek dat de bezochte organisaties geen beleid hadden opgesteld inzake voorwaarden aan deskundigheid en bekwaamheid van de medewerkers of ZZP'ers. Werkoverleg en cliëntbesprekingen vonden slechts bij minder dan de helft van de bezochte organisaties plaats en functioneringsgesprekken niet standaard. Bij enkele van deze organisaties is een schriftelijke visie aangetroffen over wanneer een medewerker nog bekwaam is om een voorbehouden of risicovolle handeling uit te voeren. Hierop vond zelden een toets plaats. Verder leek het geregeld voor te komen dat medewerkers of ZZP'ers worden ingezet voor handelingen waarvoor ze niet zijn geschoold. Uitsluitcriteria ofwel grenzen aan de zorgverlening waren bij driekwart van de organisaties niet vastgelegd. Veel directeuren hadden voor bepaalde handelingen of zorgsoorten 'in hun hoofd' welke medewerker of ZZP'er wat mag en kan. Hierop werd gepland en besloten of een cliënt met een bepaalde zorgvraag wel of niet in zorg werd genomen. Kwaliteitsbevordering in de vorm van scholing was bij een derde van de organisaties niet gebruikelijk.

Geen aannamebeleid medewerkers of ZZP'ers aanwezig

Een aannamebeleid voor nieuwe medewerkers of ZZP'ers was bij de organisaties zelden opgesteld. Een inwerkprogramma was eveneens zelden aanwezig. Soms liep een nieuwe medewerker mee met een collega. Een Verklaring Omtrent Gedrag werd niet opgevraagd. Over het algemeen werden wel de originele diploma's ingezien. Een kopie werd opgeslagen in het dossier van de medewerker of ZZP'er. Van sommige verpleegkundigen is een inschrijving in het BIG-register aangetroffen in het personeelsdossier, maar het register werd zelden gecheckt door de directie. De inspanningen om risico's te reduceren was minimaal.

De helft van de organisaties houdt geregeld werkoverleg en cliëntbesprekingen

Overleg dat het bieden van verantwoorde zorg moet ondersteunen, werd weinig structureel gehouden.

Werkoverleg vond bij de helft van de organisaties structureel plaats. Structureel betekent dat de frequentie verschilde van wekelijks tot drie maal per jaar. Medewerkers of ZZP'ers waren hier niet verplicht bij aanwezig. Hetzelfde gold voor de cliëntbespreking. Een methodische evaluatie van de zorg kwam sporadisch voor. Soms gebeurde dit bij de cliënt thuis, in aanwezigheid van de medewerkers of ZZP'ers die bij deze cliënt werden ingezet. Veel meer kwam het voor dat tijdens een werkoverleg ook nog even kort over de cliënten werd gesproken. Soms werd dit ook in de notulen van dat werkoverleg opgenomen. Deze evaluatie kwam meestal niet in het zorgdossier terecht. Af en toe waren de evaluaties van alle cliënten op één A4 geschreven en zat in een verzamelklapper niet alleen informatie over de betreffende cliënt, maar tevens ook over de andere cliënten.

Functioneringsgesprekken vinden soms plaats

Het instrument functioneringsgesprekken werd niet optimaal gebruikt om te komen tot kwaliteitsverbetering. Bij een derde van de organisaties vonden functioneringsgesprekken plaats, zij het soms alleen als men daartoe aanleiding zag. Wel zijn in de kleine organisaties de lijnen kort en heeft men soms wel dagelijks of wekelijks telefonisch contact. Op deze manier had de organisatie enigszins inzicht in het functioneren van de medewerkers of ZZP'ers.

Medewerkers of ZZP'ers noemen zich verpleegkundige of verzorgende zonder het te zijn

Bij een aantal organisaties bleek een medewerker of ZZP'er niet het beroep of functie te hebben die de cliënt denkt dat hij/zij heeft. Tijdens de bezoeken zag de inspectie dat er verpleegkundigen zijn die zich niet hebben laten inschrijven in het BIG-register. Een verpleegkundige die niet is ingeschreven in het BIG-register, mag zich geen verpleegkundige noemen (het ten onrechte voeren van een beschermde titel). Een aantal verpleegkundigen noemde zich echter wel zo. Hierover zijn de verpleegkundigen aangesproken.

Van een klein aantal verpleegkundigen was tijdens en ook na het bezoek door de organisatie niet aan te tonen dat deze ook de opleiding tot verpleegkundige hadden gevolgd en afgerond. De inspectie had bij een enkele organisatie ernstige twijfels over de betrouwbaarheid van de gegevens over het genoemde deskundigheidsniveau van medewerkers of ZZP'ers.

Verder waren er medewerkers of ZZP'ers werkzaam die geen enkele opleiding in de gezondheidszorg hadden gevolgd. Het merendeel van deze medewerkers werd wel

ingezet bij persoonlijke verzorging, soms zelfs verpleging en ook bij handelingen zoals medicatie uitzetten en aanreiken aan de cliënt. Deze medewerkers noemde zich over het algemeen wel verzorgenden. Slechts in een enkel geval wist de cliënt dat de medewerker geen relevante scholing had gevolgd.

De inspectie is ervan overtuigd dat de meeste cliënten niet wisten dat ze zorg kregen van een medewerker of ZZP'er zonder relevante opleiding. Dat staat haaks op het gegeven dat de cliënt moet kunnen vertrouwen op verantwoorde zorg van een goed niveau.

Beleid voor voorbehouden en risicovolle handelingen ontbreekt

Een derde van de organisaties voerde daadwerkelijk voorbehouden handelingen uit, zonder aantoonbare voorwaardenscheppende regelingen of afspraken. Soms vroeg men een collega-organisatie de zorg of dat deel van de zorg over te nemen. De directie van de zorgorganisaties gaf aan te weten wie welke handelingen wel of niet kan uitvoeren, maar een overzicht hiervan ontbrak veelal. In de praktijk werd meestal bij binnenkomst van een zorgvraag gebeld naar medewerkers of ZZP'ers of ze die zorg op zich wilden nemen. De directeur schatte in wie wat zou kunnen en het was aan de medewerker om aan te geven of deze zich hier nog bekwaam in voelde. Hier waren geen criteria voor opgesteld. Als het team rond de cliënt met deze zorgvraag gevormd kon worden, werd de zorgvraag aangenomen. Weinig van de bezochte thuiszorgorganisaties hebben uitsluitcriteria opgesteld voor voorbehouden of risicovolle handelingen.

Soms wordt een te laag deskundigheidsniveau ingezet

De cliënt ontving niet de zorg van dat deskundigheidsniveau dat hij op basis van de zorgvraag kon verwachten. Bij een kwart van de organisaties werd wel eens een lager deskundigheidsniveau ingezet dan voor een bepaalde handeling gebruikelijk of gewenst is. Dit vond bijvoorbeeld plaats in perioden van personeelstekorten. Soms ook voerde degene die toch aanwezig was, voor een ander deel van de zorg dan ook die ene handeling uit (bijvoorbeeld bij de persoonlijke verzorging ook gemalen medicatie per sonde toedienen). Uit de gesprekken leek dit bij sommige organisaties zelfs eerder bestaand beleid dan een uitzondering.

Voorbehouden handelingen vinden plaats zonder uitvoeringsverzoek

Voorbehouden handelingen werden vaak uitgevoerd zonder een schriftelijke opdracht^[7] van de arts. Dat dit grote risico's kan opleveren voor de cliënt, maar ook voor de medewerker of ZZP'er, spreekt voor zich. Het feit dat een voorbehouden handeling slechts uitgevoerd mag worden na een schriftelijke opdracht van de arts, was weinig bekend; dit gold zowel voor de directie als voor uitvoerenden. De uitvoeringsverzoeken ontbraken dan ook nagenoeg altijd. Ook werden voorbehouden handelingen uitgevoerd zonder dat daar überhaupt een opmerking of notitie in het zorgdossier over te vinden was.

Ontbrekende bekwaamheid is risicovol

Voor voorbehouden en risicovolle handelingen werden medewerkers of ZZP'ers ingezet, waarvan bij de bekwaamheid grote vraagtekens gezet kunnen worden. Een toets van bekwaamheid kwam slechts bij drie van de organisaties voor.

[7] Een schriftelijke opdracht van de arts wordt ook wel uitvoeringsverzoek genoemd.

Bij de helft van de organisaties kon de directie geen schriftelijk inzicht tonen in wie nog actueel over welke bekwaamheden beschikte. Ook ontbraken criteria vanuit de organisatie over wanneer men zich nog bekwaam mag noemen; de directie legde de verantwoordelijkheid hiervoor geheel bij de medewerkers of ZZP'er. Voor medewerkers of ZZP'ers was niet duidelijk of er beleid van de organisatie was ten aanzien van bekwaamheid, wie daarvoor welke verantwoordelijkheid draagt en of hier afspraken over waren.

Een groot aantal organisaties ging ervan uit dat de medewerker of ZZP'er deelnam aan scholing bij een collega-organisatie waar ze ook werkzaam waren. Slechts zelden werd om een bewijs hiervan gevraagd. Tijdens de bezoeken zijn nagenoeg geen verklaringen van bijscholingen aangetroffen. Daar waar ze er wel waren, waren ze van jaren geleden.

Een kleine groep medewerkers of ZZP'ers werkte bewust ook elders om de eigen bekwaamheid op peil te houden. De grootste groep kon of deed dat echter niet. Ook was een grote groep van deze medewerkers en ZZP'ers na jaren weer terug in het verplegend of verzorgend beroep; zij hadden hun ervaring lang geleden opgedaan en niet meer bijgespijkerd. Een aantal medewerkers liet zich in noodgevallen toch maar overhalen een bepaalde handeling uit te voeren.

Scholing en een scholingsplan ontbreken vaak

Kwaliteitsbevordering in de vorm van scholing was niet gebruikelijk. Bij iets minder dan een helft van de organisatie was een scholingsplan aanwezig. Bij een derde van de organisaties werd enige vorm van scholing aangetroffen. De kwantiteit en kwaliteit van de aangeboden scholing liepen uiteen. De verantwoordelijkheid voor het volgen van scholing werd soms ook bij de medewerker of ZZP'er neergelegd; dit was zelden zo vastgelegd. Over het algemeen ging men er snel van uit dat de medewerker of ZZP'er wel scholing volgde bij een collega-organisatie.

2.3.2 Medicatieveiligheid vormt hoog risico

Er was weinig geregeld om te zorgen voor een veilig medicatiebeleid. Daarmee vormt dit thema een hoog risico.

Schriftelijk beleid voor medicatieveiligheid ontbreekt doorgaans

Voor wat betreft medicatieveiligheid was bij tweederde van de organisaties geen schriftelijk beleid vastgesteld. Er werden geen criteria gehanteerd wanneer de medewerkers of ZZP'ers van de bezochte organisaties het beheer over de medicatie moesten overnemen. Bij een derde is een actueel medicatie-overzicht aangetroffen, bij de overige organisaties werden zelfs verschillende en tegenstrijdige lijsten aangetroffen. Vaak waren er handgeschreven medicatielijsten. Hoe gewaarborgd kan worden dat de cliënt de juiste medicatie op de juiste tijd krijgt toegediend, was niet vast te stellen.

Dubbele controle op uitzetten en aanreiken/toedienen van medicatie was niet ingevoerd. Beleid over het malen van medicatie ontbrak.

Afspraken over deskundigheidsniveau staan niet op schrift

Welke medewerkers of ZZP'er van welk deskundigheidsniveau medicatie mag uitzetten en aanreiken/toedienen aan de cliënt, was hooguit mondeling afgesproken. Tijdens de bezoeken bleek dat hier in de praktijk sterk van afgeweken werd. De

cliënten van een aantal organisaties kregen de medicatie van de apotheek in baxter- of blistervorm aangeleverd. Bij deze niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties leken de waarborgen voor medicatieveiligheid niet tot zeer weinig aanwezig te zijn, laat staan te zijn geïmplementeerd.

2.3.3 Verpleegkundige richtlijnen zijn onbekend en worden niet gebruikt

Verpleegkundige protocollen werden in de bezochte organisaties weinig tot niet in de praktijk toegepast. Daardoor handelde men te veel naar eigen inzicht van de individuele zorgverlener (met of zonder scholing).

Er zijn wel protocollen maar van een beheersysteem is vaak geen sprake

Protocollen waren in de meeste organisaties aanwezig. Soms waren dit protocollen met een gedegen beheersysteem en dan meestal ingekocht via de brancheorganisatie. Een organisatie die de protocollen inkoopt bij de brancheorganisatie, is bereid te investeren in kwaliteit. In de meeste gevallen bestond de protocollenklapper uit allerlei protocollen die van internet waren gehaald en uit tijdschriften waren geknipt. Van een beheersysteem was dan geen sprake.

De implementatie laat te wensen over

In de praktijk wisten de medewerkers of ZZP'ers vaak niet dat er een protocollenklapper was of maakte men er (bewust) geen gebruik van. Ook namen de medewerkers of ZZP'ers zelf (andere) protocollen mee naar de cliënt. Als er al een protocol bij de cliënt in het zorgdossier aanwezig was, kon het ook nog voorkomen dat er verschillende protocollen in zaten. Of de gebruikte protocollen gebaseerd waren op verpleegkundige richtlijnen en landelijke normen kon door de organisatie niet worden aangetoond.

2.3.4 Zorgdossier: systematiek ontbreekt

Bij de meeste niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties trof de inspectie een vorm van een zorgdossier aan, maar de systematiek in aanleg en gebruik liet te wensen over.

Sommige organisaties hebben hun best gedaan een overzichtelijk zorgdossier te creëren, bij andere organisaties was het een wirwar van wel en niet ingevulde formulieren. De normen waaraan een zorg(behandel)leefplan dient te voldoen, waren niet terug te vinden in de zorgdossiers die de inspectie heeft ingezien. Het methodisch werken leek nog weinig ingeburgerd te zijn. Niet bij elke cliënt werd gebruikgemaakt van een zorgdossier. Dit werd dan overgelaten aan de cliënt zelf of de medewerkers of ZZP'ers. Ook de directie was niet altijd doordrongen van het belang van een zorgdossier. Omdat er meestal een klein team van medewerkers of ZZP'ers rond een cliënt wordt geformeerd, was het volgens een aantal directeuren, medewerkers of ZZP'ers niet noodzakelijk aan dossiervorming te doen. Soms werd een communicatieschriftje gehanteerd.

2.4 Overige conclusies

Tijdens de bezoeken signaleerde de inspectie nog een aantal opvallende zaken die voornamelijk betrekking hebben op elementen die reden vormen tot zorg.

Kwaliteitskader verantwoorde zorg is vaak niet bekend

Het Kwaliteitskader verantwoorde zorg, opgesteld door alle betrokken branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties, vormt inmiddels ook de basis voor het leveren van verantwoorde zorg in de thuiszorg. De drie thema's (deskundigheid medewerkers en ZZP'ers, medicatieveiligheid en naleving verpleegkundige richtlijnen) maken onderdeel uit van het kwaliteitskader. De thuiszorgorganisaties moeten op de hoogte zijn van de inhoud van dit kader en moeten dit implementeren in het dagelijks handelen van medewerkers of ZZP'ers, willen zij een professionele organisatie zijn of worden. Dit betekent dat deze organisaties de ontwikkelingen in het veld goed moeten volgen en in de eigen organisatie moeten inbedden. Tijdens de bezoeken bleek echter dat dit kwaliteitskader vaak onbekend is bij de niet-jaardocumentplichtige zorgorganisaties.

Nieuwe zorgaanbieders weten weinig van vrijwillige melding bij inspectie

De thuiszorgorganisaties die zich begeven op de markt van thuiszorg en geen toelating hebben in het kader van de WTZi, zijn niet verplicht zich te registreren bij de inspectie of bij een andere instantie. Dergelijke zorgaanbieders hebben wel de mogelijkheid zich vrijwillig te melden bij de inspectie. Dit bleek niet altijd voldoende bekend bij deze zorgaanbieders.

Er worden geen eisen gesteld aan startende organisaties

De inspectie maakt zich ernstige zorgen over het feit dat een zorgorganisatie in de zorg thuis kan starten, zonder kennis van zaken over de zorg zelf en de daarbij geldende verantwoordelijkheden.

Een klein aantal bezochte organisaties bleek te bestaan uit medewerkers en directeuren die de Nederlandse taal niet goed machtig zijn. Onduidelijk was hoe ze de weg vinden binnen de geldende afspraken en regels.

De kwetsbare cliënt en pgb vormen geen goede combinatie

Degene die met behulp van pgb zorg inkoop, is zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van die inkoop. Het basisprincipe waarop de pgb-regeling is gebaseerd, is de eigen verantwoordelijkheid van de burger. In de praktijk echter gaat dit volgens de inspectie niet op bij de bezoeken die zijn gebracht aan de niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties. Tijdens de bezoeken heeft de inspectie voorbeelden gezien die passen in de visie zoals het pgb bedoeld is, bijvoorbeeld ouders van een gehandicapt kind die middels pgb zorg inkopen. Echter, de grootste doelgroep van cliënten van de bezochte organisaties werd gevormd door kwetsbare ouderen: hoge leeftijd, vaak alleenstaand en chronisch ziek. Het is de vraag of deze ouderen weten dat zij in sommige gevallen eigenlijk zelf een aantal ZZP'ers inhuren, zelf de kwaliteit van de zorg in de gaten moeten houden en helemaal niet de zorg inkopen bij een reguliere thuiszorgorganisatie. De bezochte thuiszorgorganisaties waren hier in hun informatie aan de cliënt niet duidelijk in. Veel cliënten beschikken niet over de benodigde vaardigheden de regie van de zorgverlening in eigen hand te nemen. Daarnaast leek het of de cliënten niet op de hoogte waren van het feit dat het om pgb-zorg ging.

De hoofdaannemer toetst de kwaliteit die de onderaannemer biedt, niet

Tijdens de bezoeken bleek dat er niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties zijn die onderaannemer zijn van meestal reguliere thuiszorgorganisaties, soms alleen voor huishoudelijke hulp, soms voor de andere AWBZ-functies. Sporadisch trof de inspectie afspraken aan over de te bieden kwaliteit van zorg. De hoofdaannemer

leek niet na te gaan op welke wijze de geboden kwaliteit van zorg door de onderaannemer er uitziet. De hoofdaannemer blijft echter aansprakelijk voor de geboden zorg. Daar waar sprake is van onderaannemerschap, is het de vraag of de hoofdaannemers zich realiseren dat zij in alle facetten verantwoordelijk zijn voor de geboden zorg door de onder aannemer.

Begrip bemiddelingsbureau schept onduidelijkheid bij cliënt

Zoals aan de orde gekomen in de inleiding (wettelijk kader en informatie over de bezochte instellingen) zijn er drie categorieën bemiddelingsbureaus te onderscheiden: het bemiddelingsbureau dat zich naast bemiddeling nadrukkelijk bemoeit met de coördinatie en inhoud van de zorg, het bemiddelingsbureau dat voorwaarden-scheppende zaken aanbood aan de ZZP'er tegen een vergoeding en als laatste het bemiddelingsbureau dat alleen bemiddelde. Tijdens de bezoeken bleek dat die bemiddelingsbureaus die voorafgaand aan het bezoek aan de criteria voor categorie 2 leken te voldoen (onderzoekstaak), toch onder de Kwaliteitswet vallen.

Tijdens de bezoeken en de discussies over de verschillende typeringen is wel eens ter sprake gekomen of de eerste vorm van bemiddelingsbureau (het bemiddelingsbureau dat zich naast bemiddeling nadrukkelijk bemoeit met de coördinatie en inhoud van de zorg) zich wel bemiddelingsbureau moet noemen. In ieder geval is het begrip bemiddelingsbureau op diverse typeringen van toepassing, terwijl de organisatievorm sterk verschilt. Zonder verdere informatie is het voor de inspectie niet mogelijk op grond van de naam bemiddelingsbureau vast te stellen of voor dit bemiddelingsbureau de Kwaliteitswet en dus toezicht van toepassing is.

Voor de cliënt is dit verschil nog lastig. Hoe kunnen (potentiële) cliënten weten met welke vorm zij van doen hebben? Dit klemt des te meer daar de vorm nogal bepalend is voor de rol die van de cliënt wordt verwacht.

3 Handhaving: maatregelen, aanbevelingen en acties inspectie

In dit hoofdstuk staan de maatregelen, aanbevelingen en acties van de inspectie. De maatregelen en aanbevelingen zijn gerangschikt naar die partijen die het aangaat. Dit zijn de niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties, de medewerkers of ZZP'ers, de branche organisaties, de stuurgroep verantwoorde zorg en het ministerie van VWS.

3.1 Maatregelen voor de niet-jaardocumentplichtige thuiszorg organisaties die wel onder de Kwaliteitswet vallen

Deskundigheid medewerkers of ZZP'ers:

- Implementeer een aannamebeleid.
- Zorg voor een inwerkprogramma.
- Controleer het origineel diploma en inschrijving in het BIG-register.
- Noem medewerkers of ZZP'ers geen verpleegkundige of verzorgende als ze dat niet zijn.
- Houd structureel werkoverleg.
- Zorg voor besprekingen van de evaluatie van de zorg voor de cliënt.
- Houd functioneringsgesprekken.
- Zorg voor beleid voor voorbehouden en risicovolle handelingen en implementeer dit.
- Zorg voor bekwame medewerkers en ZZP'ers en toets dit.
- Zet het juiste deskundigheidsniveau in.
- Zorg voor een uitvoeringsverzoek bij het in opdracht uitvoeren van voorbehouden handelingen.
- Zorg voor scholing of ga actief na of de medewerker of ZZP'er scholing volgt.

Medicatieveiligheid:

- Zorg voor beleid gericht op medicatieveiligheid.
- Zorg voor implementatie van dit beleid.
- Zorg voor een actueel overzicht van medicatie als de organisatie het uitzetten en/of aanreiken van medicatie overneemt.
- Verdeel het uitzetten en aanreiken of toedienen over twee personen.
- Zorg voor een beleid ten aanzien van het malen van medicatie.
- Koppel het delen en aanreiken van medicatie aan een deskundigheidsniveau dat bij deze taak hoort.
- Waarborg de herkenbaarheid van medicatie bij aanreiken of toedienen.

Naleving van verpleegkundige richtlijnen:

- Implementeer richtlijnen en protocollen en toets de toepassing hiervan in de praktijk.
- Zorg ervoor dat de richtlijnen en protocollen gebaseerd zijn op de actuele landelijke normen en richtlijnen.

Zorgdossier:

- Leg voor elke cliënt een zorgdossier aan dat voldoet aan de landelijke normen en wetgeving.

Overig:

- Kies een duidelijke organisatievorm en voer deze consequent door in de bedrijfsvoering.
- Kies een duidelijke naam die past bij de organisatievorm en leg dit uit aan de cliënt.
- Maak afspraken over de kwaliteit van zorg met eventuele hoofdaanemers.
- Neem het Kwaliteitskader verantwoorde zorg als uitgangspunt bij het beleid in de organisatie.
- Meld u vrijwillig bij de inspectie voor registratie.
- Neem uw verantwoording voor het bieden van kwaliteit van zorg ook als deze op basis van pgb wordt geboden.
- Dien jaarlijks een kwaliteitsjaarcijferslag in op basis van de vormeisen genoemd in het Kwaliteitskader verantwoorde zorg en, als u een WTZi-toelating heeft, een jaar document maatschappelijke verantwoording.

3.2 Maatregelen voor de medewerkers of ZZP'ers

Deskundigheid medewerkers of ZZP'ers:

- Vraag naar een inwerkprogramma.
- Vraag om werkoverleg en neem eraan deel.
- Vraag om cliëntbesprekingen en neem eraan deel.
- Vraag naar functioneringsgesprekken.
- Noem u geen verpleegkundige of verzorgende als u dat niet bent.
- Vraag naar het beleid voor voorbehouden en risicovolle handelingen en handel eraan.
- Houd uw bekwaamheid actief op peil en leg dit vast en het kwaliteitsregister V&V.
- Voer geen handelingen uit boven uw deskundigheidsniveau.
- Voer geen voorbehouden handelingen uit zonder een uitvoeringsverzoek.
- Volg actief scholing.
- Medicatieveiligheid: Ga altijd uit van een actueel overzicht van medicatie als de organisatie het uitzetten en/of aanreiken van medicatie overneemt.
- Verdeel het uitzetten en aanreiken of toedienen over twee personen.
- Ken het beleid ten aanzien van het malen van medicatie.
- Voer het delen en aanreiken van medicatie alleen uit als het bij uw deskundigheidsniveau past.
- Waarborg de herkenbaarheid van medicatie bij aanreiken of toedienen.

Naleving verpleegkundige richtlijnen:

- Vraag naar actuele richtlijnen en protocollen en pas deze in de praktijk toe.

Zorgdossier:

- Houd een zorgdossier bij per cliënt.

Overig:

- Maak een duidelijke keuze voor welk type organisatie u wilt werken.
- Zorg dat u op de hoogte bent van het Kwaliteitskader verantwoorde zorg.

3.3 Aanbevelingen voor brancheorganisaties

Deskundigheid medewerkers of ZZP'ers:

- Zorg ervoor dat organisaties in ieder geval de kwaliteitseisen van het Kwaliteitskader verantwoorde zorg naleven (bijvoorbeeld door lidmaatschapseisen).
- Zorg ervoor dat organisaties zich kunnen onderscheiden op basis van kwaliteit.
- Zorg ervoor dat medewerkers en ZZP'ers zich kunnen onderscheiden op basis van kwaliteit.

Medicatieveiligheid:

- Ondersteun in het implementeren van medicatieveiligheid.

Naleving verpleegkundige richtlijnen:

- Ondersteun in het implementeren van landelijke verpleegkundige richtlijnen en protocollen.

Overig:

- Schep duidelijkheid in de verschillende typering van organisaties en adviseer startende organisatie in het maken van een duidelijke keuze.
- Begeleid organisaties in het consequent doorvoeren van de keuze van organisatievorm in de bedrijfsvoering.
- Promoot het Kwaliteitskader verantwoorde zorg.
- Promoot het Kwaliteitsregister V&VN bij Verpleegkundigen en verzorgenden.
- Promoot het vrijwillig registreren bij de inspectie.
- Promoot transparantie en openbare verantwoording en geef aan dat een kwaliteitsjaarverslag of jaardocument maatschappelijke verantwoording verplicht is.

3.4 Aanbeveling voor de Stuurgroep Verantwoorde zorg

- Neem in de Visie op verantwoorde zorg en de samenwerkingsafspraken op dat de uitgangspunten van het Kwaliteitskader verantwoorde zorg gelden voor alle typering van zorg thuis en voor alle medewerkers of ZZP'ers die zorg thuis leveren. Dit geldt ongeacht de organisatievorm waarbinnen zij werkzaam zijn of de contractvorm. Ook de vraag wie de zorg financiert, is niet van invloed op de reikwijdte van deze visie: cliënten moeten altijd verantwoorde zorg ontvangen.

3.5 Aanbevelingen voor het ministerie van VWS

- Schep duidelijkheid in welke organisaties onder het toezicht van de inspectie vallen en waarom.
- Stel eisen aan startende organisaties op de zorgmarkt.
- Zorg voor een registratieplicht voor organisaties die zich begeven op de zorgmarkt.
- Ga na of de huidige pgb-constructie voor de kwetsbare oudere cliënt de beste oplossing is.

- Eis transparantie en openbare verantwoording van deze (nieuwe) organisaties die zorg thuis leveren in een vorm die voldoet aan de eisen van het *Jaardocument maatschappelijke verantwoording*.

3.6 Acties inspectie

De 26 bezochte organisaties ontvingen een rapportage waarin waar nodig om een plan van aanpak (pva) voor de verbetermaatregelen werd gevraagd. Dit bleek voor alle 26 in dit rapport meegenomen organisaties het geval te zijn. De inspectie heeft de tien reeds toegestuurde plannen beoordeeld en bewaakt de voortgang ervan door de organisatie verplicht periodiek een voortgangsrapportage te laten indienen. Hetzelfde zal gelden voor de plannen van aanpak die nog binnen moeten komen. Conform het handavingsplan (bijlage 4) worden die thuiszorgorganisaties die ten minste tweemaal hoog risico of eenmaal zeer hoog risico scoren, opnieuw bezocht. Dit betekent dat van de 26 bezochte organisaties er 20 een follow-up bezoek krijgen (één organisatie is inmiddels gestopt, één organisatie scoorde alleen gering risico en vier organisaties scoorden driemaal gering en eenmaal hoog risico). In dit follow-up bezoek toetst de inspectie de voortgang en verbetering. Het einde van de follow-up bezoeken is gepland in het najaar van 2009. Eén organisatie heeft zich inmiddels op basis van het bezoek en de rapportage teruggetrokken uit de zorgmarkt. Eén organisatie heeft van de inspectie bedenktijd gekregen om na te gaan of en hoe ze verder wil als zorgorganisatie.

Wanneer uit het follow-up bezoek blijkt dat organisaties nog niet voldoen en nog steeds hoog of zeer hoog risico scoren, worden ze onder verscherpt toezicht gesteld. Hierbij zal ook de eventuele hoofdaannemer aangesproken worden op de tekortschietende kwaliteit van zorg die de onderaannemer levert. Verder beslist de inspectie per organisatie over een individuele aanpak. Handhavinginstrumenten op grond van de Kwaliteitswet zijn reële opties. De mogelijkheden van het vragen van een aanwijzing aan de minister, het opleggen van een bevel staat hierbij open. Een schematisch overzicht van het handavingsplan staat in bijlage 4.

Bij signalen en calamiteiten van andere niet-jaardocumentplichtige thuiszorg-organisaties zal direct een inspectiebezoek volgen. Het instrumentarium dat voor dit onderzoek gebruikt is, geldt als toetsingskader.

4 Resultaten

4.1 Grote diversiteit aan niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties

4.1.1 Vijf verschillende typeringen van niet-jaardocumentplichtige organisaties

In het onderzoek zijn vijf soorten thuiszorgorganisaties aangetroffen. Daarnaast waren er mengvormen van deze vijf soorten. Achttien van de 26 organisaties hadden geen WTZi-toelating. Er waren tien organisaties die als onderaannemer zorg overnamen van toegelaten zorginstellingen, al dan niet voor één of meer AWBZ-functies. Vijftien thuiszorgorganisaties hadden medewerkers in loondienst. Zeventien organisaties noemden zich bemiddelingsbureau of thuiszorgorganisatie en leverden zorg door het inzetten van ZZP'ers. Een aantal bemiddelingsbureaus had administratieve krachten in dienst om de financiële en administratieve zaken af te wikkelen; deze administratieve krachten waren echter niet gelabeld als 'organisatie met medewerkers in loondienst'. Van de 26 organisaties waren er acht die zowel medewerkers in loondienst hadden als ZZP'ers inzetten.

4.1.2 Omvang van organisaties verschillend

De omvang van de organisatie varieerde van één tot 125 personen in loondienst. De omvang van de bemiddelingsbureaus varieerde van drie ZZP'ers tot ongeveer 700 ZZP'ers.

Het aantal cliënten varieerde van drie tot 1.800 cliënten per organisatie. In totaal boden de 26 bezochte organisaties zorg aan bijna 5.000 cliënten. Dit aantal is een benadering omdat niet alle organisaties aan konden geven hoeveel cliënten ze in zorg hadden. Sommige organisaties konden wel aangeven wat het aantal cliënten op het moment van het bezoek was, andere gaven een indicatie van het aantal cliënten per jaar. Negen organisaties hadden tot vijftien cliënten in zorg, tien organisaties hadden zestien tot 100 cliënten in zorg, vier organisaties hadden 100 tot 500 cliënten in zorg en drie organisaties hadden meer dan 500 cliënten in zorg.

De meeste bezochte thuiszorgorganisaties werkten regionaal. Een enkele organisatie werkte strikt plaatselijk en een enkele organisatie bood zorg door het hele land of gaf aan door het hele land zorg te kunnen bieden.

4.1.3 Het zorgaanbod is hetzelfde als van de 'reguliere' thuiszorg

De organisaties boden de volgende vormen van zorg aan: persoonlijke verzorging (alle organisaties), ondersteunende begeleiding (24 keer), verpleging (23 keer), huishoudelijke hulp (22 keer), activerende begeleiding (14 keer), 24-uurszorg, thuiszorg aan gehandicapte kinderen (2 keer), psychiatrische thuiszorg (1 keer), respijtzorg, overbruggingszorg en terminale zorg. Een aantal thuiszorgorganisaties bood de zorg alleen aan in de vorm van af te nemen pakketten. Vaak was een minimum aantal uren als afname verplicht.

4.1.4 De zorg wordt voornamelijk gefinancierd door persoonsgebonden budget

Alle 26 thuiszorgorganisaties boden zorg aan op basis van het pgb. Negentien organisaties boden daarnaast ook (aanvullend) particuliere zorg. Tien boden als onder aannemer Zorg In Natura aan.

4.2 Kwaliteit van zorg; score op risico hoog

Tabel 1

Overzicht risicoscores (N = 26)

| <i>Bemiddeling en/of medewerkers in loondienst</i> | <i>Score deskundigheid</i> | <i>Score medicatie</i> | <i>Score Verpleegkundige richtlijnen</i> | <i>Score zorgdossier</i> | <i>WTZi</i> |
|--|----------------------------|------------------------|--|--------------------------|-----------------|
| Zowel bemiddelingsbureau als medewerkers in loondienst | Hoog | Hoog | Hoog | Gering | |
| | Gering | Zeer hoog | Gering | Gering | ja |
| | Zeer hoog | Zeer hoog | Hoog | Zeer hoog | ja ^b |
| | Hoog | Hoog | Gering | Hoog | |
| | Hoog | Gering | Gering | Gering | ja |
| | Zeer hoog | Zeer hoog | Zeer hoog | Hoog | |
| | Hoog | Hoog | Zeer hoog | Onbekend | |
| | Hoog | Hoog | Hoog | Hoog | ^d |
| Wel bemiddelingsbureau, geen medewerkers in loondienst | Hoog | Gering | Zeer hoog | Gering | |
| | Hoog | Hoog | Hoog | Hoog | |
| | Hoog | Hoog | Hoog | Hoog | ja ^b |
| | Gering | Gering | Hoog | Gering | |
| | Zeer hoog | Zeer hoog | Zeer hoog | Zeer hoog | ja |
| | Zeer hoog | Hoog | Zeer hoog | Zeer hoog | |
| | Hoog | Hoog | Zeer hoog | Hoog | |
| | Gering | Hoog | Gering | Gering | |
| Geen bemiddelingsbureau, wel medewerkers in loondienst | Hoog | Zeer hoog | Zeer hoog | Hoog | ja |
| | Hoog | Gering | Zeer hoog | Gering | |
| | Hoog | Zeer hoog | Hoog | Hoog | |
| | Hoog | Gering | Hoog | Gering | |
| | Hoog | Gering | Hoog | Gering | |
| | Gering | Hoog | Gering | Gering | ja |
| | Gering | Hoog | Gering | Hoog | |
| | Gering | Gering | Gering | Gering | ^d |
| | Hoog | Hoog | Zeer hoog | Hoog | ja |
| Zeer hoog | Hoog | Hoog | Hoog | | |

Elke regel beschrijft een organisatie.

WTZi: wel een toelating, maar geen contract met het zorgkantoor.

b: Alleen de stichting.

d: Loondienst medewerkers op basis van een nul-uren contract.

Op www.igz.nl staat u een uitgebreidere versie van een overzichtslijst met de namen van de onderzochte organisaties.

4.3 Deskundigheid van de medewerkers of zelfstandigen

Bij het thema deskundigheid van de medewerkers of zelfstandigen is gekeken naar het aannamebeleid, de inwerkperiode, het nagaan van gevolgde opleiding bij aanstelling van nieuwe medewerkers, werkoverleg, cliëntbespreking, functioneringsgesprekken, beleid ten aanzien van voorbehouden en risicovolle handelingen (BIG-beleid), bekwaamheid van mede werkers en ZZP'ers en scholingsbeleid.

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. De organisatie schenkt specifiek aandacht aan het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen. Medewerkers dienen voldoende mogelijkheden te krijgen voor scholing en deskundigheidsbevordering.
- De zorgorganisatie zorgt voor de benodigde (interne) scholing en deskundigheidsbevordering. Daarbij zoekt zij aansluiting bij opleidingsbehoeften van medewerkers en het vraaggericht werken, de zorgzwaarte, de zorgvraag en problematiek van cliënten en de visie van de zorgorganisatie. Zij kan gebruik maken van instrumenten die door de beroepsorganisaties zijn ontwikkeld.

4.3.1 Geen aannamebeleid aanwezig

Slechts tweemaal was een aannamebeleid op papier gezet. Het inwerken van nieuwe medewerkers of ZZP'ers verliep verschillend. Bij tien zorgorganisaties bestond de mondelinge afspraak de nieuwe medewerker of ZZP'er enkele dagen te laten meelopen met een collega. Soms werden ze niet ingewerkt. De organisatie ging er dan vanuit dat degene die de ZZP'er inhuurde (de cliënt), de ZZP'er zelf inwerkte. Ook kon degene die de ZZP'er inhuurde besluiten dat meelopen niet gewenst was, omdat de uren van de nieuwe ZZP'er naast de uren van de werkende ZZP'er betaald moesten worden. Verder was er zelden een inwerkprogramma aanwezig.

Bijna altijd (22 keer) werd het originele diploma gecheckt en maakte de directeur zelf een kopie van het originele diploma voor het dossier van de medewerker of ZZP'er. Bij aanname was het niet gebruikelijk te vragen naar een Verklaring Omtrent Gedrag: dit gebeurde slechts bij vijf van de 26 organisaties. Het opvragen van referenties werd meer gebruikt, elf organisaties deden dit standaard en zeven organisaties als ze daar aanleiding toe zagen.

4.3.2 Helpt organisaties hield geregeld werkoverleg en cliëntbespreking

Bij dertien organisaties werd min of meer structureel werkoverleg gehouden. De frequentie verschilde van drie keer per jaar tot wekelijks. Hetzelfde bleek bij cliëntbesprekingen. Bij twaalf organisaties vond enige vorm van cliëntbespreking plaats: deze besprekingen konden variëren van een bespreking bij de cliënt thuis, met alle medewerkers of ZZP'ers die bij deze cliënt ingezet werden daarbij aanwezig. Het

kwam echter ook voor dat de zorgverlening aan de cliënt even kort op kantoor werd besproken, met de op dat moment aanwezige medewerkers of ZZP'ers, tijdens het werkoverleg. Ook de verslaglegging van de cliëntbespreking verschilde sterk: soms werd een korte notitie van alle besproken cliënten aangetroffen in het verslag van de notulen van het werkoverleg. Wilde een cliënt inzage in zijn gegevens op kantoor, dan zag hij ook de gegevens van andere cliënten; in het kader van de privacy en inzagerecht kan dit niet.

4.3.3 Functioneringsgesprekken niet standaard

Bij acht thuiszorgorganisaties vond (jaarlijks) een functioneringsgesprek met alle medewerkers of ZZP'ers plaats. Een andere organisatie was daar net mee gestart. Bij twee organisaties werden functioneringsgesprekken gehouden als men daar aanleiding toe zag. Bij vier kleine organisaties was geen beleid voor functioneringsgesprekken aanwezig: de directeur onderhield persoonlijk wekelijks (telefonisch) overleg met de cliënt en de medewerker of ZZP'er. De directie werkte soms persoonlijk mee in de zorg in zag dan ook hoe medewerkers of ZZP'ers hun werk doen.

4.3.4 Medewerkers of ZZP'ers noemden zich verpleegkundige/verzorgende zonder het te zijn

Een medewerker of ZZP'er had geregeld niet het beroep of functie die de cliënt denkt dat hij/zij heeft. Tijdens de bezoeken kwam de inspectie bij twee organisaties tegen dat er enkele verpleegkundigen waren die zich niet hadden laten inschrijven in het BIG-register. Van een klein aantal verpleegkundigen was tijdens en ook na het bezoek door de organisatie niet aan te tonen dat deze ook de opleiding tot verpleegkundige hadden gevolgd en afgerond. Verder waren er medewerkers of ZZP'ers werkzaam die geen enkele opleiding in de gezondheidszorg hadden gevolgd. Het merendeel van deze medewerkers werd wel ingezet bij persoonlijke verzorging, soms zelfs verpleging en ook bij handelingen zoals medicatie uitzetten en aanreiken aan de cliënt. Deze medewerkers noemden zich over het algemeen wel verzorgenden. Slechts in een enkel geval wist de cliënt dat de medewerker geen relevante scholing had gevolgd.

4.3.5 Geen beleid voor voorbehouden en risicovolle handelingen

Beleid voor de verantwoordelijkheden en regelingen in het kader van de Wet BIG werd slechts bij vier van de organisaties aangetroffen. Twaalf thuiszorgorganisaties namen voorbehouden handelingen in zorg aan. Drie organisaties namen slechts zelden voorbehouden handelingen in zorg aan. Een aantal organisaties gaf aan deze zorg niet aan te nemen of voor dit deel van de zorg een andere (WTZi-toegelaten) thuiszorgorganisatie te vragen. Slechts bij zeven bezochte thuiszorgorganisaties waren grenzen aan de zorgverlening of uitsluitcriteria opgesteld. Bij diverse thuiszorgorganisaties (drie) waren de gehanteerde grenzen aan zorg mondeling bekend. Hier wist de directeur en/of de planner welke medewerker of ZZP'er over welke bevoegdheden en bekwaamheden beschikte. Op basis van deze kennis werd een zorgvraag dan wel of niet aangenomen. Ook kwam het voor dat de directeur en/of planner ging bellen om te vragen wie bekwaam was en zich nog bevoegd voelde om de gevraagde zorg te leveren. Als er dan een klein groepje medewerkers rond de cliënt met die zorgvraag kon worden samengesteld, werd de zorgvraag aangenomen.

4.3.6 Soms te laag deskundigheidsniveau ingezet

Uit de inspectiebezoeken bleek dat zeven organisaties wel eens een lager deskundigheidsniveau inzetten wanneer er personele tekorten waren. Een voorbeeld hiervan was de inzet van medewerkers of ZZP'ers zonder enig diploma in de gezondheidszorg, voor persoonlijke verzorging en soms ook medicatie uitzetten en aanreiken. Ook stelde de inspectie incidenteel vast dat verpleegkundigen niet meer bekwaam waren voor een voorbehouden handeling en dat de huisarts gevraagd werd deze handeling uit te voeren. Tijdens de avonden en weekenden werd het uitvoeren van deze handeling wel eens geweigerd door de Huisartsenpost (HAP). Op dat moment werd de handeling dan toch maar door de niet-bekwame verpleegkundige uitgevoerd.

4.3.7 Voorbehouden handelingen vaak zonder uitvoeringsverzoek

Van de 26 bezochte thuiszorgorganisatie voldeden er 4 aan de eis dat voor het uitvoeren van een voorbehouden handeling een uitvoeringsverzoek, ofwel een schriftelijke opdracht van de arts aanwezig moet zijn. Bij één organisatie was er wel een standaardformulier voorhanden, maar dit was niet ingevuld in het zorgdossier van de cliënt waar wel een voorbehouden handeling werd uitgevoerd. Enkele organisaties hadden wel eens gehoord van een uitvoeringsverzoek, maar gebruikten dit in de praktijk niet. Bij sommige anderen was echter volstrekt onbekend dat er een schriftelijke opdracht van de arts moet zijn alvorens een handeling uit te voeren. Hierbij constateerde de inspectie geen verschil tussen organisaties die zelden tot geen voorbehouden handelingen in zorg namen en organisaties die dat wel deden.

4.3.8 Ontbrekende bekwaamheid risicovol

Tijdens de bezoeken is, indien deze voorradig waren, een aantal dossiers van medewerkers of ZZP'ers ingezien. In die dossiers was zelden (3 keer) terug te vinden welke bijscholingen de medewerker of ZZP'er had gevolgd. Bij één organisatie zat hiervan wel een kopie in het dossier van de medewerker of ZZP'er, maar deze informatie was sterk verouderd. Bij de andere twee organisaties waren recente verklaringen te vinden. Bij dertien organisaties kon de inspectie een overzicht van bekwaamheden van de medewerkers of ZZP'ers vinden. Voor wat betreft de verpleegkundigen waarvan dossiers zijn gezien, was een uitdraai van het BIG-register en het BIG-registratienummer bij de helft van de organisaties aanwezig. Minder organisaties checkten dit daadwerkelijk zelf bij het BIG-register. Tijdens de bezoeken en de inzage in de personeelsdossiers of portfolio's, bleek dat er medewerkers of ZZP'ers waren die zich verpleegkundige noemden, maar niet als zodanig geregistreerd waren. Hetzelfde gold voor de verzorgenden: er waren medewerkers en ZZP'ers die zich verzorgende noemden, maar niet over een dergelijk diploma beschikten.

Slechts 3 van de 26 organisaties toetsten of de bekwaamheden nog op peil zijn. De overige waren van mening dat dit voornamelijk de verantwoording van de medewerker of ZZP'er zelf was. Bij één organisatie was inderdaad nadrukkelijk vastgelegd dat de ZZP'ers zelf verantwoordelijk waren voor het op peil houden van hun bekwaamheid. Een aantal organisaties leunde op de scholing en toets van bekwaamheid van collega-organisaties, waar hun medewerkers of ZZP'ers ook werkzaam waren. Slechts een enkele organisatie vroeg de medewerker of ZZP'er om een kopie

van de gevolgde scholing of toets van bekwaamheid, verworven bij een collega-organisatie. Drie organisaties hadden een scholing en een te behalen bekwaamheidsverklaring ingevoerd. Voor medewerkers of ZZP'ers was niet duidelijk of er beleid van de organisatie was ten aanzien van bekwaamheid, wie daarvoor welke verantwoordelijkheid draagt en of hier afspraken over waren.

4.3.9 Scholing en scholingsplan ontbraken vaak

Elf thuiszorgorganisaties hadden een opleidingsplan of scholingsplan opgesteld. Hier van leek één scholingsplan voor het inspectiebezoek te zijn gekopieerd van een andere organisatie, want de informatie kwam niet overeen met de soort organisatie die werd bezocht. Vijftien hadden geen scholingsplan. Binnen acht van de 26 organisaties werd daadwerkelijk enige vorm van scholing georganiseerd. Deze scholing kon variëren van een structurele scholing waaraan medewerkers of ZZP'ers kunnen deelnemen tot een koffieavond waar één van de collega's iets vertelde.

Van een aantal (bij)scholingen ontstond de indruk dat ze van bedenkelijk niveau waren, bijvoorbeeld een verpleegkundige die haar eigen ervaringen vertelde over decubitus. Die informatie voldeed niet aan de laatste normen en richtlijnen over decubitus (zie literatuur en gebruikte richtlijnen). Een klein aantal organisaties maakte gebruik van scholing door fabrikanten van hulpmiddelen. Soms werd aangegeven dat de organisatie wel een aanbod van scholing had, maar dat het volgen daarvan geheel de eigen verantwoording van de medewerker of ZZP'er was. Ook werd scholing geboden tegen een kleine vergoeding. In dit laatste geval was meestal sprake van de inzet van ZZP'ers. Hoewel de ZZP'er zelf verantwoordelijk was voor het volgen van scholing, gaf de organisatie wel aan dat een ZZP'er minder bemiddelbaar was als deze geen of weinig scholing had gevolgd. Zes organisaties gaven nadrukkelijk aan dat ze ervan uitgingen dat de medewerkers of ZZP'ers scholing aangeboden kregen via een collega-organisatie waar deze medewerker of ZZP'er ook nog werkzaam was.

Samenvatting score deskundigheid medewerkers of zelfstandigen

De bezochte organisaties scoorden qua deskundigheid als volgt:

| <i>Score</i> | <i>Aantal organisaties (N = 26)</i> |
|------------------|-------------------------------------|
| Geen risico | 0 |
| Gering risico | 6* |
| Hoog risico | 16 |
| Zeer hoog risico | 4 |

* Zes organisaties scoorden gering risico. Eén van deze organisaties had de deskundigheid voldoende op orde. De overige vijf scoorden gering risico gezien de doelgroep die ze op het moment van het bezoek in zorg hadden en de geringe omvang van de organisatie. Bij deze organisaties gaf de inspectie aan dat het gering risico naar hoog zou verschuiven zodra zorg geboden zou worden van een zwaarder niveau en/of zodra de organisatie zou groeien.

4.4 Medicatieveiligheid

Qua medicatieveiligheid heeft het onderzoek van de inspectie zich toegespitst op het beleid voor medicatieveiligheid, of geregeld is dat men in de thuissituatie uitgaat van een actueel medicatieoverzicht, wanneer en op basis van welke criteria het medicatiebeheer van de cliënt wordt overgenomen, afspraken over het malen van geneesmiddelen, of het uitzetten van medicatie gebeurt door twee personen zodat dubbele controle gegarandeerd is, of hier afzonderlijk voor wordt geparafeerd, afspraken over het deskundigheidsniveau dat medicatie mag uitzetten en aanreiken/toedienen en of de herkenbaarheid van het geneesmiddel tot aan toediening gewaarborgd is.

Norm

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering. Dit houdt in dat de organisatie:

- Gezondheidsrisico's tijdig herkent.
- Kiest voor een zorgvuldig evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger bij de toepassing van ten minste verantwoord medicijngebruik.

4.4.1 Schriftelijk beleid voor medicatieveiligheid ontbrak

Van de 26 organisaties hadden er zeven beleid voor medicatieveiligheid vastgesteld en op schrift gesteld. Bij twee daarvan was het beleid echter niet bekend bij de medewerkers of ZZP'ers. Bij een andere organisatie was er schriftelijk beleid vanuit de apotheek en een beleidsdocument dat de ochtend van het inspectiebezoek van internet was geprint. Verder had één organisatie net een beleid in concept opgesteld.

De inspectie trof bij twee organisaties criteria aan waarmee de organisatie kon nagaan of een cliënt nog zelfstandig in staat is het beheer over de medicatie te voeren. De medewerker of ZZP'er bepaalde veelal in overleg met de cliënt en/of mantelzorger of de cliënt nog zelf zijn eigen medicatie kon beheren. Bij negen van de 26 organisaties werd een actuele medicatielijst aangetroffen in de zorgdossiers. Bij vier van deze negen organisaties kwam deze lijst van de apotheek. Bij de vijf andere organisaties was de lijst door iemand van de thuiszorgorganisatie opgesteld. Meestal werd deze lijst handmatig overgeschreven van een overdrachtformulier van het ziekenhuis of de huisarts. Bij de overige organisaties waren geen medicatieoverzichten voorhanden, terwijl wel aan medicatiebeheer werd gedaan. Soms trof de inspectie meerdere en tegenstrijdige lijsten of niet-bijgewerkte lijsten aan in de zorgdossiers. Ook kwam het voor dat medicatie werd toegediend zonder dat de frequentie, de hoeveelheid of zelfs maar de naam van het medicament in het zorgdossier omschreven waren. Daarnaast werd een enkele maal gecamoufleerd medicatie toegediend.

4.4.2 **Beleid over malen geneesmiddelen onvoldoende**

Voor het malen van medicatie was bij geen van de organisaties beleid opgesteld. Bij zeven organisaties werd de medicatie pas gemalen na overleg met de (huis)arts of apotheker. Dit bleek een mondelinge afspraak.

4.4.3 **Afspraken over deskundigheidsniveau niet op schrift**

Bij negen organisaties was mondeling afgesproken welke medewerker of ZZP'er medicatie mocht uitzetten en/of toedienen. Tweemaal was afgesproken dat dit alleen na het volgen van scholing mocht. Bij één organisatie mocht de cliënt zelf bepalen of de ZZP'er, ongeacht opleiding, de medicatie mocht uitzetten en toedienen; deze cliënt moest wel een verklaring hiervoor ondertekenen. Het uitzetten en aanreiken van medicatie is zelden (2 keer) daadwerkelijk over twee verschillende personen verdeeld. Een paraaf voor zowel uitzetten en aanreiken/toedienen van de medicatie werd slechts bij een enkele organisatie toegepast. Bij het uitzetten van medicatie, bijvoorbeeld in weekdozen, is het medicament uit de verpakking gehaald en niet meer herkenbaar tot aan de toediening. Maar bij één organisatie was de herkenbaarheid van het medicament gewaarborgd. Twaalf organisaties drongen bij de apotheek aan op een baxter- of blistersysteem en maakten daar ook gebruik van.

Samenvatting score medicatieveiligheid

| <i>Score</i> | <i>Aantal organisaties (N = 26)</i> |
|------------------|-------------------------------------|
| Geen risico | 0 |
| Gering risico | 7* |
| Hoog risico | 14 |
| Zeer hoog risico | 5 |

* Eén organisatie die bij medicatieveiligheid gering risico scoorde, scoorde bij deskundigheid medewerkers ook gering risico (zie bijlage 5).

4.5 **Naleving van verpleegkundige richtlijnen**

Bij het thema naleving van verpleegkundige richtlijnen keek de inspectie naar de aanwezigheid van protocollen, of deze protocollen gebaseerd zijn op landelijke richtlijnen en normen, of er een beheersysteem aan gekoppeld is en naar de mate van implementatie van de protocollen. Verder keek zij specifiek naar de aanwezigheid en implementatie van de volgende multidisciplinair vastgestelde verpleegkundige richtlijnen: decubitus, therapeutische elastische steunkousen en hygiëne in de thuiszorg.

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 het personeel deze richtlijnen naleeft.
- De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering. Dit houdt in dat de organisatie gezondheidsrisico's tijdig herkent en kiest voor een zorgvuldig evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger bij de toepassing van ten minste: decubituspreventie en -behandeling, therapeutische elastische steunkousen, hygiëne in de thuiszorg (handhygiëne, persoonlijke hygiëne medewerkers en lichaamsverzorging van de cliënt). Daarbij worden per onderwerp landelijke, zo mogelijk multidisciplinair vastgestelde verpleegkundige richtlijnen gebruikt.

4.5.1 Wel protocollen maar geen beheersysteem

Bij 21 van de 26 thuiszorgorganisaties trof de inspectie een klapper of een CD-rom met protocollen aan. De kwaliteit van deze protocollen liep echter zeer uiteen. Zo waren er zes thuiszorgorganisaties die de CD-rom van Vilans^[8] tot hun beschikking hadden. De overige vijftien hadden een klapper die was samengesteld uit protocollen die van internet waren gehaald of uit tijdschriften waren geknipt. Soms waren dit protocollen waar duidelijk de naam van de opsteller van het protocol en een (revisie)datum vermeld waren; vaak was het een verzameling protocollen zonder datum of bron van herkomst. Bij twee organisatie was de hele protocollenmap in de ochtend voor het bezoek van internet gehaald en uitgeprint.

Een beheersysteem voor de protocollen werd bij zeven van de thuiszorgorganisaties aangetroffen. Vier hiervan beschikten over de protocollen van Vilans, inclusief het beheersysteem van Vilans. Bij de protocollen van Vilans en wellicht bij een summier aantal protocollen van internet mag ervan uitgegaan worden dat bij de totstandkoming gebruikgemaakt is van landelijke normen en verpleegkundige richtlijnen. De overige thuiszorgorganisaties konden niet aantonen dat hun protocollen voldeden aan deze landelijke normen en verpleegkundige richtlijnen.

4.5.2 Implementatie protocollen gebrekkig

De aanwezige protocollen waren niet tot zeer weinig (twee keer) geïmplementeerd. Dit bleek uit het feit dat meerderheid van de medewerkers en ZZP'ers niet wist dat de organisatie over een protocollenmap of CD-rom beschikte. Uit de gesprekken met de uitvoerenden bleek ook dat ze niet wisten welke protocollen er waren en dat ze

[8] Kennisinstituut voor langdurige zorg voor ouderen, chronisch zieken en mensen met een beperking.

in de praktijk niet handelden volgens de protocollen van de thuiszorgorganisatie.

Niet elke directeur vond het gebruik van protocollen noodzakelijk.

Bij acht van de 26 organisaties was een protocol decubitus aanwezig. Bij één ervan trof de inspectie zelfs twee tegenstrijdige protocollen over dit onderwerp aan. Vaak waren de protocollen over decubitus zeer summier, verouderd en niet bekend bij de uitvoerenden.

Het protocol Steun de steunkous, of een uitvoeringsprotocol dat hierop gebaseerd was, was bij negen van de 26 thuiszorgorganisaties aanwezig. Bij zes van deze negen thuiszorgorganisaties pasten de uitvoerenden in de praktijk andere methoden toe dan in hun eigen protocol stond.

Protocollen voor hygiëne waren bij negen thuiszorgorganisaties aanwezig. Ook hier verschilden de inhoud en de uitgebreidheid van de protocollen sterk.

Medewerkers of ZZP'ers die behoefte hadden aan een protocol, gingen zelf op zoek. Hierbij dachten zij niet aan de informatie binnen de thuiszorgorganisatie zelf. Zij deden navraag bij een organisatie waar zij ook nog werkzaam waren, belden de huisarts of een aanpalend ziekenhuis of haalden wat van internet. Het kwam voor dat er bij één cliënt verschillende protocollen lagen over hetzelfde zorgonderwerp. Soms werd dan onderling afgestemd. Daar waar pgb-houders zelf heel nadrukkelijk aangaven dat zij wensten dat een bepaald protocol gevolgd zou worden, gebeurde dat ook.

Samenvatting score naleving verpleegkundige richtlijnen

| <i>Score</i> | <i>Aantal organisaties (N = 26)</i> |
|------------------|-------------------------------------|
| Geen risico | 0 |
| Gering risico | 7 |
| Hoog risico | 10 |
| Zeer hoog risico | 9 |

4.6 Zorgdossiers

De inspectie vroeg elke bezochte thuiszorgorganisatie aan zes cliënten toestemming te vragen voor inzage van het zorgdossier. Hierbij keek zij of de thuiszorgorganisatie over een eigen zorgdossier beschikt, of het medicatiebeheer van de cliënt stond beschreven in het zorgdossier, of er een actueel medicatieoverzicht aanwezig was, naar de aanwezigheid van aftekenlijsten voor uitzetten en aanreiken/toedienen van medicatie, indien noodzakelijk de aanwezigheid van een uitvoeringsverzoek, of bij de zorg noodzakelijke protocollen waren toegevoegd en in het zorgdossier kon worden nagegaan of er methodisch werd gewerkt^[9].

[9] Niet bij alle thuiszorgorganisaties waren tijdens het toezichtbezoek zes zorgdossiers voorhanden; bij twee organisaties was tijdens het bezoek zelfs geen enkel zorgdossier voorhanden. Als verklaringen werden genoemd dat volgens de directeur geen toestemming was gegeven door de cliënten, men het was vergeten of net was verhuisd en er nog van alles in dozen zat.

Norm

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

- In samenspraak met de cliënt of zijn/haar wettelijke 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 zij/haar wettelijke vertegenwoordiger minstens twee keer per jaar (of vaker als de cliënt dat wil en/of als de zorgbehoefte wijzigt) wordt geëvalueerd en eventueel bijgesteld ;
- 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 zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger op een dergelijk manier ondersteuning wordt geboden dat deze de overleggen goed kan voeren.

4.6.1 Meeste bezochte organisaties beschikten over een zorgdossier

Bij 22 van de 26 bezochte thuiszorgorganisaties was een vorm van een zorgdossier voor handen.

4.6.2 Systematiek in aanleg en gebruik zorgdossier liet te wensen over

Bij 18 van deze 22 organisaties hanteerde de organisatie een eigen zorg dossier; dit varieerde van een paar standaardformulieren tot een zorgdossier waarin ook verpleegplannen waren verwerkt. Overigens werd niet voor elke cliënt een zorgdossier aangelegd. Dit liet men soms afhangen van de wens van de cliënt zelf of de wens van de ZZP'er. Ook zag de directie niet altijd het belang in van een zorgdossier. Als argument voerde zij aan dat bij de cliënt altijd dezelfde medewerkers of ZZP'ers kwamen, wat een zorgdossier niet noodzakelijk maakte. Veel organisaties bewaarden naast de informatie in het zorgdossier nog informatie op kantoor; soms betrof het hier een evaluatieverslag of informatie die aanvullend was op het zorgdossier en noodzakelijk voor de directe zorgverlening.

De bewaartermijn van het zorgdossier was bij een aantal thuiszorgorganisaties niet bekend. Sommigen gaven de cliënt de opdracht het zorg dossier zelf een aantal jaren te bewaren.

4.6.3 Samenvatting score zorgdossiers

| <i>Score</i> | <i>Aantal organisaties (N = 25 *)</i> |
|------------------|---------------------------------------|
| Geen risico | 0 |
| Gering risico | 11 |
| Hoog risico | 11 |
| Zeer hoog risico | 3 |

*Bij één organisatie is het zorgdossier niet apart gescoord.

4.7 Overige resultaten

In deze paragraaf vindt u tot slot een overzicht van een aantal opmerkelijke zaken die de inspectie tijdens de bezoeken signaleerde.

4.7.1 Kwaliteitskader verantwoorde zorg vaak niet bekend

Het Kwaliteitskader verantwoorde zorg vormt inmiddels de basis voor het leveren van verantwoorde zorg in de thuiszorg. 22 van de 26 bezochte thuiszorgorganisaties gaven echter aan het kwaliteitskader niet te kennen. Twee organisaties hadden er wel eens van gehoord en bij twee andere organisatie was de directie wel bekend met het kwaliteitskader. Zelfs organisaties met een WTZi-toelating kenden het kwaliteitskader niet. Geen enkele organisatie heeft een kwaliteits jaarverslag aangeleverd. Ook de acht organisaties met een WTZi-toelating hebben geen jaar document maatschappelijke verantwoording ingeleverd of hebben nog geen heel kalenderjaar gefunctioneerd om over te rapporteren.

Acht organisaties beschikten over een WTZi-toelating, maar hadden geen contract met het zorgkantoor. Hoewel de inspectie dit niet als specifiek item heeft getoetst, bleek dat sommige van deze organisaties in de praktijk niet voldeden aan de transparantie-eisen (zoals de bestuursstructuur; bijvoorbeeld het ontbreken van een Raad van Toezicht).

4.7.2 Nieuwe zorgaanbieders onbekend met vrijwillige melding bij inspectie

De thuiszorgorganisaties die zich begeven op de markt van thuiszorg en geen toelating hebben in het kader van de WTZi, zijn niet verplicht zich te registreren bij de inspectie of bij een andere instantie; wel kunnen zij zich vrijwillig melden bij de inspectie. Het is de vraag of dit voldoende bekend is bij deze zorgaanbieders. De inspectie kent alleen die organisaties die op basis van gemelde signalen of klachten bij de inspectie in beeld zijn of als de inspectie zelf actief op zoek gaat naar deze aanbieders. Een enkele bezochte organisatie gaf aan in het verleden wel eens gebeld te hebben met de inspectie. Geen enkele van de bezochte thuiszorgorganisatie zonder WTZi-toelating heeft zich actief bij de inspectie gemeld.

4.7.3 Hoofdaannemer toetste de kwaliteit die de onderaannemer bood niet

Heel sporadisch zijn er schriftelijke afspraken aangetroffen tussen de hoofdaannemer en onderaannemer. Soms waren er mondeling wat afspraken gemaakt. In de praktijk toetste de hoofdaannemer de geboden zorg door de onderaannemer niet, hoewel de hoofdaannemer wel de eindverantwoordelijkheid droeg voor de geboden zorg. De onderaannemers scoorden op de drie thema's veelal ook een hoog risico.

4.7.4 Bemiddelingsbureau onduidelijk begrip

Zoals aan de orde gekomen in de inleiding (wettelijk kader en informatie over de bezochte instellingen) zijn er drie categorieën bemiddelingsbureaus te onderscheiden: categorie 1: Is in dit project betrokken omdat zij onder de Kwaliteitswet valt, en categorie 2: Vanuit de onderzoekstaak (de derde categorie valt buiten het toe zicht van de inspectie). Tijdens de bezoeken bleek dat die bemiddelingsbureaus die voorafgaand aan het bezoek bij het vooronderzoek aan de criteria voor categorie 2 leken te voldoen, door de inspectie onder de eerste categorie groep geschaard werden. Volgens de inspectie kan voldoende aangetoond worden dat ze zich nadrukkelijk bemoeien met de kwaliteit van zorg. Dat maakt dat alle bemiddelingsbureaus die zijn bezocht onder de Kwaliteitswet vallen. De inspectie verwacht dat een aantal organisaties hun werkwijze gaan veranderen zodat ze geen bemoeienis meer hebben met het toezicht van de inspectie. In de praktijk bestaan er bemiddelingsbureaus die waarschijnlijk in hun bedrijfsvoering de scheiding tussen de bemoeienis met de inhoud van de zorg en het pure bemiddelen beter verankerd hebben. Het aantal van deze organisaties is bij de inspectie niet bekend. Het begrip bemiddelingsbureau is op diverse typeringen van toepassing, terwijl de organisatie vorm sterk verschilt. Zonder verdere informatie vooraf is het voor de inspectie niet mogelijk op grond van de naam bemiddelingsbureau vast te stellen of voor dit bemiddelingsbureau de Kwaliteitswet en dus toezicht van toepassing is.

5 Vraagtekens bij beleid voor startende thuiszorgorganisaties en huidige constructie persoonsgebonden budget

Hoewel in dit project niet getoetst is op kennis van de startende organisatie en op het feit of pgb geschikt is voor de doelgroep cliënten die zorg ontvangen van de jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties zijn dit twee prangende onderwerpen geworden. De inspectie wil daarom in beschouwende zin toch iets over die opgedane ervaringen tijdens de bezoeken kwijt.

De inspectie maakt zich ernstige zorgen over het feit dat een organisatie zorgverlening in de thuissituatie kan starten, zonder voldoende kennis van de kwaliteitseisen die aan deze zorg gesteld worden en de daarbij geldende verantwoordelijkheden. Een organisatie die een toelating aanvraagt, wordt tenminste nog, door de instantie die de toelating regelt, op de aanwezigheid van een aantal documenten schriftelijk getoetst. Hetzelfde geldt bij een contract met het zorgkantoor. Het betreft hier echter, in beide gevallen, alleen een administratieve controle van documenten.

De niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties kunnen echter zonder eisen vooraf starten met een organisatie die zorg biedt. Enkele bezochte organisaties bleken te bestaan uit medewerkers en directeuren die de Nederlandse taal niet goed machtig zijn. Onduidelijk was hoe ze de weg vinden binnen de geldende afspraken en regels.

De meeste van deze organisaties noemden zich thuiszorg. Het is voor veel (toekomstige) cliënten lastig in te schatten met welke organisatie ze nu precies van doen hebben: met een reguliere thuiszorgorganisatie of een niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisatie.

Alle onderzochte thuiszorgorganisaties boden de zorg aan op basis van pgb. Tijdens de bezoeken bleek de grootste doelgroep bij al deze thuiszorgorganisaties te bestaan uit ouderen. Daarnaast had een enkele organisatie als doelgroep de psychiatrische patiënt en kinderen met een beperking. Daar waar sprake was van kinderen met een handicap, kwam duidelijk naar voren dat de ouders goed op de hoogte waren van wat een pgb inhoudt. Ook werd tijdens de bezoeken duidelijk dat de ouders daar de regie over de zorg voerden en bijvoorbeeld bepaalden welk protocol werd gebruikt en wanneer de zorg werd geëvalueerd. De ouders bemoeiden zich soms ook met de kwaliteit van de ZZP'er die door de organisatie was ingezet.

Echter, bij de organisaties die in het kader van dit project zijn bezocht, was de cliënt vaak een kwetsbare oudere, veelal alleenstaand en chronisch ziek. Deze ouderen weten vaak niet wat het pgb inhoudt (een andere betalingsvorm, denkt men) en welke eisen dan eigenlijk aan hen worden gesteld. De cliënt vraagt zorg aan een thuiszorgorganisatie en gaat ervan uit dat deze organisatie alles regelt en voor de kwaliteit van zorg garant staat. Deze categorie cliënten gaat ervan uit dat de thuiszorgorganisatie zo'n organisatie is zoals zij die altijd al kenden.

De organisaties zelf waren ook niet duidelijk. Ze profileerden zich vaak als thuiszorgorganisatie, terwijl het de vraag is of ze dat zijn. In de uitwerking van de bedrijfsvoering legden ze vaak de verantwoording voor de kwaliteit van zorg neer bij de cliënt met pgb en de ZZP'er (zoals een bemiddelingsbureau doet). Over deze werk-

wijze werd niet expliciet gecommuniceerd met de cliënten. Voor andere zaken lag de verantwoording weer bij henzelf. De inspectie vraagt zich af of de huidige pgb-constructie wel geschikt is voor de doelgroep oudere kwetsbare cliënten. Immers de kwaliteit van zorg geleverd door deze organisaties is gezien het onderzoek ver beneden de maat, de organisatievorm is voor deze doelgroep niet eenduidig en van deze doelgroep mag niet verwacht worden dat zij zelf over de kwaliteit van de geleverde zorg waakt.

Over deze opvatting wil de inspectie graag in gesprek met het ministerie van VWS.

Literatuur en gebruikte richtlijnen

- Notitie Kwaliteit van zorg niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties, tussenbalans, 09-03-09;
- Notitie toepasselijkheid Kwaliteitswet/WMCZ/WKCZ op bemiddelingsbureaus,
- IGZ/JZH/GO-2007-51724;
- 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; 2006
- Meerjarenbeleidsplan 2008-2011, Voor een gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg, november 2007.
- Rapport Startersprofiel 2007, Rapport Startersprofiel 2008, Kamer van Koophandel Nederland.
- Eindrapport "Ondernemend betrokken bij zorg? Aard en kwaliteit van dienstverlening door PGB-bemiddelingsbureaus", College voor Zorgverzekeringen, 2009.

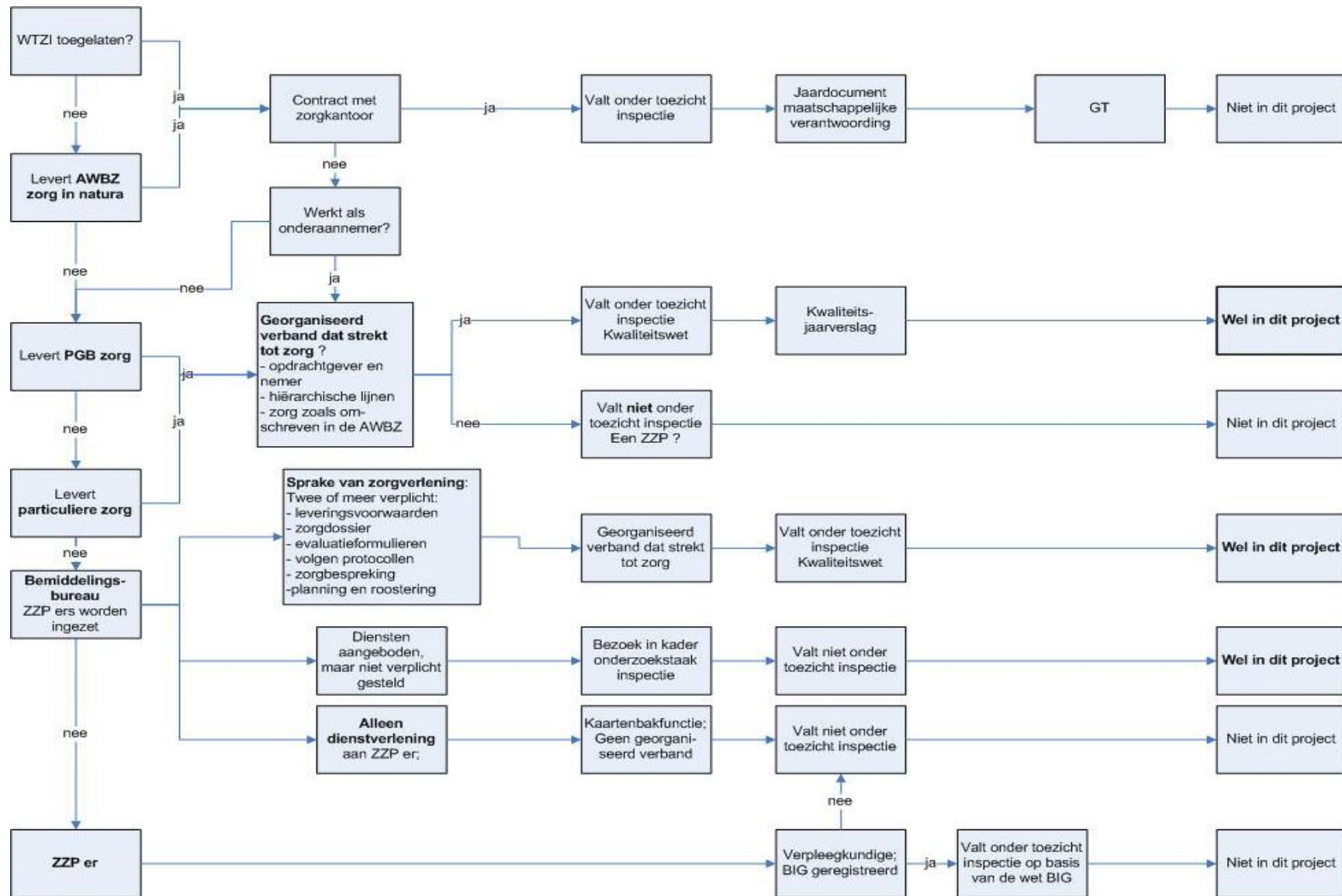
Per onderwerp heeft de inspectie landelijke, zo mogelijk multidisciplinair vastgestelde richtlijnen gebruikt:

| | |
|--|--|
| Decubituspreventie en – behandeling | <ul style="list-style-type: none"> – Decubitus, tweede herziening, CBO 2002 – Samenwerking en logistiek rond decubitus, Solade 2003: Tripartiete multidisciplinaire richtlijn (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP) |
| Therapeutische elastische steunkous | <ul style="list-style-type: none"> – Steun de 'steunkous', convenantpartijen arbeidsomstandigheden thuiszorg 'Gezonde zorgen', 2005 |
| Hygiëne | <ul style="list-style-type: none"> – 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 |

BIJLAGE 1 Lijst van afkortingen

| | |
|--------|---|
| AWBZ | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten |
| BIG | Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg |
| DGV | Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik |
| HAP | Huisartsenpost |
| IGZ | Inspectie voor de Gezondheidszorg |
| MIP | Melding Incidenten Patiënten |
| pgb | Persoonsgebonden budget |
| VWS | Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport |
| WTZi | Wet toelating zorginstellingen |
| WMCZ | Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen |
| WKCZ | Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen |
| ZIN | Zorg in natura |
| ZOZ | Zelfstandige ondernemer in de zorg |
| ZZP'er | Zelfstandige Zonder Personeel |

BIJLAGE 2 Beslisboom voor selectie in project



BIJLAGE 3 Informatie over de bezochte organisaties en het bezoekinstrument

Informatie over de bezochte organisaties

De inspectie heeft uiteindelijk 30 thuiszorgorganisaties geselecteerd (zie ook bijlage 2) met behulp van de volgende informatie:

- WTZi-toegelaten organisaties, die geen contract hadden met het zorgkantoor.
- Organisaties met medewerkers in loondienst en leveren zorg zoals omschreven in de AWBZ en Zorgverzekeringswet.
- Organisaties zonder medewerkers in loondienst maar waar wel sprake was van een georganiseerd verband dat strekt tot zorg zodat deze organisaties ook onder de Kwaliteitswet vallen. De opzet van deze organisaties was namelijk zo dat ze zich nadrukkelijk bemoeiden met de inhoud van de zorg. Als ze voldeden aan twee of meer van de volgende eisen werden ze als georganiseerd verband aangemerkt: het verplicht stellen van het gebruik van een zorgdossier, het hebben van een eigen zorgdossier van de organisatie, het doen van de intake, het hebben van leveringsvoorwaarden, het zorgen voor de coördinatie van zorg door de planning en roostering van ZZP'ers te regelen, het zorgen voor continuïteit bij ziekte of vakantie van ZZP'ers, het aan sturen van de evaluatie van zorg, het houden van zorgbesprekingen, het houden van werk overleg of functioneringsgesprekken, het regelen van scholing, het uitvoeren van de evaluatie van cliënttevredenheid, het hebben van een klachten regeling ten aanzien van de geleverde zorg of een cliëntenraad of een MIP-procedure of de aanwezigheid van een handboek kwaliteitszorg waarin de organisatie of uitvoering van de zorg beschreven is. De bezochte organisaties voldeden aan vier of meer van deze eisen.
- Bemiddelingsbureaus die alle bovengenoemde zaken (of dat wat ze wel geregeld hadden) tegen betaling aanbieden aan de ZZP'er en/of nadrukkelijk beschreven hebben dat de ZZP'er zelf verantwoordelijk is voor het regelen en bijhouden van deze zaken zijn onder de onderzoekstaak (categorie 2) van de inspectie in het onderzoek meegenomen. Geen van de door ons uiteindelijk bezochte organisaties had deze organisatievorm echter zover doorgevoerd zoals hierboven beschreven, zo bleek tijdens de bezoeken^[10] (zie ook paragraaf 2.4).

Van het onderzoek zijn uitgesloten het bemiddelingsbureau dat alleen bemiddelt, uitzendbureaus die zich bemiddelingsbureau noemen en vrijwillige thuiszorgorganisaties. Op deze organisatievormen heeft de inspectie geen toezicht. Uiteraard zijn ook de jaar documentplichtige thuiszorg organisaties met een WTZi-toelating niet bezocht. Tijdens het selectieproces waren er acht organisaties die in 2008 een WTZi-toelating hadden gekregen maar geen contract hadden met het zorgkantoor. Ze hadden nog geen openbare verantwoording afgelegd via het *Jaardocument maatschappelijke verantwoording* (het eerste kalenderjaar na de toelating was nog niet verstreken). In 2009 waren er overigens al meer organisaties die (inmiddels) een WTZi-toelating hadden aangevraagd en sommige ook al gekregen.

[10] Sommige organisaties hinkten in dit opzicht overigens op twee gedachten: ze stelden een deel verplicht en zeiden van een ander deel dat de ZZP'er daar zelf verantwoordelijk voor was. Deze organisaties zijn door de inspectie onder het toezicht geschaard, te meer omdat ook niet uit de informatie aan cliënten bleek dat de cliënt zelf verantwoordelijk was voor de zorg die ingekocht werd. Geen van de organisaties bleek uiteindelijk bij dit project onder de onderzoekstaak meegenomen te zijn.

Ontwikkeling bezoekinstrument en inspectiebezoeken

Voor de inspectiebezoeken is een instrument ontwikkeld. In dit project lag de focus op drie thema's:

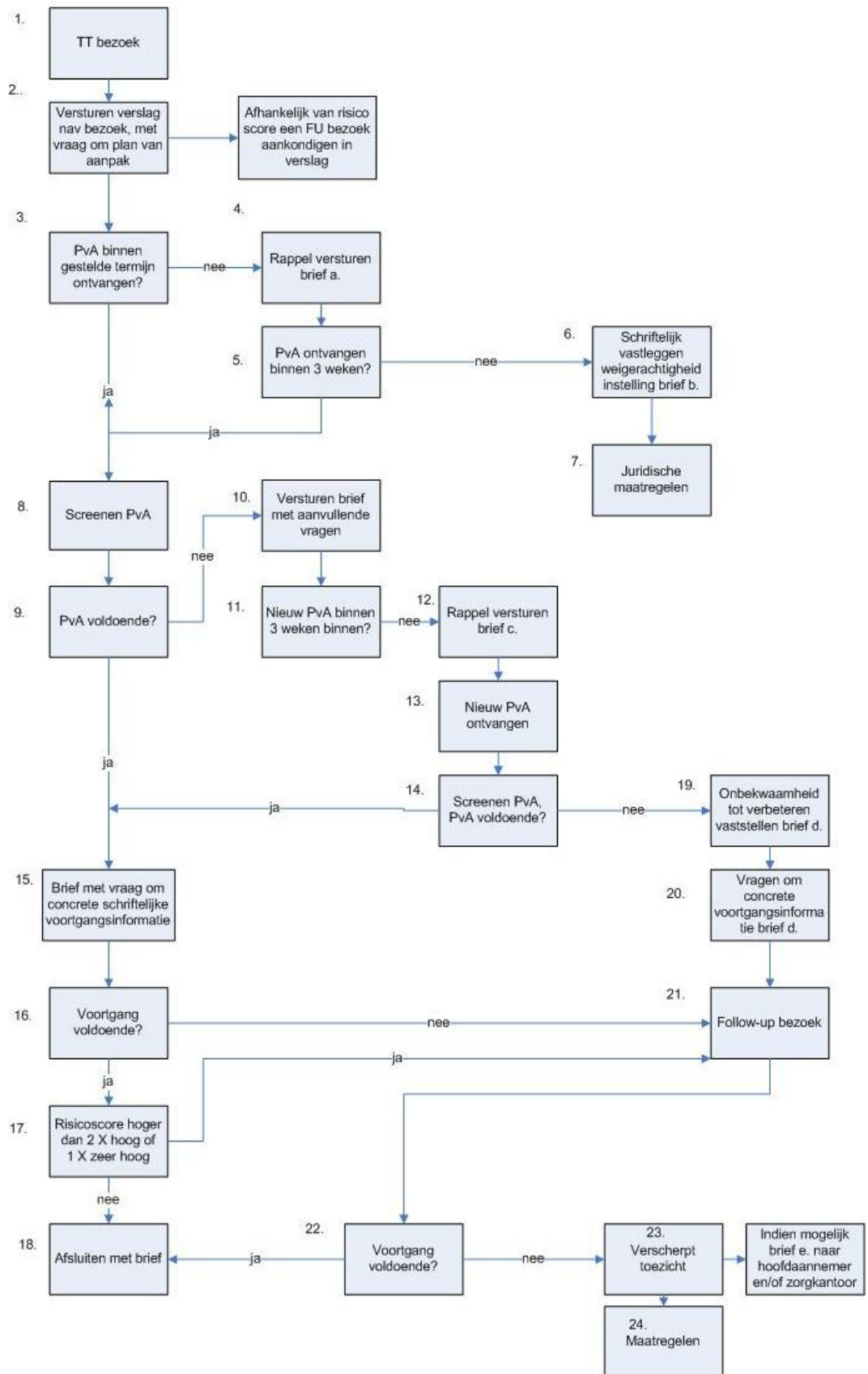
- Deskundigheid van medewerkers of zelfstandigen (ZZP'ers).
- Medicatieveiligheid.
- Naleving van verpleegkundige richtlijnen.

Bovendien onderzocht de inspectie zorgdossiers. Zij gebruikte de meeste gegevens die zij opzocht in de zorgdossiers ook bij de toetsing van deze drie thema's.

Voor de inspecteurs en ondersteuners zijn standaardbrieven en standaardrapporten samengesteld en is ter ondersteuning een werkwijzer en handavingsplan opgesteld.

De inspectie heeft het toezicht aangekondigd bij beroeps- en brancheorganisaties. Vanaf september 2008 tot en met mei 2009 zijn 30 inspectiebezoeken uitgevoerd. Vanwege de ingewikkelde juridische materie, de continuïteit en de landelijke verslaglegging, is elke instelling bezocht door twee inspecteurs. Tijdens het bezoek zijn documenten ingezien, is een gesprek gevoerd met de directie en met uitvoerenden (verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden) en zijn zorgdossiers ingezien.

BIJLAGE 4 Schematisch overzicht handhavingkader



BIJLAGE 5 Toelichting op het inspectieoordeel

| <i>Oordeel</i> | <i>Definitie</i> | <i>Mogelijke consequenties</i> | <i>Acties</i> | <i>Noot</i> |
|------------------|--|---|---|--|
| 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/ beroeps beoefenaar/ bedrijf is nodig. De inspectie controleert dit. Wanneer geen of onvoldoende actie, dan direct naar fase 3, represief 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. |
| 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. |

Bij de afweging om te komen tot het oordeel van het risico, is de omvang van de organisatie en de vormen van zorg die worden geboden meegewogen.

BIJLAGE 6 Gegevens thuiszorgorganisaties

| Bemiddeling en/of medewerkers in loondienst | WTZi | Werkgebied ^a | Verpleging | Persoonlijke verzorging | Ondersteunende begeleiding | Activerende Begeleiding | Huishoudelijke hulp | PGB = Persoonegebonden budget | Particuliere zorg | ZIN |
|--|----------------|-------------------------|------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------------|-------------------|------------------|
| Zowel bemiddelingsbureau als medewerkers in loondienst | | 1 | • | • | • | • | • | • | • | ZIN ^c |
| | • | 1 | • | • | • | | • | • | | |
| | • ^b | 1 | • | • | • | • | • | • | • | |
| | | 1 | • | • | • | • | • | • | • | ZIN |
| | • | 1 | • | • | • | • | • | • | • | |
| | | 1 | • | • | • | • | • | • | • | ZIN |
| | ^d | 1 | • | • | • | | | • | • | • |
| Wel bemiddelingsbureau, geen medewerkers in loondienst | | 12 | • | • | • | • | • | • | • | ZIN ^c |
| | | 12 | • | • | • | • | • | • | • | ZIN |
| | • ^b | 1 | | • | • | | • ^b | • | • | WMO |
| | | 1 | • | • | • | | • | • | | |
| | • | 12 | • | • | • | □ | □ | □ | □ | ZIN ^c |
| | | 2 | □ | □ | □ | | | □ | □ | |
| | | 12 | □ | □ | □ | | | □ | □ | ZIN ^c |
| | 1 | □ | □ | □ | | | □ | □ | | |
| Geen bemiddelingsbureau, wel medewerkers in loondienst | □ | 1 | □ | □ | □ | | □ | □ | □ | |
| | | 12 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| | | 1 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | | |
| | | 1 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | WMO ^c |
| | | 1 | □ | □ | □ | | □ | □ | | WMO ^c |
| | □ | 1 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | |
| | | 1 | | □ | □ | □ | □ | □ | □ | |
| | ^d | 1 | | □ | | | □ | □ | | |
| | □ | 1 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | | ZIN ^c |
| | 1 | □ | □ | □ | | | □ | □ | ZIN ^c | |

Elke regel beschrijft een organisatie.

a: Werkgebied: 1 is regionaal, 2 is landelijk, 12 is regionaal en landelijk.

b: Alleen de stichting.

c: Onderaannemer.

d: Loondienst medewerkers op basis van een nul-uren contract.

Een uitgebreidere lijst met namen van de onderzochte organisaties staat op: www.igz.nl